

L 1 U 2376/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 2154/08
Datum
11.05.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 2376/11
Datum
15.12.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.05.2011 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente im Streit.

Der 1977 geborene Kläger geriet am 27.07.2005 auf der Heimfahrt von seiner Arbeit in einen Autobahnstau. Durch ein von hinten auffahrendes Fahrzeug wurde sein Wagen unter einen vorausfahrenden Lkw geschoben (Auffahrunfall von hinten), wobei er ein Schädel-Hirn-Trauma erlitt. Der Kläger war angeschnallt, und beide vorderen Airbags seines Wagens lösten bei dem Zusammenstoß aus. Unmittelbar nach dem Unfall wurde der Kläger im Klinikum S. behandelt, wo am Unfalltag ein akutes Subduralhämatom rechts diagnostiziert und notfallmäßig ausgeräumt wurde. Außerdem wurde aufgrund eines Ödems eine Craniektomie durchgeführt. Der Kläger erlitt bei dem Unfall außerdem Prellungen des Kopfes, des linken Brustkorbs, der Arme und des rechten Oberschenkels. Am 10.08.2005 wurde der Kläger vollständig mobilisiert aus der stationären Behandlung entlassen, wobei neurologische Ausfälle nicht mehr vorgelegen hätten; es bestanden nach dem Entlassungsbericht Konzentrationsstörungen, gelegentliche Kopfschmerzen und ein Schwindelgefühl. Das Hämatom war zu diesem Zeitpunkt vollständig ausgeräumt, und das festgestellte Hirnödem war rückläufig. Die Computertomographie (CT) der Halswirbelsäule (HWS) ergab keinen Frakturnachweis und eine altersentsprechende, unauffällige Darstellung der HWS (Bericht der Radiologischen Klinik Kreiskrankenhaus B. vom 29.07.2005). Vom 18.08. bis 08.09.2005 war der Kläger in stationärer Anschluss-Heilbehandlung in den Kliniken S., G. Im Entlassungsbericht vom 08.09.2005 ist angegeben, dass der Kläger in psychisch als auch somatisch gut stabilisiertem Zustand in die weitere ambulante hausärztliche und fachneurologische Behandlung entlassen worden sei.

Der Kläger stellte sich am 04.10.2005 erneut in der Neurochirurgischen Klinik des K.hospitals vor. In dem Bericht hierüber wird erstmalig eine Cervikobrachialgie links erwähnt, mit Ausstrahlung radialeseitig in den linken Arm bis zum Daumen, bei passagerem dortigem Taubheitsgefühl. Eine mitgebrachte auswärtige Magnetresonanztomographie (MRT) der HWS zeige einen deutlichen Bandscheibenvorfall (NPP) C5/6 links. Vom Unfalltag selbst liege lediglich ein HWS-CT im Knochenfenster vor, sodass hier über einen Bandscheibenvorfall keine Aussage gemacht werden könne. Der Kläger habe sich insgesamt gut von der schweren Verletzung erholt.

Nach Untersuchungen vom 19.09.2005 und 26.09.2005 teilte der Neurologe Dr. S. mit, dass er beim Kläger ein Polytrauma aufgrund Verkehrsunfalls, eine traumatische parietale Blutung, ein ausgeprägtes HWS-Beschleunigungstrauma und traumatische Bandscheibenvorfälle links mediolateral C5/6 und C6/7 festgestellt habe. Auf Nachfrage der Beklagten teilte der Kläger mit, dass er vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im HWS-Bereich gehabt habe und er insoweit auch nicht in ärztlicher Behandlung gewesen sei.

Demgegenüber vertrat der behandelnde Orthopäde Dr. A. am 19.10.2005 nach Vorlage eines MRT-Befunds der HWS vom 12.09.2005 mit den festgestellten Bandscheibenvorfällen die Auffassung, dass primär kein Zusammenhang zwischen diesen Vorfällen gesehen werde.

Am 24.10.2005 wurde im K.hospital eine Knochendeckelreimplantation durchgeführt. Der Kläger wurde am 28.10.2005 beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen. Ab dem 21.11.2005 erfolgte eine stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bei der D. AG. Dem Kläger wurde ab dem 01.03.2006 von der zuständigen Krankenkasse (GEK) eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit bestätigt, in deren Folge der Kläger auch wieder im normalen Umfang arbeitete. Der HNO-Arzt Prof. Dr. Dr. S. diagnostizierte am 04.04.2006 eine geringgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts.

