

L 6 U 2197/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 471/96
Datum
27.03.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2197/03
Datum
21.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. März 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Folgen eines Wegeunfalles sowie die Gewährung von Entschädigungsleistungen, insbesondere Verletztenrente.

Der 1959 geborene Kläger war seit 1992 als städtischer Arbeiter in der Stadtgärtnerei B. beschäftigt. Das Bürgermeisteramt der Stadt B. zeigte der Beklagten am 27. Dezember 1994 den Unfall des Klägers vom 21. Dezember 1994 an. Sie teilte mit, der Kläger habe auf dem Rückweg von seiner Mittagspause zur Arbeit bei der Einfahrt in den städtischen Bauhof anhalten müssen und ein nachfolgender Wagen sei aufgefahren. Hierbei habe sich der Kläger Prellungen und Stauchungen am Hinterkopf, an den Halswirbeln und am Schulterblatt zugezogen. Der Kläger habe sofort die Arbeit eingestellt und sei ärztlich behandelt worden. Aus dem Durchgangsarztbericht des Chefarztes Dr. Sch., Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie am Kreiskrankenhaus B., vom 21. Dezember 1994 geht hervor, dass der Kläger zunächst den Hausarzt T. aufgesucht hatte (s. dessen ärztliche Unfallmeldung vom 21. Dezember 1994), der eine Überweisung ins Krankenhaus veranlasst hatte. Dr. Sch. benannte als Diagnosen eine Halswirbelsäulen (HWS) -Distorsion und eine Schädelprellung. Äußere Verletzungszeichen hätten nicht bestanden, jedoch sei eine Prellmarke tastbar gewesen. Der Kläger habe auf Nachfrage keinen Klopfschmerz über der Schädelkalotte benannt, aber ziehende Kopfschmerzen angegeben. Das Röntgenergebnis habe keinen Hinweis für eine knöcherne Verletzung bei mäßiggradiger Steilstellung der HWS ergeben. Der Kläger sei mit einer Schanz'schen-Krawatte versorgt worden. Dr. Sch. gab die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit 10 Tagen an. Am 02. Januar und 02. Februar 1995 teilte Dr. Sch. der Beklagten mit, der Kläger stehe weiterhin in Behandlung. Ein Computertomogramm (CT) habe keinen krankhaften Befund an der HWS ergeben. Der Kläger benenne jedoch weiter deutliche Beschwerden. Die Drehbeweglichkeit betrage rechts wie links aktiv 45°, Reklination und Vornüberbeugen seien bei der Untersuchung nahezu aufgehoben gewesen. Der Kläger habe zudem über rezidivierende Kopfschmerzen geklagt.

Im Unfallfragebogen der Beklagten schilderte der Kläger am 24. Januar 1995 den Unfallhergang. Als er wegen des Abbiegevorgangs habe warten müssen, sei auf einmal ein Knall und ein starker Schlag nach hinten zu spüren gewesen. Seither leide er unter Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, einem hörbaren Krachen im Genick und inneren Verspannungen.

Prof. Dr. W. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in T. (BG-Unfallklinik) erstellte auf Veranlassung der Beklagten am 15. Februar 1995 nach Untersuchung des Klägers am 14. Februar 1995 einen Zwischenbericht. Als Diagnose nannte er eine Schädelprellung mit HWS-Distorsion. Im Befund beschrieb er einen Druckschmerz mit muskulärem Hartspann im Bereich der paravertebralen HWS-Muskulatur. Angesichts des protrahierten Verlaufes wurde der Kläger ab dem 22. Februar 1995 zum stationären Heilverfahren in der BG-Unfallklinik aufgenommen. Die Entlassung erfolgte vorzeitig am 07. März 1995. Im Befund und Entlassbericht vom 09. März 1995 diagnostizierte Prof. Dr. W. weiterhin eine HWS-Distorsion 1. Grades. Er verwies auf das Ergebnis einer neurologischen Untersuchung am 02. März 1995 (Befundbericht des Dr. K. vom gleichen Tag). Dabei sei aufgefallen, dass der Kläger unbeobachtet die HWS völlig frei bewegen könne. Es sei eine extreme Fixierung auf das Unfallereignis beschrieben und neurologische Folgeerscheinungen ausgeschlossen worden. Der Neurologe habe empfohlen, den BG-Fall abzuschließen, da der Kläger aus neurologischer Sicht voll arbeitsfähig sei. Der Kläger sei vorzeitig wegen disziplinarischer Probleme (lauthals vorgetragene und unverschämte Beschwerden, Bedrohung und tätlicher Angriff auf das Personal sowie angetrunkener Zustand) aus der Behandlung entlassen worden. Arbeitsfähigkeit trete mit dem 13. März 1995 ein. Eine weitere Behandlung sei nicht notwendig. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Grade ergebe sich nicht.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. berichtete der Beklagten am 12. April 1995, der Kläger befinde sich seit dem 10. März 1995 in seiner neuro-psychiatrischen Betreuung. Als Diagnose nannte Dr. M. den Verdacht auf eine schizoaffektive Psychose, ausgelöst durch eine Unfallreaktion bei einem Zustand nach Auffahrunfall, HWS-Syndrom und Aufenthalt in der BG-Unfallklinik. Hausarzt und Angehörige des Patienten hätten ihn am 10. März 1995 notfallmäßig herbeigerufen, nachdem der Kläger bei akuter Zerrissenheit des Denkablaufs und ausgeprägter psychomotorischer Unruhe kaum zu bändigen gewesen sei. Bereits in der BG-Unfallklinik sei ein Rededrang mit psychomotorischer Unruhe aufgetreten, der wohl der Anlass der disziplinarischen Entlassung gewesen sei. Neben der Unfallreaktion bestehe wohl eine länger anhaltende Konfliktsituation im familiären und partnerschaftlichen Bereich.

Im Nachschauerbericht vom 04. Mai 1995 gab Dr. Sch. an, der Kläger sei am 25. April und 04. Mai erneut in der Ambulanz des Kreiskrankenhauses erschienen. Er, Dr. Sch., habe über den Schwiegervater erfahren, dass beim Kläger erhebliche psychische Probleme vorlägen. Der Kläger werde nach eigenen Angaben ab dem 08. Mai 1995 einen Arbeitsversuch starten.

Dr. M. wandte sich mit Schreiben vom 10. Mai 1995 erneut an die Beklagte: Es sei dringend anzunehmen, dass die in der BG-Unfallklinik aufgetretene psychotische Episode im Rahmen einer Unfallreaktion entstanden sei.

Dr. Sch. berichtete der Beklagten am 03. Juli 1995, er habe den Kläger am 30. Juni 1995 letztmalig gesehen und mit sofortiger Wirkung das BG-liche Heilverfahren abgebrochen. Der Patient habe zu diesem Zeitpunkt vornehmlich über Schmerzen im Bereich des mittleren Brustwirbelsäulen (BWS) -Bereichs geklagt. Bewegungen in der HWS seien demonstrativ schmerzhaft dargestellt worden. Ihm sei inzwischen bekannt geworden, dass erhebliche familiäre Konfliktsituationen vorlägen. Weiter führt er aus: "Der Patient scheint inzwischen gelernt zu haben, dass man das Unfallgeschehen auch für die momentane psychische Situation verantwortlich machen kann".

Am 15. August 1995 berichtete Dr. Sch., der Kläger sei am 21. Juli 1995 in der kassenärztlichen Ambulanz gewesen und habe über Beschwerden im BWS- und Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich geklagt, die er auf das Unfallgeschehen zurückführen wollte. Da aber im CT chronische degenerative Veränderungen vorlägen, habe er ihm gesagt, dies sei nicht möglich. Seither sei der Kläger nicht mehr erschienen.

