

L 3 U 3/16

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 U 183/11

Datum

25.11.2015

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 3/16

Datum

17.08.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

1. Klage auf Anerkennung weiterer Folgen eines Arbeitsunfalls (hier insbesondere posttraumatisches Psychosyndrom, somatoforme Schmerzkrankung, posttraumatische Belastungsstörung) sowie Gewährung einer Verletztenrente.

2. Ablehnung weiterer Ermittlungen von Amts wegen sowie auf Antrag nach [§ 109 SGG](#).

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. November 2015 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin und Berufungsklägerin begehrt von der Beklagten und Berufungsbeklagten die Anerkennung weiterer Unfallfolgen eines Arbeitsunfalls vom 26.02.2009 sowie die Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII).

Die 1953 geborene Klägerin war seit 1992/93 in den Kliniken St. E. in N-Stadt als Leitstellensekretärin in Vollzeit beschäftigt. Seit 1995 (nach der Diagnose eines gutartigen Tumors in der Brust) leidet die Klägerin an rezidivierenden Phasen der psychovegetativen Erschöpfung mit Verschlechterung ab 1999 (nach einem möglichen Virusinfekt während des Urlaub) mit Angstzuständen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, intermittierendem Herzrasen und konsekutiv deutlich überhöhten Blutdruckwerten. Nach einem Autounfall im Juli 1995 wurden eine HWS-Distorsion und eine Rückenprellung diagnostiziert, seither bestanden rezidivierende Verspannungen im Halswirbelsäulenbereich.

Ab Juli 1999 war die Klägerin in fachärztlicher Behandlung bei der Fachärztin für Psychiatrie C. L ... Neben einer mittelgradigen depressiven Episode wurde im weiteren Verlauf auch eine Panikstörung diagnostiziert. Im Zeitraum vom 25.04.2000 bis 23.05.2000 befand sich die Klägerin in den medizinischen Rehaeinrichtungen R ... Die Entlassungsdiagnosen lauteten auf psychovegetative Erschöpfung, arterielle Hypertonie, muskulotendinöses Schmerzsyndrom der Halswirbelsäule (HWS) und Struma diffusa. Bei der Psychiaterin L. wurde die Therapie nach guter Remission im Januar 2004 beendet, ab Juni 2004 wegen eines Arbeitsplatzkonfliktes und innerbetrieblicher Umsetzung mit Verschlechterung der depressiven Symptomatik und somatoformen Beschwerden jedoch wieder fortgeführt und eine weitere stationäre rehabilitative Behandlung eingeleitet. Diese erfolgte in der W.-Klinik A. in A-Stadt vom 16.11.2004 bis 21.12.2004. Dort wurden eine Anpassungsstörung, eine Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung, eine benigne essentielle Hypertonie und Adipositas diagnostiziert. Im Vorfeld habe es berufliche Konflikte und Anspannungen gegeben. Nach dem Urlaub sei die Klägerin in die Notaufnahme versetzt worden, wo der Kontakt mit Verletzten und Schwerkranken zu einer Verschlechterung ihres psychischen Befindens mit Angstattacken geführt habe. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig wegen der weiter bestehenden Angst vor Blut und Unfällen.

Im Zeitraum vom 06.01.2009 bis 10.02.2009 befand sich die Klägerin in einer Rehabilitationsbehandlung im Reha-Zentrum T. wegen eines Asthmas bronchiale. Die depressive Störung wurde als gegenwärtig leicht ausgeprägt beschrieben; erwähnt wurde außerdem ein LWS-Syndrom.

Am 26.02.2009 erlitt die Klägerin auf der Fahrt von ihrer Wohnung zur Arbeitsstelle einen Verkehrsunfall, als sie bei einem Überholmanöver

auf freier Landstraße mit ihrem Kleinwagen wegen Eisglätte ins Schleudern geriet, von der Fahrbahn abkam und sich mit dem Wagen auf einem Acker mehrfach überschlug. Ihr Auto kam schließlich auf der Beifahrerseite zum Liegen. Die Klägerin hing zunächst halb kopfüber im Fahrersitz, konnte schließlich den Gurt lösen und mit Hilfe eines Ersthelfers durch das Cabriodach das Fahrzeug verlassen. Die Klägerin wurde dann mit einem Rettungshubschrauber in das Klinikum I. gebracht.

Dort wurde als Erstbefund erhoben: "Patientin wach, orientiert, Pupillen o.B. [ohne Befund], Hirnnerven soweit o.B., es zeigt sich an der Ohrmuschel eine 1,5 cm Risswunde sowie auch retroauriculär eine 2 cm Wunde sowie eine Prellmarke links parieto-occipital. Stiffneck anliegend (nach Abnahme keine Nackenschmerzen), insgesamt leicht diffuser Druckschmerz am Thorax, aber keine Instabilität, keine Crepitatio, Pulmo seitengleich, Bauch völlig weich, Becken stabil, Extremitäten völlig frei beweglich, gute Pulse. Es zeigt sich lediglich eine Prellmarke am rechten Unterarm ulnarseitig mit kleiner Schürfung, aber hier völlig frei beweglich, keine Frakturzeichen." Ein Polytrauma-CT Kopf bis Becken ergab keinen Nachweis einer intrakraniellen Blutung sowie keine Raumforderung; gesehen wurden ein Galea-Hämatom links temporoparietal im Bereich des Schädels sowie hypostatische, nicht entzündliche Infiltrate im Bereich des Thorax beidseits; nebenbefundlich wurden eine Spondylosis deformans HWK 3 bis HWK 7, eine multisegmentale Osteochondrose und eine kyphotische Knickbildung bei HWK 3/ HWK 4 beschrieben. Insgesamt wurden die Befunde nicht im Sinne von Traumafolgen bewertet. Die Diagnosen lauteten: "Schädelprellung, Kopfplatzwunde retroaurikulär, Risswunde linke Ohrmuschel, Thoraxprellung, Prellung rechter Unterarm mit Schürfung Unterarm rechts". Nachdem sich im neurochirurgischen Konsil (vermerkt: "keine Bewusstlosigkeit; wach, klar, orientiert"; Diagnose: "Commotio cerebri") keine Interventionsindikation ergeben hatte, wurde die Wunde im Bereich des Ohres versorgt und die Klägerin zur Überwachung wegen des "Hochrasanztraumas" stationär aufgenommen. Ein neurologisches Konsil (vermerkt u.a.: "keine primäre Bewusstlosigkeit") am 27.02.2009 ergab einen Verdacht auf einen peripheren vestibulären Schwindel ("z.B. Commotio labyrinthi"). Bereits am 28.02.2009 wurde die Klägerin entlassen; als zusätzliche Diagnose wurde nun auch eine HWS-Distorsion genannt. Arbeitsunfähigkeit wurde bis voraussichtlich 05.03.2009 angenommen.