Am 10.05.2006 teilte Dr. Schreiber mit, dass die Symptomatik bei dem Kläger sich im Wesentlichen gut gebessert habe. Es bestünden noch eine Hörminderung rechts, eine mäßige hirnorganische Leistungsminderung, persistierende posttraumatische Kopfschmerzen sowie eine nicht ausreichend wiederhergestellte psychophysische Belastbarkeit. Auch bestünden eine rasche Überforderungsneigung mit Affekt- und Stimmungsinstabilität, eine deutliche kognitive Leistungseinschränkung mit Konzentrations- und Gedächtnisstörung sowie eine Störung sekundärer Qualitäten wie Durchhaltevermögen, Konzentration und Disziplin.

Prof. Dr. H. gab in seinem neurochirurgischen Fachgutachten vom 18.09.2006 an, dass der Unfall alleinige Ursache für die geklagten cerebralen Beschwerden in Form von Abgeschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Schwindel bei raschen Bewegungen, Hörminderung und Kopfschmerzen anzusehen sei. Derartige Beschwerden hätten zuvor nicht bestanden, und das Unfallereignis sei auch ein adäquates Trauma für diesen typischen Befund. Auch die Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks seien eindeutig auf den Unfall zurückzuführen. Für den am 15.09.2005 durch MRT diagnostizierten NPP im Bereich der HWS sei eine traumatische Genese im Sinne eines Schleudertraumas denkbar; ein Hinweis dafür könnten die direkt nach der ersten Operation am 27.07.2005 angegebenen Schulter-Nacken-Schmerzen links sein. Angesichts des Alters des Klägers sei nicht davon auszugehen, dass sich in den sieben Wochen zwischen Unfall und Anfertigung des MRT unfallunabhängig ein cervicaler NPP entwickelt habe. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit mit insgesamt 40 vom Hundert (v.H.) ein (HWS 20 v.H., Hirnleistung 30 v.H., Hörminderung rechts 10 v.H.).

In einem weiteren Gutachten vom 09.10.2006 stellte Prof. Dr. S. für seinen Fachbereich (HNO) einen unfallbedingten Innenohrschaden rechtsseitig mit daraus resultierender Innenohrschwerhörigkeit (prozentualer Hörverlust 10%) fest, woraus eine MdE von unter 10 v.H. resultiere.

Prof. Dr. H. gab am 12.12.2006 im Rahmen einer ergänzenden Stellungnahme an, dass die Angabe einer Hirnleistungsschwäche auf den Angaben des Klägers beruhe und entsprechende Symptome nicht feststellbar gewesen seien. Der Kläger habe mit seiner Ehefrau insoweit glaubhafte Angaben gemacht, wobei darauf hinzuweisen sei, dass im Rahmen einer Gutachtenuntersuchung derartige Symptome nicht zwingend auffallen müssten. Die Höhe der MdE ergebe sich aus den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachterfähigkeit" von 1996. Er bekräftigte hierbei seine Auffassung, dass nach Anamnese und Verlauf sowie klinischem Befund am Wahrscheinlichsten eine traumatische Genese des Bandscheibenvorfalles im HWS-Bereich anzunehmen sei.

Der Radiologe K. K. beschrieb nach einer MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks am 19.01.2007 einen unauffälligen Befund ohne Innenmeniskusläsion.

Am 27.03.2007 wurde durch Prof. Dr. S. ein neurologisch-psychiatrisches Zusammenhangsgutachten erstellt, wofür die Dipl.-Psychologin G. M. am 16.03.2007 ein psychologisches Zusatzgutachten anfertigte. Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet lägen nicht vor. Es bestünden eine Wurzelschädigung C6 links mit geringgradiger Kraftminderung der Armbeugung, einem Reflexausfall und geringer Muskel- und Kraftminderung der Daumenballenmuskulatur sowie subjektive Beschwerden (Gefühlsstörungen) und Narbenkopfschmerzen. Die Wurzelschädigung C6 links sei eine Unfallfolge, für die eine MdE vom 20 v.H. anzunehmen sei. Die Gesamt-MdE betrage 30 v.H.

