

L 3 U 219/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 12 U 83/03

Datum

27.11.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 219/08

Datum

29.11.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. November 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 04. Dezember 2000.

Die 1956 geborene Klägerin befand sich am 04. Dezember 2000 mit dem Fahrrad auf dem Heimweg von ihrer Arbeitsstätte am Geo-Forschungszentrum in P, als sie gegen 16:30 Uhr in N mit einem von rechts kommenden Pkw zusammenstieß, dabei mit dem Kopf auf der Motorhaube aufschlug und dann auf die Straße fiel (Durchgangsarztbericht (DAB) des Dr. K vom Kreiskrankenhaus (KKH) B). Sie wurde zunächst in die unmittelbar benachbarte Praxis ihrer behandelnden Ärztin Dr. W und dann per Rettungswagen in das KKH B gebracht. Laut Rettungsdienstprotokoll war die Klägerin um 17:04 Uhr wach und orientiert. Eine Amnesie lag nicht vor. Es bestanden multiple Schürfwunden im Gesicht und an beiden Knien sowie eine Schwellung am rechten Jochbein. Ferner klagte die Klägerin über mittelstarke Schmerzen am linken Handgelenk sowie am Kopf. Laut Unfallanamnese des KKH B bestand bei Aufnahme Übelkeit, die Klägerin hatte sich jedoch nicht erbrochen. Gemäß DAB vom 04. Dezember 2000 klagte die Klägerin weiterhin über Schwindel. Neurologisch war die Klägerin unauffällig. Die Diagnose lautete "multiple Prellungen mit Kreislaufdysregulation".

Die Klägerin befand sich vom 04. bis zum 09. Dezember 2000 in stationärer Behandlung im KKH B. Während dieses Aufenthaltes erbrach sie sich laut Eintragungen in den Krankenunterlagen zweimal (am 05. sowie am 06. Dezember 2000). Röntgenaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen, der Nasennebenhöhle, der Halswirbelsäule (HWS) in 2 Ebenen, der Brustwirbelsäule (BWS) in 2 Ebenen sowie des linken Kniegelenks in 2 Ebenen ergaben keinen Anhalt für Frakturen. Am 07. Dezember 2000 wurden außerdem noch ein Computertomogramm (CT) des Schädels sowie der HWS erstellt. Das CT des Schädels ergab einen unauffälligen altersentsprechenden cerebralen Befund ohne Nachweis einer Fraktur, Blutung, eines anderen Herdbefundes oder von Raumforderungszeichen. Das CT der HWS erbrachte ebenfalls keinen Nachweis von Frakturen, Luxationen, Subluxationen oder eines paravertebralen oder intraspinalen Hämatoms. Es zeigte sich eine relative bis beginnende absolute Spinalkanalstenose bei C5/7 bei ausgeprägten Retrospondylophyten. Im gesamten untersuchten Bereich fanden sich deutliche degenerative Veränderungen, die das Altersmaß erheblich überstiegen. In allen Segmenten wurde eine leichtgradige, nur bei C5/6 eine mittelgradige, Neuroforamenstenose festgestellt. Im vorläufigen handschriftlichen Entlassungsbericht des KKH wurden als Diagnosen genannt: HWS-Distorsion bei degenerativen Veränderungen, multiple Prellungen und Schädelprellung mit vegetativer Begleitsymptomatik. Im endgültigen Entlassungsbericht vom 13. Dezember 2000 hieß es unter Diagnosen: "Verdacht auf SHT (Schädel-Hirn-Trauma), HWS-Distorsion, multiple Prellungen". Eine retrograde Amnesie habe nicht sicher ausgeschlossen werden können. Neurologische Ausfälle seien nicht aufgetreten.

Laut einem Bericht des Dr. K vom 27. Dezember 2000 wurde von der Klägerin über unverändert erhebliche Beschwerden im HWS-Bereich berichtet, wobei insbesondere bei der Linksdrehung Schmerz und Schwindel provozierbar seien. Dieser Drehschwindel sei neu und bedürfe der Abklärung. Die Klägerin stellte sich am 02. Januar 2001 im Unfallkrankenhaus B (UKB) vor, wo eine Otolithenfunktionsstörung diagnostiziert wurde (Bericht vom 03. Januar 2001). Unter dem 18. Januar 2001 berichtete Dr. K, die Drehschwindelanfälle hätten sich komplett zurückgebildet, die Klägerin klage noch über minimale Schmerzen im Bereich der HWS und einen muskulären Hartspann. Bei regelmäßig durchgeführter krankengymnastischer Übungsbehandlung kam es zu einer weiteren Besserung der Beschwerdesituation und zur weiteren Rückbildung der Schwindelanfälle (Bericht des Dr. K vom 15. Februar 2001). Ein am 31. Januar 2001 erstelltes Magnetresonanztomogramm (MRT) der HWS zeigte einen kleinen Prolaps C5/6 median/paramedian links, partiell osteophytär überdacht, eine unbedeutende Protrusion C6/7 median, keine bandscheibenbedingten Myelon- oder Wurzelaaffektionen, degenerative Veränderungen

der unteren HWS-Hälfte vorwiegend in Form von Chondrosen bzw. Osteochondrosen C3/4 bis C6/7, keine Fraktur oder Gefügeverschiebung, eine leichte Steilstellung C3-C7 sowie eine geringe linkskonvexe Skoliose. Ab dem 03. März 2001 trat zunächst wieder Arbeitsfähigkeit ein.