In der Folgezeit befand sich die Klägerin in physiotherapeutischer und krankengymnastischer Übungsbehandlung. Wegen anhaltender Nackenschmerzen wurde ein Kernspintomogramm der HWS vom 05.05.2009 angefertigt. Dieses ergab multisegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen einer frischen Gewebeerletzung. Ein weiteres Kernspintomogramm der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 12.05.2009 zeigte degenerative Veränderungen ohne wesentlichen Unterschied zu einer kernspintomographischen Voruntersuchung vom 20.09.2007. Außerdem suchte die Klägerin am 21.04.2009 erneut die Psychiaterin L. auf. Diese attestierte, dass die Klägerin über einen Autounfall vom 26.02.2009 berichtet habe. Zum Zeitpunkt des Gesprächs sei die Klägerin noch schmerzbelastet gewesen, wodurch sich die psychische Situation etwas verschlechtert habe. Der psychische Befund wurde u.a. beschrieben als im Affekt eingeschränkt schwingungsfähig, Stimmung gedrückt, ernst, Antrieb etwas reduziert erscheinend, keine formalen Denkstörungen, inhaltlich Schilderung somatischer Probleme. Kognitive oder mnestiche Defizite wurden nicht festgestellt (Befundbericht an das vom 23.04.2009).

Am 20.07.2009 wurde die Klägerin von der BG-Sprechstunde im Klinikum I. in die klinikinterne "Schmerzambulanz" des Instituts für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Klinikums I. weitergeleitet (Behandlung durch Dr. G.), wo ein "Chronisches Schmerzsyndrom bei Z.n. Verkehrsunfall mit Überschlag, V.a. [Verdacht auf] HWS-Distorsion" bei bekannter vorbestehender depressiver Problematik diagnostiziert wurde. Es sei davon auszugehen, dass die depressive Problematik das vorhandene Schmerzproblem negativ beeinflusse (Bericht vom 23.07.2009). Am 21.10.2009 wurde trotz Beschwerdebesserung eine "posttraumatische Anpassungsstörung" diagnostiziert. Dr. R. (Dipl.-Psych. und Psycholog. Psychotherapeut, Klinischer Neuropsychologe, Klinikum I.) berichtete am 15.12.2009 u.a. über eine neuropsychologische Testung der Klägerin und führte aus, dass sich bei den in der Anfangsphase der Behandlung erhobenen Testergebnissen deutliche kognitive Defizite in Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen gezeigt hätten, die mit der subjektiven Beschwerdeschilderung der Betroffenen gut übereingestimmt hätten. Anfang Dezember 2009 habe die Klägerin angegeben, dass sich die Kopfschmerzsymptomatik und die Merkfähigkeit deutlich gebessert hätten. Die Beschwerdesymptomatik sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Daneben sei eine länger bestehende Depression vorhanden. Der einmalig aufgesuchte Orthopäde Dr. M. gab in einem Bericht vom 18.08.2010 an, dass wohl eher ein psychisches Problem vorliege. Ein noch berufsgenossenschaftlich zu tragender Restschaden sei für ihn nicht erkennbar.

Nachfolgend veranlasste die Beklagte eine ambulante Begutachtung durch den Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Sch ... Dieser kam in seinem Gutachten vom 12.03.2010 zu dem Ergebnis, dass es bei einer seit 1995 vordiagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung ohne den Unfall nicht zu der psychiatrischen und psychosomatischen Dekompensation der Klägerin gekommen wäre. Strukturelle Schädigungen intracerebral hätten sich allerdings nicht verifizieren lassen. Eine Differenzierung zwischen primär kognitiven Einbußen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung und unfallassozierten Einschränkungen sei nicht möglich. Es bestehe jedoch eine stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit. Außerdem bestünden hartnäckige Cephalgien, ein linksbetontes Schulter-Arm-Syndrom, HWS-Beschwerden und ein bewegungs- und lageabhängiger Schwindel. Vorbekannt seien über Jahre bestehende degenerative Veränderungen der HWS und LWS, wobei sich durch den Unfall keine wesentliche Veränderung ergeben habe. Eine Überlagerung von somatischen mit somatoformen bzw. psychosomatischen Reaktionsmustern müsse angenommen werden. Die Diagnose einer Commotio cerebri könne bei fehlender initialer Bewusstlosigkeit und fehlender retro- bzw. anterograde Amnesie nicht gestellt werden. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde mit 40 v. H. eingeschätzt.

Diesem Ergebnis schloss sich der Beratungsarzt Dr. H. nicht an (Stellungnahme vom 12.07.2010).

Der Sachverständige Sch. hielt demgegenüber in einer ergänzenden Stellungnahme vom 17.08.2010 an seiner Auffassung einer unfallassozierten Verschlechterung der vorbeschriebenen depressiven Erkrankung fest. Die neuropsychologischen Einschränkungen seien nicht als Folge der auch von ihm diagnostizierten Schädelprellung (nicht Commotio cerebri) eingestuft worden, sondern im Zusammenhang mit der vorbestehenden Vulnerabilität der Klägerin, d.h. der depressiven Symptomatik und der Anpassungsstörung. Diese Einschätzung gelte für einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten. Ein relevantes Trauma der HWS sei von ihm nicht festgestellt worden. Die auch aktuell von der Klägerin noch beklagten Nackenschmerzen seien vielmehr im Zusammenhang mit den über Jahre bestehenden degenerativen Veränderungen der HWS einzustufen. Die bestehenden Nackenschmerzen und das linksbetonte Schulter-Arm-Syndrom habe er im Zusammenhang eines chronifizierten Schmerzsyndroms bei vorbekannten polysegmentalen degenerativen Veränderungen des Stützapparates eingestuft, bei denen es zu einer vorübergehenden Akzentuierung für drei bis sechs Monate gekommen sei. Zusammenfassend müsse der Unfall für die Dauer von sechs bis zwölf Monaten als wesentliche Teilursache für die bestehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit angeschuldigt werden. Der weitere Verlauf dürfte in erster Linie der zugrunde liegenden

psychiatrischen Vorerkrankung inklusive der primärpersönlichen Reaktionsmuster und Anpassungsmöglichkeiten (Neigung zu depressiven Dekompensationen, Anpassungsstörungen und Angstsymptomen) geschuldet sein. Die MdE werde weiterhin mit 40 v. H. bewertet.

