

## L 22 U 18/08

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
22  
1. Instanz  
SG Frankfurt (Oder) (BRB)  
Aktenzeichen  
S 3 U 131/96  
Datum  
08.07.2003  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 22 U 18/08  
Datum  
26.02.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 08. Juli 2003 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Zahlung einer Verletztenrente für die Zeit ab 01. Februar 1996 wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 02. Mai 1994.

Die 1952 geborene Klägerin war als Trainerin/Beraterin/Assistentin bei der F Unternehmensberatung (BDU) Berlin beschäftigt, als sie am 02. Mai 1994 als FahrerIn mit ihrem PKW auf dem Weg zur Arbeitsstätte einen Unfall erlitt. Ausweislich der polizeilichen Verkehrsunfallanzeige vom selben Tage befuhr die Klägerin gegen 6 Uhr 35 mit ihrem PKW die S Straße in B. Sie hielt verkehrsbedingt wegen eines vor ihr fahrenden Linksabbiegers an, was der Fahrer des hinter ihr fahrenden Pkw zu spät bemerkte und mit seinem Pkw auf den der Klägerin auffuhr. Bei der Unfallaufnahme durch die Polizei klagte die Klägerin über Schmerzen im Rücken- und Genickbereich. Die Klägerin schildert in ihrem Unfallbericht den Hergang u. a. so, dass sie "den rasant von hinten herannahenden" PKW im Rückspiegel bemerkt und es Zehntelsekunden gedauert habe, bis er auf ihren PKW aufgefahren sei. Von einem frontalen Kopfanprall ist keine Rede.

Mit ihrem noch fahrbereiten Pkw fuhr die Klägerin selbst zur ärztlichen Behandlung zum Facharzt für Orthopädie Dr. med. F, wo sie ausweislich der ärztlichen Unfallmeldung vom 02. Mai 1995 um 09.00 Uhr eintraf. Als "Befund" ist in dieser ärztlichen Unfallmeldung festgehalten: "DS C 0 bis 3 bds., Beweglichkeit 1/4 reduziert, keine neurologischen Ausfälle", als Ergebnis des Röntgens: "Halswirbelsäule in zwei Ebenen, unauffällige Darstellung". Diagnostiziert wurde ein "Schleudertrauma der HWS". Im "ausführlichen Krankheitsbericht" des Dr. med. F vom 07. Juli 1994 ist als weiterer bei der "ersten ärztlichen Untersuchung" erhobener Befund noch angeführt: "Schulter-Nacken-Muskulatur verspannt. Keine neurologischen Ausfälle. Kein SHT". Als "Art der Behandlung" ist eine anfängliche Schanz-Krawatte, nach 10 bis 14 Tagen eine "HWS-Orthese aus Schaumstoff" angeführt.

Ab dem 16. Mai 1994 erfolgte eine Mitbehandlung der Klägerin durch den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. H, der unter dem 17. August 1994 für Dr. med. F einen neurologischen Befundbericht erstattete, in welchem ein "posttraumatisches Cervikalsyndrom sowie lumbales Schmerzsyndrom bei arthromuskulärer Dysfunktion als Zustand nach HWS-Distorsion mit Kopfanprall (Kopfstütze und frontal) durch HWS-Beschleunigungstrauma, mit Krafteinleitung auch in die LWS" mitgeteilt wird. Es handele sich um eine Verschlechterung vorbestehender Beschwerden u. a. aus den Folgen zweier Vorunfälle von 1992. Weiterhin habe der letzte Unfall (vom 02. Mai 1994) zu vorübergehenden neurologischen Symptomen in Form von Sensibilitätsstörungen auf der rechten Körperseite sowie im Bereich des linken Armes geführt; weiterhin bestehe eine Hirnleistungsschwäche.

Am 24. Juni 1994 und am 30. Juni 1994 befand sich die Klägerin außerdem in Behandlung beim Durchgangsarzt MR Dr. H, der röntgenologisch eine unauffällige Darstellung der HWS angab sowie als Befund eine "Bewegungseinschränkung HWS, Druckschmerz C 0 bis 3".

In ihrer "Erklärung über frühere Arbeitsunfälle" vom November 1994 machte die Klägerin Angaben zu weiteren Unfällen vom 10. Februar 1992 und 08. Oktober 1992. Dabei sei es zu einem Schädelhirntrauma mit HWS-Distorsion bzw. einem Schleudertrauma mit HWS- und LWS-Distorsion gekommen.

Unter dem 14. Januar 1996 erstattete der Durchgangsarzt und Chefarzt der Klinik für Chirurgie des Klinikums F Prof. Dr. med. Sein

Zusammenhangsgutachten für die Beklagte unter Einbeziehung eines augenärztlichen Zusatzgutachtens des Chefarztes der Augenklinik des K Dr. med. S vom 17. August 1995, eines psychologischen Zusatzgutachtens der Diplompsychologin S vom 29. August 1995 sowie eines neurologischen Zusatzgutachtens des Dipl.-Med. S vom 27. September 1995. Den Gutachten sind im Einzelnen zahlreiche zusätzliche Untersuchungsbefunde beigefügt (EEG, Röntgenbefunde etc.) bzw. der Begutachtung zugrunde gelegt worden (vgl. im Einzelnen aufgeführt S. 2, 12, 13, 14 des Gutachtens Prof. Dr. S). In seiner "Zusammenfassung und Bewertung der Befunde" (S. 14, 15 seines Gutachtens) bewertete Prof. Dr. S Gesichtsfelddefekte (Skotome) mit einer MdE von 5 v.H., eine in ihrer Intensität und Verteilung stark wechselnde Hypästhesie im Bereich des rechten Ober- und Unterschenkels mit 0 v.H. sowie eine posttraumatische Bandscheibenläsion mit 10. v.H.; für alle diese Gesundheitsstörungen gab er eine MdE von 10 v.H. an.

Mit Bescheid der Beklagten vom 19. März 1996 wurde der Unfall vom 02. Mai 1994 als Arbeitsunfall mit einem keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Renten berechtigendem Grade hinterlassenden "HWS-Schleudertrauma" anerkannt. Als Folgen des Unfalls wurde ausdrücklich nicht anerkannt: "geringer Gesichtsfelddefekt nach Unfall vom 10. Februar 1992". Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe für den Zeitraum vom 02. Mai 1994 bis zum 31. Januar 1996 bestanden, Verletztengeld werde für diesen Zeitraum gewährt. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Oktober 1996 zurück.

Am 01. November 1996 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) - SG - erhoben. Zur Begründung ist ausgeführt worden, dass allein die Gesichtsfeldeinschränkungen der Klägerin bei der Gesamt-MdE allein mit mindestens 30 v. H. zu bewerten seien. Durch eine Hirnszintigrafie (SPECT) könnten im Bereich der Sehrinde im Übrigen die Gesichtsfeldeinschränkungen auf ein objektives, organisches Korrelat zurückgeführt werden. Ein Bandscheibenprolaps sei von Prof. Dr. S zu Unrecht nicht mehr bewertet worden. Die Klägerin hat einen "neurologischen Befundbericht" von Dr. med. H vom 28. Mai 1997 sowie ein neurologisch-psychiatrisches und manualmedizinisches Gutachten dieses Arztes vom 06. Juni 1997 vorgelegt. Im Einzelnen hat Dr. med. H von ihm als Arbeitsunfallfolgen bezeichnete Erkrankungen mit einer Gesamt-MdE von 100 Prozent für die Zeit ab 02. Mai 1994 durchgehend und weiterhin angegeben.

Die Klägerin hat erstinstanzlich (schriftsätzlich) beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 19. März 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Oktober 1996 aufzuheben, und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Verletztengeld wegen der Folgen des Verkehrsunfalls vom 02. Mai 1994 auch über den 31. Januar 1996 hinaus zu gewähren sowie hilfsweise, die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen des Verkehrsunfalls vom 02. Mai 1994 ab dem 01. August 1994 Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 Prozent zu gewähren.