Auf Veranlassung der Beklagten gab der beratende Arzt der Sozialversicherung Dr. Sch., Arzt für Orthopädie und Sozialmedizin vom Institut für medizinische Begutachtung K., am 22. August 1995 eine Stellungnahme ab. Er bemängelte fehlende Angaben zur Schwere des Unfalls. Dr. Sch. verwies darauf, dass der Durchgangsarztbericht bis auf die Prellmarke äußere Verletzungszeichen verneint habe. Er merkte an, beim Aufprall auf die Kopfstütze könne man sich keine Kopfprellung zuziehen, schon gar keine Kopfprellung in einem Ausmaß, dass man hierdurch eine "Beule" am Kopf bekäme. Röntgenanatomisch sei nichts gefunden worden, nur semiobjektive Befunde wie Muskelanspannungen, Druck- und Klopfschmerzen. Festzustellen sei, dass bei Vorliegen einer erstgradigen HWS-Distorsion längstens für 10 bis 14 Tage eine Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft angenommen werden könne. Sollte es sich um einen Bagatellunfall gehandelt haben, könne allenfalls über vier Wochen im Fall einer so genannten posttraumatischen Belastungsstörung eine Kostenübernahme vorgenommen werden. Sollte es sich hingegen um einen schweren Unfall gehandelt haben, müsse man die Dinge neu überdenken.

Mit Schreiben vom 04. Dezember 1995 wandte sich der Kläger an die Ärzte der BG-Unfallklinik. Er habe lediglich um eine ruhigere Arbeitsweise, der Nachtschwester gebeten und die herbeigerufenen Ärzte auf manche Missstände hingewiesen. Daraufhin sei er mitten in der Nacht aus der Klinik geworfen worden. Die Annahme der Ärzte zur Aufprallgeschwindigkeit sei frei erfunden. Er erhob die Frage, ab welcher Geschwindigkeit ein Fahrersitz abgerissen werde und verwies auf ein Gutachten der D. vom 23. Dezember 1994, in dem ein Sitz- und ein Lehnengestell als Ersatzteilposten aufgeführt seien. Am 11. Januar 1996 ging bei der Beklagten ein weiteres Schreiben des Klägers ein. Er machte geltend, vor seinem Unfall in körperlich und geistig optimalem Zustand gewesen zu sein. Seit dem Unfalltag habe er Schmerzen und könne nicht mehr wie zuvor arbeiten und denken. Er leide unter Bewegungseinschränkungen im Nacken und Wirbelsäulenbereich, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, depressiven Verstimmungen und Magenbeschwerden.

Mit Bescheid vom 19. Januar 1996 lehnte die Beklagte die Zuerkennung weiterer Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Nach den ärztlichen Stellungnahmen sei die eigentliche Unfallverletzung (HWS-Distorsion 1. Grades nach Schleudertrauma) bereits nach kurzer Zeit abgeklungen, so dass keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestanden habe. Obwohl derartige Verletzungen erfahrungsgemäß bereits nach einem Zeitraum von 14 Tagen ausgeheilt seien, habe sie als Versicherungsträger die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nach Rücksprache mit dem Beratungsfacharzt bis einschließlich 12. März 1995 toleriert. Neuerlich geklagte Schmerzzustände und Beschwerden seien auf chronisch degenerative Veränderungen im Bereich der BWS und LWS zurückzuführen. Diese stünden mit dem Unfall vom 21. Dezember 1994 in keinem Zusammenhang. Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 07. Februar 1996. Der Kläger wiederholte sein bisheriges Vorbringen und führte weiter aus, der psychische Zustand, welcher sich beim Aufenthalt in der BG-Unfallklinik sogar noch verschlechtert habe, habe sich durch die Behandlung bei Dr. M. deutlich gebessert. Mit Widerspruchsbescheid vom 22. Februar 1996 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Deswegen erhob der Kläger am 29. Februar 1996 Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG). Er wiederholte sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren und ergänzte, er habe nach dem Unfall am Schädel von der Kopfstütze eine leichte Beule wahrgenommen und habe deshalb seinen Arzt aufgesucht. Der Kläger legte ein Schreiben des Polizeihauptmeisters M. vom Polizeirevier B. vom 10. Juli 1996 vor. Dieser führte aus, der Unfall vom 21. Dezember 1994 sei von der Polizei aufgrund des geringen Verkehrsverstoßes und weil von niemandem Verletzungen geltend gemacht worden seien, nicht aufgenommen worden. Deswegen existierten keinerlei Unterlagen. Der Kläger machte geltend, es habe sich um einen schweren Auffahrunfall gehandelt, was dadurch bewiesen werde, dass sogar der Fahrersitz aus der Verankerung herausgerissen worden sei und Reparaturkosten in Höhe von über DM 10.000 angefallen wären. Hierzu legte er das vollständige Gutachten der D. vom 23. Dezember 1994 über seinen VW-Passat Variant vor. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. April 1998 erklärte der Kläger, die Polizei habe das Unfallgeschehen deshalb nicht aufgenommen, weil er seinen Unfallgegner nicht habe anzeigen wollen. Am Fahrersitz sei die Rückenlehne abgebrochen gewesen. Nachdem ihm Kollegen gesagt hätten, dass es wichtig sei, sich nach einem Auffahrunfall ärztlich untersuchen zu lassen, weil sonst die BG die Unfallschäden nicht feststellen könne, sei er zu seinem Hausarzt gegangen. Die Kollegen hätten auch gesagt, dass die Schmerzen und die Beschwerden erst später auftreten könnten. Direkt nach dem Unfall habe er Kopfschmerzen am Hinterkopf, an einem Knorpel, an dem er heute noch Schmerzen habe, gehabt. Weil er nicht geblutet habe, habe er sich gedacht, das gehe vorbei. Tatsächlich habe er nach wie vor Schmerzen. Der Kläger legte einen Bericht des Radiologen Prof. Dr. N. vom 15. April 1998 vor. Dieser hatte ausgeführt, die strukturellen Veränderungen des intracanalikulären Bandapparates bei Verkürzung der Ligamenta alaria links würden für narbige Veränderungen nach einer vorausgegangenen traumatischen Läsion des

intracanaliculären Bandapparates sprechen.

Am 16. Mai 1997 wurde durch Dr. K. (Facharzt für Radiologie) zur Abklärung einer Läsion an der HWS ein cervical-spinales MRT erstellt. Im Arztbrief vom 23. Mai 1997 beschrieb er einen frischeren Prolaps C5/C6, der durchaus mit einem HWS-Beschleunigungstrauma vereinbar sei.

Die Beklagte legte zur Erwidering die weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Sch. vom 11. Juni 1997 vor. Das D.-Gutachten signalisiere einen relativ bescheidenen Intrusionseffekt im Heckbereich mit zwar erheblichen Verziehnungen, aber offenkundig keinem groben Verkürzungseffekt. Orientiere man sich bei diesem Schadensausmaß am vorliegenden Schrifttum, sei es sehr unwahrscheinlich, dass sich der Kläger dadurch eine Verletzung zugezogen habe. Unstreitig könnten Fahrzeugkollisionen mit Stoßgeschwindigkeiten in einer Größenordnung unterhalb von 20 km/h kein somatisches Verletzungsbild bewirken. Rein subjektiv geklagte oder neurotische Beschwerden seien nicht zu berücksichtigen.

Die D. Automobil AG bestätigte auf Nachfrage des SG mit Schreiben vom 27. Mai 1998 die Angaben des Klägers bezüglich der gebrochenen Rückenlehne. Durch den relativ starken Heckanstoß sei die Rückenlehne des Fahrersitzes abgebrochen und das Sitzgestell vorne links verzogen worden.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen.