Auf unfallchirurgischem Fachgebiet stellte der Chirurg und Unfallchirurg Dr. B. keine fortbestehenden Unfallfolgen mehr fest (Gutachten vom 26.08.2010). Die Beschwerden im Bereich der HWS seien auf die röntgenologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zurückzuführen, die bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Auch die Schädelprellung habe keine Folgen hinterlassen. Eine MdE bestehe nicht.

Bereits zum 15.08.2010 hatte die Beklagte die Zahlung von Verletztengeld eingestellt.

Mit Bescheid vom 5. Oktober 2010 erkannte die Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall an und lehnte einen Anspruch auf Rente ab. Folgen des Arbeitsunfalls seien eine vorübergehende Verschlimmerung einer depressiven Erkrankung und einer vorbestehenden Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates. Die Schädelprellung und die Körperprellungen seien folgenlos ausgeheilt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe längstens für sechs Monate bestanden. Nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stünden die rezidivierende depressive Störung, die Neigung zu Kopfschmerzen und ein chronisches Schmerzsyndrom des Stütz- und Bewegungsapparates.

Den dagegen von den damaligen Bevollmächtigten erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17.02.2011 als unbegründet zurück.

Dagegen erhob der damalige Bevollmächtigte der Klägerin Klage zum Sozialgericht München (SG) mit dem Antrag, eine rentenberechtigende ("adäquate") MdE festzustellen. Ende August 2011 zeigte der jetzige Bevollmächtigte seine Vertretung an und beantragte nun auch die Anerkennung weiterer Unfallfolgen. Es folgte ein umfassender Vortrag zu den Umständen des Unfallereignisses, den nachfolgenden ärztlichen Behandlungen und gestellten Diagnosen, den Beschwerden der Klägerin sowie zu ihrem Lebenslauf. Die Klägerin sei durch die Unfallfolgen erheblicher beeinträchtigt, als die Beklagte in ihrer Entscheidung zugrunde lege. Auf die in der Stellungnahme des Sachverständigen Sch. vom 17.08.2010 ausführlich beschriebenen Unfallfolgen werde hingewiesen.

Das SG zog den Befundbericht des Neuropsychologen Dr. R. (Klinikum I.) vom 17.06.2011 über die Behandlung von April 2009 bis September 2010 sowie die Akte der Polizeidirektion N-Stadt bei und erhob Beweis durch Einholung zweier Sachverständigengutachten (jeweils mit ambulanter Untersuchung) auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet von Dr. L. vom 30.08.2011 (mit ergänzender Stellungnahme vom 24.09.2011) und auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet von Dr. B. vom 06.02.2012 (mit ergänzender Stellungnahme vom 30.04.2012).

Dr. L. führte aus, dass im erstbehandelnden Krankenhaus ein im Hinblick auf die biomechanischen Gegebenheiten des Unfalls erstaunlich undramatischer Befund erhoben werden konnte. Als gesicherte Unfallverletzungen seien ausweislich der vorliegenden bildgebenden Befunde lediglich ein kleines und umschriebenes Kopfschwartenhämatom im Bereich des behaarten Schädels der linken Schädelkalotte, eine oberflächliche Weichteilverletzung im Sinne einer Riss- und Platzwunde an der linken Ohrmuschel retroaurikulär, eine Thoraxprellung durch den Sicherheitsgurt, eine Prellung des linken Unterarms durch Anstoß an der Fahrertür sowie eine leichte HWS-Dorsion anzunehmen. Eine über diese reversiblen Verletzungen hinausgehende, wie auch immer geartete strukturelle Gewebeverletzung sei aufgrund der vorliegenden Bilddokumente ohne vernünftigen Zweifel auszuschließen. Der protrahierte Krankheitsverlauf ab der zweiten oder dritten Woche nach dem Unfall mit einem Entgleisen des normalen Heilungsverlaufs leichtgradiger Prellungen und der Dorsion erschließe sich nur vor der Annahme einer somatoformen Störung, deren Unfallzusammenhang auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet abzuklären sei. Unfallfolgen seien lediglich diverse Prellungen und Kontusionen und eine vorübergehende Verschlimmerung der statischen Wirbelsäulenbeschwerden und der psychischen Erkrankung. Unfallunabhängig bestünden altersvoraussetzende multisegmentale degenerative Veränderungen an der HWS, an BWS und LWS eher geringgradige Veränderungen ohne echten Krankheitswert. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten für maximal drei Monate bestanden.