Die Beklagte hat erstinstanzlich (schriftsätzlich) beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat Beweis erhoben durch verschiedene Sachverständigengutachten, die jeweils nach ambulanter Untersuchung der Klägerin schriftlich erstattet worden sind. Im einzelnen:

Der Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité, B, Dr. med. P hat in seinem fachorthopädischen Gutachten vom 21. Mai 1999 ein chronisch pseudoradikuläres cervikales Schmerzsyndrom beidseits mit vegetativer Begleitsymptomatik diagnostiziert. Bei der Klägerin sei es zu einer Grad I-Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule entsprechend einer leichten Beschleunigungsverletzung im Sinne eines Nacken-Hinterkopf-Schmerzes, einer Bewegungseinschränkung der HWS ohne nachweisbare röntgenologische oder nachweisbare neurologische Veränderungen gekommen. Einzig relevanter Befund einer MRT-Untersuchung vom 16. Mai 1995 sei ein isolierter Bandscheibenprolaps zwischen C 5 und C 6 medial mit Myelonkompression ohne Irritation der Nervenwurzeln beidseitig, der nicht durch das Unfallereignis verursacht worden sei. Bei der Klägerin liege - bezogen auf den Untersuchungszeitpunkt - weiterhin ein ausgeprägter paravertebraler Hartspann im Bereich der Halswirbelsäule mit eingeschränkter Reklinationsfähigkeit der Halswirbelsäule vor. Der Unfall vom 02. Mai 1994 sei keine wesentliche Bedingung oder wesentliche Teilbedingung im Sinne der Entstehung oder der Verschlimmerung der bei der Klägerin vorliegenden Beschwerden gewesen. Zum Unfallzeitpunkt habe eine degenerative Vorschädigung der Bandscheibe C 5/C 6, welche durch das MRT vom 16. Mai 1995 eindeutig quantifiziert worden sei, bestanden. Wenn auch durch das erst ein Jahr nach dem Unfall angefertigte MRT der Bandscheibenschaden verspätet nachgewiesen sei, so sei jedoch bei Berücksichtigung der Pathogenese dieser Bandscheibenveränderung von einem Vorliegen degenerativer Veränderungen schon über einen längeren Zeitraum - in diesem Fall 5 Jahre zuvor beginnend - auszugehen. Dies gelte auch dann, wenn, wie durch die Klägerin ausgeführt, dieser Bandscheibenvorfall bis zum Unfallzeitpunkt keine wesentlichen klinischen Beschwerden verursacht habe. Das Vorliegen eines Bandscheibenvorfalles C 5/C 6 auf degenerativer Basis sei aus gutachterlicher orthopädischer Sicht in der Lage, die lokale Beschwerdedauer im HWS-Bereich zu verlängern bzw. eine Schmerzsymptomatik mit partieller Ausstrahlung in die Arme hervorzurufen, könne jedoch die vielfältigen vegetativen Beschwerden, welche im Mittelpunkt der Erkrankung der Versicherten stünden, jedoch in keinsten Weise erklären. Daneben sei darauf hinzuweisen, dass der jetzige klinische Befund eines ausgeprägten paravertebralen Hartspans in den oberen Abschnitten der HWS eindeutig belege, dass durch die Bandscheibenveränderungen in den unteren Abschnitten der HWS - hier Segment C 5/C 6 - keine wesentlichen klinischen Symptome mehr hervorgerufen würden. Sowohl die Druckschmerzhaftigkeit als auch der ausgeprägte paravertebrale Hartspann seien im vorliegenden Fall den oberen Abschnitten der Halswirbelsäule zuzuordnen, nicht jedoch dem durch den Bandscheibenvorfall veränderten Segment C 5/C 6. Was die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit betreffe, sei im Regelfall nach leichten HWS-Distorsionen eine Arbeitsunfähigkeit bis zu 6 Wochen gegeben. Im Fall der Klägerin sei die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit zwar länger anzunehmen, nicht aber über die 16. Woche hinaus. Behandlungsbedürftig sei die Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule der Klägerin 6 Monate lang gewesen. Eine darüber hinausgehende Zeit der Behandlungsnotwendigkeit sei nicht Folge des Unfalls vom 02. Mai 1994. Die unfallbedingte MdE sei im vorliegenden Fall gegenüber den Durchschnittswerten entsprechend der speziellen Symptomatik zu verlängern. Die MdE bei der Klägerin betrage bis 4 Monate nach dem Unfallzeitpunkt 20 v. H., bis 24 Monate nach dem Unfallzeitpunkt, das heißt bis zum 02. Mai 1996 10 v. H. und ab 03. Mai 1996 0 v. H. Entsprechend ergebe sich, dass sich nach Beendigung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit zunächst für einen weiteren Monat eine MdE von 20 v. H. anzusetzen sei und anschließend bis zum 02. Mai 1996 eine solche von 10 v. H. Zum Zeitpunkt der Untersuchung der Klägerin - dem 04. Mai 1999 - bestehe eine MdE von 0 v. H.

Im augenärztlichen Zusatzgutachten des Privatdozenten Dr. med. R (Klinikum und Poliklinik für Augenheilkunde der C, B) vom 04. August 1999 ist im Ergebnis festgestellt worden, dass es für die in der statischen Perimetrie angegebenen Gesichtsfeldausfälle der Klägerin kein morphologisches oder funktionelles Korrelat gebe. In der gutachtenrelevanten kinetischen Perimetrie fänden sich keine Ausfälle, die zu einer MdE nach den Empfehlungen des Berufsverbandes der Augenärzte und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft von 1994 führen würden. Auch die sonstigen Sehparameter seien hervorragend. Somit sei festzustellen, dass keine signifikanten Gesundheitsschäden auf dem Gebiet der Augenheilkunde vorlägen. Es hätten auch keine Vorschäden und anlagebedingten Veränderungen zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden. Die im Vorgutachten von Dr. S von 1995 angegebenen Gesichtsfeldausfälle seien wesentlich ausgeprägter gewesen als die bei seinen Untersuchungen am 21. Juni und 05. Juli 1995 gefundenen.

Im HNO-ärztlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. med. G vom 26. April 1999 ist im Ergebnis festgehalten, dass funktionelle Defizite am Hör- und Gleichgewichtsorgan als mögliche Folge der drei Arbeitsunfälle nicht aufzudecken gewesen seien. Das Hörorgan funktioniere altersgemäß normal. Die geklagten Gleichgewichtsstörungen ("Schwindel") deuteten nicht auf eine auslösende Ursache im peripheren oder zentralen Gleichgewichtsorgan hin. Zusammen mit einer Reihe anderer vegetativer Symptome seien die Beschwerden der Klägerin sehr wahrscheinlich ursächlich einem so genannten psychovegetativen Syndrom zuzuordnen, das im Alter der Klägerin bei Konfliktsituationen nicht selten sei. Vorschäden oder anlagebedingte Veränderungen seien im HNO-Bereich nicht zu erkennen. Eine MdE auf seinem Fachgebiet ergebe sich nicht.

Im neurologischen Zusatzsachverständigengutachten von Prof. Dr. med. E/Dr. med. J W (Chefarzt und Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Neurologie der C, B) vom 22. September 1999 ist als Ergebnis nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 02. November 1998 festgestellt worden, dass aus Sicht der Neurologie keine fassbaren Gesundheitsschädigungen vorlägen. Die Patientin befinde sich, wie bereits in den Vorgutachten und auch im psychologischen Gutachten dargestellt, sicher in einer Phase der Chronifizierung und der Akzeptanzschwierigkeit ihrer Beschwerden. Der Bandscheibenvorfall C 5/C 6, der auch einen Kontakt zum Myelon habe, könnte zwar traumatischer Natur sein. Dagegen spreche, dass die Größe des Bandscheibenvorfalles nach dem Unfall noch zugenommen habe. Dagegen spreche auch, dass ähnliche Beschwerden schon vorher bestanden hätten. Zudem sei ein zweiter Bandscheibenvorfall bei L 4/L 5 beschrieben, das Auftreten von zwei traumatischen Bandscheibenvorfällen durch den Unfall vom 02. Mai 1994 sei extrem unwahrscheinlich. Auch für diese Bandscheibenvorfälle sowohl in der Höhe C 5/C 6 als auch L 4/L 5 zum jetzigen Zeitpunkt bestehe keinerlei klinisches Korrelat. Weder vor noch nach dem Unfall hätten mögliche Vorschädigungen klinisch fassbare Beschwerden hervorgerufen noch objektiv fassbare Befunde provoziert. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die MdE mit 0 v. H. einzuschätzen.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG zwei weitere Sachverständigengutachten gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholt.

