

L 22 U 81/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 7 U 29/03
Datum
30.11.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 U 81/08
Datum
04.06.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 30. November 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 19. November 2000.

Die 1948 geborene Klägerin, von Beruf Krankenschwester/Erzieherin, erlitt am 19. November 2000 gegen 09.40 Uhr als Fahrerin eines Pkw einen Autounfall, bei dem sie mit ihrem Jeep nach links von der Fahrbahn abkam, gegen einen Baum stieß und nach mehrfachem Überschlagen auf der rechten Fahrzeugseite zum Liegen kam. Die zum damaligen Zeitpunkt bei der Beklagten unfallversicherte Klägerin befand sich auf der Heimfahrt von ihrer damaligen Arbeitsstelle im Kinderheim, in L zu ihrem Wohnort in G. Die Klägerin wurde nach Aufnahme des Unfalls durch die Polizei von ihrem Ehemann abgeholt und nach Hause gefahren. Ab 18.00 Uhr legte sie wegen auftretender Nackenschmerzen eine Halskrawatte an. Am Abend des Unfalltages stellte sich die Klägerin gegen 21.15 Uhr beim Durchgangsarzt und Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der S-Klinik, L, Dr. med. W vor, der in seinem Durchgangsarztbericht vom selben Tage festhielt: "Schmerzen im HWS- Bereich und linke Schulter, multiple Hämatome dorsaler Handrücken, Hämatom an der linken Schulter, keine motorischen und sensiblen Störungen der Extremitäten"; als Röntgenenergebnis ist vermerkt: "Röntgen- HWS in zwei Ebenen: Keine Fraktur", als Diagnose: "HWS- Schleudertrauma". Der Klägerin, der Analgetika und das weitere Tragen einer Halskrawatte verschrieben wurden, wurde für den 22. Januar 2001 vom Durchgangsarzt Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Drei Tage vor dem geplanten Ende der Arbeitsunfähigkeit stellte sich die Klägerin mit Klagen über heftige Nackenschmerzen, ausstrahlende Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen und über "unklare Missempfindungen und Spannungsgefühle in den Händen" beim Durchgangsarzt vor. Danach befand sie sich in fachneurologischer Mitbehandlung, bei der nach klinischer und röntgenologischer Befunderhebung "grob pathologische Befunde" nicht festgestellt wurden. Im MRT-Befund vom 19. Februar 2001 wird ein medialer Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 3/4 beschrieben, der sowohl eine degenerative als auch eine posttraumatische Ursache haben könne (MRT-Befund der Ärztin für Radiologie Dr. R vom 19. Februar 2001). In CT-Befunden der HWS vom 19. Januar 2001 wurde ein "traumatischer Prolaps ausgeschlossen" (Befundbericht der Fachärztin für Radiologie Dr. A). Der Durchgangsarzt bescheinigte ab 12. März 2001 erneut Arbeitsfähigkeit.

Nachdem die Klägerin am 27. März 2001 beim Durchgangsarzt Dr. W erhebliche Hinterkopfschmerzen und Schwindelgefühle angegeben hatte, erschien sie dort am 12. April 2001 und berichtete, sie habe am 10. April 2001 eine Belastungserprobung wegen heftigster Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen abbrechen müssen.

Vom 12. April 2001 bis zum 04. Mai 2001 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung der Neurologischen Klinik der Landesklinik L: ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom nach HWS- Schleudertrauma wurde diagnostiziert, ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung wurden geäußert (Epikrise der Landesklinik L vom 07. Mai 2001).

Nach Verlegung der Klägerin in das H-Klinikum B am 18. Mai 2001 erfolgte dort eine ventrale Fusion in Höhe C 3/4 (Epikrise des H-Klinikums BS vom 25. Mai 2001).