Der Beratungsarzt Dr. K. vertrat am 10.05.2007 die Auffassung, dass als Unfallfolgen nur noch eine reizlose Narbe am Schädel mit tastbaren Knochenstufen, radiologische Veränderungen nach Knochendeckelimplantation und ein Innenohrschaden festzustellen seien, woraus nur noch eine MdE um weniger als 10 v.H. resultiere. Die kernspintomographisch nachgewiesenen Bandscheibenvorfälle mit Wurzelschädigung C6 links seien als schicksalhaftes Geschehen zu qualifizieren, weil Begleitschäden nicht dokumentiert seien. Ein isolierter Bandscheibenvorfall sei nach derzeitigem Stand traumatologischer Erkenntnis kein verletzungsspezifisches Schadensbild. So würden segmentale Scher-/Torsions- und Kippungsbelastungen durch den knöchernen und ligamentären Apparat so weit begrenzt, dass in jedem Bewegungssegment nur etwa die Hälfte der Bewegungsauslässe erfolgen könne, welche zur Schädigung der Bandscheiben notwendig wären. Die genannten Strukturen müssten daher zwangsläufig vor Eintritt eines Bandscheibenschadens mit geschädigt werden. Konkrete Begleitschäden dieser Art seien jedoch nach dem CT vom 27.07.2005 und dem MRT vom 15.09.2005 auszuschließen.

Die Beklagte anerkannte mit Bescheid vom 29.08.2007 als Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.07.2005: Narbenkopfschmerz, radiologische Veränderungen sowie geringgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts nach Schädel-Hirn-Trauma mit nachfolgender Knochendeckelreimplantation bei vollständig zurückgebildeter Einblutung. Folgenlos ausgeheilte Knieprellung beidseits. Nicht anerkannt wurden als Unfallfolgen: Bandscheibenvorfälle im Bereich der Halswirbelsäule an den Segmenten C5/6 und C6/7 mit gelegentlich in den linken Arm ausstrahlenden Sensibilitätsstörungen sowie Kniebeschwerden links. Ein Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles bestehe nicht, wozu die Beklagte sich auf die Argumentation von Dr. K. stützte.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.02.2008 zurück.

Der Kläger hat am 14.03.2008 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben, mit der er sich auf die Gutachten von Prof. Dr. H. und Prof. Dr. S. berufen hat. Nach den von seinen behandelnden Ärzten getroffenen Feststellungen sei die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. gerechtfertigt. Der Kläger legte im Klageverfahren hierzu weitere Unterlagen vor (vgl. Bl. 29 bis 99 der Gerichtsakten).

Das SG hat die Akten der Staatsanwaltschaft Stuttgart zu dem Verkehrsunfall des Klägers beigezogen (Aktenzeichen 73 JS 81102/05). Anschließend hat das SG ein Sachverständigen Gutachten bei dem Diplomingenieur Prof. Dr. B. in Zusammenarbeit mit dem Rechtsmediziner Dr. P. eingeholt. In dem Gutachten vom 11.03.2010 ist angegeben, dass nach Anwendung fallanalytischer, biomechanischer und rechtsmedizinischer Untersuchungsmethoden davon auszugehen sei, dass beim Kläger aufgrund einer massiven Belastung auf Schädel und HWS eine Schädel-Hirnverletzung eingetreten sei. Die massive Gewalteinwirkung auf die HWS zeige sich an einem bisher nicht diagnostizierten Knochenbruch am ersten Halswirbelkörper C 1 und auch an einem kyphotischen Knick der HWS im Bereich zwischen C5 und C6. Eine Differenzierung dahingehend, ob es sich um einen traumatischen Befund handle oder nicht, sei aufgrund der nicht erfolgten spezifischen Diagnostik (Funktionsaufnahme der HWS) nicht möglich. Zweifellos hätten jedoch auf die gesamte HWS massive Belastungsspitzen eingewirkt. Es sei daher mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass durch den Arbeitsunfall eine Schädigung der HWS im Bereich C5-C7 eingetreten sei, die kausal für die Bandscheibenvorfälle gewesen sei. Die MdE aufgrund der Verletzungsfolgen im Bereich der HWS sei mit 20 v.H. anzunehmen.