Am 13. März 2001 berichtete Dr. K, die Klägerin klage erneut über Beschwerden im HWS-Bereich sowie eine Schwindelneigung. Die Klägerin befand sich in der Folge zur Infusionstherapie in stationärer Behandlung im UKB unter den Diagnosen Otolithenfunktionsstörung bei Zustand nach HWS-Distorsion 12/2000, V. a. Cervikalmigräne. In einem Arztbrief des UKB vom 26. September 2001 hieß es dann, die weiterführende Diagnostik habe keinen deutlichen Hinweis für eine Otolithenfunktionsstörung ergeben; es stelle sich die Frage nach einer psychogenen Beteiligung. Daraufhin wurde die Klägerin am 10. Oktober 2001 im Krankenhaus H im Funktionsbereich Psychotherapie bei Frau Dr. F vorgestellt. Diese äußerte in ihrem Bericht vom 11. Oktober 2001 einen Verdacht auf ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit erheblicher vegetativer Begleitsymptomatik i. S. e. psychogenen Überlagerung. Das Unfallereignis an sich sei weder seiner Art noch Schwere nach geeignet gewesen, eine dauerhafte psychische Störung hervorzurufen. In seinem Zwischenbericht vom 23. Oktober 2001 äußerte sich Prof. Dr. E vom UKB dahingehend, der Behandlungsfall sei abgeschlossen, die Klägerin wieder vollständig arbeitsfähig. Unfallfolgen seien nicht entstanden.

Die Beklagte veranlasste ein chirurgisches Zusammenhangsgutachten des Dr. H. Im Gutachten vom 30. August 2002 (Untersuchung am selben Tag) gelangte dieser zu dem Schluss, es bestünden keine Unfallfolgen mehr. Die Schädelprellung mit Verdacht auf Gehirnerschütterung sei frühzeitig ausgeheilt gewesen. Die Rumpfprellungen mit Abschürfungen seien in den ersten Behandlungswochen ausgeheilt. Die derzeitigen deutlichen HWS-Erkrankungen seien unfallunabhängig und durch die vorbestehende Osteochondrose mit chronischem Bandscheibenschaden erklärbar. Hinweise für eine traumatische Bandscheibenschädigung (Wirbelkörperfraktur oder discoligamentäre Verletzung) lägen nicht vor. Das Unfallereignis habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorschadens geführt. Diese vorübergehende Verschlimmerung habe in einer Schädelprellung mit mäßiger SHT-Symptomatik, HWS-Distorsion und multiplen Prellungen bestanden. Die Kombination einer Unfallverletzung mit Vorschaden habe zu einer erklärbaren, deutlichen Verlängerung der Ausheilungszeit geführt. Eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von drei bis vier Monaten sei daher insgesamt noch gerechtfertigt. Mit Bescheid vom 18. Dezember 2002 lehnte die Beklagte daraufhin einen Anspruch der Klägerin auf Verletztenrente ab. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaße bestehe nicht. Die am 04. Dezember 2000 erlittene Schädelprellung mit Verdacht auf Gehirnerschütterung sei folgenlos ausgeheilt. Die Zerrung der HWS und die Prellungen am Rumpf und an den Gliedmaßen seien ebenfalls folgenlos ausgeheilt. Als Folgen des Versicherungsfalls würden nicht anerkannt: anlagebedingte Osteochondrose der HWS mit Einengung der Zwischenwirbelräume, besonders ausgeprägt im Bereich der mittleren und unteren HWS, Bandscheibenprolaps bei C5/6 nach median bzw. paramedian links, Spondylarthrose, leichte links-konvexe Skoliose bei Steilstellung der HWS, Cervikalmigräne (mit u. a. Kopfschmerzen und Übelkeit). Der Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juli 2003 zurückgewiesen.

Ihre hiergegen gerichtete Klage vor dem Sozialgericht Potsdam (SG) hat die Klägerin u. a. unter Bezugnahme auf einen für die Allianz Versicherungs-AG erstellten augenärztlichen Befundbericht der Frau Dr. G vom 26. Mai 2001 sowie einen Arztbrief des Dipl.-Med. H vom 25. März 2004 begründet.

Das SG hat u. a. Befundberichte aus dem UKB vom 09. Dezember 2003, von Dipl.-Med. H vom 28. Januar 2004, von der Augenärztin Dr. G vom 16. April 2004 eingeholt und anschließend den Neurochirurgen Prof. Dr. K mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 15. Juli 2004 (Untersuchung der Klägerin am 09. Juli 2004) ist er zu dem Schluss gekommen, das Unfallereignis habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden cervicalen Osteochondrose mit medianer Bandscheibenprotrusion mit Grenzbefund zum Prolaps bei C5/6 durch eine HWS-Distorsion geführt. Die Verschlimmerung der Vorschädigung begrenze er auf drei Monate. Jedoch bestehe konsekutiv eine schwere vegetative Sympathicusfunktionsstörung bzw. Stellatum-Dysfunktion. Diese ausgeprägte Begleitsymptomatik bei chronifiziertem Schmerzsyndrom könne sowohl Ausdruck einer Somatisierungsstörung sein als auch einer traumatischen Sympathicusschädigung. Er halte letzteres für wahrscheinlich. Eine Dissektion der Arteria vertebralis habe mittels MR-Angiografie ausgeschlossen werden können. Die MdE betrage seit dem Unfallereignis 20 v. H. Auf Kritik der Beklagten hinsichtlich der Kausalitätserwägungen hat der Sachverständige mit Stellungnahme vom 09. September 2005 ergänzt, die Klägerin leide unter einer posttraumatischen Migraine cervicale.