Der Neurologe und Psychiater Dr. M. teilte dem SG mit Schreiben vom 27. Mai 1998 mit, er behandle den Kläger seit März 1995 etwa alle 3-4 Wochen. Anlass der Erstuntersuchung sei eine akute Zerschütterung des Denkablaufes bei ausgeprägter psychomotorischer Unruhe mit Rededrang im Sinne einer maniformen Phase gewesen. Dem sei eine anhaltende familiäre und Partnerkonfliktsituation, die mitbedingt durch die akute psychotische Phase später zur Scheidung geführt habe, vorausgegangen. Ferner habe ein HWS-Syndrom im Rahmen eines Beschleunigungstraumas bei BG-lichen Unfall vorgelegen. Die HWS-Symptomatik habe fortbestanden, darüber hinaus habe sich eine Borreliose (Stadium II) entwickelt, die im Frühjahr 1997 stationär antibiotisch behandelt worden sei. Seit 1995 sei der Kläger nur wenig belastbar. Immer wieder komme es zu Beschwerden im Bereich der HWS. Ferner bestehe eine Symptomatik im Sinne eines pseudo-neurasthenischen Syndroms. Seit 1995 habe der Kläger leichte maniforme Phasen, immer wieder auch mit depressiver Verstimmung, verbunden mit Selbstzweifeln. Er befinde sich in ständiger "neuro-physiologischer Betreuung". Beigefügt wurde ein Arztbrief von Dr. B. (Psychiatrisches Zentrum N. in W.) vom 18. Juni 1996, wo der Kläger in der Zeit vom 23. April bis 05. Juni 1996 stationär behandelt worden war. Als Diagnose wurde die schizomanische Exazerbation einer schizoaffektiven Psychose benannt. Aufnahmeanlass sei ein tätlicher Angriff auf die Mutter gewesen. Die Eltern berichteten, der Kläger habe sich in der Woche vor der Aufnahme wiederholt sehr aggressiv verhalten, über Schmerzzustände geklagt, nachts nicht mehr geschlafen und sich immer wieder bekreuzigt. Bei der Aufnahme habe der Kläger leicht verwahrlost gewirkt und inhaltliche Denkstörungen in Form von Größenideen und hypochondrischen Wahnideen bei Verdacht auf religiöse Wahnideen geäußert. Es habe keine Krankheitseinsicht, jedoch Behandlungsbereitschaft bestanden. Der Kläger habe bei der Aufnahme berichtet, sich nicht eigentlich psychisch krank zu fühlen, sondern unter Rücken- und Nackenschmerzen zu leiden. Unter Medikation sei es zu einer affektiven Stabilisierung und weitgehender Remission der psychotischen Symptomatik gekommen.

Dr. M. fügte weiterhin einen Arztbrief des Chefarztes der Neurologischen Klinik des Krankenhaus Bad M., Dr. P., vom 18. Juni 1997 bei. Der Kläger hatte sich dort in der Zeit 28. April bis 05. Mai 1997 in stationärer Behandlung befunden. Als Diagnosen wurden in diesem Arztbrief eine Borreliose, eine schizo-affektive Psychose und ein HWS-Schleudertrauma genannt. Anlass der stationären Aufnahme sei die Frage nach einer Neuroborreliose bei ansteigenden Borrelientitern gewesen. Bei bereits bekannter positiver Borrelienserologie und passender Anamnese sei umgehend mit der Verabreichung eines Antibiotikums begonnen worden. Das subjektive Befinden des Klägers sei unverändert geblieben. Dr. P. kam zu der Einschätzung, gemeinsame Ursache vieler der vom Kläger geklagten Beschwerden seien einerseits die Folgen des HWS-Schleudertraumas, andererseits liege eine Borreliose vor.

Der Arzt für Allgemeinmedizin T. berichtete dem SG am 12. Juni 1998, er behandle den Kläger laufend als Hausarzt. Er habe den Kläger am 21. Dezember 1994 mittags in der Praxis nach dem Auffahrunfall behandelt und wegen der BG-lichen Zuordnung als Wegeunfall an das Kreiskrankenhaus B. überwiesen. Trotz berufsgenossenschaftlicher Therapiemaßnahmen habe sich eine Verschlimmerung des Gesamtbildes ergeben. Nachdem erstmalig am 15. April 1998 durch eine radiologische Untersuchung strukturelle Veränderungen des intracanaliculären Bandapparates nachgewiesen worden seien, müsse retrospektiv aus hausärztlicher Sicht davon ausgegangen werden, dass diese nachgewiesenen traumatischen Läsionen in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stünden. Da in den Vorbehandlungszeiten keine psychischen Erkrankungen erhoben worden seien, müssten die psychischen Auffälligkeiten im Verlauf der Krankheitsentwicklung als unfallbedingtes Durchgangssyndrom bewertet werden. Der Hausarzt T. fügte diverse Arztbriefe bei. In einer Bescheinigung vom 23. April 1996 beschrieb Dr. M. einen hochgradig agitierten Kläger, der völlig krankheitsuneinsichtig sei, immer wieder weglaufe, sich z.B. nachts im Wald aufhalte und dabei verbal aggressiv sei. Wegen einer aus seiner Sicht erheblichen Eigengefährdung befürwortete er eine zwangseise Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. In zwei Arztbriefen äußerte Dr. M. zumindest den Verdacht auf das Vorliegen eines sekundären Fibromyalgiesyndroms, ferner wies er auf eine Tätigkeit des Klägers in der eigenen Landwirtschaft hin (Arztbriefe vom 14. April und 21. Mai 1997). Aus Arztbriefen des Orthopäden Dr. R. geht hervor, dass der Kläger schon vor dem Verkehrsunfall in Behandlung wegen Rückenbeschwerden stand. Dr. R. hatte u.a. im Jahr 1992 von einem Wirbelsäulensyndrom sowie einem Überlastungssyndrom, z.B. Psychosomatisation (Arztbriefe vom 08. Juli, 14. Oktober 1992 und 30. März 1993) berichtet. Beigefügt war auch ein Arztbrief von Dr. S. (HNO-Arzt) vom 25. Juni 1992)

Mit Schreiben vom 18. Juni 1998 machte der Kläger geltend, das auffahrende Fahrzeug habe eine Geschwindigkeit von 40-50 km/h gehabt. Hierzu legte er eine weitere Stellungnahme des PHM M. (Polizeirevier B.) vom 21. Dezember 1997 vor: Er selbst könne keine Aussage zur Geschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs machen, habe jedoch mit einem vom Kläger benannten Zeugen (Herrn D. G.) telefoniert, der angegeben habe, das auffahrende Fahrzeug sei ca. 40-50 km/h gefahren.

Der Kläger befand sich in der Zeit vom 29. April bis 27. Mai 1998 in stationärer Rehabilitation in der Klinik für konservative Orthopädie und Verhaltensmedizin in St. B. ... Als Entlassdiagnosen wurden im Bericht von Dr. W. vom 08. Juni 1998 genannt: Zervikalsyndrom nach Distorsion mit Hirnstammsymptomatik, Traumatisierung des Kopfgelenkbereiches, NPP C5/C6 rechts bei Untersuchung im Dezember 1997, Lumboschialgie bei Bandscheibenprotrusion L4/L5, schizoaffektive Psychose und Hypertriglycerdämie. Im Vordergrund der

Beschwerdeschilderung und funktionellen Einschränkungen seien chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Schultergürtel und gelegentlich in den rechten Arm unter Angabe eines Schwächegefühls beim kräftigen Zupacken gestanden. Darüber hinaus habe der Kläger Schwindel, Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und des Schlafes angegeben. Seit dem 27. April 1998 sei der Kläger arbeitsunfähig krank. Davor sei er innerhalb von 12 Monaten ca. 3 Monate arbeitsunfähig gewesen. Der Kläger arbeite nach wie vor bei der Stadt B. als städtischer Arbeiter mit gärtnerischen Tätigkeiten vollschichtig bei geregelter Arbeitszeit. Im Rehabilitationsergebnis heißt es, der Kläger benenne weiterhin subjektiv Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung. Globalbewegungen der Halswirbelsäule seien jedoch nicht messbar behindert gewesen und die Kopfgelenksbeweglichkeit unauffällig.

Die Beklagte legte im Hinblick auf das Ergebnis der weiteren Ermittlungen die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Sch. vom 08. Juli 1998 vor. Dieser stellte die radiologischen Fähigkeiten von Prof. Dr. N. in Frage. Prof. Dr. N. sehe auf seinen Aufnahmen Dinge, die andere Radiologen auf den selben Aufnahmen nicht sehen würden. Es sei ausgeschlossen narbige Veränderungen der Ligamenta alaria mit der CT-Technik zur Darstellung zu bringen. Wolle man sich zur Schwere des Unfalls geschehens ein exaktes Bild machen, sei ein entsprechendes Gutachten einzuholen. In keinem einzigen dokumentierten Fall sei es durch ein sog. Schleudertrauma zu einer isolierten Bandscheibenzerreißung gekommen. Eine discoligamentäre Verletzung, die so etwas bewirken könnte, führe zu extrem unangenehmen Schmerzen. Hingegen sei der Kläger laut Polizeiprotokoll beschwerdefrei gewesen. Hier stehe wohl ausschließlich eine psychische Verursachung der Beschwerden im Raum.