Die Beklagte hat hierzu die Auffassung vertreten, dass die Gutachter zur Beurteilung unfallchirurgischer und orthopädischer Kausalitätsbewertungen nicht ausreichend fachkundig seien. Sie hat eine beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr. S. vom 19.04.2010 vorgelegt, welcher aufgrund des Gutachtens ein schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Beteiligung der HWS als wahrscheinlich angenommen hat. Die MRT-Untersuchung vom 15.09.2005 etwa acht Wochen nach dem Unfallereignis hätte indes üblicherweise noch vorhandene Residuen einer stattgehabten Verletzung zeigen müssen. Derartige Veränderungen, wie Reste einer stattgehabten Einblutung in das Weichteilgewebe oder in das Knochengewebe, seien jedoch nicht zu finden. Auch die im Gutachten von Prof. Dr. B. festgestellte Absprennung des Gelenkfortsatzes C1 links sei bisher nicht als Diagnose gestellt, weswegen hierzu eine ergänzende radiologische Auswertung erfolgen müsse. Die minimale Knickbildung zwischen C5 und C6 beweis eine vorangegangene Verletzung nicht. Auch sei hier eine Instabilität nicht nachgewiesen. Darüber hinaus seien zeitnah zum Unfallereignis keine Zeichen einer Bandscheibenschädigung der HWS nachgewiesen. Im Entlassungsbericht der Kliniken S. werde eine Wirbelsäule ohne Klopf-, Druck- oder Stauchungsschmerz beschrieben, lediglich ein Muskelhartspann im Schulter-Nackenfeld und paravertebral sei angegeben worden.

Die Beklagte hat eine weitere Stellungnahme des Radiologen Dr. B. vom 30.07.2010 vorgelegt, der nach Auswertung der vorliegenden CT- und MRT-Befunde der HWS zu dem Ergebnis kommt, dass die Veränderungen an den Bandscheiben im Bereich der HWS wahrscheinlich degenerativ seien. Allerdings sei zur Eliminierung der verbleibenden Unsicherheiten ein Kontroll-CT angezeigt. Die Beklagte hat daraufhin einen aktuellen CT-Befund des Radiologen Dr. Z. vom 21.10.2010 vorgelegt. Danach bestehe kein Nachweis frischer oder älterer ossärer Verletzungen. Dr. Z. beschreibt in seinem Befund lediglich eine leichte Fehllhaltung im Bereich der HWS, eine Osteochondrose und links einen kleinen mediolateralen Prolaps C5/6.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 11.05.2011 abgewiesen. Der erstmalig durch das MRT vom 15.09.2005 - also etwa acht Wochen nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis - festgestellte Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelkörper 5/6 links könne entgegen den Ausführungen von Prof. Dr. H. und Prof. Dr. S. nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Denn beim Kläger seien ligamentäre oder knöcherne Begleitverletzungen im HWS-Bereich nicht festgestellt und nachgewiesen worden. Da die Beschleunigungsverletzung im Bereich der HWS in der Regel ein multisegmentales Geschehen sei und in den unteren HWS-Segmenten vermehrt Traktionskräfte bei Frontalaufprall sowie Rotations- und Flexionskräfte bei Heckkollision wirkten, seien das vordere und hintere Längsbandsystem und die damit verbundenen Bandscheiben, Rückenmark, Muskeln und Gefäße, Nervenwurzeln sowie Gelenkkapseln stärker gefährdet als die Gelenkkörper und die segmental beteiligten Knochen (mit Hinweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010 S. 465). Die Bandführung der HWS sei im Vergleich zur Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) weniger straff, um die gute Beweglichkeit der HWS zu ermöglichen. Diskoligamentäre Verletzungen (gleichzeitige Verletzungen von Bändern und Bandscheiben) seien deshalb an der HWS deutlicher häufiger als an der Rumpfwirbelsäule. Bei ausreichend hoher unfallbedingter Einwirkung könnten zwar auch isolierte Bandscheibenverletzungen auftreten, diese gingen jedoch regelmäßig mit begleitenden Bandverletzungen und/oder begleitenden zumindest minimalen knöchernen Verletzungen einher. Das Abgrenzen zum degenerativen Cervicalsyndrom gestalte sich im Laufe von Jahren zunehmend schwieriger, weswegen frühzeitige klinische und röntgenologische Untersuchungen erforderlich seien. Veränderungen der Weichteile seien mittels MRT darzustellen (mit Hinweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S.466). Auf diese Anforderungen habe der Unfallchirurg Dr. K. zu Recht in seiner Stellungnahme vom 10.05.2007 hingewiesen. Hierauf hätten die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. B. und Dr. P. in ihrem Gutachten, welches eine unstreitige massive Gewalteinwirkung auf die HWS des Klägers bestätige, nicht in ausreichendem Umfang abgestellt. Sie hätten zwar - insoweit fachfremd - einen Knochenbruch am ersten Halswirbelkörper und einen kyphotischen Knick im Bereich C5/6 angenommen.