Dr. B. legte das, dass bei der Klägerin eine chronisch rezidivierende Störung vorliege, bei der sich ein Unfallzusammenhang unter Berücksichtigung der bis ins Jahr 1995 zurückreichenden Vorgeschichte mit rezidivierenden depressiven Störungen, Angst und Panikzuständen und insbesondere auch einer im Entlassungsbericht des Reha-Zentrums T., Klinik W. (stationärer Aufenthalt vom 06.01.2009 bis 10.02.2009, Bericht vom 23.03.2009) noch unmittelbar vor dem Unfall beschriebenen depressiven Symptomatik nicht begründen lasse. Gleiches gelte für eine Angststörung, die ebenfalls offensichtlich bereits vor dem Unfall bestanden habe. Bei der von der Klägerin kurz nach dem Unfall aufgetretenen Schwindelsymptomatik handele es sich vermutlich um einen unfallbedingten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel bzw. Otolithenschwindel, deren Symptomatik nicht selten im Gefolge von Schädeltraumata aufträte. Die Symptomatik habe sich damals offensichtlich rasch wieder zurückgebildet; aktuell sei nicht über Schwindel geklagt worden. Eine Commotio cerebri sei im Zusammenhang mit der erlittenen Schädelprellung wohl nicht aufgetreten. Selbst wenn im Zusammenhang mit dem Schädeltrauma doch eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit aufgetreten sein und somit eine Commotio cerebri vorgelegen haben sollte, könne man davon ausgehen, dass sich die damit in Zusammenhang aufgetretenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit) nach sechs Wochen wieder zurückgebildet hätten. Sowohl Depressionen als auch HWS-Beschwerden hätten nachweislich bereits vor dem Unfall bestanden. Zudem lasse sich diesbezüglich kein adäquater Erstschaden objektivieren. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten maximal für sechs Wochen vorgelegen. Eine MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehe nicht.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) wurde anschließend auf psychologischem Fachgebiet der Sachverständige Prof. Dr. B. (MIT Traumaambulanz C-Stadt) unter Hinzuziehung von Dipl.-Psych. F. gehört (Gutachten mit Untersuchung am 18.09.2012). Prof. Dr. B. diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung. Im Rahmen der Exploration, gestützt durch Testergebnisse, sei recht schnell der Eindruck entstanden, dass die Klägerin schwierige und belastende Erlebnisse depressiv verarbeite. In den einzelnen Lebenssituationen, in denen die Klägerin in für sie schwierige Situationen gekommen sei (Versetzung am Arbeitsplatz) oder mit somatischen Krankheiten konfrontiert worden sei (Operation, Virusinfektion) habe sie mit typischen depressiven Symptomen (Schlafstörungen, Verlust von Lebensfreude etc.) reagiert. Hinzu seien jeweils Symptome von Angst gekommen, die den Verdacht einer generalisierten Angststörung nahelegten. Diese Symptomatik bzw. dieses pathologische Verarbeitungsmuster habe bereits vor dem Unfall bestanden und sei als unfallunabhängig zu betrachten. In den Wochen und Monaten nach dem Unfall habe die Klägerin mit typischen Symptomen reagiert, die für eine Belastungsreaktion sprächen (Angst,

Depression, gedankliche Fixierung auf den Unfall und seine möglichen Folgen, Schlafstörungen). Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung hätten nicht vorgelegen. Die psychische Störung sei weder durch den Unfall verursacht worden, noch liege eine wesentliche Mitursache vor. Die MdE betrage 30 v.H.

Auf Veranlassung der Klägerin wurden die ergänzenden Stellungnahmen vom 31.05.2013 und vom 05.11.2013 eingeholt. Darin erläuterte Prof. Dr. B., dass er die kognitive Leistungsfähigkeit der Klägerin für klinisch unauffällig erachte und die Durchführung von Tests zu kognitiven Defiziten deshalb für entbehrlich halte. Dies gelte ausdrücklich auch im Hinblick auf den MRT-Befund vom 05.05.2009 ("kleine Signalanhebung rechts in der Pons am oberen Bildrand; eine gliotische Läsion lässt sich nicht ausschließen."). Dass vom Notarzt ein "Hochrasanztrauma" festgestellt worden sei, habe für die Feststellung eines Psychotraumas keine Bedeutung. Wie bereits im Gutachten ausführlich dargelegt worden sei, werde der Unfall nicht als eine wesentliche Ursache für die diagnostizierte rezidivierende Depression angesehen. Der Unfall sei auch nicht als Ursache einer "richtungsweisen Verschlimmerung der vorbestehenden Erkrankung" zu betrachten.

Der außerdem auf Antrag der Klägerin auf neurochirurgischem Fachgebiet gehörte Sachverständige Dr. med. Dipl.-Psych. P. (Gutachten vom 22.10.2014, Untersuchung am 04.07.2014) stellte folgende Diagnosen: 1. Degeneratives HWS-Syndrom mit spondylotischen Veränderungen, Osteochondrosen HWK 3 bis HWK 7 und kypothischer Knickbildung HWK 3 / HWK 4; Spinalkanalstenose, Radikulopathie und Myelopathie-Zeichen: mittelgradige Funktionseinschränkung. 2. Degeneratives BWS-Syndrom mit vermehrter Kyphosebildung und geringer Funktionseinschränkung. 3. Degeneratives LWS-Syndrom mit Lumboischialgien beidseits bei Osteochondrose LWK 4 / LWK 5 und LWK 5 / SWK 1 und ISG-Veränderungen mit mittelgradiger Funktionseinschränkung. 4. Somatoforme Schmerzkrankung mit depressiver und angstbesetzter Ausprägung: mittelschwere Ausprägung und entsprechende mittelstarke Leistungseinschränkung. 5. Posttraumatisches Psychosyndrom mit kognitiven mittelschweren Funktionseinbußen. 6. Posttraumatische Belastungsstörung mittelgradiger Schwere mit mittelstarken Leistungseinschränkungen. 7. Rezidivierende depressive Episoden, z. Zt. mittelgradig mit leichten Leistungseinschränkungen. 8. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit leichter bis mittlerer Ausprägung. 9. Hypertonie. 10. Asthma bronchiale, COPD. 11. Übergewicht. Aufgrund des Autounfalls vom 26.02.2009 sei es bei der Klägerin zu einer Commotio cerebri mit nachfolgend psychischen und kognitiven Störungen sowie zum Teilbild einer posttraumatischen Belastungsstörung in Kombination mit einer chronischen somatoformen Schmerzstörung mit depressiven und ängstlichen Komponenten gekommen, die sich nach einem erneuten Autounfall 2013 zum Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt habe. Bezüglich der degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich und im LWS-Bereich müsse davon ausgegangen werden, dass es durch den Unfall zu keinen strukturellen Verletzungen gekommen sei, sondern dass die schon vorher bestehenden degenerativen Veränderungen durch entsprechend stumpfe Traumata nach dem Unfall zu Schmerzen geführt hätten, welche aufgrund vorbestehender gebahnter Verarbeitungsprozesse nicht mehr adäquat hätten bewältigt werden können. Das schwere Unfallereignis in Kombination mit vorbestehenden degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule und einer, wenngleich geringen, psychischen Komorbidität der bestehenden, stabilisierten Depressionserkrankung hätten letztlich zu einem protrahierten Verlauf geführt. Eine zusätzliche Verschärfung sei durch den weiteren Unfall 2013 eingetreten, der als Teilkomponente bei der MdE-Bewertung mit berücksichtigt werde.