Das SG zog den Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. W. vom 04. Januar 1995 bei, der für Dr. Sch. vom Kreiskrankenhaus B. erstellt worden war. In der Untersuchung vom 04. Januar 1995 hätten sich im psychischen Befund keine Auffälligkeiten gezeigt und ein CT des Schädels habe einen Normalbefund, insbesondere keine intracerebralen traumatischen Veränderungen ergeben. Ein CT der Halswirbelsäule (Untersuchung C1-C7) habe regelrechte knöcherne Strukturen gezeigt, eine Fraktur sei nirgends erkennbar gewesen. In der Beurteilung heißt es, es bestehe ein Zustand nach HWS-Distorsion mit persistierenden Cervikocervicalgien. Computertomographisch sei eine Subluxation der Dens axis nicht auszuschließen.

Auf Nachfrage teilte die H. GmbH als Halterin des auffahrenden Fahrzeugs gegenüber dem SG mit Schreiben vom 21. Mai 1999 mit, ein Schadensgutachten für ihr Fahrzeug sei nicht erstellt worden. Der Fahrer (Jahrgang 1935) sei kein "schneller Fahrer" gewesen, er habe gesagt, vielleicht um die 40 km/h gefahren zu sein. Bilder des Firmenfahrzeugs waren beigelegt.

Dr. M., nochmals als sachverständiger Zeuge befragt, gab mit Schreiben vom 18. Oktober 1999 an, der Kläger stehe bei ihm nach wie vor in regelmäßiger Behandlung. Der Befund sei im Wesentlichen unverändert. Es liege eine Verschlechterung des Zustandbildes vor, die sich vornehmlich im Bereich der psychophysischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit bemerkbar mache. Beigelegt war der Bericht des Chefarztes Dr. H. vom Zentrum für Psychiatrie E. vom 22. April 1999. Der Kläger hatte sich dort wegen einer schizoaffektiven Psychose in der Zeit vom 02. bis 10. Juni 1998 in stationärer Behandlung befunden. Anlass der Aufnahme sei gewesen, dass der Kläger, von seiner Familie seit einigen Tagen vermisst, der Polizei in Folge seines verwirrten Zustandes im Sch., wo er mit dem Auto unterwegs gewesen sei, aufgefallen sei. Der Kläger habe sich nicht krankheitseinsichtig gezeigt und habe deutlich psychomotorisch getrieben gewirkt. Er habe verschiedene Körpermissempfindungen beklagt. Weiter beigelegt war der Bericht des Internisten und Rheumatologen Dr. B., Chefarzt der Klinik für Rheumatologie der W.-Klinik in W., vom 09. Juni 1999, wo der Kläger in der Zeit vom 22. März bis 02. April 1999 stationär behandelt worden war. Dr. B. führte u.a. aus, beim Kläger liege ein HWS-/LWS-Schmerzsyndrom bei Fehlstatik und degenerativen Veränderungen vor. Aus dem weiteren beigelegten Arztbrief des Chefarztes der Abteilung Traumatologie-Orthopädie Dr. Sch. aus der Fachklinik E. vom 09. Juni 1999 ergibt sich, dass der Kläger dort in der Zeit vom 10. Mai bis 07. Juni 1999 in stationärer Behandlung war. Die darin für den Bereich der HWS genannten Diagnosen wurden in Zusammenhang mit einem Zustand nach einem HWS-Schleudertrauma gebracht. Im ergänzenden neuropsychologischen Bericht des Dipl.-Psychologen K. vom 07. Juni 1999 wurde ausgeführt, die psychosoziale Exploration habe familiäre Konflikte, finanzielle Probleme und Befindlichkeitsstörungen bei depressiver Symptomatik gezeigt. Eine weitere sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Betreuung erscheine notwendig.

Dem Kläger wurde mit Bescheid vom 25. Februar 2000 vom zuständigen Rentenversicherungsträger eine auf die Zeit vom 31. März 2000 bis 31. August 2001 befristete Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bewilligt.

Das SG beauftragte Dr. S., Leiter der Poliklinik der neurochirurgischen Klinik des Universitätsklinikums H., mit der Erstellung eines fachneurologischen Gutachtens über den Kläger. In seinem Gutachten vom 20. April 2000 (nebst neuroradiologischem Zusatzgutachten von Prof. Dr. S. vom 14. April 2000) beschrieb er im Bereich der HWS eine leichte Funktionsbehinderung mit endgradiger Bewegungseinschränkung und diagnostizierte daneben ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Wende man die gutachterlicherseits definierten Kriterien der traumatischen Entstehung eines Bandscheibenschadenvorfalles auf die beim Kläger vorliegende Situation an, so könne lediglich die vor dem Ereignis beschriebene Beschwerdefreiheit des Patienten als erfüllt angesehen werden. Andere, wesentliche Einzelkriterien seien demgegenüber nicht erfüllt. Das Ereignis sei für das Entstehen eines traumatischen Bandscheibenvorfalles insgesamt als zu gering zu bemessen. Weder damals noch jetzt liege ein direkt durch den Bandscheibenvorfall provozierter radikulärer Schaden vor. Die subjektiven Symptome wie Kopfschmerzen gehörten nicht zu einem durch Bandscheibenvorfall ausgelösten, radikulären Schmerzsyndrom. Die neuroradiologischen Befunde ließen demgegenüber eindeutig Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule insbesondere in der Etage HWK 5/6 erkennen, so dass die vorliegenden Veränderungen der Bandscheibe bzw. deren Vorwölbung nicht als traumatisch angesehen werden könnten. Nach den vorliegenden Unterlagen habe es sich bei dem Unfall vom 21. Dezember 1994 um einen typischen Auffahrunfall von hinten auf das stehende Fahrzeug des Versicherten gehandelt. Eine HWS-Extensionsbewegung habe sicherlich vorgelegen. Mit Sicherheit könne angenommen werden, dass das vorliegende Kraftmoment zu keiner schweren oder sehr schweren Verletzung geführt habe, denn es fehlten entsprechende fassbare traumatische Veränderungen. Leichtere Einwirkungen auf die Halswirbelsäule kämen durchaus in Betracht. Von der Norm abweichende Befunde existierten im vorliegenden Fall nicht. Für ein Trauma zumindest vom Schweregrad 1 spreche das relativ kurze Intervall der Beschwerdesymptomatik, so dass zusammenfassend von einer leichteren Beschleunigungsverletzung an der Halswirbelsäule ausgegangen werden müsse. Die Auslösung des zugehörigen Beschwerdebildes (Nacken-Hinterkopf-Schmerz) durch den Mechanismus könne als gegeben erachtet werden. Allerdings habe der Unfallmoment auf ein degenerativ vorgeschädigtes Organ eingewirkt und somit nur zu einem Teil die entstandene Beschwerdeproblematik mit verursacht. Die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit könne mit 20 vom Hundert (v. H.) angenommen werden. Der Unfall habe daran allenfalls eine Teilmitwirkung oder Teilverursachung von einem Drittel. Damit ergebe sich letztlich eine MdE um unter 10 v. H. Der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei entsprechend der vorliegenden Berichte und des festgestellten Verlaufs auf den 13. März 1995

festzulegen.

Das SG zog sodann die Rentenakte bei. Im nervenärztlichen Gutachten vom 07. September 1999 nannte Dr. K. als Diagnose eine maniform ausgeprägte Psychose. In unbeobachteten Momenten seien Kopfbewegungen gut möglich gewesen. Der Kläger habe erklärt, er habe als Hobby den Tanzsport für sich entdeckt, wobei er aus körperlichen Gründen die langsamen Tänze bevorzuge. Zur Familiensituation habe der Kläger angegeben, vier Kinder zu haben. Die Ehe sei im Jahr 1996 geschieden worden. Das vierte Kind sei nach der Scheidung geboren worden. Dr. G. (Sozialmedizin, ärztliche Dienststelle des Rentenversicherungsträgers) führte im Gutachten vom 14. September 1999 aus, im Vordergrund stehe eine schizo-affektive Psychose, die im März 1995 akut aufgetreten sei. Daneben lägen chronisch rezidivierende HWS- und LWS-Syndrome vor, die deutlich psychisch überlagert seien.

Mit Schreiben vom 04. Dezember 2000 legte der Kläger ein Schreiben der Volkswagen AG vom 10. Februar 1998 vor, in dem ausgeführt wurde, Fahrzeuge mit Synchro-Antrieb und Anhängerkupplung seien bei einem Heckcrash höheren Beschleunigungen ausgesetzt und wiesen auf den ersten Blick geringere Deformationen auf als ein Fahrzeug ohne diese Ausstattungsdetails.