Auf der Grundlage des von der Beklagten veranlassten Zusammenhangsgutachtens vom 14. Oktober 2001 durch den Chefarzt der Abteilung für Neurochirurgie des Krankenhauses N Prof. Dr. med. Z lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 25. Januar 2002 einen Anspruch der Klägerin auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung hinsichtlich der Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich und der Kopfschmerzsymptome aus Anlass des Unfalls vom 19. November 2000 über den 20. Mai 2001 hinaus ab. Ein Anspruch auf Heilbehandlung "wegen des Arbeitsunfalls" bleibe bestehen.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06. März 2003 zurück. Für eine Verletzung, die über eine Prellung oder Distorsion der Halswirbelsäule hinausgehe, fehle jeglicher Hinweis. Mit Ausheilung der durch den Wegeunfall verursachten Prellung bzw. Zerrung der HWS am 20. Mai 2001 habe die Leistungspflicht der Beklagten geendet.

Hiergegen hat die Klägerin am 25. März 2003 Klage beim Sozialgericht Cottbus (SG) eingelegt. Zur Begründung hat sich die Klägerin im Wesentlichen auf die von ihr im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten ärztlichen Gutachten, erstattet für den gesetzlichen Rentenversicherungsträger der Klägerin (Facharzt für Orthopädie Dr. med. L vom 22. Oktober 2000, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. H vom 19. Oktober 2004), gestützt, wonach orthopädischerseits eine traumatische Genese eines Bandscheibenvorfalles möglich sei und die Folgeerscheinungen nachvollziehbar im Rahmen einer reaktiven Depression zu Schmerzverarbeitungsstörungen geführt hätten; nervenärztlicherseits sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Darüber hinaus hat sich die Klägerin auf ihre behandelnden Ärzte (Attest der Fachärztin für Innere Medizin Dr. med. S vom 09. Februar 2002, Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, Chirotherapie - Osteopathische Medizin Dr. med. H vom 04. Juni 2003) berufen.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. März 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Unfalls vom 19. November 2000 zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat aus den Akten des Arbeitsamtes Cottbus betreffend die Klägerin ärztliche Unterlagen beigezogen (insbesondere arbeitsamtsärztliches Gutachten Dr. med. J vom 06. Dezember 2002 sowie Arztbrief des Arztes für Neurologie und Chefarztes der Klinik für Neurologie und Neurophysiologie der Landesklinik T Dr. med. F vom 04. Dezember 2002). Darüber hinaus hat das SG ein sozialmedizinisches Gutachten der Ärztin Dr. med. M vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg vom 20. Februar 2002 (Begutachtungsdatum) beigezogen und Befundberichte der Fachärztin für Innere Medizin Dr. med. S und von Dr. med. H eingeholt.

Auf Anordnung des SG hat der Facharzt für Orthopädie/Chirotherapie/Rheumatologie Dr. med. B nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 08. März 2004 ein schriftliches Sachverständigengutachten erstattet. Aufgrund der Tatsache, dass die Klägerin, wenn auch mit Unterstützung Dritter, selbst aus dem Auto habe klettern und mit dem Ehemann nach Hause habe fahren können, sei von einer leichten HWS- Distorsion ohne organische Schäden auszugehen. Verletzungsfolgen an der HWS bzw. am Bewegungsapparat und am Schädel schieden eindeutig aus. Das Unfallereignis habe keinen morphologischen Folgeschaden verursacht.

Ebenfalls auf Anordnung des SG hat der Facharzt für Psychotherapie und Psychiatrie und Neurologie, der damalige Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums E P, Dr. med. L nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 04. Oktober 2004 ein schriftliches psychiatrisches und neurologisches Sachverständigengutachten erstattet. Er äußerte den "Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung". Überwiegend wahrscheinliche Zusammenhänge zum Unfallereignis könnten nicht bewiesen werden.