Das SG hat daraufhin den Neurologen und Psychiater Prof. Dr. K mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Gutachtens betraut. In dem am 07. Mai 2007 nach einer Untersuchung der Klägerin vom 10. Januar 2007 fertig gestellten Gutachten ist dieser zu den Diagnosen vasomotorischer Kopfschmerz und Zustand nach HWS-Schleudertrauma gelangt. Eine Schwindelsymptomatik sei bei ihm nicht geschildert worden. Zum jetzigen Zeitpunkt werde keine Gesundheitseinschränkung deutlich, die mit großer oder überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 04. Dezember 2000 zurückzuführen sei. Der diagnostischen Einschätzung seitens des Vorgutachters bzgl. einer Cervikalmigräne könne nicht gefolgt werden. Die von der Klägerin geschilderte Symptomatik mit vermehrtem Tränenfluss, Nasenlaufen und Zeichen einer vegetativen sympathischen Minderfunktion akut im Zusammenhang mit Kopfschmerzen sei als Symptomatik bei einem vasomotorischen Kopfschmerz (Oberbegriff) bekannt. Die weitere diagnostische Einschätzung habe sich nur bedingt treffen lassen. Die Symptomatik an sich spreche für einen Cluster-Kopfschmerz, die Häufigkeit eher für eine basiliäre Migräne. Für die Einschätzung des kausalen Zusammenhangs sei diese Einordnung jedoch nicht entscheidend, denn alle Formen des vasomotorischen Kopfschmerzes könnten nicht auf den hiesigen Unfall zurückgeführt werden. Zwar könne grundsätzlich ein Migräneanfall auch durch ein SHT ausgelöst werden. Im vorliegenden Fall fehle es aber an einem SHT. Darüber hinaus sei eine Migräne eine Erkrankung, die durch eine Interaktion zwischen sehr kleinen Arterien im Kopf und dem umliegenden Gewebe und einer Reizung der Hirnhäute bedingt sei. Eine Neuerkrankung einer Migräne könne daher durch ein SHT oder eine Schädelprellung nicht entstehen. Es gebe darüber hinaus keine Hinweise dafür, dass im Bereich der absteigenden sympathischen Bahnen zum Rückenmark in Höhe C8 eine Rückenmarkskompression vorliege, auch gebe es kein klares C8-Wurzelreizsyndrom etwa aufgrund eines Bandscheibenvorfalles oder einen Anhaltspunkt für eine lokale Schädigung im Bereich der sympathischen Bahnen außerhalb der Wirbelsäule am Hals entlang der vorderen Halsschlagader. Wenn dem so wäre, müsste man auch außerhalb einer Kopfschmerzattacke Ausfallerscheinungen erwarten, was nach seiner Untersuchung nicht der Fall sei. Es bleibe letztlich nur übrig, die Funktionsstörungen der sympathischen vegetativen Nerven am Kopf links (u. a. zeitweilige Lidheberschwäche, zeitweilige Pupillenverkleinerung) im Rahmen eines klassischen vasomotorischen Kopfschmerzes zu sehen.

Auf Kritik der Klägerin hat das SG eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. K vom 24. August 2007 veranlasst, in der dieser ausgeführt hat, aus seiner Sicht habe hier kein SHT I° (Gehirnerschütterung) vorgelegen, denn es fehle an einer sicheren Gedächtnisstörung sowie einer starken Kopfverletzung. Anhaltende Nackenschmerzen seien darüber hinaus von der Klägerin nicht geschildert worden. Selbst wenn

eine Gehirnerschütterung vorgelegen hätte, könne daraus nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Erzeugung einer Migräne-Erkrankung geschlossen werden.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 27. November 2007 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente, weil keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen nachgewiesen seien, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. bedingten. Das Gericht schließe sich den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. K an. Eine Schwindelsymptomatik sei bei der Untersuchung durch diesen Sachverständigen nicht mehr geschildert worden, so dass keine Anhaltspunkte mehr für das Bestehen einer Otolithenfunktionsstörung vorlägen. Dem Gutachten des Prof. Dr. K habe sich das Gericht nicht anzuschließen vermocht, da dieses rein spekulativ sei und keine Kausalität zwischen dem Unfallgeschehen und den Beschwerden der Klägerin habe begründen können.