Im Auftrag des SG erstattete Dr. L. (Facharzt für Neurologie und Psychotherapie) am 10. April 2001 ein nervenärztliches Gutachten. Dr. L. beschrieb auf seinem Fachgebiet eine rezidivierende, in Chronifizierung begriffene endogene Psychose vom schizo-affektiven Typ. Diese stehe in keinem wesentlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Allenfalls könne erörtert werden, ob das Unfallereignis auslösend für den ersten Schub gewesen sei. Die Erkrankung wäre aber ohnehin über kurz oder lang ausgebrochen. Dr. L. wies darauf hin, die Auftretenswahrscheinlichkeit der endogenen Psychosen sei seit Jahrzehnten in allen Kulturnationen auf allen Kontinenten konstant geblieben. Es seien zwar paranoide Reaktionen nach körperlichen oder psychischen Verletzungen beobachtet worden, eine voll ausgebildete, im Verlauf von Jahren mehrfach rezidivierende schizo-affektive Psychose jedoch nicht.

Mit Bescheid vom 09. Juli 2001 wurde dem Kläger vom Rentenversicherungsträger eine Dauerrente gewährt.

Auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 27. März 2003 wies das SG mit Urteil vom gleichen Tag die Klage ab. Nach Beendigung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit am 13. März 1995 seien keine Folgen des Wegeunfalls vom 21. Dezember 1994 mehr festzustellen. Die vom Kläger als Folgen dieses Unfalls geltend gemachten Gesundheitsschäden seien entweder nicht nachgewiesen oder nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Das SG stütze sich v.a. auf die beiden Gerichtsgutachten. Als Folge des Arbeitsunfalles sei lediglich eine Distorsion (Zerrung) der HWS im Sinne einer leichteren bis allenfalls mittelschweren Beschleunigungsverletzung eingetreten. Es sei von einer Aufprallgeschwindigkeit von ca. 40 km/h auszugehen. Da ein geeigneter Unfallmechanismus nachgewiesen sei, habe auf weitere Ermittlungen verzichtet werden können. Eine schwere oder sehr schwere Verletzung der HWS sei ausgeschlossen, da es an entsprechenden, fassbaren traumatischen Veränderungen fehle. Neurologische Störungen und ein traumatisch bedingter Bandscheibenvorfall seien nicht nachgewiesen. Hinweis für eine traumatische Verursachung weiterer Gesundheitsstörungen an der LWS und der BWS lägen nicht vor. Im Übrigen seien bereits in den Jahren 1992/93 fachorthopädische Behandlungen wegen Wirbelsäulenbeschwerden dokumentiert. Dr. L. habe dargelegt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Erkrankung an einer schizoaffektiven Psychose unwahrscheinlich sei.

Hiergegen hat der Kläger am 25. April 2003 Berufung eingelegt. Das SG könne nicht bewerten, was eine Aufprallgeschwindigkeit von ca. 50 km/h für den Insassen des stehenden Fahrzeugs bedeute. Die tatsächliche Schwere des Unfalls und der genaue Unfallmechanismus seien aufzuklären. Das SG habe sich geweigert aufzuklären, welche Diagnosemethoden für die Ermittlung der Unfallverletzungen tauglich und welche untauglich seien. Der Kläger lehnt eine Beiziehung der Akten des parallel beim Landgericht M. geführten Rechtsstreits (Az 2 O 207/02) ab. Allerdings hat er das in diesem Verfahren vom Dipl. Ing. H. am 13. Mai 2003 erstellte Gutachten vorgelegt. Dieser berechnete die Anprallgeschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs in einem Bereich von 38,2 bis 52,1 km/h, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsveränderung beim Fahrzeug des Klägers in einem Bereich von 16,2 bis 24,1 km/h und die auf den Kläger einwirkende Kraft mit aufgerundet 950 kg.

Auf Antrag des Klägers wurde Dr. E. (HNO-Arzt) mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 19. Mai 2005 (Untersuchung am 18. Dezember 2003) nennt er als Gesundheitsstörungen, die auf den Auffahrunfall zurückzuführen seien, einen chronisch komplexen Tinnitus, einen HWS-Schaden mit Vertigo nebst vestibulospinaler Beteiligung, einen zentralen Lageschwindel sowie den Verdacht auf eine Läsion des Ligamentum alare links mit konsekutiver axio-atlantaler Distanzvermehrung im Seitenvergleich links in den Funktionsaufnahmen. Hinsichtlich der zuletzt genannten Diagnose bezieht sich Dr. E. auf das radiologische Zusatzgutachten, das von Dr. K. (Facharzt für diagnostische Radiologie) am 08. Juli 2005 aufgrund der Untersuchung vom 05. Februar 2004 erstellt worden war. Der Kläger sei ab dem 13. März 1995 wieder arbeitsfähig gewesen. Die MdE betrage über das Ende der Arbeitsunfähigkeit hinaus 20 v.H. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. August 2006 gibt Dr. E. an, die MdE resultiere allein aus den Gleichgewichtsstörungen. In der weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 07. April 2007 geht Dr. E. auf zusätzliche Fragen des Klägers ein. Dr. K. führt aufgrund an ihn gerichteter Fragen des Klägers im Schreiben vom 23. Januar 2007 aus, es sei eine MRT der HWS mit multiplanarer Rekonstruktion mit Links- und Rechtsdrehung durchgeführt worden. Die Funktionsaufnahmen seien in einem geschlossenen MRT-Gerät gemacht worden und naturgemäß zum Teil durch Bewegungsartefakte überlagert. Inzwischen stünden offene Geräte mit Halteapparaten zur Verfügung.

Mit Schreiben vom 19. Oktober und 13. November 2006 hat der Kläger einen Arztbrief von Dr. K. (HNO-Arzt) vom 02. Oktober 2006 sowie verschiedene Messergebnisse des Dr. K. vom September 2006 vorgelegt. Dieser hatte u.a. eine multisensorische neurootologische Funktionsstörung und eine Hirnstammtaumeligkeit diagnostiziert. Mit Schreiben vom 07. August 2007 hat der Kläger eine Mappe mit verschiedenen Unterlagen vorgelegt, in der u.a. die auszugsweise Kopie einer Äußerung von Dr. C. (HNO-Ärztin) vom 17. Dezember 1997 enthalten ist, ein. Diese diagnostizierte ebenso eine multisensorische neurootologische Funktionsstörung und eine Hirnstammtaumeligkeit. Die Befunde seien typisch für ein HWS-Schleudertrauma.

Abschließend macht der Kläger einen weiteren Aufklärungsbedarf geltend. Es seien noch verschiedene Untersuchungen durchzuführen. Die Ausführungen von Dr. E. seien nicht nachvollziehbar. Ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 sei anerkannt worden. Die Grundlagen der Bemessung der MdE seien weitgehend gleich. Durch den Unfall sei es zu einem Leistungsknick gekommen. Er sei seitdem weitgehend leistungsunfähig. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien daher ausschließlich auf den Unfall und die dabei erlittene HWS-Distorsion zurückzuführen. Es seien keinerlei Vorschäden belegt. Dr. E. habe den neuropsychologischen Bericht der Fachklinik E. vom 07. Juni 1999

nicht berücksichtigt. Dies gelte insbesondere für die dort festgestellten Aufmerksamkeitsleistungen und die festgestellte Hirnstammsymptomatik. Dr. K. und Dr. C. hätten die Schwere des Unfalls und die hieraus resultierenden Verletzungen sowie die bleibenden Schäden bestätigt. Seine Gemütskrankheit sei erstmals etwa drei Monate nach dem Verkehrsunfall aufgetreten. Erstmals sei in der BG-Unfallklinik ein posttraumatisches Durchgangssyndrom mit neurologischen Defiziten beschrieben worden. Die überlassenen Arztberichte bescheinigten den Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Verletzungen und Beschwerden, die Auswirkungen, den Heilverlauf mit der Zunahme der Beschwerden als Folge des Unfalls. Die radiologischen Befunde von Prof. Dr. N., Spezialist für die Beurteilung der Verletzungen im Bereich der HWS und der Kopfgelenke, seien eindeutig.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. März 2003 und den Bescheid der Beklagten vom 19. Januar 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Februar 1996 aufzuheben und als Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 1994 festzustellen: HWS-Distorsion, Riss/Verletzung der Ligamenta alaria beidseits, asymmetrische Denslage, traumatische Läsion des intracanalikulären Bandapparates, schizoaffektive Psychose, Blockierung und Verspannung der paravertebralen LWS-Muskulatur, Bandscheibenprolaps C 5/C 6, Fibromyalgiesyndrom, muskuläre Dysbalance, sowie Dysfunktion speziell im Bereich der BWS, Cervicalsyndrom nach Distorsion mit Hirnstammsymptomatik, Traumatisierung des Kopfgelenksbereichs, Lumboischialgie bei Bandscheibenprotrusion L 4/L 5, ferner die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente und weitere Entschädigungsleistungen auf Grund des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 1994 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung des SG für zutreffend. Sie schließt sich dessen Einschätzung, ein geeigneter Unfallmechanismus sei nachgewiesen, an. Jedoch sei über den 12. März 1995 hinaus eine gesundheitliche Schädigung, die ursächlich auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne, nicht gegeben. Zum Gutachten von Dr. E. hat sie die HNO-ärztliche Stellungnahme nach Aktenlage von Dr. S. vom 15. Februar 2006 vorgelegt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann, ist statthaft und zulässig.

Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 19. Januar 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Februar 1996 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die vom Kläger im Antrag benannten Gesundheitsstörungen können mit Ausnahme der HWS-Distorsion nicht als Unfallfolge festgestellt werden. Die HWS-Distorsion ist im angefochtenen Bescheid vom 19. Januar 1996 jedoch bereits benannt, sodass es insoweit an einem Feststellungsinteresse fehlt. Der Kläger hat keine Feststellung eines bestimmten Schweregrads der HWS-Distorsion, die er sich unstreitig bei dem Arbeitsunfall vom 21. Dezember 1994 zugezogen hatte, beantragt. Soweit die Beklagte eine HWS-Distorsion 1. Grades festgestellt hat, begegnet dies keinen Bedenken (siehe unten). Im Übrigen hat der Kläger keinen Anspruch auf eine Verletztenrente. Dem nicht näher bestimmten Antrag auf weitere Entschädigungsleistungen kommt angesichts des ausdrücklich gestellten Feststellungsantrags und des Antrags auf Gewährung der Verletztenrente keine zusätzliche Bedeutung zu.

Das SG hat in dem angefochtenen Urteil die rechtlichen Grundlagen der geltend gemachten Ansprüche auf Feststellung und Leistung dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass die vom Kläger neben einer HWS-Distorsion benannten Gesundheitsstörungen nicht zusätzlich festgestellt werden können und dass ein Anspruch auf Verletztenrente nicht besteht.

Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung, denen er sich im Wesentlichen voll inhaltlich anschließt.

Lediglich soweit das SG ausgeführt hat, der Kläger habe eine "leichtere bis allenfalls mittelschwere" Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten, kann dem der Senat nicht folgen. Wahrscheinlich ist lediglich eine HWS-Distorsion 1. Grades. Denn Dr. S., dessen Argumentation das SG im Übrigen zutreffend wiedergab, erachtete die Annahme einer HWS-Distorsion des Schweregrads 2 nur bei großzügiger Bewertung möglicherweise nicht festgestellter Einzelbefunde mit einer Wahrscheinlichkeit von unter 10 % für angebracht. Damit ist der Beweis im Sinne der Wahrscheinlichkeit für eine in Form einer HWS-Distorsion des Schweregrads 2 eingetretenen Gesundheitserstschädigung nicht geführt ... Davon kann bei einer Wahrscheinlichkeit von lediglich 10 % nicht ausgegangen werden. Soweit Dr. L. von einer HWS-Distorsion "mäßigen Grades" ausging, hat er ausdrücklich auf die Einschätzung von Dr. S. Bezug genommen und sich ihm angeschlossen. Im Übrigen beschrieb Dr. L. das Trauma in seinem Gutachten aus seiner Sicht als "vergleichsweise milde". Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit der Auffassung von Prof. Dr. W. (BG-Unfallklinik), der im Befund- und Entlassbericht vom 09. März 1995 - und damit zeitnah - ebenfalls eine HWS-Distorsion 1. Grades diagnostizierte.

Der sinngemäß nach wie vor aufgestellten Behauptung des Klägers, es habe sich um einen besonders schweren Verkehrsunfall gehandelt, steht entgegen, dass die herbeigerufenen Polizisten mit Schreiben vom 10. Juli 1996 ausführten, aufgrund des geringen Verkehrsverstoßes sei der Unfall nicht aufgenommen worden. Zudem hat der Kläger zwischenzeitlich das Gutachten von Dipl.-Ing. H. vorgelegt, das die vom SG der Entscheidung zugrunde gelegte Auffahrgeschwindigkeit von ca. 40 km/h im Wesentlichen bestätigt. Ein weiterer Aufklärungsbedarf ist daher nicht ersichtlich.

Soweit Dr. S. in seinem Gutachten im Bereich der HWS als aktuell bestehende Beeinträchtigung eine leichte Funktionsbehinderung mit endgradiger Bewegungseinschränkung sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom beschrieb, kann dies nicht mehr wesentlich auf den Unfall zurückgeführt werden.

Beim Kläger ist zwischenzeitlich ein subligamentärer Bandscheibenvorfall zwischen dem 5. und 6. Halswirbelkörper, der eine leichte Kompression und Abflachung des Rückenmarks in diesem Bereich ohne weitere Veränderungen im Rückenmark bewirkt, nachgewiesen. Ein Ursachenzusammenhang zwischen der HWS-Distorsion und dem Bandscheibenschaden ist nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. S. und Prof. Dr. S. jedoch unwahrscheinlich. Dr. S. weist nachvollziehbar darauf hin, dass das Ereignis für das Entstehen eines traumatischen Bandscheibenvorfalles insgesamt zu gering bemessen war. Weder in der Vergangenheit noch aktuell habe sich ein durch den Bandscheibenvorfall provozierte radikuläre Schaden gezeigt. Übereinstimmend gehen Dr. S. und Prof. Dr. S. davon aus, dass subjektive Symptome wie Kopfschmerzen nicht mit dem Bandscheibenvorfall in Zusammenhang gebracht werden können. Nachvollziehbar ordnet Prof. Dr. S. die Entstehung des Bandscheibenvorfalles zeitlich deutlich nach dem Unfallereignis ein. Denn spondylophytäre Abstützreaktionen, wie sie bei einem zum Zeitpunkt seiner Untersuchung bezogen auf das Unfallereignis über fünf Jahre bestehenden Bandscheibenvorfall zu erwarten gewesen wären, ließen sich nicht nachweisen. Zwar sah Dr. K. anlässlich des von ihm im Arztbrief vom 23. Mai 1997 diagnostizierten "frischeren" Prolaps C V/ C VI eine Vereinbarkeit mit einem HWS-Beschleunigungstrauma durchaus als gegeben an. Sein Brief enthält jedoch keine Angabe zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls, der bereits damals ca. zweieinhalb Jahre zurücklag. Die Beschreibung des Prolaps als "frischerer" kann mithin nicht mehr ohne weiteres mit dem schon lange vergangenen Ereignis in Zusammenhang gebracht werden. Im Übrigen hat Dr. K. sich nicht näher mit der Zusammenhangsfrage, insbesondere der Beurteilung des damaligen konkreten Geschehens, auseinandergesetzt.

Daneben ist zu beachten, dass der Kläger durchaus schon vor dem Unfallereignis unter Beschwerden im Wirbelsäulenbereich litt. Soweit Dr. S. auf die vor dem Unfall beschriebene Beschwerdefreiheit des Klägers verweist und diese als erfüllt ansieht, stehen dem die vorliegenden Arztbriefe des Orthopäden Dr. R. entgegen. So beschrieb Dr. R. am 08. Juli 1992 ein Wirbelsäulensyndrom bei einem teilfixierten Rundrücken mit muskulärer Dysbalance, am 14. Oktober 1992 akute Wirbelsäulenbeschwerden mit beginnender radikulärer Symptomatik und deutlicher Schonhaltung und am 30. März 1993 eine Wirbelsäulenfehlhaltung, eine muskuläre Dysbalance und eine Dysfunktion speziell im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS).