Der Arzt für Neurologie und Chefarzt der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie der LT Dr. med. F hat nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 18. September 2000 unter Verwertung eines neuropsychologischen Berichtes des Diplompsychologen Dr. R vom 05. November 2000 in seinem neurologischen Fachgutachten vom 03. Januar 2001 festgestellt, dass es nach insgesamt 4 HWS-Beschleunigungstraumata im Rahmen mehrerer Verkehrsunfälle in 1992, 1994 und 1998 zu Befunden gekommen sei, die sich erklären ließen durch den nachweisbaren Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 5/6, der nach den Ausführungen von Prof. Dr. S einem traumatischen Bandscheibenvorfall zugeordnet werden könne. Die lumboschialgieformen Beschwerdezustände seien allerdings eher unfallunabhängiger Natur. Bei der Klägerin bestehe ein erhebliche Somatisierungsstörung verbunden mit Körperwahrnehmungsstörungen und Zusatz einer ausgeprägten Schlafstörung mit Durchschlafstörung und einer entsprechenden generalisierten Verlangsamung, wie dies bei persistierenden, chronifizierten Störungen der Schmerzwahrnehmung nach HWS-Beschleunigungstrauma häufiger gesehen werde. Sicherlich könne angemerkt werden, dass eine derartige Symptompersistenz wie im Fall der Klägerin, gemessen an den üblichen Verläufen eines Beschleunigungstraumas Grad II sehr unüblich sei und in der Literatur mit maximal 10 v. H. angegeben werde. Allerdings sei auch anzumerken, dass posttraumatisch bedingte Symptome, wie sie im vorliegenden Fall bestünden, nicht apodiktisch nach einem in Lehrbüchern genannten Zeitpunkt für abgeschlossen erklärt werden könnten. Erschwerend komme im vorliegenden Fall hinzu, dass insgesamt von zumindest drei klar dokumentierten HWS-Beschleunigungstraumata ausgegangen werden müsse und insofern ein Summationseffekt hinsichtlich der Symptomausprägung unterstellt werden könne. Der Nackenschmerz nach HWS-Beschleunigungsverletzung werde in der Regel auf die beschleunigungsbedingte Zerrung von cervikalem Achsenskelett und perispinalem Weichteilmantel zurückgeführt. Ließen sich direkte oder indirekte Zeichen einer strukturellen Läsion bildgebend nachweisen, so sei das primärische Schadensbild mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen. Es sei festzustellen, dass im konkreten Fall der Klägerin eine persistierende posttraumatische Schmerzsymptomatik bis zum jetzigen Zeitpunkt bestünde und auch nachvollziehbar sei, zumal zumindest teilweise auch eine objektive Befundlage (Bandschreibenprotrusion in der Höhe HWK 5/6) existiere. Darüber hinaus sei anzumerken, dass selbst wenn entsprechende Vorschädigungen bestanden hätten, diese kein symptomrelevantes Ausmaß besessen hätten und somit erst durch die diversen traumatischen Ereignisse ein Krankheitsprozess im Sinne eines chronischen Schmerzsyndroms mit sensiblen Ausfallerscheinungen in Gang gesetzt worden sei. Der von ihm diagnostizierte Zustand nach vierfachem HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutiven chronifiziertem Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallerscheinungen mit kernspintomografisch nachweisbarem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 und eine Somatisierungsstörung seien mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 02. Mai 1994 zurückzuführen. Die unfallbedingte MdE sei aus neurologischer Sicht mit 30 v. H. einzuschätzen.

Die Unfallchirurgen Prof. Dr. med. G/Dr. med. W/Dr. med. K haben in ihrem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 15. Oktober 2001 nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 08. Oktober 2001 die wesentlichen Unfallfolgen angegeben mit einem Zustand nach traumatischer Bandscheibenbeschädigung im Segment C 5/C 6 mit massiver monosegmentaler Degeneration, einem posttraumatischen Schmerzsyndrom mit Hirnleistungsstörung sowie einer Funktionseinschränkung der HWS. Die Unfälle vor dem Unfall vom Mai 1994 hätten zu geringeren HWS-Traumen geführt, die stets von einer strukturellen Ausheilung kleinerer Verletzungen begleitet gewesen seien. Die geringgradige Schmerzsymptomatik sei dadurch unbeeinflusst gewesen. Der dritte Unfall beschreibe eine HWS-Beschleunigungsverletzung für die unfallanalytische oder biomechanische Daten nicht eruiert worden seien. Die Unfallschwere könne somit nur näherungsweise bestimmt werden. Die fehlende Nackenstütze stelle jedoch einen Faktor dar, der auch bei geringerer Kollisionsdynamik eine strukturelle Verletzung wahrscheinlich mache. Auch die körperliche Konstitution der Patientin (langer, schlanker Hals) stelle einen die Verletzung begünstigenden Faktor dar. Aus diesem Grunde sei die Unfallschwere als gegeben anzusehen. Vor Februar 1992 habe keine Schmerzsymptomatik bestanden. Seit Februar 1992 bis Mai 1994 habe eine geringe Schmerzsymptomatik bestanden, die bei fehlenden konkurrierenden Erkrankungen auf die beiden Unfallereignisse 2/92 und 10/92 zurückzuführen sei. Die aktuell bestehende Schmerzsymptomatik sei seit 5/94 in annähernd konstanter Form von der Patientin beschrieben und in der Aktenlage dokumentiert worden.

Die Klägerin habe bei dem Unfall am 02. Mai 1994 eine Bandscheibenschädigung erlitten, die im weiteren Verlauf zu einem Bandscheibenvorfall und nachfolgender Degeneration des Segmentes C 5/6 geführt habe. Die Entstehung des Bandscheibenschadens stehe in direktem zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall. Eine konkurrierende Erkrankung (altersbedingte Degeneration) sei durch die durchgeführten Untersuchungen ausgeschlossen. Aufgrund des traumatischen Bandscheibenschadens mit nachfolgender Degeneration, einer daraus resultierenden Funktionseinschränkung und chronischem Schmerzbild mit Hirnleistungseinschränkung bestehe für die Zeit vom Unfall bis zum 31. Juli 1994 eine MdE von 40 v. H. und für die Zeit ab 01. August 1994 eine MdE von 20 v. H. auf Dauer.

In der nichtöffentlichen Sitzung des SG hat vom 28. Januar 2003 hat die Klägerin auf Befragen angegeben, dass das Unfallfahrzeug, mit dem sie am 02. Mai 1994 verunfallt sei, mit einer Nackenstütze ausgestattet gewesen sei.

In dieser Sitzung sind auch die Sachverständigen Dr. med. F sowie Dr. med. K vernommen worden. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Anlagen 1 und 2 zur Sitzungsniederschrift vom 28. Januar 2003 Bezug genommen.