Gegen das am 13. Februar 2008 zugestellte Urteil richtet sich die am 27. Februar 2008 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingegangene Berufung der Klägerin, mit der sie u. a. darauf verweist, vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen zu sein. Das Gutachten des Prof. Dr. K sei nicht überzeugend. Bei ihr träten seit dem Unfall folgende Symptome auf: starke linksseitige Kopfschmerzen mit Schwellung der linken Gesichtshälfte, Tränenfluss des linken Auges, Speichelfluss aus dem linken Mundwinkel, Ohrenscherzen, Kieferschmerzen, Rötung der linken Gesichtshälfte, starke Übelkeit und Erbrechen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Seh- und Hörstörungen; rasche Ermüdung und geringe Belastbarkeit; Konzentrationsschwierigkeiten; Schlafstörungen; in die linke Schulter und den Arm bis in die Fingerspitzen ausstrahlende Nackenschmerzen sowie Taubheit- und Kribbelgefühle in den Fingern der linken Hand und im linken Fuß, verminderte HWS-Beweglichkeit links, Schluckstörungen und schmerzhafte Verspannungen der Nackenmuskulatur. Sie legt einen Befund eines Kopf-CTs vom 02. April 1996 (Klinik: Commotio cerebri am 07. März 1996, altersentsprechender hinorganischer Befund) sowie einer Röntgenuntersuchung des Schädels sowie der Nasennebenhöhlen vom 07. März 1996 (keine Fraktur) vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. November 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 18. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juli 2003 zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 04. Dezember 2000 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat zunächst eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. K vom 27. Oktober 2008 eingeholt, in der dieser seine Beurteilung aufrechterhalten hat. Er hat u. a. darauf hingewiesen, dass die Tatsache, dass nach einer Kopfprellung oder einer HWS-Distorsion Kopfschmerzen auftreten könnten, zum allgemeinen medizinischen Wissen gehöre. Diese Beschwerden klängen jedoch mit der Zeit ab. Gut bekannt seien Kopfschmerzen, die nach einer erheblichen Kopfverletzung wie z. B. einem Schädelbasisbruch aufträten und ein Leben lang anhalten könnten. Hierzu müsse jedoch ein entsprechend starkes SHT vorgelegen haben, von welchem hier nicht die Rede sein könne. Auch entsprächen die von der Klägerin geschilderten Symptome einer Migräne bzw. einem vasomotorischen Kopfschmerz, d. h. einer primären Kopfschmerzform, die durch ein Trauma wie das vorliegende nicht verursacht werden könne. Eine zervikale Migräne gebe es nicht, auch sei ein zervikogener Kopfschmerz keine Migräne.

Der Senat hat ferner eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. K vom 11. Mai 2009 eingeholt, worin dieser ausgeführt hat, die Klägerin habe bei dem Unfall eine Gehirnerschütterung (SHT I°) erlitten. Anhand der nunmehr von der Klägerin geschilderten Symptome sei festzustellen, dass eine Sympathicusschädigung nicht mehr vorliege, so dass die von ihm angenommene MdE gegenstandslos sei. Aus heutiger Sicht halte er eine Somatisierungsstörung für wahrscheinlich. Anschließend hat der Senat ein Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse der Klägerin für den Zeitraum Oktober 1999 bis Oktober 2009 eingeholt und die medizinischen Unterlagen der Allianz Versicherungs-AG zum Haftpflichtversicherungsvorgang 10 KH 00-189969-1/Gr138 beigezogen.

Sodann hat der Senat auf Antrag der Klägerin gem. [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Neurologen Dr. B mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Gutachtens betraut. In dem Gutachten vom 30. Juni 2010 (Untersuchung am 03. Mai 2010) ist er zu der Auffassung gelangt, die bei der Klägerin von ihm festgestellten Gesundheitsstörungen • HWS-Distorsion • SHT mit Commotio/Contusio cerebri • Traumatische cerebrale Mikroblutung linkshirnig • Cervikaler Prolaps C5/6 mediolateral links, Prolaps C6/7 • Sulcus-ulnaris-Syndrom links • Cervikobrachialgien links • Streng linksseitig auftretende Cephalgien mit Ausbreitung zum Nacken, der Schulter und in den linken Arm, mit Begleiterscheinungen, nicht letztendlich den herkömmlichen Kopfschmerzformen zuzuordnen, einem Cluster-Kopfschmerz ähnlich, ausgelöst und verursacht durch einen cervikalen Prolaps C5/6, mit Bedrängung und Verlagerung des Myelons, dieser hervorgerufen durch eine HWS-Distorsion • Cerebrale Funktionsstörungen mit Beeinträchtigung des Entfernungssehens und der Orientierung sowie vermehrter Müdigkeit • Progrediente cervikale Myelopathie mit distalen Arm- und proximalen Beinpareesen beidseits, links betont mit Ataxie und Sensibilitätsstörungen • Wurzelschädigung C6 links seien wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 04. Dezember 2000 zurückzuführen. Eine darüber hinaus bestehende Polyneuropathie sei unfallunabhängig. Die MdE betrage von 2000 bis zum 08. Juli 2004 20 v. H., danach bis zum 09. Januar 2007 25 v. H. und ab Mai 2010 35 v. H. Er hat seinem Gutachten einen MRT-Befund der HWS vom 21. April 2010 (u. a. aktivierte Osteochondrosis intervertebralis C3/4, Spondylosteochondrosis intervertebralis C3-7, Uncovertebralarthrose und Spondylarthrose; Protrusionen C3/4 bis C5/6, geringe Pelottierung der ventralen Myelonkontur C5/6, geringe Neuroforameneinengung C5/6 beidseits mit möglicher Affektion von C6 beidseits; keine Signalpathologie des Myelons) sowie des Neurocraniums vom 08. Oktober 2008 (u. a. singuläre unspezifische Marklagerläsion am linken Seitenventrikelvorderhorn, insgesamt alterskonformer Befund) beigelegt.

Der Senat hat die Krankenunterlagen des KKH B (jetzt: J-Krankenhaus im F B GmbH) beigezogen und eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. K eingeholt. Einen im Zuge der Einholung dieser Stellungnahme nach Aktenlage von der Klägerin gestellten Befangenheitsantrag gegen diesen Sachverständigen hat der Senat durch Beschluss vom 29. September 2010 zurückgewiesen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom Januar 2011 hat Prof. Dr. K ausgeführt, die von Dr. B aufgebaute Ursachenkette Unfall - Bandscheibenvorfall C5/6 -

Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie Beschwerden am linken Arm und Rückenmarksschädigung sei nicht schlüssig.