Durch Urteil des SG vom 30. November 2005 ist die Klage abgewiesen worden. Zur Begründung hat sich das SG auf die Sachverständigengutachten Dr. med. B und Dr. med. L gestützt. Die für den Rentenversicherungsträger erstellten Gutachten könnten keine ernsthaften Zweifel an den Darlegungen der Gerichtssachverständigen zur Kausalitätsfrage aufwerfen, da sie nicht für die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung erstellt worden seien.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 20. Januar 2006 zugestellte Urteil ist am 15. Februar 2006 Berufung beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingelegt worden. Die Klägerin stützt sich zur Begründung ihrer Berufung auf das nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Berufungsverfahren eingeholte Sachverständigengutachten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 30. November 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. März 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin ab 21. Mai 2001 eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist mit dem im Berufungsverfahren erstatteten Sachverständigengutachten nicht einverstanden und bezieht sich ihrerseits auf das "Fachgutachten auf psychiatrisch-psychosomatischem Fachgebiet zur Zusammenhangsfrage nach Aktenlage" der Leitenden Oberärztin des Funktionsbereichs Psychotherapie des V Klinikums H Dr. med. F vom 30. April 2007, das diese am 04. Januar ergänzt hat. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Chirotherapie, spezielle Schmerztherapie, Dr. med. K hat nach ambulanter Untersuchung der Klägerin gemeinsam mit dem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, spezielle Schmerztherapie, Dr. med. N am 06.

Februar 2007 ein fachärztliches Gutachten nach [§ 109 SGG](#) erstattet und am 18. September 2007 und 11. Juli 2008 ergänzt. Sie haben bei der Klägerin einen "Zustand nach HWS- Schleudertrauma, persistierende Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule sowie eine depressive Anpassungsstörung im Sinne der Schmerz- und Krankheitsfolgenbewältigungsproblematik als Folge der körperlichen Unfallfolgen" diagnostiziert und die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit durchgängig 20 v. H. eingeschätzt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der bei gezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (Aktenzeichen), die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht wegen des Arbeitsunfalls vom 19. November 2000 ab 21. Mai 2001 kein Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu. Der insoweit angegriffene Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. März 2003 ist rechtmäßig.

Nach [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Versicherte Tätigkeiten sind auch, das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)).

Zwar hat die Klägerin am Unfalltag als Versicherte nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) gemäß [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) einen von der Beklagten bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannten Arbeitsunfall erlitten, so dass diese Voraussetzung des [§ 56 SGB VII](#) erfüllt ist. Jedoch hat dieser nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Gesundheitsstörungen wesentlich (mit-)verursacht, die ab 21. Mai 2001 eine MdE um 20 v.H. begründen. Der Senat vermag nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#)) nicht festzustellen, dass andauernde Unfallfolgen vorliegen, die die Erwerbsfähigkeit der Klägerin infolge dieses Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus mindern.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalls muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels eines Gesundheitserstschadens oder direkt ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2007, 242 ff., 244).

Nach der im Unfallversicherungsrecht geltenden maßgeblichen Lehre von der wesentlichen Bedingung ist eine Bedingung als (mit-)ursächlich anzusehen, wenn sie im Verhältnis zu anderen Einzelbedingungen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), BSGE 1, 76 ff.). Der Begriff der rechtlich wesentlichen Bedingung ist ein Wertbegriff. Die Frage, ob eine Bedingung für den Erfolg wesentlich ist, beurteilt sich nach dem Wert, den ihr die Auffassung des täglichen Lebens gibt ([BSGE 12, 242, 245](#)). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und Erkrankung ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Hierunter ist eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Gewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285, 286](#)).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung als Grundsätze u.a. herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Ursachen 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. 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, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so, wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#) aaO).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Arbeitsunfall nicht wahrscheinliche (Mit-) Ursache von den über die 26. Woche hinaus von der Klägerin geltend gemachten Gesundheitsstörungen.

Der Arbeitsunfall vom 19. November 2000 hat einen Erstschaden im Sinne einer leichtgradigen Prellung/Distorsion der Halswirbelsäule Grades ohne Läsionen im Bereich der Halswirbelsäule verursacht, der ausgeheilt ist und keinen Rentenanspruch für die Zeit ab 21. Mai 2001 begründen kann. Über den 20. Mai 2001 hinaus bestehen keine Gesundheitsstörungen, die nach den oben genannten Maßstäben mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall (mit-) verursacht wurden. Der von der Klägerin vorgetragene Beschwerdekomples lässt sich nicht mit Wahrscheinlichkeit direkt oder auf den durch den Unfall verursachten Erstschaden im Sinne einer leichtgradigen Halswirbelsäulen-Distorsion als wesentliche (Mit-)Ursache zurückführen.