Durch Urteil des SG vom 08. Juli 2003 ist die Klage abgewiesen worden. Zur Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, dass die Klägerin infolge des Auffahrunfalls vom 02. Mai 1994 eine Distorsion der HWS mit einem Schweregrad 1, höchstens 2 (Einteilung nach ERDMANN, in Schönberger u. a., Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. neu bearbeitete Auflage, S. 519) erlitten habe. Selbst wenn man von einer leichten Bandscheibenvorwölbung C 5/C 6 durch den Unfall vom 02. Mai 1994 ausginge, könne dies die bei der Klägerin bestehende Beschwerdesituation nicht erklären. Ein Zusammenhang zwischen dieser Bandscheibenschädigung und den nach wie vor bestehenden Beschwerden im Sinne eines Schmerzsyndroms mit Hirnleistungsstörung lasse sich selbst dann nicht erklären, wenn berücksichtigt werde, dass die Bandscheibenprotrusion sich noch bis Dezember 1994 zu einem kleinen Bandscheibenvorfall bei C5/6 entwickelt habe. Soweit sowohl Dr. med. F als auch Dr. med. K für das bei der Klägerin bestehende Schmerzsyndrom dennoch den Unfall vom 02. Mai 1994 als ursächlich ansähen, gingen sie offenbar davon aus, dass die Klägerin durch das Unfallereignis funktionelle Schäden erlitten habe, wofür sie den Beweis schuldig geblieben seien. Das Bestehen einer MdE in rentenberechtigendem Grade über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus könne nach den einschlägigen Anhaltswerten (Schönberger u. a., S. 524) ebenfalls nicht beurteilt werden. Die anders lautende Einschätzung des Dr. med. F und auch des Dr. med. K bewerteten ganz vordergründig den neurologischen Beschwerdekomples, dessen Verursachung durch das Unfallereignis vom 02. Mai 1994 jedoch nicht wahrscheinlich gemacht werden könnte, weshalb diesen Einschätzungen nicht gefolgt werden könne.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 28. Juli 2003 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 28. August 2003 Berufung beim damaligen Landessozialgericht für das Land Brandenburg eingelegt. Zur Begründung ist zunächst im Wesentlichen vorgetragen worden, dass das SG bei seiner Beurteilung zu pauschalierend die Tabelle nach ERDMANN angewendet habe. Im Übrigen sei durch die Gutachten von Dr. Kund Dr. F bewiesen, dass die Klägerin nach wie vor unter den Folgen des Arbeitsunfalls leide. Da es für Folgen von Schleudertraumen keine geeigneten "Erfahrungswerte" gebe, solle auf die Erfahrungswerte für "traumatische Hirnschädigungen" (z. B. bei Schönberger u. a., S. 275) zurückgegriffen werden. Im Weiteren hat sich die Klägerin auf das Ergebnis des im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachtens von Dr. med. O gestützt.

Nachdem der Prozessbevollmächtigte der Klägerin in der Sitzung des Senates vom 26. Februar 2009 erklärt hatte, dass er die Klagen gegen die von der Beklagten im Berufungsverfahren erlassenen Bescheide vom 25. August 2004, mit denen die Unfälle vom 10. Februar 1992 und 08. Oktober 1992 als Arbeitsunfälle anerkannt, ein Anspruch auf Rente aber jeweils abgelehnt worden ist, nicht mehr weiter verfolge, hat er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 08. Juli 2003 aufzuheben, den Bescheid vom 19. März 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Oktober 1996 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 1994 ab 01. Februar 1996 eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das erstinstanzliche Urteil. Hinsichtlich des Sachverständigengutachtens von Dr. med. O ist die Beklagte der Auffassung, dass der Sachverständige im Rahmen der nur im Zivilrecht anzuwendenden Adäquanztheorie argumentiert habe. Er habe aber eingeräumt, dass es eine pathologische Erklärung für den Zusammenhang zwischen Verletzungsmechanismen und den dokumentierten Beschwerden der Klägerin nicht gebe. Der Sachverständige stelle lediglich den zeitlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheitsbiografie heraus und betone, dass sich aus seiner Sicht jede andere Ursachenvermutung ausschließe. Unbestritten sei die Klägerin krank. Die Erkrankung sei jedoch nach wie vor nicht auf beschreibbare pathologische Unfallfolgen zurückzuführen, sondern werde in einem so erheblichen Maße psychisch unterhalten, dass in dieser Fehlverarbeitung die wesentliche, unfallfremde Ursache zu sehen sei.

Auf Antrag der Klägerin hat der Arzt für Orthopädie Dr. med. O nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 01. Juli 2005 ein fachorthopädisches Sachverständigengutachten nach [§ 109 SGG](#) am 21. Juli 2005 erstattet, das er durch schriftliche Stellungnahmen vom 07. November 2005 sowie 27. August 2007 ergänzt hat. Dr. med. O hat auf seinem Fachgebiet als Folgen des Unfalls vom 02. Mai 1994 ein chronisch persistierendes Cerviko-Cephalosyndrom festgestellt und mit einer MdE von "anhaltend" 100 v. H. beurteilt. Aufgrund der ihm bekannten Informationen gehe er davon aus, dass bei der Klägerin ein inzwischen chronifiziertes myofasziales Schmerzsyndrom nach Überlastung der HWS-Muskulatur durch den Unfall vom 02. Mai 1994 bestehe. Diese letzte, supramaximale, exentrische Belastung der HWS-Muskulatur habe zu einem inzwischen chronifizierten und invalidisierenden Beschwerdekomples geführt, der orthopädisch mit der Diagnose eines cerviko-cephalen Syndroms beschrieben, erklärt und zusammengefasst werden könne. Bezogen auf das hierzu zu beantwortende Thema des so genannten "Schleudertraumas" müsse festgestellt werden, dass der medizinische Kenntnisstand bei Diagnostik und Therapie nur viertgradig sei, was bedeute, dass es eine falsche Behandlung des "Schleudertraumas" nicht geben könne, da zutreffende Diagnosen und Behandlungsroutinen noch nicht erarbeitet worden seien und somit nicht in entsprechende Therapieempfehlungen umgesetzt werden konnten. Die im Zusammenhang mit dem "Schleudertrauma" genannten Symptome, Klagen und Phänomene seien eine epidemiologisch gesicherte Tatsache, wengleich gleichzeitig darauf hinzuweisen sei, dass ein gesichertes und allgemein akzeptiertes pathogenetisches Erklärungsmuster für derartig komplexe Beeinträchtigungen der passiv Unfallbeteiligten derzeit von der Medizin nicht geliefert werden

könnten. Ein Vorschaden der Klägerin sei weder wahrscheinlich, geschweige denn bewiesen. Nach seiner Analyse der Aktenlage habe zumindest in den letzten 12 Monaten vor dem 02. Mai 1994 auch keine medizinische Behandlungsnotwendigkeit nach Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Beschwerden von Seiten der HWS bestanden. Eine diesbezügliche Krankheitsanlage sei weder wahrscheinlich noch bewiesen. Erst der Unfall der Klägerin aus dem Jahre 1994 habe zu einer anhaltenden und richtunggebenden Veränderung im Gesundheitszustand der Klägerin geführt. Ob der medizinische Kern dieser "Unfallfolgen" mehr in den Schmerz auslösenden Veränderungen des Bandscheibenraumes C 5/6 oder der Muskulatur der Halswirbelsäule gesehen werden solle, sei eine Frage, die die medizinische Wissenschaft derzeit nicht sicher beantworten könne. Sicher sei jedoch, dass entsprechend derzeitigem medizinischen Wissen der konkrete Wegeunfall vom 02. Mai 1994 mit seinen schmerzhaften Primärschäden und seiner tatsächlichen Therapie nicht hinweggedacht werden könne, ohne dass diese konkrete, rein unfallbedingte Patientenkarriere der Klägerin auch entfalle. Eine primär psychiatrische Symptombildung habe bei der Klägerin nicht vorgelegen. Unter Berücksichtigung seiner ärztlichen Ausbildung in der speziellen Schmerztherapie gehe er auch davon aus, dass die Klägerin einen angemessenen Umgang mit ihren Schmerzen zeige, diese aber eine solche Ausprägung hätten, dass die aufgezeigten Konsequenzen hinsichtlich einer selbst bestimmten Lebensführung resultierten. Dass sich im Anschluss an Autounfälle zeitweise Schmerzen in der Nackenregion entwickeln können, sei ärztliches und allgemeines Erfahrungswissen, für das es bis heute keine medizintechnischen Beweise gebe. Dass solche körperlichen Unfallfolgen/Schmerzen eine derzeit "unsichtbare" Ursache haben, sei also ärztlicher und gesellschaftlicher Konsens, dass bei allen Verletzungen und Erkrankungen Regel- und Ausnahmeverläufe eintreten, ebenfalls. Warum aber nur ein kurzfristiger Schmerz "eine unsichtbare Ursache haben können solle" eine anhaltende aber nicht, sei bisher noch niemals plausibel begründet worden und werde z. B. durch die Tatsache anhaltender Schmerzen beim CRPS widerlegt, auch wenn keine Leistungsansprüche gegenüber irgendwelchen Versicherungen bestünden. Um sie von materiellen Folgen dieser gravierenden Gesundheitsrisiken derartiger physikalischer Bagateltraumen für ihre Versicherten zu schützen, müssten die zuständigen Berufsgenossenschaften eindeutig konkurrierende Erkrankungen beweisen können, die bloße Behauptung/reine Vermutung, dass es so sein könnte, reiche dazu nicht aus. Im konkreten Fall der Klägerin sei also medizinisch lediglich zu entscheiden, ob sie am 02. Mai 1994 eine eigenständige oder unfallbedingte Variante eines cerviko-cephalen Syndroms eingestellt habe; dass an diesem Tag "diese Krankheit" bei der Klägerin schlagartig einsetzte und bis heute anhielte, sei medizinisch unstrittig. Eine durch persönlichkeits-eigene Faktoren der Klägerin hervorgerufene Erkrankung sei im bisherigen Verfahren nicht benannt worden.