Durch die nachfolgenden Beurteilungen der fachkundigen Radiologen Dr. B. und den aktuellen CT-Befund von Dr. Z. habe sich jedoch eine Frakturverletzung nicht bestätigt. Dr. Z. verneine ausdrücklich eine frische oder ältere knöcherne Verletzung im Bereich der HWS des Klägers und stelle dort lediglich eine leichte Fehllhaltung, eine Osteochondrose sowie links einen kleinen mediolateralen Prolaps C5/6 fest. Dr. B. komme in Auswertung der nach dem Unfallereignis angefertigten CT- und MRT-Befunde zu dem Ergebnis, dass die Veränderungen an den Bandscheiben des Klägers im Bereich der HWS mit Wahrscheinlichkeit degenerativ verursacht seien. Unter Berücksichtigung der dargestellten medizinischen Anforderungen an einen traumatischen Bandscheibenvorfall könne deswegen mit Wahrscheinlichkeit ein traumatischer Bandscheibenvorfall im Bereich der HWS nicht angenommen werden. Die insoweit abweichenden Auffassungen von Prof. Dr. H. und Prof. Dr. S. und der Gerichtssachverständigen seien aus den dargelegten Gründen nicht überzeugend, weil sie die herrschende unfallmedizinische Lehrmeinung unbeachtet ließen.

Aus dem Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (LSG) vom 22.12.2010 (Aktenzeichen [L 10 U 3840/10](#)) ergebe sich zumindest für den Fall des Klägers nichts Abweichendes, da das LSG in dieser Entscheidung keine Aussage zu den zugrunde zu legenden, speziellen unfallmedizinischen Anforderungen der HWS und deren unterem Bereich mache. Schließlich sei auch das der Entscheidung des LSG zugrunde liegende Unfallereignis mit einer Geschwindigkeit des Unfallwagens von 295 km/h und Durchbrechen der Leitplanke nicht mit der Schwere des Auffahrunfalls beim Kläger gleichzusetzen, was sich auch an den unterschiedlichen dokumentierten Unfallfolgen zeige. Auch deshalb sehe das SG keine wesentlichen Indizien für eine HWS-Verletzung durch den Arbeitsunfall. Die von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen seien zwischen den Beteiligten zu Recht nicht umstritten. Eine rentenberechtigende MdE ergebe sich jedoch für diese Unfallfolgen nicht, worauf Dr. K. zutreffend hinweise. Hinsichtlich der Innenohrschwerhörigkeit mit einem prozentualen Hörverlust von lediglich 10% ergebe sich dies auch aus dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. S., der die MdE für seinen Fachbereich mit unter 10 v.H. einschätze. Zur Überzeugung des SG stehe auch fest, dass die von Prof. Dr. H. angenommene Hirnleistungsschwäche nicht objektiviert und nachgewiesen sei. Insoweit hat das SG auf die ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. H. hingewiesen, dass insoweit lediglich auf die Angaben des Klägers und seiner Ehefrau abgestellt worden sei. Demgegenüber habe Prof. Dr. S. aufgrund seiner Untersuchung eine Hirnleistungsschwäche und Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet nicht beschrieben und festgestellt.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben am 09.06.2011 beim LSG Berufung eingelegt. Sie stützen sich im Wesentlichen auf die Ausführungen der Gutachter Prof. Dr. B. und Dr. P. sowie Prof. Dr. S. und Prof. Dr. H. im Verwaltungsverfahren. Der Kläger habe bereits im Zuge der stationären Behandlung in den S.-Kliniken in der Zeit vom 18.08.2005 bis 08.09.2005 Schmerzen im Rückenbereich beschrieben, welche auf den Unfall zurückzuführen seien und welche das durch den Unfall verursachte Auftreten eines Bandscheibenvorfalles belegten. Auch die hirnorganische Leistungsminderung sei entgegen den Ausführungen von Prof. Dr. H. objektiviert aufgrund einer im Berufungsverfahren vorgelegten Stellungnahme des Arbeitgebers vom 07.12.2005, in welcher ein Leistungsniveau bescheinigt werde, das der Kläger nie wieder erreicht habe. Die angeblich nach Auffassung des SG nicht vorhandenen Begleitverletzungen seien im Gutachten vom 11.03.2010 nachgewiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 11.05.2011 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 29.08.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.02.2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27.07.2005 Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. ab dem 01.03.2006 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf dessen Entscheidungsgründe.