Dies folgt aus dem Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. med ... Die Beurteilung, der sich der Senat anschließt, ist überzeugend. Sie steht in Übereinstimmung mit den zeitnah erhobenen Befunden, die Dr. ausgewertet hat. So hat nach dem Durchgangsarztbericht vom Unfalltag der Chirurg und Durchgangsarzt Dr. med. W lediglich Schmerzen im Halswirbelsäulen-Bereich und der linken Schulter sowie multiple Hämatome am dorsalen Handrücken und an der linken Schulter festgestellt. Ausdrücklich benannte er, dass keine motorischen oder sensiblen Störungen der Extremitäten vorlagen. Auch das Röntgenergebnis war negativ. Im Zwischenbericht von Dr. med. W vom 12. Januar 2000 ist darüber hinaus noch von "gurtbedingt multiplen Thoraxkontusionen" die Rede, wobei in diesem Zwischenbericht wiederum

knöcherne Verletzungen explizit ausgeschlossen werden. Weder im Durchgangsarztbericht vom 19. November 2000 noch im Zwischenbericht vom 12. Januar 2000 und den nachfolgenden Zwischenberichten, in denen lediglich Angaben der Klägerin zu zunehmenden bewegungsabhängigen Nackenschmerzen und Kopfschmerzen sowie passageren Schwindelerscheinungen mitgeteilt werden, wird eine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule oder ein sonstiger objektiver Befund mitgeteilt.

Auch Prof. Dr. med. Z hat aufgrund der von ihm bei seiner körperlichen Untersuchung der Klägerin erhobenen Messwerte in seinem Gutachten vom 14. Oktober 2001 mitgeteilt, dass keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule vorliegt. Soweit Dres. med. N/K meinen, es sei unzutreffend, dass bei der körperlichen Untersuchung (durch Dr) keine objektiven Abweichungen von der Norm feststellbar seien, haben sie dies nicht begründet.

Auch der Verlauf der Erkrankung lässt nicht auf eine über eine leichte HWS- Distorsion hinausgehende organische Erstschädigung durch den Unfall vom 19. November 2000 schließen: im Zwischenbericht Dr. med. W vom Januar 2001 ist vermerkt worden, dass die nochmaligen physio- mechanischen Maßnahmen eine deutliche Besserung erbracht hätten, so dass zunächst die Arbeitsfähigkeit für den 22. Januar 2001 von ihm bescheinigt wurde (Zwischenbericht vom 11. Januar 2001). Auch die weitere ausführliche Diagnostik, die im März 2001 in der Landesklinik L durchgeführt worden war, hatte normale Befunde im Elektromyogramm, in der transkraniellen Dopplersonografie der Halsgefäße, in den Röntgenaufnahmen des Schädels sowie der Computertomografie des Schädels ergeben (vgl. Zusammenfassung S. 3 und 4 des Gutachtens Prof. Dr. med. Z). Prof. Dr. med. Z hat in seinem Gutachten ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auch bei der neurologischen Untersuchung im März 2001 nur Restbeschwerden leichten Grades angegeben worden seien, wobei neurologisch keinerlei Ausfälle festgestellt worden seien, ebenso wenig bei der HNO-ärztlichen Untersuchung.

Nachvollziehbar ist, dass Dr. med. W wiederum eine Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 12. März 2001 bescheinigte. Nach dem Zwischenbericht Dr. W vom 17. April 2001 erfolgte der Abbruch der Belastungserprobung aufgrund von der Klägerin angegebenen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen. Objektive Befunde lagen hingegen nicht vor. Auch in der Epikrise über den stationären Aufenthalt der Klägerin in der Neurologischen Klinik der Landesklinik L vom 12. April bis zum 04. Mai 2001 heißt es: " Die während des stationären Aufenthaltes beklagten Beschwerden waren großenteils diffus, eine eindeutig radikuläre Symptomatik konnte zu keinem Zeitpunkt eruiert werden ". Ein körperliches Substrat für die Beschwerden der Klägerin hatte sich also auch dort nicht finden lassen.