Dr. B ist dem in einer eigenen, vom Senat veranlassten, ergänzenden Stellungnahme vom 04. Juli 2011 entgegen getreten.

Der Senat hat noch einen Befundbericht der Frau Dr. W vom 31. Oktober 2011 (u. a. Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Kopfschmerzen und Schwindel im Oktober 1995, wegen psychosomatischer Funktionsstörung im September/Oktober 1997 sowie November/Dezember 1998) eingeholt.

Der Senat hat ein fachorthopädisches Gutachten von Dr. W vom 29. Mai 2012 eingeholt. Darin hat dieser auf der Grundlage einer körperlichen Untersuchung der Klägerin am 23. Februar 2012 folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: 1. Zustand nach Schädelprellung/Gesichtsschädelprellung/-schürfung ohne sicheren Anhalt für knöcherne Verletzungen, zwischenzeitlich ausgeheilt 2. Zustand nach HWS-Distorsion ohne sicheren Anhalt auf eine strukturelle Verletzung, d. h. ohne knöcherne, ligamentäre oder diskogene Schädigung, zwischenzeitlich ausgeheilt 3. Zustand nach Prellung und Schürfung der linken Hand ohne sicheren Hinweis auf eine knöcherne Verletzung, zwischenzeitlich ausgeheilt 4. Zustand nach Prellung und Schürfung des linken Kniegelenks ohne sicheren Hinweis auf eine knöcherne Verletzung, zwischenzeitlich ausgeheilt 5. cervikale und cervikobrachiale Beschwerdesymptomatik i. S. e. HWS-Syndroms mit Funktionsbeeinträchtigungen der HWS ohne sichere Hinweise auf radikuläre Defizite an den oberen Extremitäten bei der hiesigen Untersuchung, in der vorliegenden Bildgebung Nachweis degenerativer Veränderungen, insbesondere in den Segmenten C3/4 bis C5/6, deutlich im Segment C5/6 mit dorsomedianer linksbetonter Vorwölbung unter partiell knöcherner Abdeckung mit geringgradiger Pelottierung der ventralen Myelonkontur und geringgradiger Neuroforameneinengung in diesem Segment (04/2010) 6. Omalgien des linken Schultergelenks mit Funktionsbeeinträchtigungen insbesondere oberhalb der Horizontalen, ohne vorliegende radiologische Bildgebung 7. Kopfschmerz-/Gesichtsschmerzsymptomatik links mit migräneartigen Beschwerdesymptomatiken 8. unklare Sensibilitätsstörungen am linken Fuß. Die Gesundheitsstörungen unter 1. bis 4. seien unfallbedingt. Eine unfallbedingte MdE liege nicht vor. Maßgeblich seien die primären Feststellungen unmittelbar nach dem Unfall und in den folgenden Tagen. Anhand der in dieser Zeit erhobenen Befunde und durchgeführten Untersuchungen seien frische knöcherne Traumafolgen im Bereich der HWS und des Schädels ausgeschlossen worden. In dem zwei Monate nach dem Unfall erstellten MRT seien ebenfalls keine bandscheibenbedingten Myelon- oder Wurzelaffektionen, keine okkulte Fraktur oder Gefügeverschiebung, keine begleitenden Verletzungen im Bereich der Weichteile oder des knöchernen Systems nachgewiesen worden, obwohl dies zwei Monate nach dem Unfall sich noch hätte zeigen müssen. Neurologische Defizite seien weder am Unfalltag noch im Verlauf der stationären Beobachtung dokumentiert worden. Ob die Klägerin überhaupt ein SHT erlitten habe, sei angesichts der Eintragungen in den Krankenunterlagen (kein dauerhaftes Erbrechen, kein dauernder Schwindel, keine dokumentierte Kreislaufdysregulation, nur zweimaliges Erbrechen) und der Tatsache, dass die Klägerin sich bei der hiesigen Untersuchung relativ lückenlos den Unfall und die Abläufe danach habe berichten können, zweifelhaft. Es werde eine neurologische sowie eine hno-ärztliche Begutachtung (hinsichtlich einer evtl. unfallbedingten Otolithenfunktionsstörung) vorgeschlagen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist, soweit mit ihm eine Verletztenrente abgelehnt wird, rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht. Sie hat keinen Anspruch auf Verletztenrente aus der hierfür einzig in Betracht zu ziehenden Anspruchsgrundlage aus [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII).

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 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. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vorphundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Versicherte Tätigkeit ist u. a. auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a. a. O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Erst dann, wenn sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE und hängt diese von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der

Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) –, zitiert nach juris).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße überzeugt, dass bei der Klägerin infolge des unstreitig und anerkannten Arbeitsunfalls (Wegeunfall) vom 04. Dezember 2000 tatsächlich eine rentenberechtigende MdE vorliegt. Die von der Beklagten in ihrem Bescheid vom 18. Dezember 2002 festgestellten Gesundheitsstörungen "ausgeheilte Schädelprellung mit Verdacht auf Gehirnerschütterung, ausgeheilte Zerrung der HWS und Prellungen am Rumpf und an den Gliedmaßen" bedingen eine solche MdE nicht. Darüber hinausgehende unfallbedingte Gesundheitsstörungen liegen hier nicht vor.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge eines Arbeitsunfalls muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels des Gesundheitserstschadens, z. B. bei einem Sprunggelenksbruch, der zu einer Versteifung führt, oder direkt, z. B. bei einer Amputationsverletzung, ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen.