Im Laufe des Berufungsverfahrens sind verschiedene ärztliche Aufsätze zum Thema "Schleudertrauma" der Halswirbelsäule zu den Akten gegeben worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und die zum Verfahren beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (Aktenzeichen ; und Aktenzeichen ), die sämtlich vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die wegen eines Anspruchs auf Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung noch weiter verfolgte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat zu Recht die diesbezügliche Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 19. März 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Oktober 1996 ist rechtmäßig.

Die Klagen gegen die weiteren Bescheide der Beklagten vom 25. August 2004 über die Ablehnung einer Rente wegen der Folgen der Arbeitsunfälle der Klägerin vom 10. Februar 1992 und 08. Oktober 1992 sind in der mündlichen Verhandlung vom 26. Februar 2009 zurückgenommen worden und somit nicht mehr Gegenstand des Verfahrens.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Rente für die Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 1994.

Dahinstehen kann, ob der Anspruch noch nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder bereits nach den Vorschriften des am 01. Januar 1997 in Kraft getretenen SGB VII zu beurteilen ist. Denn die für den Anspruch der Klägerin maßgeblichen Vorschriften des alten und neuen Rechts stimmen in den streitigen Punkten inhaltlich überein. Anspruch auf Rente haben gemäß [§ 56 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#) (früher § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. (früher die 13. Woche) um wenigstens 20 v. H. gemindert ist.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Die Klägerin hat zwar am 02. Mai 1994 als Versicherte nach [§ 2 Abs. 1 Nr.1 SGB VII](#) bzw. § 539 Nr.1 RVO einen von der Beklagten 1994 bindend ([§ 77 SGG](#)) als Arbeitsunfall anerkannten Unfall erlitten. Jedoch hat dieser nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs.1 Satz 1 SGG](#)) nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Gesundheitsstörungen wesentlich (mit-)verursacht, die ab 01. Februar 1996 eine MdE um 20 v.H. begründen.

Soweit die Beklagte im Bescheid vom 19. März 1996 ein "HWS-Schleudertrauma" als Folgen dieses Unfalles anerkannt hat, ergibt sich hieraus bereits keine zweifelsfrei feststellbare Unfallfolge. Der Sachverständige Dr. O führt hierzu aus, die Bezeichnung "Schleudertrauma" sei eine semantische Ungenauigkeit; das HWS-Schleudertrauma bezeichne keine Unfallfolge, sondern einen Unfallhergang.

Zudem hat das HWS Schleudertrauma jedenfalls für die Zeit ab dem 01. Februar 1996 keine relevanten Verletzungsfolgen und damit keine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Grade (mit-)verursacht. Dies kommt bereits in dem Gutachten von Prof. Dr. med. S vom 14. Januar 1996 zum Ausdruck.

Der Senat erachtet nicht für wahrscheinlich, dass ein isolierter Bandscheibenschaden C5/C6 auf den Arbeitsunfall vom 02. Mai 1994 als wesentliche (Mit-)Ursache zurückzuführen ist. Dies gilt auch für eine dorsale Bandscheibenprotrusion L4/L5 oder "chronisch persistierendes Cervikocephalsyndrom"/ "ein chronisch pseudoradikuläres zervikales Schmerzsyndrom" oder einen "Zustand nach vierfachem HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutivem chronifizierten Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallerscheinungen bei kernspintomografisch nachweisbarem Bandscheibenvorfall HWK 5/6" oder ein chronisches Schmerzsyndrom mit Hirnleistungseinschränkung nach traumatischem Bandscheibenschaden mit nachfolgender Degeneration und einer daraus resultierenden Funktionseinschränkung" und sonstige Erkrankungen - auch auf augen- und HNO-fachärztlichem Gebiet -.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (BSGE 61, 127, 130; 63, 270, 271). 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. Gesundheitsschadens abgeleitet werden. 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 anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. 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 (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, zitiert nach juris). Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden. Gefordert ist eine einzelfallbezogene Bewertung, die auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abzustellen ist.

Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit. Wahrscheinlich ist ein Ursachenzusammenhang dann, wenn mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernste Zweifel an einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; Schönberger u.a., a.a.O. S. 119 ff). Die Faktoren, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, müssen die gegenteiligen deutlich überwiegen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Arbeitsunfall vom 02. Mai 1994 nicht wahrscheinliche (Mit ) Ursache eines Bandscheibenvorfalles C5/C6.

Soweit Dr. med. K in seinem fachchirurgischen Sachverständigengutachten vom 15. Oktober 2001 einen Zustand nach posttraumatischem Bandscheibenvorfall (C5/C6) mit cervicaler Schmerzsymptomatik und geringgradiger Bewegungseinschränkung als Folge des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 1994 beurteilt, vermag der Senat ihm nicht zu folgen. Der Gutachter hat den Kausalzusammenhang nicht überzeugend begründet. Er hat bereits einen klinischen Erstbefund, der zu einer solchen Bandscheibenprotrusion passen würde, nicht begründen können. Hierzu gibt es keinen Befund. Dr. F stellte als Erstbefund bei C0/3 eine um  $\frac{1}{4}$  reduzierte Beweglichkeit fest und nicht bei C5/C6.

Soweit der Sachverständige meint, dass ein Druckschmerz bei C 0 bis C 3, wie er von Dr. med. F am Unfalltag dokumentiert wurde, nicht gegen einen traumatisch bedingten Bandscheibenschaden spreche, ergibt sich hieraus kein Argument für einen Kausalzusammenhang. Zudem ist er bei seiner Zusammenhangsbeurteilung bezüglich der von ihm für geeignet gehaltenen "Unfallschwere" von einem falschen Sachverhalt ausgegangen, nämlich von einer "fehlenden Nackenstütze". Tatsächlich hat die Klägerin selbst angegeben, dass ihr Fahrzeug mit einer Nackenstütze ausgerüstet gewesen sei. Soweit er auf einen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Bandscheibenprotrusion bei einer in ihrem Ausmaß nicht festzustellenden Vorschädigung als Begründung für den Ursachenzusammenhang abstellt, hat er andererseits auch nicht ausschließen können, dass die Bandscheibenprotrusion bereits weit vor dem Unfall vorhanden gewesen war (Anlage 2 zur Sitzungsniederschrift vom 28 Januar 2003, S. 9). Für eine durch den Unfall verursachte Verschlimmerung einer Vorschädigung fehlt es an der Begründung des Kausalzusammenhangs und an der Beschreibung des Ausmaßes des Vorschadens.

Zudem hat der Arzt für Orthopädie Dr. med. O in seinem Sachverständigengutachten vom 21. Juli 2005 bereits dadurch Zweifel an der Beurteilung durch Dr. geweckt, dass er den Bandscheibenprolaps C5/C6 als "eine asymptomatische und nicht krankheitsrelevante Formvariante der HWS" der Klägerin interpretiert, der einen Schluss auf den Arbeitsunfall als wesentliche Ursache dieses Befundes ausschließe. Dass dem Gutachter Dr. K insoweit eine höhere Fachkompetenz zukommt, ist nicht ersichtlich.

Auch der Oberarzt der Klinik für Orthopädie der C Dr. med. P meint, dass durch den Bandscheibenvorfall im Segment C5/C6 keine wesentlichen klinischen Symptome hervorgerufen werden. Zum Unfallzeitpunkt sei allenfalls eine degenerative Vorschädigung dieses Segmentes "zu unterstellen". Dr. med. P meint zudem, dass ein Bandscheibenvorfall C5/C6 die vielfältigen vegetativen Beschwerden der Klägerin, die im Mittelpunkt der Erkrankung der Klägerin lägen, jedenfalls in keinsten Weise erklären kann. Der Nachweis einer traumatischen Entstehung des Bandscheibenvorfalles ist nach Dr. med. P nicht zu führen. Ein für einen traumatischen Bandscheibenvorfall typisches Verletzungsmuster liege nicht vor.