Nachvollziehbar ist die Beurteilung von Dr. , dass - auch aufgrund der Tatsache, dass die Klägerin, wenn auch mit Unterstützung Dritter, selbst aus dem Auto habe klettern und mit dem Ehemann nach Hause habe fahren können- von einer leichten HWS- Distorsion ohne organische Schäden auszugehen ist. Verletzungsfolgen an der HWS bzw. am Bewegungsapparat und am Schädel scheiden auch nach seinem Gutachten eindeutig aus. Das Unfallereignis hat keinen morphologischen Folgeschaden verursacht. Ein Bandscheibenprolaps lag nicht vor. Der Gutachter führt aus, dass die Befunddokumentation in der Notaufnahme und Tage später durch den Durchgangsarzt keine Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik geben, die auf eine Bandscheibenschädigung schließen lassen. Auch die Schilderung der Schmerzsymptomatik und der vegetativen Symptome durch die Klägerin selbst erlauben nach seiner gutachterlichen Beurteilung keine Rückschlüsse auf eine segmentale Schädigung im Bereich der HWS. Wie Dr. med. B zusammenfassend festgestellt hat, zeigten die "später durchgeführten bildgebenden Verfahren, wie Funktionsaufnahmen der HWS, CT und MRT geringfügige und in der Altersnorm liegende degenerative Veränderungen im Bereich der mittleren HWS, bei vollständig unauffälligen Kopfgelenken". So lässt sich auch ein medialer sequestrierter Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 3/4 nicht auf den Unfall vom 19. November 2000 zurückführen, wie sämtliche Sachverständigen übereinstimmend festgestellt haben. Abgesehen davon, dass Dr. med. Bin seinem Sachverständigengutachten vom 08. März 2004 ebenso wie Prof. Dr. med. Z in seinem Gutachten vom 14. Oktober 2001 einen sequestrierten Vorfall anhand der Röntgenaufnahmen nicht bestätigen konnte, sind sich beide auch darin einig, dass diesem röntgenologischen Befund keine funktionelle Bedeutung im Sinne einer radikulären Symptomatik zukommt. Prof. Dr. med. Z hat unter Auswertung des Operationsberichtes über die ventrale cervikale Fusion in der Höhe C 3/4 vom 18. Mai 2001 - die Operation wurde auch wegen einer durchaus fraglichen Instabilität HWK 3/4 durchgeführt - festgestellt, dass eine Instabilität im Bereich C 3/4 gar nicht bestanden habe.

Auch gibt es keine Hinweise darauf, dass der Arbeitsunfall mit Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache hierfür wäre. In ihrem MRT-Befund vom 19. Februar 2001 hat Dr. med. R im Übrigen selbst darauf hingewiesen, dass der Befund eines Bandscheibenvorfalles in Höhe HWK 3/4 sowohl eine degenerative als auch eine posttraumatische Ursache haben könne, womit lediglich nach den oben genannten Maßstäben die nicht ausreichende Möglichkeit der Verursachung durch den Unfall vom 19. November 2000 begründet wird.

Soweit in dem Bericht des Instituts für Pathologie des H-Klinikums B vom 23. Mai 2001 die Rede davon ist, dass die Veränderungen des in der Höhe C 3/4 entnommenen Bandscheibenmaterials "zwanglos mit dem Zeitraum zu vereinbaren seien, in dem der Unfall geschehen" sei, reicht dies nicht aus, um einen Bandscheibenschaden auf den Unfall vom 19. November 2000 zurück zu führen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. April 2002 hat Prof. Dr. med. Z einen solchen kausalen Zusammenhang mit einem traumatischen Bandscheibenvorfall schon deshalb überzeugend verneint, weil nur eine vollständige histologische Untersuchung des gesamten bei dem operativen Eingriff entfernten Materials eine valide Beurteilung eines traumatisch bedingten Bandscheibenschadens erlaube; eine solche vollständige histologische Untersuchung sei im Zusammenhang mit der Operation vom 18. Mai 2001 aber gerade nicht erfolgt.