Zwar wurden Beschwerden des Klägers von Dr. P. im Arztbrief vom 18. Juni 1997 und von Dr. Sch. im Arztbrief vom 09. Juni 1999 in Zusammenhang mit einem "HWS-Schleudertrauma" gebracht. Nähere Begründungen hierzu erfolgten jedoch nicht. Im Übrigen stand bei der durch Dr. P. geleiteten Behandlung eine Borreliose-Erkrankung im Vordergrund. Auch Dr. W. ging im Reha-Entlassungsbericht vom 08. Juni 1998 von einem Cervicalsyndrom nach Distorsion der HWS aus. Zu Unrecht (s.o.) legte er dabei jedoch zum einen eine schwerere Distorsion des HWS und zum anderen einen Zusammenhang mit dem Bandscheibenvorfall C5/C6 zugrunde. Im Unterschied dazu bestätigte Dr. B. in seinem Entlassungsbericht über die stationäre Behandlung vom 22. März bis 02. April 1999 den Zusammenhang des von ihm diagnostizierten HWS- und LWS-Schmerzsyndroms mit einer Fehlstatik und degenerativen Veränderungen.

Im Übrigen sieht sich der Senat veranlasst, das objektive Ausmaß der von Dr. S. beschriebenen Funktionseinschränkung der HWS mit endgradiger Bewegungseinschränkung sowie des chronifizierten Schmerzsyndroms in Frage zu stellen. Der Senat hält diese Einschränkungen im Ergebnis nicht für ausreichend nachgewiesen. Bei der Untersuchung zeigte sich Dr. S. im Bereich der HWS eine regelrechte Vor- und Rückwärtsneigung der Wirbelsäule und auch eine erhaltene Rotation in den oberen Kopfgelenken. Nur bei der Seitwärtsneigung beschrieb er wegen einer subjektiven Schmerzsymptomatik eine endgradige Bewegungseinschränkung. So führte auch Dr. W. im Reha-Entlassungsbericht vom 08. Juni 1998 aus, es habe eine nicht messbare Globalbehinderung der HWS und eine unauffällige Kopfbeweglichkeit bei subjektiv weiterhin behaupteten Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in das Hinterhaupt vorgelegen. Letztlich beruhen die ärztlichen Diagnosen somit im Wesentlichen auf den Angaben des Klägers. Der Senat wertet jedoch sämtliche nicht einwandfrei nachprüfbar Äußerungen des Klägers zu Gesundheitsstörungen mit besonderer Vorsicht und Skepsis. Bereits Prof. Dr. W. beschrieb am 09. März 1995 eine extreme Fixierung des Klägers auf das Unfallereignis. Dr. B. führte in seinem Arztbrief vom 18. Juni 1996 aus, bei dem wegen einer Exazerbation der schizoaffektiven Psychose stationär aufgenommenen Kläger seien auch hypochondrische Wahnideen aufgetreten. Auch Dr. G. ging in seinem Gutachten vom 14. September 1999 davon aus, dass die beklagten chronisch rezidivierenden HWS- und LWS-Syndrome deutlich psychisch überlagert seien. Nicht zuletzt erfolgte die disziplinarische Entlassung aus der BG-Unfallklinik unter dem Hinweis, der Kläger habe in unbeobachteten Momenten die HWS völlig frei bewegt. Der Senat hat an der Richtigkeit dieses Hineises keine Zweifel. Selbst Dr. E. hat im Übrigen hinsichtlich des von ihm angenommenen Zeitpunkts der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf diese Mitteilung Bezug genommen. Schließlich hat Dr. R. bereits im Jahr 1992 beim Kläger das Vorliegen einer "Psychosomatisation" in den Raum gestellt.

Der beim Kläger - unstreitig - vorliegenden Psychose misst der Senat, ebenso wie Dr. G. im Gutachten vom 14. September 1999 in diesem Zusammenhang die überragende Bedeutung bei. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit der engmaschigen ambulanten Behandlung durch den Neurologen und Psychiater Dr. M., der den Kläger etwa alle drei bis vier Wochen sieht (Zeugenaussage vom 27. Mai 1998). Auch die Berichte über die stationären Behandlungen vom 23. April bis 05. Juni 1996 im Psychiatrischen Zentrum N., W., und vom 02. bis 10. Juni 1998 im Zentrum für Psychiatrie, E., sprechen eine deutliche Sprache. Dr. B. (Bericht vom 18. Juni 1996) beschrieb im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt im Psychiatrischen Zentrum N. u.a. eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Neben den von ihm beschriebenen inhaltlichen Denkstörungen in Form von Größenideen und hypochondrischen Wahnideen äußerte er den Verdacht auf Sinnestäuschungen in Form von Coenästhesien (= qualitativ abnorme, diffuse Leibempfindung i.S. einer Sinnestäuschung, bei der der Körper als fremd und anders wahrgenommen wird; Quelle: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage). Dr. H. (Bericht vom 22. April 1999) erlebte den Kläger während des Aufenthalts im Zentrum für Psychiatrie, E., im formalen Gedankengang beschleunigt und weitschweifig. Inhaltlich hätten Vergiftungsideen und coenästhetische Missempfindungen dominiert. Im neuropsychologischen Bericht vom 7. Juni 1999 führt der Dipl.-Psych. K. aus, der Kläger habe selbst Konzentrationsstörungen in einen deutlichen Zusammenhang mit der Medikation aufgrund dieser Psychose gebracht.

Ebenso wie das SG geht der Senat davon aus, dass die schizoaffektive Psychose in keinem Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall steht und entgegen der Einschätzung des Hausarztes T. auch kein Durchgangssyndrom nach dem Unfall vorlag. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat auf die Ausführungen des SG in den Entscheidungsgründen S. 14 zweiter Absatz Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Zu Recht hat sich das SG auf die überzeugende Einschätzung von Dr. L. gestützt.

Der Senat konnte sich keine Überzeugung davon verschaffen, dass beim Kläger - wie im Berufungsverfahren u.a. in den Mittelpunkt gerückt - aufgrund des Verkehrsunfalls eine Hirnstammsymptomatik eingetreten ist. Zwar liegen dahingehende ärztliche Äußerungen von Dr. C. (17. Dezember 1997) und Dr. K. (02. Oktober 2006) vor. Auch Dr. W. ging im Reha-Entlassungsbericht vom 08. Juni 2006 vom Bestehen einer Hirnstammsymptomatik aus. Der Sachverständige Dr. S. konnte dies jedoch nicht bestätigen. Es fanden sich keine dementsprechenden Befunde. So ließen sich z.B. im sog. Kieferöffnungsreflex keine von der Norm abweichenden Befunde erkennen. Selbst der vom Kläger benannte Sachverständige Dr. E. hat eine Hirnstammtauneligkeit aufgrund der Ergebnisse des von ihm durchgeführten Romberg-Stehversuchs als nicht gegeben erachtet.

Eine Läsion der Ligamenta alaria ist nicht nachgewiesen. Selbst Prof. Dr. N. hat in seinem Arztbrief vom 15. April 1998 keine sichere Diagnose diesbezüglich gestellt. Er führte lediglich aus, strukturelle Veränderungen des intracaniculären Bandapparates und eine Verkürzung der Ligamenta alaria links würden für narbige Veränderungen nach einer vorausgegangenen traumatischen Läsion des Bandapparats sprechen. Hierzu hat Dr. S. in seinem Gutachten nachvollziehbar angemerkt, dass die von Prof. Dr. N. gefertigten CT-Aufnahmen nicht geeignet seien, Strukturen des Bandapparats darzustellen. Dr. K. äußerte in seinem Zusatzgutachten vom 08. Juli 2005 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. Januar 2007 auch nur den Verdacht auf eine Läsion der Ligamenta alaria links. Dr. E. übernahm lediglich dessen Einschätzung.

Mit zutreffender Begründung hat das SG im Übrigen dargelegt, dass eine asymmetrische Denslage, eine traumatische Läsion des intracaniculären Bandapparates, eine Dysfunktion speziell im Bereich der BWS, eine Traumatisierung des Kopfgelenkbereichs und eine Lumboischialgie bei Bandscheibenprotrusion L 4/L 5 nicht nachgewiesen bzw. nicht auf den Unfall zurückzuführen sind. Der Senat nimmt hierzu auf die Entscheidungsgründe S. 11 letzter Absatz und S. 13 letzter Absatz gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug. Entsprechendes gilt auch für das vom Kläger geltend gemachte Fibromyalgiesyndrom.