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (*conditio-sine-qua-non*). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/07 R](#) –, in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Da Verschulden bei der Prüfung eines Versicherungsfalles in der gesetzlichen Unfallversicherung unbeachtlich ist, weil verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht ausschließt ([§ 7 Abs. 2 SGB VII](#)), erfolgt im Sozialrecht diese Unterscheidung und Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in [BSGE 1, 72](#), 76; [BSGE 1, 150](#), 156 f; stRspr vgl. u. a. Urteile des BSG vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#) sowie vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, a. a. O.). 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 (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, a. a. O.).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben) (vgl. u. a. BSG in [SozR Nr. 69 zu § 542 a. F. RVO](#); BSG in [SozR Nr. 6 zu § 589 RVO](#); Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Anm. 1.5.2.). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. BSG in [SozR Nr. 27 zu § 542 RVO](#); BSG in [SozR Nr. 6 zu § 589 RVO](#)). Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG in [SozR 2200 § 589 Nr. 10](#); BSG in [SozR 2200 § 548 Nr. 75](#); Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG in [SozR 2200 § 589 Nr. 10](#); Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – a. a. O.).

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens – aber eine Ursache ist nicht allein schon deswegen wesentlich, weil sie die letzte war –, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSG in [SozR 2200 § 548 Nr. 4](#); BSG in [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#)).

Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Es gilt der allgemeine beweisrechtliche Grundsatz, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (vgl. BSG in [SozR 3850 § 51 Nr. 9](#); BSG in [SozR 1500 § 128 Nr. 31](#); BSG in [SozR 3-3850 § 52 Nr. 1](#); Rauschelbach, MedSach 2001, 97; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 2.3.4.3).

Ausgangsbasis für die Feststellung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnistandes müssen die Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich sein (vgl. u. a. Fritze, Ärztliche Begutachtung, 8. Aufl. 2012, Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 12. Aufl. 2010; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.; Ludolph/Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, 2004; Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009; Widder/Gaidzik, Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011). Außerdem sind, soweit sie vorliegen und einschlägig sind, die jeweiligen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu berücksichtigen sowie andere aktuelle Veröffentlichungen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, a. a. O.). Die verschiedenen Veröffentlichungen sind jeweils kritisch zu würdigen.

Auszugehen ist, wie der Sachverständige Dr. W in seinem Gutachten vom 29. Mai 2012 zutreffend hervorgehoben hat, von den zeitnah erhobenen Erstbefunden nach dem Unfallereignis vom 04. Dezember 2000 wie sie sich insbesondere in der Krankenhausakte des J-Krankenhaus im F B finden sowie den bildgebenden Befunden einschließlich des MRT vom 31. Januar 2001.

Anhand dieser Befunde steht fest, dass die Klägerin bei dem Unfall multiple Prellungen sowie Schürfungen an Schädel, linker Hand und linkem Kniegelenk sowie eine HWS-Distorsion erlitten hat. Zu dieser Beurteilung gelangen übereinstimmend der für die Beklagte tätig gewordene Sachverständige Dr. H sowie Dr. W. Die bildgebenden Befunde von 2000/2001 sowie die unauffälligen neurologischen Befunde im Krankenhaus schließen Frakturen, Gefügeverschiebungen, bandscheibenbedingte Affektionen des Myelons oder der Wurzeln, Weichteilverletzungen, Hämatome, Bone bruise o. ä. aus. Neurologisch war die Klägerin außerdem unauffällig. Der im MRT der HWS vom 31. Januar 2001 dargestellte kleine Prolaps C5/6 median/paramedian links, partiell osteophytär überdacht ist ebenso wenig Unfallfolge wie die Protrusion C6/7 median.

Soweit Dr. B dem entgegenstehend in seinem Gutachten vom 30. Juni 2010 und seiner weiteren Stellungnahme vom 04. Juli 2011 von einem traumatischen Bandscheibenvorfall C5/6 sowie C6/7 nebst cervikaler Myelopathie und Wurzelschädigung C6 ausgeht, entbehrt dies jeder nachvollziehbaren Grundlage. Selbst wenn man seiner Neuinterpretierung des MRT vom 31. Januar 2001 – anders als die chirurgischen bzw. orthopädischen Gutachter Dr. H, Prof. Dr. K und Dr. W – folgen würde, so widerspricht jedenfalls seine Beurteilung des Ursachenzusammenhangs der unfallmedizinischen Literatur, nach der es den isolierten Bandscheibenvorfall als Unfallfolge nicht gibt, sondern Bandscheibenvorfälle als Unfallfolge stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment auftreten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O. Anm. 8.3.2.6.2). Dass derartige Verletzungen im Bereich der HWS oder angrenzenden Weichteilstrukturen vorlägen bzw. nachgewiesen wären, behauptet auch Dr. B nicht. Darüber hinaus war der Bandscheibenvorfall bei C5/6 im Januar 2001 bereits teilweise osteophytär überdacht, was für einen länger als knapp zwei Monate währenden Vorgang spricht. Allein die Tatsache, dass bei der Klägerin u. U. inzwischen eine Affektion der Wurzel C6 sowie des Myelons vorliegt, begründet keinen Ursachenzusammenhang mit dem Jahre zurückliegenden Unfallgeschehen. Diese Veränderungen können auch auf der Grundlage verschleißbedingter Prozesse eintreten.