Der Facharzt für Orthopädie Dr. med. L teilt in seinem am 22. Oktober 2000 erstatteten Gutachten lediglich mit, der Unfallmechanismus und seine Brisanz könnten durchaus in der Lage gewesen sein, einen traumatischen Bandscheibenvorfall auszulösen und weist damit lediglich auf eine Möglichkeit hin.

Die Sachverständigen Dres. med. /K haben den Bandscheibenvorfall als zufallsbedingten, also nicht unfallbedingten Befund ohne klinisches Korrelat eingeschätzt.

Auch aus dem Gutachten von Dr. med. L ergeben sich keine weiteren auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-)Ursache zurückführbaren Gesundheitsstörungen. Der Sachverständige Dr. med. L hat für die Zeit sofort nach dem Unfall zwar Symptome einer akuten Belastungsreaktion für mindestens 1 bis 2 Stunden festgestellt. Er hat dazu ausgeführt, dass die relativ geringe Zeitdauer für eine auch geringere psychische Traumatisierung spreche, die im Übrigen vereinbar sei mit der häufig bei Unfällen auftretenden psychischen Schockreaktion, ohne dass daraus weitere psychische Gesundheitsstörungen entstünden. Gegen eine Unfallfolge spreche, dass weder direkt nach der beschriebenen Belastungsreaktion noch mit einer längeren Latenz Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung

nachgewiesen werden konnten.

Eine posttraumatische Belastungsreaktion hat Dr. med. L bei der Klägerin ausgeschlossen; es bestünden hierfür nicht einmal Verdachtsmomente. Auch dies ist überzeugend, da der Sachverständige - orientiert an den Kriterien der ICD 10 und des DSM IV-, also den international anerkannten Diagnosesystemen, die zur Beurteilung einer psychischen Erkrankung heranzuziehen sind (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), aaO) - die erforderlichen Symptome für eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne eines wiederholten Erlebens des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, an Träumen oder Albträumen mit Inhalten des Traumas, an Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit bei der Klägerin nicht feststellen können. Die Klägerin hat auch darüber hinaus niemals Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma hätten hervorrufen können, vermieden (S. 14 des Gutachtens Dr. med. L sowie ICD 10, F 43.1, S. 353 der vom DIMDI herausgegebenen 10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Stand: August 1994).

Der Sachverständige konnte nicht mit Wahrscheinlichkeit feststellen, dass in Folge des Unfalls eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung eintrat.

Der Sachverständige hat lediglich den "Verdacht" auf eine somatoforme Schmerzstörung geäußert, was keine zweifelsfreie Feststellbarkeit einer Erkrankung zulässt. Die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinne der ICD 10 F 45.4 begründet keinen Nachweis einer solchen psychischen Erkrankung. Zwar besteht nach Auffassung des Gutachters bei der Klägerin - insofern durchaus im Einklang mit der Definition der "anhaltenden somatoformen Schmerzstörung" nach der ICD 10 F 45.4 (S. 359 a.a.O.) - ein anhaltender Schmerz, der durch eine physiologische Funktionsstörung oder körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Gutachter weist zutreffend darauf hin, dass jedoch weiterhin in der ICD 10 für die Sicherung der Diagnose gefordert wird, dass damit emotionale Konflikte und Belastungen verbunden sind, die so schwer sein müssen, dass sie als entscheidende ursächliche Faktoren heranzuziehen sind. Das alleinige Vorliegen von Symptomen, die nicht durch organische Störungen erklärt werden können, gestattet nicht, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen. Nach dem von Dr. med. L erhobenen Befund ergeben sich keine Hinweise für ein psychosoziales Konfliktfeld oder eine neurotische Fehlentwicklung vor dem Unfallereignis. Ebenso wenig trat der Unfall zeitlich in ein Konfliktfeld ein, wie auch für die Zeit nach dem Unfall ein solches nicht nachzuweisen ist. Später vorhandene Unzufriedenheit kann er nicht in eine kausale Beziehung zum Unfall setzen. Der Sachverständige hat deshalb überzeugend die Diagnose nur als Verdacht stellen können. Nachvollziehbar hat der Gutachter zudem ausgeführt, dass ein Kausalzusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung mit dem Arbeitsunfall nicht begründbar wäre.