Im Berufungsverfahren ist nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung am 19.09.2011 am 19.10.2011 ein aktuelles Gutachten durch die Dipl.-Psychologin E. T. erstellt worden. Für die weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG sowie die Akten des LSG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143 f. und 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung ist nicht begründet. Der Senat hat über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) durch Beschluss entschieden, weil er das Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat. Im Anhörungsverfahren (vgl. Hinweis vom 09.11.2011) haben sich keine Gesichtspunkte ergeben, von dieser Verfahrensform abzuweichen.

Die Beklagte hat in dem angefochtenen Bescheid vom 29.09.2007 zu Recht die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des bei ihr versicherten Wegeunfalls vom 27.07.2005 abgelehnt. Gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) haben Versicherte Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung ([§ 27 SGB VII](#)) oder Geldleistungen (Verletztengeld [§ 45 SGB VII](#) und Rente [§ 56 SGB VII](#)). Insbesondere nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) erhalten Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Erforderlich ist, dass sowohl ein kausaler Zusammenhang zwischen der in innerem Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehenden Verrichtung und dem Unfall als auch zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden besteht. Diese so genannte doppelte Kausalität wird nach herkömmlicher Dogmatik bezeichnet als die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität. Für beide Bereiche der Kausalität gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung sowie der Beweismaßstab der - überwiegenden - Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 15.02.2005 - [B 2 U 1/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde ([BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSG, Urteil vom 07.09.2004 - [B 2 U 34/03 R](#); zu Berufskrankheiten vgl. [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#)). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a.F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 a.a.O. mit Hinweis auf BSG SozR Nr. 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr. 20 zu § 542 a.F. RVO; [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#)). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m.w.N.).

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174](#), 178; BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urte. vom 26.06.1985 - [2 RU 60/84](#) -, in: SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.; BSG, Urte. vom 19.12.2000 - [B 2 U 49/99 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Folgen des Arbeitsunfalls beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22.08.1989 - [2 BU 101/89](#) -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Das SG hat ausgehend von diesen Grundsätzen zu Recht entschieden, dass eine Verletztenrente aufgrund des Ereignisses vom 27.07.2005 nicht zu gewähren ist. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die schlüssigen und überzeugenden Entscheidungsgründe des SG Bezug genommen, denen der Senat sich nach eigener Prüfung der Sach- und Rechtslage vollinhaltlich anschließt.

Im Hinblick auf die geltend gemachten Verletzungen an der HWS hat das SG zu Recht ausgehend vom aktuellen Stand der medizinischen Lehrmeinung darauf hingewiesen, dass die isolierte Verletzung einzelner Gelenkkörper oder -knochen durch den vorliegend zu beurteilenden Auffahrunfall überwiegend unwahrscheinlich ist, weil es an den hierbei typischerweise zu erwartenden Begleitverletzungen der Bänder und des weiteren Umfelds der HWS fehlt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S.465 f., 434 ff.). Trotz mehrfacher Anfertigung der für einen solchen Nachweis erforderlichen MRT-Aufnahmen ist das Auftreten solcher Begleitverletzungen nicht nachgewiesen. Zeitnah hat im Übrigen auch der behandelnde Orthopäde Dr. A. am 19.10.2005 die Auffassung vertreten, dass kein Zusammenhang zwischen den Bandscheibenvorfällen und dem Wegeunfall gesehen werde. Entsprechend den Ausführungen des Beratungsarztes Dr. K. hat auch der Chirurg Dr. S. am 19.04.2010 bestätigt, dass nach dem stattgehabten schweren Schädel-Hirn-Trauma mit Beteiligung der HWS die MRT-Untersuchung vom 15.09.2005 etwa acht Wochen nach dem Unfallereignis üblicherweise noch vorhandene Residuen einer stattgehabten Verletzung der HWS hätte zeigen müssen. Derartige Veränderungen, wie Reste einer stattgehabten Einblutung in das Weichteilgewebe oder in das Knochengewebe, seien jedoch nicht zu finden. Im Übrigen hat der Chirurg Dr. S. eine minimale Knickbildung zwischen C5 und C6 beschrieben, welche eine vorangegangene Verletzung nicht beweise. Auch wenn beim Auftreten besonderer Kräfte eine monosegmentale Verletzung der HWS nicht ausgeschlossen erscheint (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 466; Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 22.12.2010 - [L 10 U 3840/10](#) -), wäre jedenfalls im vorliegenden Fall eines typischen Auffahrunfalls ein Nachweis der genannten Begleitverletzungen erforderlich (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 19.01.2010 - [L 3 U 21/06](#) -). Ein solcher Nachweis fehlt hier. Für das hier vorliegende Geschehen eines Auffahrunfalls ist bei Verletzungen aufgrund der stoßweisen Beschleunigung des Kopfes nach hinten bereits bei einer Beschleunigung der Stärke nach der Tabelle Erdmann II (entsprechend der Tabelle Quebec Task Force - QTF - II) vom Vorliegen mikrostruktureller Weichteilläsionen einhergehend mit Blutungen auszugehen, welche durchgängig kernspintomographisch nachweisbar sind (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 462 f.).