Die Prellungen sind nach übereinstimmender Auffassung aller Sachverständigen folgenlos ausgeheilt. Dies gilt zur Überzeugung des Senats auch für die von der Klägerin erlittene HWS-Distorsion. Der Senat schließt sich insoweit den überzeugenden Darlegungen des Dr. W an. Insbesondere die von der Klägerin in der Folgezeit nach dem Unfall geklagten – inzwischen chronischen – Kopfschmerzen sowie der Schwindel sind nicht wesentlich ursächlich auf die bei dem Unfall erlittene HWS-Distorsion zu beziehen. Hierzu hat Prof. Dr. K in seinem Gutachten vom 07. Mai 2007 sowie in seinen Stellungnahmen vom 24. August 2007, 27. Oktober 2008 und Januar 2011 ausgeführt, dass das Auftreten von Kopfschmerzen ebenso wie von Nackenschmerzen im Gefolge einer HWS-Distorsion gut bekannt sind. Allerdings klingen diese Beschwerden regelmäßig nach einigen Wochen ab. Eine HWS-Distorsion ist – auch verbunden mit einem SHT Grad I – nicht geeignet, eine chronische primäre Kopfschmerzkrankung i. S. e. vasomotorischen Kopfschmerzes (sei es eine Migräne, sei es ein Cluster-Kopfschmerz) hervorzurufen. Diese Darlegungen stehen in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur, etwa in Widder/Gaidzik, a. a. O. Anm. 33.4.2 auf S. 436 oder in Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O. Anm. 5.3.7.8 auf S. 179). Dementsprechend zeigte sich in den Berichten des KKH Belzig eine langsame Verbesserung der Gesamtsymptomatik (Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen) unter Behandlung bis zum Eintritt der Arbeitsfähigkeit. Danach (vgl. den Bericht vom 13. März 2001) klagte die Klägerin dann erneut über Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen. Insgesamt lässt sich eine Verschiebung der Symptomatik erkennen. Während die Klägerin im UKB im Januar und April 2001 über Drehschwindelanfälle bei Änderung der Körperlage ohne Tinnitus und Hörminderung, ohne Nystagmus und neurologische Defizite sowie vom Rückenmark vom Nacken ausstrahlende Kopfschmerzen klagte, berichtete sie bei Frau Dr. F am 10. Oktober 2001 über anfallsartig auftretende Nacken-Kopfschmerz-Attacken verbunden mit erheblicher vegetativer Begleitsymptomatik, besonders wenn die Arme nach vorne gestreckt wurden, bei Dr. H am 30. August 2002 (rund 2,5 Jahre nach dem Unfall) über nach längerer geistig anstrengender Tätigkeit auftretende Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Hinterkopfschmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Sehstörungen, Durchfall. Während der Untersuchung durch Prof. Dr. K am 09. Juli 2004 (rund 3,5 Jahre nach dem Unfall) kam es dann unter Prüfung der HWS zu starken linksseitigen Kopfschmerzen mit linksseitiger Ptosis, Miosis, Schwindel sowie Übelkeit bzw. Erbrechen. Am 10. Januar 2007 bei Prof. Dr. K (rund sechs Jahre nach dem Unfall) schilderte die Klägerin ausführlich gelegentlich auftretende Attacken mit drückendem, stechendem, pochendem Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Schüttelfrost, Sehstörungen, Nasenlaufen, Speichelfluss auf der linken Seite, Tränenfluss links, gelegentlich erhöhter Temperatur und Hängen des linken Augenlids sowie gelegentlich ausstrahlenden Beschwerden in den linken Arm. Der Schwindel trete nur zusammen mit dem Kopfschmerz auf. Nystagmen fanden sich nicht, auch die vestibulären Proben waren unauffällig. Diese Gesamtsymptomatik (attackenweise Kopfschmerzen mit Schwindel und vegetative sympathische Minderfunktion) ist von Prof. Dr. K nachvollziehbar und überzeugend als Symptomatik eines – wie bereits ausgeführt unfallunabhängigen – vasomotorischen Kopfschmerzes eingeordnet worden. Gegen eine traumatische Sympathicusschädigung bzw. ein traumatisches C8-Syndrom – wie Prof. Dr. K dies anfangs vermutet hat – spricht hingegen nicht nur, dass es an einer zeitnah zum Unfall gelegenen Dokumentation einer entsprechenden Symptomatik fehlt, sondern auch die Tatsache, dass Ptosis/Miosis-Symptomatik nur im Zusammenhang mit den Kopfschmerzattacken auftritt und nicht ständig vorliegt, sowie, dass es am Nachweis einer substantiellen Schädigung der Wurzel C8 fehlt. Im Übrigen hat Prof. Dr. K unter Hinweis darauf, dass die von der Klägerin in der Berufungsschrift geschilderte Symptomatik nicht mehr passe, die Diagnose einer traumatischen Sympathicusschädigung nicht aufrechterhalten (vgl. die Stellungnahme vom 11. Mai 2009). Diese, auch in der Berufungsschrift angesprochene, gegenüber der bei Prof. Dr. K gezeigten veränderte Symptomatik wurde auch bei der Untersuchung durch Dr. W am 23. Februar 2012 (rund 11 Jahre nach dem Unfall) geschildert: fast ständig, vor allem nachts, bestehender Kopfschmerz an der linken Gesichtshälfte um das Auge herum mit Übelkeit, gelegentlich Erbrechen, Anschwellen des Auges, Rötung und Überwärmung, Tränenflüssigkeitsansammlung außen, Ohrenscherzen links und Kieferköpfchenbeschwerden links; ein Schwindel wurde weder geschildert noch demonstriert. Diese Symptomatik hat nun keinerlei Verbindung mehr mit den ursprünglich nach dem Unfall aufgetretenen (Kopf-) Schmerz- / Schwindelbeschwerden. Eine ursprünglich im UKB diagnostizierte und dann auch im April 2001 behandelte

Otolithenfunktionsstörung ist von den Behandlern im UKB dann im September 2001 (Arztbrief vom 26. September 2001) verneint worden.