Als Unfallfolgen anzuerkennen seien (vgl. S. 135/136 zu "Ad 2."): 1. Posttraumatisches Psychosyndrom und ein Z.n. Commotio cerebri mit kognitiven Defiziten und Gleichgewichtsstörungen. 2. Somatoforme Schmerzkrankung mit depressiven und ängstlichen Komponenten auf dem Boden einer psychovegetativen gesteigerten Erregbarkeit und der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. 3. Posttraumatische Belastungsstörung.

Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe mindestens bis zum Jahresende 2010 bestanden. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe für die psychisch-kognitiven Veränderungen sicher über September 2010 hinaus, für die somatoforme Schmerzkrankung und die posttraumatische Belastungsstörung bis zum Jahr 2013 bestanden. Die Gesamt-MdE sei für den Zeitraum ab dem Unfall bis Dezember 2010 mit einer MdE von 60 v.H., ab 2011 mit einer MdE von 40 v.H. zu bewerten. Bereits vor dem Unfall habe eine MdE von 30 v.H. für die chronisch-degenerativ veränderte Wirbelsäule sowie eine MdE von 10 v.H. für die rezidivierenden depressiven Episoden bestanden. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf das umfangreiche Gutachten Bezug genommen.

Seitens des Bevollmächtigten des Klägers wurde jeweils umfassend zu den eingeholten Gutachten Stellung genommen; dabei wurden insbesondere die Feststellungen der von Amts wegen beauftragten Gutachter in Zweifel gezogen.

Mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 25.11.2015 ([S 33 U 183/11](#)), an der die Klägerin persönlich teilgenommen hat, wies das SG die Klage ab. Die Beklagte habe die Unfallfolgen in der angefochtenen Entscheidung vollständig erfasst und die Gewährung einer Verletztenrente zu Recht abgelehnt.

Gegen das ihm am 08.12.2015 zugestellte Urteil hat der Bevollmächtigte der Klägerin am 04.01.2016 Berufung eingelegt und zur Begründung den bisherigen Vortrag wiederholt und unter eingehender Auseinandersetzung mit den vorliegenden Gutachten vertieft.

Mit Schreiben vom 06.12.2016 hat der Senat die Beteiligten unter Fristsetzung bis zum 19.01.2017 zu der beabsichtigten Entscheidung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) angehört.

Während sich die Beklagte mit dem Vorgehen einverstanden erklärt hat, hat der Bevollmächtigte der Klägerin mit Schriftsätzen vom 23.12.2016, vom 02.02.2017 und vom 05.05.2017 nochmals umfassend dargelegt, warum an der Berufung festgehalten werde. Eine Entscheidung im schriftlichen Verfahren werde dem Fall nicht gerecht. Außerdem werde die Notwendigkeit weiterer Beweiserhebungen gesehen. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Schreiben des Bevollmächtigten Bezug genommen.

Mit Schreiben vom 29.12.2016 und vom 10.04.2017 hat der Senat den Bevollmächtigten der Klägerin nochmals darauf hingewiesen, warum keine Notwendigkeit weiterer Ermittlungen gesehen wird und warum auch keine weitere Beweiserhebung auf Antrag nach [§ 109 SGG](#) durchzuführen ist.

Soweit die Klägerin in einem zeitweise parallel anhängig gewesenen Verfahren die Entfernung zweier ärztlicher Stellungnahmen (Prof. Dr. H. vom 11.11.2009 sowie Dr. H. vom 12.07.2010) aus den Verwaltungsakten der Beklagten beantragt hatte, hatte sie mit diesem Begehren keinen Erfolg. Hierzu wird Bezug genommen auf den ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 17.10.2011 in der Gestalt des

Widerspruchsbescheides vom 26.01.2012, den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG vom 07.05.2013 (S 33 U 100/12), das die Berufung zurückweisende Urteil des Senats vom 04.10.2016 (L 3 U 233/13), den die Nichtzulassungsbeschwerde verwerfenden Beschluss des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09.03.2017 ([B 2 U 270/16 B](#)) sowie den die Anhörungsrüge verwerfenden Beschluss des BSG vom 22.05.2017 ([B 2 U 8/17 C](#)).

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt, unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 25.11.2015 sowie unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 05.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.02.2011 wird die Beklagte verurteilt, die im Gutachten von Dr. P. vom 22.10.2014 auf Blatt 135/136 unter "Ad 2:" als "1. bis 3." bezeichneten Unfallfolgen als Folgen des Unfalls vom 26.02.2009 anzuerkennen und der Klägerin eine Verletztenrente im Anschluss an das Verletztengeld nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60 v.H. bis Dezember 2010 und nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 v.H. im Anschluss hieran bis auf weiteres zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge, die beigezogenen Akten der Beklagten und des Zentrums Bayern Familie und Soziales sowie die Akten eines teilweise parallel anhängigen Verfahrens zu den Aktenzeichen S 33 U 100/12 bzw. L 3 U 233/13 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann die Berufung vorliegend durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurückweisen. Nach [§ 153 Abs. 4](#) Sätze 1 und [2 SGG](#) kann das Landessozialgericht, außer in den Fällen des [§ 105 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn es sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind vorher zu hören. Ein Fall des [§ 105 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), in dem das SG durch Gerichtsbescheid entschieden hat, liegt hier nicht vor. Das SG hat mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung entschieden. Die Klägerin war bei der mündlichen Verhandlung persönlich anwesend sowie durch ihren Bevollmächtigten vertreten. Beide hatten ausreichend Gelegenheit, sich zur Sache zu äußern. Nach der Sitzungsniederschrift hat die Verhandlung insgesamt zwei Stunden gedauert. Der Senat hält die Berufung einstimmig für unbegründet und eine (erneute) mündliche Verhandlung nicht für erforderlich. Der Sachverhalt ist umfassend ermittelt worden. Die Beteiligten sind hierzu mit Schreiben vom 06.12.2016 gehört worden.