Soweit der Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Neurologie der C, B, Dr. med. Win seinem Sachverständigengutachten vom 22. September 1999 (S. 17) davon gesprochen hat, dass der Bandscheibenvorfall C 5/C 6, der röntgenologisch durch ein MRT der HWS vom 16. Mai 1995 (vgl. Befundbericht der Fachärztin für Radiologie Dr. med. R vom 17. Mai 1995) - also ca. 14 Tage nach dem angeschuldigten Arbeitsunfall - nachgewiesen worden ist, "traumatischer Natur sein könnte", hat er lediglich eine rechtlich nicht ausreichende Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs aufgezeigt. Ob der Bandscheibenvorfall - C5/C6 - tatsächlich mit dem Unfallereignis im Zusammenhang stehe, müsse offen bleiben. Darüber hinaus hat er auch ausdrücklich hervorgehoben, dass für diese Bandscheibenvorfälle sowohl in der Höhe C5/C6 als auch L4/L5 zum jetzigen Zeitpunkt (gemeint: Zeitpunkt der ambulanten Untersuchung der Klägerin durch ihn am 02. November 1998, S. 1 des Gutachtens) kein klinisches Korrelat bestehe.

Soweit der Neurologe Dr. med. Fin seinem Sachverständigengutachten vom 03. Januar 2001 (S. 15) einen Zustand nach vierfachem HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutivem Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallerscheinungen mit kernspintomographisch nachweisbarem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 als Unfallverletzungsfolge beurteilt hat, beruht dies, was den "traumatischen Bandscheibenvorfall" betrifft (S. 16), auf der Auffassung von Prof. Dr. med. Sim Verwaltungsverfahren. Dieser hat aber dafür, dass "die Bandscheibenprotrusion im Segment C5/C6 mit Einengung des Subarachnoidalraumes mit hoher Wahrscheinlichkeit als posttraumatische Bandscheibenläsion zu werten" sei, lediglich angeführt, dass "diese Veränderung dem Unfallmechanismus zuordenbar" sei.

Dies reicht für eine überzeugende Begründung des Kausalzusammenhangs nicht aus. Ein geeigneter Unfallmechanismus mag eine notwendige Bedingung für die Bejahung eines Kausalzusammenhangs sein, aber ohne Bewertung der medizinischen Fakten in ihrem Für und Wider ist er keine hinreichende.

Die Ärztin für Radiologie Dr. med. R, die den (MRT-)Befund eines isolierten Bandscheibenvorfalls bei C5/C6 erhoben hat, hat für ihre Auffassung, wonach "es sich hier in erster Linie um einen traumatischen Bandscheibenprolaps" handele, keinerlei Begründung gegeben, so dass dem insbesondere unter Berücksichtigung der anderen Ansichten der Gutachter nicht gefolgt werden kann.

Auch eine dorsale Bandscheibenprotrusion im Bereich L4/L5 lässt sich nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 02. Mai 1994 zurückführen. Die "lumboischialgieformen Beschwerdezustände" (S. 16 des Sachverständigengutachtens Dr. med. F vom 03. Januar 2001) bzw. "der lumbale Bandscheibenvorfall, der bereits seit 30 Jahren Beschwerden mache" (S. 23 des Sachverständigengutachtens Dr. med. K vom 15. Oktober 2001), werden im Übrigen von den Sachverständigen Dr. med. F und Dr. med. K als unfallunabhängig bewertet und für eine richtunggebende Veränderung durch den Unfall gibt es keine Anhaltspunkte. Soweit Prof. Dr. med. S den durch MRT der Lendenwirbelsäule der Klägerin vom 27. Oktober 1994 röntgenologisch gesicherten Befund als Verschlechterung eines vor bestehenden Leidens qualifiziert hat (S. 15 des Gutachtens), hat er hierfür keine Begründung für seine Kausalbeurteilung gegeben. Auch die von ihm postulierte Vorschädigung an der Lendenwirbelsäule der Klägerin hat er in ihrem genauen Maß und Umfang nicht herausgearbeitet, so dass sich die Frage, ob sie (Mit-)Ursache im Rechtssinne ist, nicht stellt (vgl. BSG, SozR 2200 § 584 Nr. 84; BSG, Urteil vom 06.12.1989, [2 RU 7/89](#)).

Ein chronisch pseudoradikuläres zervikales Schmerzsyndrom beidseits mit vegetativer Begleitsymptomatik (so die Bezeichnung der Gesundheitsstörung durch Dr. med. P, S. 16 seines Gutachtens) oder ein "Zustand nach vierfachem HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutivem chronifizierten Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallerscheinungen bei kernspintomografisch nachweisbarem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 (so die Bezeichnung der als "Verletzungsunfallfolge" bewerteten Erkrankung im Gutachten Prof. Dr. F vom 03. Januar 2001) oder ein chronisches Schmerzbild mit Hirnleistungseinschränkung nach traumatischem Bandscheibenschaden mit nachfolgender Degeneration und einer daraus resultierenden Funktionseinschränkung (so Dr. Kin seinem Gutachten) oder ein "chronisch persistierendes Cervikocephalsyndrom (S. 16 des fachorthopädischen Gutachtens Dr. O vom 21. Juli 2005) sind ebenfalls nicht rechtlich wesentlich (mit) verursacht durch den Arbeitsunfall vom 02. Mai 1994.

Ein chronisch pseudoradikuläres cervikales Schmerzsyndrom mit vegetativer Begleitsymptomatik ist nach Meinung von Dr. med. O (S. 20 seines Gutachtens vom 21. Juli 2005) zwar "am ehesten geeignet", auch die anhaltenden, multiplen Beschwerden der Klägerin erklären zu können. Allerdings vermag der Senat diesem Gutachter bereits deshalb nicht zu folgen, da er auf den Einzelfall der Klägerin bezogen keine tatsächliche Begründung liefert. Er legt zugrunde, dass es kein morphologisches Substrat für die Beschwerden und Symptome der Klägerin gebe. Er führt für seine Beurteilung "des Schleudertraumas" der Klägerin allgemeine Überlegungen an, wonach für "Verläufe dieses immer noch nicht völlig verstandenen Phänomens" die Medizin ein gesichertes und allgemein akzeptiertes pathogenetisches Erklärungsmuster derzeit nicht liefern könne; der medizinische Erkenntnisstand bei Diagnostik und Therapie sei nur "viertgradig". Nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft sei - so Dr. med. O nicht sicher zu beantworten, wie es zu dem Bündel von Beschwerden und Symptomen nach Beschleunigungsverletzungen komme. Soweit Personen nach einem "Schleudertrauma" über Muskelhartspann in der Schulter-Nacken-Region, diffuse Schmerzausstrahlung im Hinterhaupt, BWS und Schulter-Arm-Bereich, Schluckbeschwerden, "Kloßgefühl", Sehstörungen, Schwindelgefühl, Hörstörungen, Tinnitus, Übelkeit, Schlafstörung, Vigilanzstörung, Konzentrationsschwierigkeiten klagten (beispielhafte Aufzählung im Gutachten Dr. med. O), handele es sich um eine epidemiologisch gesicherte Tatsache, dass bei 10 bis 30 % der passiv Unfallbeteiligten die genannten Symptome in "sozialmedizinisch relevanter Ausprägung" aufträten (S. 30 des Gutachtens). An der Tatsache, dass es die Krankheitsbilder mit Symptomkomplexen eines cervikocephalen Syndroms gebe, bestehe keinerlei Zweifel. Die Erklärung der entsprechenden Beschwerden in den unterschiedlichen Wirbelsäulenabschnitten durch die Veränderung in und um die Bandscheiben habe im Übrigen nie die ungeteilte Zustimmung gefunden. Es gebe keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Fragestellung der medizinischen Ursachen eines cervikocephalen Syndroms.