Soweit Prof. Dr. K in seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2009 nunmehr von einer Somatisierungsstörung der Klägerin ausgeht, bestehen anhand der Äußerung der Frau Dr. F vom 11. Oktober 2001 keine Anhaltspunkte dafür, dass eine solche mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen wäre.

Soweit Dr. B in seinem Gutachten vom 30. Juni 2010 sowie in seiner Stellungnahme vom 04. Juli 2011 noch folgende weitere Gesundheitsstörungen • Traumatische cerebrale Mikroblutung linkshirnig • Sulcus-ulnaris-Syndrom links • Cervikobrachialgien links • Streng linksseitig auftretende Cephalgien mit Ausbreitung zum Nacken, der Schulter und in den linken Arm, mit Begleiterscheinungen, nicht letztendlich den herkömmlichen Kopfschmerzformen zuzuordnen, einem Cluster-Kopfschmerz ähnlich, ausgelöst und verursacht durch einen cervikalen Prolaps C5/6, mit Bedrängung und Verlagerung des Myelons, dieser hervorgerufen durch eine HWS-Distorsion • Cerebrale Funktionsstörungen mit Beeinträchtigung des Entfernungssehens und der Orientierung sowie vermehrter Müdigkeit • Progrediente cervikale Myelopathie mit distalen Arm- und proximalen Beinpareesen beidseits, links betont mit Ataxie und Sensibilitätsstörungen als unfallbedingt beurteilt hat, beruht dies weitgehend auf Spekulation und basiert insbesondere nicht auf einer gründlichen Prüfung der Erstbefunde sowie einer Brückensymptomatik.

Das im KKH B erstellte CT des Schädels vom 07. Dezember 2000 ergab einen unauffälligen altersentsprechenden cerebralen Befund ohne Nachweis einer Fraktur, Blutung, eines anderen Herdbefundes oder von Raumforderungszeichen. Das von Dr. B seiner "Beurteilung" zugrunde gelegte MRT des Schädels vom 08. Oktober 2008 ist annähernd acht Jahre nach dem Unfall erstellt worden und zeigte einen alterskonformen Befund, lediglich mit einer singulären unspezifischen Marklagerläsion am linken Seitenventrikelvorderhorn. Dr. B versucht unzulässigerweise, diesen unspezifischen Befund mit dem Unfall zu verknüpfen, ohne dass er sich um eine weitere Begründung etwa anhand älterer Befunde bemüht. Dem Gericht ist eine solche ursächliche Verknüpfung weder ersichtlich noch nachvollziehbar. Damit verbunden ist auch die Diagnose unfallbedingter cerebraler Funktionsstörungen, ohne dass sich Dr. B die Mühe gemacht hätte, überhaupt eine entsprechende Diagnostik durchzuführen, haltlos.

Eine unfallbedingte cervikale Myelopathie ist mangels Nachweises traumatischer Verletzungen der knöchernen Strukturen der HWS oder der angrenzenden Weichteile abwegig, zumal eine "Ataxie" von Dr. W nicht beobachtet wurde und die Klägerin dazuhin an einer – selbst nach Auffassung von Dr. B – nicht unfallbedingten Polyneuropathie leiden soll. Die Cervikobrachialgien sind unspezifisch und angesichts der bereits 2000 bestehenden und inzwischen fortgeschrittenen deutlichen degenerativen Veränderungen der HWS sowie der fehlenden strukturellen, substantiellen HWS-Schädigung bei dem Unfall ebenfalls nicht plausibel als unfallbedingt anzusehen.

Es ist darüber hinaus auch nicht nachvollziehbar, dass Dr. B ein Sulcus-ulnaris Syndrom auf eine bei dem Arbeitsunfall erlittene linksseitige Ellenbogenverletzung zurückführt, denn eine solche Verletzung ist tatsächlich in den ärztlichen Unterlagen nicht dokumentiert.

Der Senat hat sich auch eingedenk der ihm aus [§ 103 SGG](#) obliegenden Untersuchungsmaxime nicht veranlasst gesehen, von Amts wegen weitere Ermittlungen etwa auf neurologischem oder hno-ärztlichem Fachgebiet durchzuführen. Es liegen aussagekräftige neurologische/neurochirurgische Befunde und Bewertungen seitens des Prof. Dr. K sowie des Prof. Dr. K vor. Soweit zwischen diesen Sachverständigen keine Einigkeit hinsichtlich der diagnostischen Einordnung bestand, handelt es sich um ein übliches Problem, das der Senat im Rahmen seiner Überzeugungsbildung berücksichtigt hat. Dazuhin liegen auch spezifische hno-ärztliche Befunde aus dem UKB vor. Weitere Beweiserhebungen in diese Richtung erscheinen angesichts dieses Umstandes und der Tatsache, dass die Klägerin zuletzt bei Dr. W keine gravierende Schwindelsymptomatik geschildert hat, nicht erforderlich.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-02-07