Soweit die Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie Dr. med. H in ihrem für die gesetzliche Rentenversicherung erstellten Gutachten vom 19. Oktober 2004 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei der Klägerin diagnostizierte, hat sie diese Diagnose nicht begründet.

Das Gutachten von Dr. K verhilft der Klägerin nicht zum Erfolg, auch wenn er zu einer MdE um 20 v. H. für Gesundheitsstörungen gelangt, die er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückführt: "Zustand nach HWS- Schleudertrauma, depressive Anpassungsstörung im Sinne der Schmerz- und Krankheitsfolgenbewältigungsproblematik als Folge der körperlichen Unfallfolgen, persistierende Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule".

Das Gutachten ist allerdings nicht überzeugend begründet. Für eine persistierende Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule fehlt es an objektiven Befunden.

Der Gutachter führt aus, dass die gutachterliche Bewertung der Unfallabhängigkeit der Beschwerden und des erhobenen pathologischen Lokalbefundes der Halswirbelsäulenregion auf mehreren Kriterien beruhe. Unter anderem müsse sich "der typische Muskel- und Weichteilbefund der Halswirbelsäulenregion" erheben lassen. Im Fall der Klägerin fehlt es jedoch an einem unfallnahen manualtherapeutischen Befund, den Dr. K nach den Angaben in seinem Gutachten bei "Patienten, die uns nach dem Unfall akut vorgestellt wurden", "regelmäßig" habe finden können und der die objektive Abweichung der Muskulatur von der Norm feststellbar mache. In dem Durchgangsarztbericht vom 19. November 2000 fehlt es aber an einem so gearteten Palpationsbefund.

Soweit der Gutachter " als Indiz für eine Schmerzhaftigkeit und Funktionseinschränkung der Halswirbelsäulen-Region wertet, dass der Klägerin Schmerzmittel und eine Halskrawatte verordnet wurden, ersetzt dies den von ihm selbst geforderten Weichteilbefund nicht. Der Durchgangsarzt hat ihn nicht aktenkundig erhoben.

Dr. Z hat einen entsprechenden Befund ebenfalls nicht erhoben. Er hat aufgrund seiner Untersuchung der Klägerin im Jahr 2001 als Befund zur Halswirbelsäule festgehalten: "Keine Verhärtung der Nackenmuskulatur, keine Myogelosen". Er fand keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Muskelkraft der Schultergürtelmuskulatur, Ober-Unterarmmuskulatur war unauffällig. Er stellte keine Muskelatrophie der oberen Extremitäten fest.

Dr. L stellte anlässlich seiner Untersuchung am 12. August 2004 fest, "dass sich der Kopf frei beweglich darstellte und dass sich keine Myogelosen, kein Muskelhartspann zeigte.

Dr. B erhob einen entsprechenden Befund ebenfalls nicht. Dies haben Dres. med. N/K durchaus gesehen Sie benennen den fehlenden Weichteilbefund durch Dr. B und ziehen daraus allerdings die rechtlich fehlerhafte Schlussfolgerung, dessen körperlicher Untersuchungsbefund sei nicht verwertbar. Soweit sie meinen, Dr. B habe (als Facharzt für Orthopädie) "offenkundig das zugrunde liegende Problem der Muskulatur im Halswirbelsäulenbereich verkannt", berücksichtigen die Gutachter nicht, dass die Nichtfeststellbarkeit eines solchen Befundes zu Lasten des Klägers geht. Sie fordern wie dargelegt, dass sich "der typische Muskel- und Weichteilbefund der Halswirbelsäulenregion" erheben lässt. Eben hieran fehlt es nach ihrer eigenen Darlegung, sodass sich die Diagnose einer "persistierenden Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule" nach den von ihnen benannten Voraussetzungen nicht begründen lässt.