Soweit von Dr. med. O für die Bejahung des Ursachenzusammenhangs damit argumentiert wird, dass der zeitliche Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Klägerin und dem Unfall vom 02. Mai 1994 evident sei und konkurrierende Erkrankungen fehlten, reicht dies für die Bejahung eines Ursachenzusammenhangs im Rechtssinne nicht aus. Allein die Tatsache, dass die Klägerin einem epidemiologisch gesicherten Verlauf derart entspricht, dass bis dahin gesunde Personen ein "Schleudertrauma" erleiden, nach dem Unfall sich in medizinische Behandlung begeben, die regelmäßig erhobenen Anfangsbefunde unspektakulär sind und dennoch, am Ende dieser so durch den Unfall "ausgelöst" Patientenkarriere ein nicht unerheblicher Prozentsatz schwerkranker Patienten steht, lässt allenfalls eine statistische-epidemiologische Wahrscheinlichkeit zwischen einem bestimmten Unfallgeschehen und nachfolgender Erkrankungen erkennen, die aber nicht ohne Weiteres - wie dies Dr. von O meint - auch eine hinreichende Wahrscheinlichkeit im Rechtssinn begründen kann. Bei Abwägung des Für und des Wider sind neben einschlägig epidemiologisch-statistischen Erkenntnissen auch die individuellen, fallbezogenen Umstände mit einzubeziehen, was Dr. med. O vermissen lässt.

Soweit der Neurologe Dr. med. Fin seinem Gutachten vom 03. Januar 2001 eine Somatisierungsstörung und einen Zustand nach vierfachem HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutivem chronifizierten Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallerscheinungen mit kernspintomografisch nachweisbarem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 festgestellt hat, hat er diese Symptomausprägung nach dem als Beschleunigungstrauma Grad II bewerteten Unfall vom 02. Mai 1994 mit einem "Summations"-Effekt erklärt, wobei die Zäsur mit dem Unfall vom 02. Mai 1994 erfolgt sein soll. Seine Beurteilung ist schon deshalb nicht überzeugend, als die weiteren Unfälle und ihre Folgen hier nicht zu prüfen sind. Zudem zieht er - auch insoweit rechtlich unzulässigerweise - sogar einen weiteren Auffahrunfall der Klägerin aus dem Jahre 1998, der nach Angaben der Klägerin überhaupt kein Arbeitsunfall gewesen ist, heran, um sein Ergebnis "mit der Summe" der Unfälle zu begründen.

Hinsichtlich der Beurteilung einer Somatisierungsstörung werden Zweifel bereits dadurch geweckt, dass der Sachverständige Dr. O keine Grundlage für eine Somatisierungsstörung erkennt. Es fehle an einer primären psychischen Symptombildung die gerade dem erstbehandelnden Arzt Dr. H, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, nicht aufgefallen sei.

Im Übrigen ist seine Beurteilung nicht von tatsächlichen Befunden gestützt. Er legt zugrunde, dass kernspintomografisch keinerlei

mikrostrukturelle Weichteilläsionen festgestellt worden sind und dass sich für das chronische Schmerzsyndrom der Klägerin ein physich-morphologisches Korrelat nicht finden lässt. Soweit Dr. med. F von dem chronischen Schmerzsyndrom auf eine "stattgehabte funktionelle Störung" schließt (Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 28. Januar 2003, S. 6) und es deshalb – entgegen seiner ursprünglich, im Sachverständigengutachten vom 03. Januar 2001 geäußerten Auffassung (S. 16, 19) – auf die Bandscheibenprotrusion C5/C6 für die Entstehung des Schmerzsyndroms gar nicht mehr ankommen soll (Anlage 1 zur Sitzungsniederschrift vom 28. Januar 2003), zeigt, dass auch er über keinerlei objektive Befunde verfügt, die den Fall der Klägerin über auch die von ihm dargestellte und herangezogene statistische Wahrscheinlichkeit hinaus (S. 17 seines Gutachtens) so erklären könnten, dass sein Ergebnis, dass die "geschilderten Diagnosen und Einschränkungen mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zum 02.05.1994 respektive die davor und danach abgelaufenen Traumen zurückzuführen" sei (S. 20 seines Gutachtens), überzeugen könnte.

Er hat bereits den vom Durchgangsarzt Dr. med. F als Erstbehandler erhobenen neurologischen Erstbefund außer Acht gelassen. Dr. med. F hat am 02. Mai 1994 im Durchgangsarztbericht unter "kurze Angabe des Befundes" ausdrücklich festgehalten: "keine neurologischen Ausfälle".

Soweit erden Nachweis der von ihm behaupteten funktionellen Störungen für unmaßgeblich hält, weil ein neurologischer Status nicht erhoben worden sei, ist dies ohne Beachtung dieses Erstbefundes erfolgt. Auch von daher lässt sich eine überzeugende Begründung für einen Ursachenzusammenhang durch sein Gutachten hier nicht gewinnen.

Auch Dr. med. K, der unter Berücksichtigung eines "posttraumatischen Schmerzsyndroms mit Hirnleistungsstörung und einer Funktionseinschränkung der HWS" zu einer MdE von 20 v. H. für die Zeit ab 01. August 1994 gelangt ist, ist bezüglich des posttraumatischen Schmerzsyndroms mit Hirnleistungsstörung als Verletzungsunfallfolge nicht zu folgen. Denn soweit er eine solche Erkrankung auf die traumatisch bedingte Bandscheibenprotrusion C 5/C 6 bezieht, kann dem nicht gefolgt werden, weil - wie dargestellt - der Bandscheibenschaden C5/C6 nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme gerade nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit )Ursache zurückzuführen ist. Soweit Dr. med. K eine Hirnleistungsstörung diagnostiziert hat, widerspricht dies im Übrigen dem Ergebnis der am 08. Juni 1995 mit der Klägerin durchgeführten psychologischen Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik, die die Diplompsychologin in ihrem Gutachten vom 29. August 1995 festgehalten hat. Darin heißt es ausdrücklich, dass bei der Klägerin eine überdurchschnittliche Intelligenzhöhe festgestellt worden sei und sie im Testzeitpunkt eine überdurchschnittliche Konzentrationsleistung in qualitativer und quantitativer Weise erbracht habe. Bei den Testbefunden zur Hirnschädigung könne aufgrund des Ergebnisses im Benton-Test eine erworbene Intelligenzstörung in Betracht gezogen werden. Im Ergebnis zeige sich im Persönlichkeitstest in der Exploration übereinstimmend eine Verzerrung des Selbstbildes der Probandin. Eine Störung der Krankheitsverarbeitung der Klägerin, indem sie körperliche Beeinträchtigungen als narzisstische Kränkung verarbeite, liege nahe.

Der von Dr. med. F beauftragte Diplompsychologe Dr. R hat in seinem neuropsychologischen Bericht vom 05. November 2000 zusammenfassend festgestellt, dass die Ergebnisse aus neuropsychologischer Sicht nicht eindeutig zu interpretieren seien. Eine Verlangsamung könne (für sich genommen) auch als Anzeichen einer depressiven Entwicklung gedeutet werden. Die Defizite der physischen Alertness und der geteilten Aufmerksamkeit sprächen jedoch auch für eine weitergehende Störung des Aufmerksamkeitsnetzwerkes, wie sie bei Depressionen nicht typischerweise gefunden werden könne. Da jedoch weder in der subjektiven Schilderung noch testdiagnostisch gravierende mnestiche oder intellektuelle Einbußen zu eruieren seien, könne auch nicht von einer neurologisch-topisch fassbaren Schädigung ausgegangen werden. Die Klägerin habe sich in Exploration und Untersuchung als kompetent erwiesen, wirke jedoch psychisch teilweise sehr labil und übersensibel. Sie sei auf ihre Symptome fixiert und weise bereits Andeutungen einer psychischen Beteiligung zurück. Andererseits sei durchaus denkbar, sich dieses Verhalten als Folge fehlgeleiteter Krankheitsverarbeitung und missglückter Bewältigung im weitesten Sinne vorzustellen. Damit hat der Diplompsychologe Dr. R zwar möglicherweise anders als die Diplompsychologin S eine diagnostisch klare Tendenz zur Verlangsamung bei der Klägerin festgestellt, diese aber gerade nicht auf neurologisch-topisch fassbare Schädigungen zurückgeführt. Auch insoweit lässt sich ein Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 02. Mai 1994 und einer Hirnleistungsstörung der Klägerin nicht wahrscheinlich machen.