Die Berufung ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 143, 151 SGG](#)). Die Berufung bedarf gemäß [§ 144 SGG](#) keiner Zulassung.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klage auf Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie Gewährung einer Verletztenrente ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris Rn. 17 m.w.N.) bzw. kombinierte Anfechtungs- und unechte Leistungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris Rn. 17 m.w.N.) zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 05.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.02.2011 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Anspruch auf eine Verletztenrente haben nach [§ 56 Abs. 1](#) Sätze 1 bis [3 SGB VII](#) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vorphundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)).

Vorliegend wird eine Verletztenrente infolge eines Arbeitsunfalls begehrt. Anhaltspunkte für einen Stützrententatbestand liegen nicht vor und sind auch nicht vorgetragen. Namentlich bei dem dritten Autounfall der Klägerin im April 2013 (wohl am 07.04.2013) handelte es sich um einen privaten, nicht in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Unfall. Letztlich kommt es hierauf aber nicht an. Denn der Senat kann nach Ablauf von sechs Monaten nach dem hier streitgegenständlichen Arbeitsunfall vom 26.02.2009 auch keine Unfallfolgen mehr feststellen, die eine MdE von zumindest 10 v.H. bedingen könnten.

Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) voraus, dass der Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt hat und deshalb "Versicherter" ist. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) und dadurch einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Bedingung für die Feststellung eines Arbeitsunfalls (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 31](#) und juris Rn. 9 m.w.N.; BSG, Urteil vom 04.12.2014 - [B 2 U 18/13 R](#) -, [BSGE 118, 18](#) und juris Rn. 16 m.w.N.), wohl aber Voraussetzung für einen Leistungsanspruch auf Verletztenrente.

Dabei müssen das Vorliegen einer versicherten Verrichtung zur Zeit des Unfalls, das Unfallereignis selbst sowie der Gesundheitserstschaden und die Unfallfolgen im Überzeugungsgrad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein. Für die Nachweise der Ursachenzusammenhänge zwischen Verrichtung und Unfallereignis sowie zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden bzw. Unfallfolgen gilt der Beweismaßstab der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit; die bloße Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - juris Rn. 16; BSG, Urteil vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 31](#) und juris Rn. 12 m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden (BSG, Urteil vom 18.01.2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, [SozR 4-2700 § 200 Nr. 3](#) und juris Rn. 20).

Die Feststellung der notwendigen Ursachenzusammenhänge richtet sich im Sozialrecht nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) und juris Rn. 13 m.w.N.).

Nach dieser Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 14 m.w.N.).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 15 m.w.N.).

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 16 m.w.N.).

Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang nicht zu berücksichtigen oder entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 17 ff.).

Beweisrechtlich ist außerdem zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist (BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 20). Allein ein (ggf. enger) örtlicher und zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Auftreten bestimmter Symptome und Beschwerden genügt insoweit jedoch nicht (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006, [a.a.O.](#), Rn. 39; BSG, Urteil vom 24.07.2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44 und juris Rn. 60).

Ausgehend von diesen Grundsätzen, denen sich der Senat vollumfänglich anschließt und die bereits auch das SG seiner Entscheidung zugrunde gelegt hat, hat die Klägerin weder einen Anspruch auf Anerkennung weiterer Unfallfolgen noch einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Die Beklagte ist bei ihrer Entscheidung mit Bescheid vom 05.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.02.2011 davon ausgegangen, dass die Klägerin bei dem von der Beklagten bestandskräftig anerkannten Arbeitsunfall vom 26.02.2009 eine Schädelprellung sowie diverse Körperprellungen erlitten hat; diese wesentlich ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführenden Gesundheitserstschäden sind jedoch folgenlos verheilt. Außerdem hat die Beklagte zugrunde gelegt, dass es bei der Klägerin infolge des Unfalls zu einer vorübergehenden Verschlimmerung sowohl einer vorbestehenden depressiven Erkrankung als auch einer vorbestehenden Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates gekommen ist. Die Verschlimmerung dieser vorbestehenden Erkrankungen hat nach Ansicht der Beklagten eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von sechs Monaten ab dem Unfall begründet. Ein Anspruch auf Verletztenrente hat anschließend zu keinem Zeitpunkt bestanden, weil eine MdE in einem Umfang von mindestens 20 v.H. nicht besteht.

Diese Entscheidung der Beklagten ist aus Sicht des Senats nicht zu beanstanden. Der Senat kann sich weder davon überzeugen, dass die Klägerin an weiteren andauernden Gesundheitsstörungen (Unfallfolgen) leidet, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können, noch, dass die unfallbedingte Verschlimmerung der o.g. vorbestehenden Erkrankungen über einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall hinaus vorgelegen hat. Der Senat ist vielmehr davon überzeugt, dass bei der Klägerin - jedenfalls nach Ablauf von sechs Monaten - keine Unfallfolgen mehr vorgelegen haben, so dass ein Anspruch auf Rente ebenfalls ausscheidet.

Das SG hat in seinem Urteil vom 25.11.2015 die vorliegenden Unterlagen und eingeholten Sachverständigengutachten bereits eingehend und zutreffend auf der Grundlage der maßgeblichen Rechtsprechung des BSG gewürdigt. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat daher gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Ausführungen des SG und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Zusammenfassend bzw. ergänzend ist aus Sicht des Senats folgendes auszuführen:

Der Senat ist davon überzeugt, dass die Klägerin bei dem Arbeitsunfall am 26.02.2009 lediglich leichtere Verletzungen in Form einer Kopfplatzwunde, oberflächlichen Weichteilverletzungen, Prellungen und ggf. Zerrungen erlitten hat. Derartige Verletzungen heilen in der Regel binnen weniger Wochen bis allenfalls Monaten folgenlos aus und sind nicht geeignet, zu länger andauernden gesundheitlichen Folgen zu führen. Dass dies bei der Klägerin anders gewesen sein könnte, vermag der Senat nicht festzustellen. Die Beklagte ist hier von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit der Klägerin von sechs Monaten ausgegangen; Verletztengeld wurde von der Beklagten sogar tatsächlich bis 15.08.2010 gezahlt (vgl. [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) zum Beginn von Renten). Ausgehend von den Gutachten des Sachverständigen Sch. (welches im Wege des Urkundsbeweises verwertet wird), des Dr. B., des Dr. L. und des Dr. B., aber auch des Prof. Dr. B. sowie in Teilen auch des Gutachtens des Dr. P. ist der Senat davon überzeugt, dass bei der Klägerin spätestens sechs Monate nach dem Unfall keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen mehr vorgelegen haben, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich zu betonen, dass auch den Ausführungen des Sachverständigen Sch. letztlich nur eine vorübergehende Verschlechterung einer vorbestehenden psychischen Erkrankung entnommen werden kann. Soweit der Sachverständige Sch. die Dauer mit sechs bis zwölf Monaten einschätzt, erscheint dem Senat die Schätzung bezüglich der sechs Monate plausibel. In Anbetracht der nur geringen körperlichen Verletzungen der Klägerin bei dem Unfall vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass nach Ablauf von sechs Monaten noch eine unfallbedingte Verschlimmerung vorgelegen hat. Der Sachverständige Sch. selbst kann für die Dauer des von ihm gewählten Zeitraumes seinerseits keinen konkreten Beleg benennen. Auch eine konkrete Differenzierung zwischen den vorbestehenden Einschränkungen und dem unfallbedingten Verschlimmerungsanteil kann er nicht vornehmen. Hinzu kommt, dass die aus der Zeit vor dem Arbeitsunfall dokumentierten Beschwerden der Klägerin grundsätzlich in Art und Umfang mit denjenigen übereinstimmen, die danach angegeben werden.

Demgegenüber ist für den Senat im Vollbeweis erwiesen, dass die Klägerin bereits vor dem Arbeitsunfall an Gesundheitsstörungen im Sinne einer depressiven Erkrankung sowie einer Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates gelitten hat. Bereits seit 1995 befand sich die Klägerin wegen rezidivierender Phasen der psychovegetativen Erschöpfung und rezidivierenden Verspannungen im HWS-Bereich in Behandlung. 1999 kam es zu Verschlechterungen mit Angstzuständen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und intermittierendem Herzrasen. Diagnostiziert wurde eine mittelgradige depressive Episode. Später (noch vor dem Arbeitsunfall vom 26.02.2009) wurde eine Panikstörung diagnostiziert. 2004 kam es im Rahmen eines Arbeitsplatzkonfliktes und einer innerbetrieblichen Umsetzung erneut zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik und der somatoformen Beschwerden, die zu einer stationären rehabilitativen Behandlung führte. In diesem Zusammenhang hat die behandelnde W.-Klinik A. ausdrücklich auf Panikattacken im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit der Klägerin in der Notaufnahme und dem Kontakt mit (Unfall-)Verletzten und Schwerkranken hingewiesen. Noch kurz vor dem Unfall wurde anlässlich einer stationären Rehabilitationsbehandlung wegen eines Asthma bronchiale bis 10.02.2009 die depressive Störung beschrieben, wenn auch damals nur als leicht ausgeprägt.

Die Krankheitsvorgeschichte der Klägerin zeigt aus Sicht des Senats zudem deutlich auf, dass die Klägerin bereits vor dem Arbeitsunfall vom 26.02.2009 psychisch belastet gewesen ist und außerdem alltägliche Ereignisse geeignet gewesen sind, bei ihr Symptome einer depressiven Erkrankung auszulösen, die denjenigen entsprechend, wie sie von der Klägerin auch nach dem Unfall weiter vorgetragen werden (z.B. Depression, Angst, Schmerzen, Konzentrationsstörungen, Schwindel). Als alltägliche Ereignisse sind hier zum Einen Arbeitsplatzkonflikte zu nennen; die Klägerin fühlte sich außerdem durch ihre Tätigkeit in einer Notaufnahme belastet und schilderte bereits vor ihrem Arbeitsunfall z.B. eine Angst vor Unfällen. Zum anderen kam es bei der Klägerin 1999 sogar nach einem grippalen Infekt zu einer Verschlimmerung der depressiven Symptomatik. Bereits am 20. September 2002 wurden CT-Aufnahmen der oberen HWS und des cervicocervikalen Überganges zur Abklärung von bereits damals bestehenden Schwindelbeschwerden angefertigt. Der Sachverständige Prof. Dr. B. hat darüber hinaus ausdrücklich darauf hingewiesen, dass erfahrungsgemäß eine langdauernde juristische Auseinandersetzung meist störungsaufrechterhaltend wirkt bzw. die Symptomatik verschlimmern kann.

Soweit bei der Klägerin bildgebend Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der HWS, festgestellt worden sind, werden diese übereinstimmend von allen Sachverständigen als degenerative, nicht mit dem Unfall im Zusammenhang stehende Veränderungen eingeschätzt. Der Senat hat keine Bedenken, sich dieser Beurteilung anzuschließen. Relevante Traumatisierungen im Bereich der Wirbelsäule, durch die ein Gesundheitserstschaden in diesem Bereich belegt werden könnte, werden von keinem Sachverständigen festgestellt. Ein Schmerzsyndrom der HWS wurde überdies bereits anlässlich einer Rehabilitationsmaßnahme in R. aus dem Jahr 2000 als Diagnose genannt.

Die Klägerin macht namentlich die Anerkennung folgender, von Dr. P. genannter Unfallfolgen geltend: 1. Posttraumatisches Psychosyndrom und ein Z.n. Comotio cerebri mit kognitiven Defiziten und Gleichgewichtsstörungen. 2. Somatoforme Schmerzkrankung mit depressiven und ängstlichen Komponenten auf dem Boden einer psychovegetativen gesteigerten Erregbarkeit und der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. 3. Posttraumatische Belastungsstörung.

Vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen kann sich der Senat ebenso wenig wie das SG davon überzeugen, dass diese Gesundheitsstörungen bei der Klägerin überhaupt vorliegen (dies gilt insbesondere für die Nrn. 1. und 3., die von den Sachverständigen Sch. und Prof. Dr. B. ausdrücklich verneint werden) bzw. mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können (dies gilt insbesondere für die Beschwerden im Sinne der Nr. 2., die Ausdruck vorbestehender Erkrankungen sind). Dr. P. begründet seine Diagnosestellung im Wesentlichen mit allgemeingültigen Erwägungen. Mit der individuellen Situation der Klägerin und den bei ihr einschlägigen Vorerkrankungen setzt er sich nicht ausreichend auseinander. Einen objektivierbaren Gesundheitserstschaden, auf den weitere Unfallfolgen zurückgeführt werden könnten, benennt auch er nicht. Eine bloße Schädelprellung kann hingegen keine kognitiven Störungen auslösen. Hinweise auf cerebrale Funktionsstörungen haben sich zu keinem Zeitpunkt ergeben und wurden auch von Dr. P. nicht dargelegt. Auf den Umstand, dass Dr. P. seine Diagnosen nicht anhand der Kriterien eines international anerkannten Diagnosesystems bezeichnet hat, kommt es im Ergebnis nicht an. Soweit sich Dr. P. in seinen Ausführungen teilweise auf einen dritten Autounfall der Klägerin am 07.04.2013 bezieht, ergeben sich hieraus keine entscheidungserheblichen Konsequenzen für das hiesige

Verfahren. Zum einen handelt es sich um einen privaten Unfall, zum anderen grenzt Dr. P. die von ihm angenommen Folgen der getrennt zu betrachteten Unfälle nicht voneinander ab.

Soweit das SG in seinem Urteil Bezug nimmt auf die unfallversicherungsrechtliche Begutachtungsliteratur (hier: Schönberger/ Mehrtens/ Valentin - Sch/M/V -, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010) liegt hierzu zwar zwischenzeitlich die neue, 9. Auflage mit dem Erscheinungsjahr 2017 vor. Entscheidungserhebliche Änderungen ergeben sich daraus jedoch nicht.

Weitere Ermittlungen von Amts wegen mussten sich dem Senat nicht aufdrängen. Auch soweit der Bevollmächtigte der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) weitere Ermittlungen beantragt hat, brauchte der Senat dem nicht nachzukommen.

Soweit der Bevollmächtigte beantragt hat, "ein MRT unter Verwendung von Kontrastmitteln durchzuführen", ist nicht ersichtlich, mit welchem Ziel eine derartige Bildgebung veranlasst werden sollte. Es liegen bereits verschiedene Bildgebungen vor, die von den Sachverständigen (insbesondere auch von Dr. P.) ausgewertet worden sind. Dabei hat keiner der Sachverständigen die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen gesehen. Außerdem hat die Klägerin 2013 einen weiteren Autounfall erlitten. Es ist somit nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse eine aktuelle MRT-Aufnahme für die Bewertung der Folgen des Unfalles vom 26.02.2009 bringen könnte. Ermittlungen ins Blaue hinein sind nicht veranlasst. Soweit der Bevollmächtigte im weiteren Verlauf "eine sogenannte Upright-MRT-Untersuchung" beantragt hat, gelten dieselben Erwägungen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat zudem die Einholung von Gutachten auf psychiatrischem und auf radiologischem Fachgebiet für notwendig erachtet und deren Einholung sowohl nach [§ 106 SGG](#) angeregt als auch nach [§ 109 SGG](#) beantragt. Der Senat sieht sich nicht veranlasst, dem nachzukommen. Denn es haben einerseits bereits Begutachtungen unter psychiatrischen, psychologischen, traumatherapeutischen und neuropsychologischen Gesichtspunkten stattgefunden (Sachverständiger Sch. und Dr. B. sowie - auf Antrag nach [§ 109 SGG](#) - Prof. Dr. B./ Dipl.-Psych. F. und Dr. P., der nicht nur Arzt, sondern auch Dipl.-Psych. ist). Weitere Ermittlungen von Amts wegen mussten sich vor diesem Hintergrund nicht aufdrängen und auch ein Grund, einem weiteren Antrag nach [§ 109 SGG](#) auf Begutachtung auf psychiatrischem Fachgebiet stattzugeben, besteht nicht. Ein Sachverständiger ist überdies gar nicht genannt worden. Die Bildgebung wurde andererseits insbesondere bereits eingehend durch den neurochirurgischen Sachverständigen Dr. P. ausgewertet. Dieser bezieht sich in seinem Gutachten insbesondere auf Nativaufnahmen der HWS aus dem Jahr 2001 und 2003, CT-Aufnahmen der HWS, die unmittelbar nach dem Unfall angefertigt worden sind, sowie MRT-Aufnahmen der HWS aus den Jahren 2009, 2013 und 2014. Eingegangen ist der Sachverständige auch auf die Bildgebung zur BWS und LWS. Zudem wurden neurologische Untersuchungen (z.B. Messungen der Nervenleitgeschwindigkeiten sowie ein EEG) durchgeführt. Welche entscheidungserheblichen Fragen hier offen geblieben sein könnten, ist nicht ersichtlich. Dem weiteren Antrag nach [§ 109 SGG](#) auf Einholung eines radiologischen Gutachtens ist ebenfalls nicht zu entsprechen. Insbesondere liegen keine neuen Gesichtspunkte vor, zu denen sich die in erster Instanz nach [§ 109 SGG](#) genannten und gehörten Sachverständigen noch nicht haben äußern können. Dass die Begutachtungen nicht zu dem von der Klägerin gewünschten Ergebnis geführt haben bzw. der Senat ihnen nicht in vollem Umfang zu folgen vermag, begründet keinen Anspruch auf eine weitere Begutachtung.

Schließlich muss der Senat dem Antrag des Bevollmächtigten der Klägerin auf Einholung eines unfallanalytischen Gutachtens nicht nachkommen. Es kann zugunsten der Klägerin vorliegend unterstellt werden, dass ein schwerer Unfall vorgelegen hat, der seinerseits grundsätzlich geeignet gewesen wäre, auch schwere Verletzungen zu verursachen. Im Fall der Klägerin ist jedoch der Nachweis entsprechender schwerer bzw. weiterer Verletzungen nicht gelungen. Dieser Nachweis obliegt jedoch medizinischen, nicht unfallanalytischen Sachverständigen. Ist demnach kein unfallanalytisches Gutachten einzuholen besteht auch keine Notwendigkeit, ein darauf aufbauendes weiteres orthopädisches Gutachten einzuholen.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-05-04