Im Übrigen liegen auch Hinweise darauf vor, dass die vorliegenden CT- und MRT-Befunde der HWS dahin gedeutet werden können, dass beim Kläger degenerative Veränderungen an den Bandscheiben vorliegen, welche als schicksalhaft und damit unfallunabhängig anzusehen sind (Stellungnahme des Radiologen Dr. B. vom 30.07.2010; CT-Befund des Radiologen Dr. Z. vom 21.10.2010). Aufgrund dieser schlüssigen Argumentation erscheint die Annahme einer Unfallfolge an der HWS im Gegensatz zu den im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gehörten Gutachtern nicht überzeugend.

Auch hinsichtlich der geltend gemachten Hirnleistungsschwäche hat das SG zutreffend darauf hingewiesen, dass die von Prof. Dr. H. angenommenen Einschränkungen nach seinen eigenen Ausführungen nicht nachgewiesen sind. Die vom Klägerbevollmächtigten im Berufungsverfahren vorgelegte Arbeitgeberauskunft vom 07.12.2005 zeigt keine wesentlichen Leistungseinschränkungen. Der ebenfalls im Berufungsverfahren vorgelegte Reha-Bericht vom 02.02.2010 des Dipl.-Psych. Jäger belegt ebenfalls durchweg altersentsprechende Ergebnisse und äußert lediglich sehr vage Ermüdungs- und Erschöpfungszustände nach den einzelnen durchgeführten Tests, allerdings ohne jegliche nähere Erläuterung oder Quantifizierung. Für die Annahme einer rentenberechtigenden MdE oder für Anhaltspunkte, welche zu weiteren Sachverhaltsermittlungen Anlass geben könnten, sind diese Ausführungen nicht konkret genug.

In diesem Zusammenhang ist erneut auf das neurologisch-psychiatrische Zusammenhangsgutachten des Prof. Dr. S. vom 27.03.2007 und das psychologische Zusatzgutachten von Dipl.-Psychologin G. M. vom 16.03.2007 hinzuweisen, wonach Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet nicht vorliegen. Die geschilderten subjektiven Beschwerden (Gefühlsstörungen) und Narbenkopfschmerzen begründen keine MdE von wenigstens 10 v.H. Auch die Feststellungen der Dipl.-Psychologin E. Thies in ihrem aktuellen Gutachten vom 19.10.2011 haben keinen Nachweis für eine rentenrechtliche relevante Leistungseinschränkung erbracht; vielmehr ist auch nach der Dipl.-Psychologin E. Thies davon auszugehen, dass keine klinisch relevanten kognitiven Einbußen bestehen.

Schließlich begründet auch der von Prof. Dr. Dr. S. am 04.04.2006 und am 09.10.2006 diagnostizierte unfallbedingte Innenohrschaden rechtsseitig mit daraus resultierender Innenohrschwerhörigkeit (prozentualer Hörverlust 10%) keine MdE um wenigstens 10 v.H. Das vom Kläger angekündigte aktuelle Audiogramm ist nicht vorgelegt worden, vielmehr hat der Bevollmächtigte des Klägers zuletzt mit Schriftsatz vom 30.11.2011 ausdrücklich einer Entscheidung des Senats durch Beschluss zugestimmt. Da hinreichend konkrete Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung des Hörvermögens des Klägers nicht vorliegen, waren weitere Ermittlungen von Amts wegen insoweit nicht veranlasst.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-12-18