Soweit der Neurologe und Psychiater sowie Manualtherapeut Dr. H als behandelnder Arzt der Klägerin in seinem neurologischen Befundbericht vom 17. August 1994 und in seinem Privatgutachten für die Klägerin vom 06. Juni 1997 festgestellt hat, dass die Klägerin am 02. Mai 1994 einen Unfall mit Schädigung der HWS erlitten habe und dabei körperliche und psychische Dauerfolgen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verursacht worden seien, vermag dies nicht zu überzeugen. Denn erstens ist er dabei von einem "adäquaten Unfall" ausgegangen (S. 62 seines Gutachtens), ohne mitzuteilen, wovon er denn konkret bezüglich des Unfallablaufes ausgegangen ist und nach welchem Maßstab dieses Geschehen "adäquat" gewesen sein soll. Darüber hinaus wird von ihm weder der Erstbefund von Dr. med. F gewürdigt noch die Tatsache, dass auch neurologisch von ihm keinerlei physisches Korrelat zu den von der Klägerin angegebenen Schmerzen und Missempfindungen feststellbar gewesen sind. Darauf hat auch ausdrücklich der Neurologe Dr. med. Win seinem neurologischen Sachverständigengutachten vom 22. September 1999 in Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. H hingewiesen.

Soweit der augenärztliche Gutachter Dr. med. S im Verwaltungsverfahren in seinem Gutachten vom 17. August 1995 Gesichtsfeldausfälle und das "Balken-Sehen" als Bestandteil eines postkommotionellen Syndroms gewertet hat, kann dem schon deshalb nicht gefolgt werden, weil nach dem Erstbefund von Dr. med. F vom 02. Mai 1994 ein Schädelhirntrauma gerade ausgeschlossen worden ist (vgl. ausführlichen Krankheitsbericht Dr. med. F vom 07. Juli 1994 unter Bezugnahme auf den Befund der ersten ärztlichen Untersuchung der Klägerin durch ihn am 02. Mai 1994). Dies ist auch nachvollziehbar, da neurologische Ausfallerscheinungen von Dr. med. F nicht gesehen worden waren, diese aber für die Diagnose eines Hirntraumas erforderlich sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, S. 259). Fehlt es an einer Commotio, ist auch die Diagnose eines postkommotionellen Syndroms nicht begründbar.

Unfallverletzungsfolgen auf augenfachärztlichem Gebiet sind von keinem der augenärztlichen Sachverständigen als Folge des Arbeitsunfalls vom 02. Mai 1994 festgestellt worden. Sowohl Dr. med. S (in seinem augenärztlichen Zusatzgutachten vom 17. August 1995) als auch Dr. med. R (in seinem Sachverständigengutachten vom 04. August 1999) haben auf ihrem Fachgebiet keine durch den Unfall vom 02. Mai 1994 im Sinne der Entstehung oder Verschlimmerung verursachte Gesundheitsstörung feststellen können. Dr. S hat ophthalmologisch als auch elektrophysiologisch (ERG, VECP) keine objektiven Befunde für die subjektiven und wechselnden Angaben der Klägerin zu Gesichtsfelddefekten und dem "Balken-Sehen" feststellen können. Dr. med. R hat zwar in der gutachtenrelevanten kinetischen Perimetrie mit der Marke III/4 eine Begrenzung des oberen Gesichtsfeldes beider Augen auf ca. 25 ° festgestellt, dies aber mit nicht unfallbedingten

physiologischen Besonderheiten bei der Klägerin, nämlich deren tief liegenden Augen und dem relativen Herabhängen der Augenlider, so dass der Arbeitsunfall vom 02. Mai 1994 als wesentliche Ursache für die Begrenzung des oberen Gesichtsfeldes nicht in Betracht kommt.

Was den geltend gemachten Tinnitus bzw. den "Schwindel" der Klägerin betrifft, hat sich auch HNO-ärztlich, erwiesen durch das Gutachten von Prof. Dr. med. G vom 26. April 1999, keinerlei Befund erheben lassen, der diese Beschwerden überhaupt erklären könnte. Prof. Dr. med. G hat festgestellt, dass die Untersuchung funktionelle Defizite am Hör- und Gleichgewichtsorgan als mögliche Folge dreier Arbeitsunfälle nicht hat aufdecken können. Das Hörorgan funktioniere altersgemäß normal. Die geklagten Gleichgewichtsstörungen deuteten nicht auf eine auslösende Ursache im peripheren oder zentralen Gleichgewichtsorgan hin. Auch Restbefunde nach den Traumen im Kopf-Hals-Bereich hätten sich nicht erkennen lassen (S. 20/21 seines Gutachtens).

Zur Einholung eines Sachverständigengutachtens auf schmerztherapeutischem bzw. psychiatrischem Fachgebiet sieht sich der Senat nicht veranlasst. Es gibt es keine Umstände, die eine weitere Beweiserhebung begründen könnten. Dr. med. O hat im Übrigen ausgeführt, eine durch persönlichkeitsseigene Faktoren der Klägerin hervorgerufene Erkrankung (= Diagnose) sei im bisherigen Verfahren nicht benannt worden. Auch insofern ergibt sich für den Senat nicht die Notwendigkeit der Einholung eines psychiatrischen Gutachtens.

Zur Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Klärung des Unfallmechanismus sieht sich der Senat nicht gedrängt. Insoweit hat Dr. med. O ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die aktuelle epidemiologische Forschung anhaltend beweise, dass die tatsächlichen Heilungsraten keine Korrelation zum Ausmaß der primären physikalischen Unfallenergie bilden würden (S. 3 seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07. November 2005). Noch deutlicher hat er in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. August 2007 auf die schriftlich gestellte Frage des Prozessbevollmächtigten der Klägerin, welche Bedeutung der Unfallmechanismus habe, mit einem Beispiel geantwortet: "Wobei eine Unterarmfraktur entsteht, ist unerheblich für die nachfolgende Behandlung, die sich nach dem Frakturtyp richtet. Tatsache ist, dass z. B. manchmal eine konservative Frakturheilung ausbleibt. Wenn diese Fraktur dann auch operativen Interventionen trotzt, so muss ggf. final amputiert werden; obwohl normalerweise Faktoren innerhalb von 4 bis 8 Wochen folgenlos ausheilen. Der Unfallmechanismus selbst hat nach derzeitigem medizinischem Erkenntnisstand für die nachfolgende Heilung einer vergleichbaren Fraktur nicht die geringste, das heißt überhaupt keine Bedeutung. Sowohl der Zeitpunkt sowie das Ausheilungsergebnis "gleicher Verletzungen" bei unterschiedlichsten Unfällen werden ausschließlich von den biologischen Heilungsreserven des verletzten Individuums im Wechselspiel mit ärztlich therapeutischen Maßnahmen bestimmt, so dass für den Einzelfall nie eine verbindliche, die Zukunft betreffende medizinische ärztliche Feststellung getroffen werden könne". Danach kommt es auch im Fall des Symptomkomplexes bei einem "HWS-Schleudertrauma" nicht auf den Unfallmechanismus an

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch gegen die Beklagte auf eine Rente mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 v.H ... Diese setzt voraus, dass die MdE nicht nur infolge des Unfalls vom 02. Mai 1994, sondern auch infolge der Arbeitsunfälle vom 10. Februar 1992 und 08. Oktober 1992 jedenfalls wenigstens 10 v. H. beträgt (§ 581 Abs. 3 RVO, [§ 56 Abs.1 S.2 SGB VII](#)). Dies ist hier nicht der Fall. Die Beklagte hat in den bindend ([§ 77 SGG](#)) gewordenen Bescheiden vom 25. August 2004 festgestellt, dass die Erwerbsfähigkeit der Klägerin durch den Unfall vom 10. Februar 1992 spätestens seit dem 08. Oktober 1992 (Tag des zweiten Arbeitsunfalls) nicht mehr um wenigstens 10 v. H. gemindert gewesen sei. Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei durch die Folgen des Unfalls vom 08. Oktober 1992 ebenfalls nicht um wenigstens 10 v. H. gemindert.

Die Kostenentscheidung, die dem Ausgang des Rechtsstreites entspricht, folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür nach [§ 160 Abs. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-08-03