Soweit Dr. E. einen chronisch komplexen Tinnitus, eine Vertigo nebst vestibulospinaler Beteiligung und einen zentralen Lageschwindel auf den Unfall zurückführt, überzeugt dies den Senat nicht. Auffällig ist, dass die von Dr. E. aufgezählten Diagnosen in den Unterlagen erst deutlich nach dem Verkehrsunfall erwähnt werden. Nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 561 sind klinische Einzelheiten nach Ablauf von ein bis zwei Jahren nicht mehr eindeutig auf ein Unfallereignis zurückzuführen, da rein degenerative Veränderungen das gleiche Zustandsbild bewirken können. Gerade die von Dr. E. allein für die Begründung einer MdE herangezogenen Gleichgewichtsstörungen sind nur spärlich dokumentiert. Im Verschlimmerungsantrag vom 11. Januar 1996 hat sie der Kläger nicht erwähnt. Auch im Rentengutachten von Dr. K. tauchen sie nicht auf. Diese würden auch mit der Äußerung des Klägers gegenüber Dr. K., er habe den Tanzsport als Hobby entdeckt, stark im Widerspruch stehen. Dies gilt selbst bei einer Einschränkung auf die "langsameren Tänze". Dr. E. sah sich offensichtlich nicht veranlasst, die subjektiven Angaben des Klägers im Rahmen der Untersuchung zu hinterfragen, obwohl dies nach Durchsicht der ihm übersandten Unterlagen zu erwarten gewesen wäre. Angesichts der oben bereits beschriebenen psychiatrischen Erkrankung hält der Senat die Angaben des Klägers, die er im Rahmen der Prüfung des Vorliegens einer Gleichgewichtsstörung machte, für zweifelhaft. Im Übrigen leidet das Gutachten von Dr. E. an verschiedenen formalen und inhaltlichen Mängeln. Ein schwerwiegender Mangel ist darin zu sehen, dass dieses Gutachten erst am 19. Mai 2005 aufgrund von Untersuchungsergebnissen vom 18. Dezember 2003 erstellt wurde. Für den Senat stellt sich die Frage, ob Dr. E. bei der Abfassung des Gutachtens ca. 1 ½ Jahre nach der Untersuchung überhaupt noch den richtigen Untersuchten vor Augen hatte. Dies gilt umso mehr, als im Gutachten verschiedene fehlerhafte Nennungen zum Geschlecht des Untersuchten enthalten sind und sich an die Aufzählung zahlreicher Untersuchungsergebnisse ohne jede Diskussion die Beantwortung der Beweisfragen anschließt. Zum Vergleich ist zu bedenken, dass bei Urteilen der Sozialgerichte, die aufgrund einer mündlichen Verhandlung ergehen, eine Frist von fünf Monaten gilt, innerhalb der das Urteil schriftlich niedergelegt sein muss (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 8. Auflage, § 134 Randnummer 4). Hinsichtlich des von Dr. E. diagnostizierten Tinnitus fehlen nachvollziehbare Angaben zum erstmaligen Auftreten. Denn einerseits taucht ein Tinnitus erstmals in der Anamnese von Dr. C. vom 17. Dezember 1997 auf, andererseits ist im Arztbrief von Dr. S. (HNO-Arzt) vom 25. Juni 1992 ein Zustand nach leichtem Hörsturz beschrieben.

Nach der im Unfallversicherungsrecht für die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs geltenden Lehre der wesentlichen Bedingung ist die von Dr. S. vorgenommene prozentuale Aufteilung einer aus seiner Sicht durch das Wirbelsäulensyndrom herbeigeführten MdE um 20 auf die Unfallfolgen und die unfallunabhängigen Umstände nicht möglich. Der Senat hat sich - wie bereits ausgeführt - im Übrigen keine Überzeugung davon verschaffen können, dass die von Dr. S. beschriebenen Störungen ab dem 13. März 1995 in beachtlicher Form vorliegen. Der Gesundheitszustand des Klägers wird seither zur Überzeugung des Senats wesentlich von der damals aufgetretenen Psychose geprägt. Ferner sind Auswirkungen degenerativer Veränderungen an der Wirbelsäule und des Bandscheibenvorfalles ebenfalls nicht auf den Verkehrsunfall zurückzuführen. Die Feststellung einer unfallbedingten MdE kam daher für den Senat - ebenso wie für das SG - für die Zeit ab dem 13. März 1995 nicht in Betracht. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur. Danach ist bei einer HWS-Distorsion vom Schweregrad 1 von einer MdE um 20 v. H. für die Dauer von drei Monaten auszugehen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Seite 562).

Der Senat sah keine Veranlassung, den Sachverhalt weiter aufzuklären. Zwar hat der Kläger im Schreiben vom 09. Juli 2007 die Durchführung von drei weiteren Untersuchungen (die Durchführung funktioneller MRTen, einer PET-Untersuchung und einer neurootologischen Kontrolluntersuchung) sowie die Anhörung des Sachverständigen Dr. E. in der mündlichen Verhandlung beantragt. Nachfolgend hat er jedoch mit Schreiben vom 07. August 2007 seine Zustimmung zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt und dabei die zuvor gestellten Anträge nicht ausdrücklich aufrecht erhalten. Da die zuvor beantragte Anhörung des Dr. E. bei einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nicht in Betracht kommt, wurde dieser Beweisantrag zwangsläufig hinfällig. Mangels einer anderweitigen Erklärung des Klägers konnte anknüpfend daran davon ausgegangen werden, dass sämtliche im Schriftsatz vom 07. Juli 2007 durch den rechtskundig vertretenen Kläger gestellten Beweisanträge nicht mehr aufrecht erhalten wurden. Soweit er im Schreiben vom 07. und in der Ergänzung vom 15. August 2007 verschiedene Beweismittel bezeichnet, handelt es sich hierbei lediglich um Beweisanregungen. Denn anders als im Schriftsatz vom Juli 2007 hat er die Beweismittel nicht mit einem ausdrücklichen Antrag verbunden (siehe hierzu insgesamt Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 160 RdnNr. 18 ff.).

Hinsichtlich des vom Kläger angebotenen Zeugenbeweis zum Thema seiner Vorerkrankungen ist im Übrigen anzumerken, dass der vom Kläger damit sinngemäß unter Beweis gestellte Leistungsknick ab dem Zeitpunkt des Unfalls vom Senat als wahr unterstellt werden kann. Der Leistungsknick erklärt sich zum einen aus der bis zum 12. März 1995 unstrittig wegen der HWS-Distorsion bestandenen

Arbeitsunfähigkeit, zum anderen aus der im unmittelbaren Anschluss aufgetretenen Psychose. Hinsichtlich des in diesem Zusammenhang vom Kläger behaupteten Fehlens von Vorerkrankungen ist allerdings auf die dokumentierten Vorbehandlungen auf dem orthopädischen und dem HNO-Fachgebiet (siehe oben) hinzuweisen.

Der Notwendigkeit weiterer Ermittlungen steht auch entgegen, dass es sich bei der Unfallbegutachtung um eine Funktionsbegutachtung handelt. Es geht nicht um die Erhebung pathologischer Werte, die keine funktionelle Relevanz haben. Zutreffend wies das SG darauf hin, Ermittlungen allein wegen statistisch festgestellter Folgen von HWS-Verletzungen seien nicht durchzuführen; die vom Kläger genannten modernen Untersuchungstechniken würden keinen Rückschluss auf die Ursachen von eventuell zu diagnostizierenden Normabweichungen geben. Der Unfall liegt nunmehr 13 Jahre zurück. Aus der unfallmedizinischen Literatur ergibt sich - darauf wurde bereits hingewiesen -, dass sich klinische Einzelheiten nach Ablauf von ein bis zwei Jahren nicht mehr eindeutig auf ein Unfallereignis zurückführen lassen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 561). Daher sind die vom Kläger angesprochenen Untersuchungen nach Ablauf von 13 Jahren bei zusätzlicher Berücksichtigung der eingetretenen psychischen Erkrankung und des Bandscheibenvorfalls völlig ungeeignet, um für den vorliegenden Rechtsstreit tragende Erkenntnisse zu bringen. Weitere Ermittlungen waren daher nicht veranlasst (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 103 Randnummer 8).

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-09