Soweit Dres. med. N/K ihre Beurteilung auch damit begründen, dass eine psychische Vorerkrankung nicht vorgelegen habe und von einer "durchgängigen Beschwerdeausprägung" seit dem Unfall auszugehen sei, ist auch dies nicht überzeugend. Sie benennen keine objektiven Befunde, die eine solche durchgängige Beschwerdeausprägung seit dem Unfall stützen.

Allgemeine Überlegungen der Gutachter Dres. med. unter anderem dazu, dass spätestens nach 3 Monaten eine Chronifizierung beginne, und welche Veränderungen im Bereich der Rückenmuskulatur nach Beobachtungen von Haschring und anderen einträten, können die fehlende Befundlage nicht ersetzen.

Soweit Dres. med. N/K bei der Klägerin eine "depressive Anpassungsstörung im Sinne der Schmerz- und Krankheitsfolgenbewältigungsproblematik" als Folge der körperlichen Unfallfolgen diagnostiziert haben, ist dies schon deshalb nicht überzeugend, weil sie ihrer Beurteilung zugrunde legten, dass die Anpassungsstörung durch die von ihnen angenommene Muskelfunktionsstörung im Bereich der Halswirbelsäule verursacht wird. Dies führe nicht nur zu einer Minderbelastung der Halswirbelsäulen-Region, sondern auch zu einer erheblichen Schmerzbelastung. Als Folge der chronischen Schmerzen und der Minderbelastbarkeit habe sich eine depressive Anpassungsstörung entwickelt. Nachdem die Muskelfunktionsstörung bereits nicht überzeugend begründet wurde, kann auch die weitere Schlussfolgerung der Gutachter zur Minderbelastbarkeit und Anpassungsstörung nicht überzeugen. Zudem beruht die Diagnose nicht auf der Anwendung der ICD bzw. des DSM IV, sondern auf dem früheren triadischen System der Psychiatrie. Wenn die Gutachter in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass "bekanntermaßen" die Definition des ICD 10 nicht bei allen Diagnosen sonderlich hilfreich sei, insbesondere damit auch das früher sehr bewährte triadische System der Psychiatrie ausgehebelt werde, wird deutlich, dass sie gerade nicht die üblichen Diagnosesysteme und dortigen Schlüssel verwenden, sondern hiervon nicht überzeugend unter Anwendung eines älteren Diagnosesystems abweichen.

Aus der Schwere des Unfalls der Klägerin lässt sich nichts für die Wahrscheinlichkeit der Entstehung und das Ausmaß einer Verletzung direkt herleiten.

Dres. med. N/K haben unter Bezugnahme auf entsprechende Literatur ausgeführt, dass auch extreme Belastungen wie Unfälle im Formel 1-Sport nie zu einer Verletzung wie dem Schleudertrauma führten, andererseits das gleiche klinische Bild wie bei einem Schleudertrauma aber auch ganz ohne Unfall schon bei gesunden Krankengymnasten, die drei Tage eine Schanz-Krawatte getragen hatten, entstünde (vgl. von Dr. med. K mit übersandten Aufsatz über "Das so genannte Schleudertrauma der Halswirbelsäule, Koblenzer Konsensus 2002", herausgegeben von Kügelgen et al., Neuroorthopädie 9: Neues zum Schleudertrauma, 2002). Auch von daher bestand kein Anlass für weitere Ermittlungen zum Unfallhergang.

Die Kostenentscheidung, die dem Ausgang des Rechtsstreits entspricht, beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil es hierfür an den nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) erforderlichen Voraussetzungen fehlt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-10-02