

L 9 U 2034/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 4472/02
Datum
16.01.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 2034/07
Datum
19.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. Januar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 13.01.1999.

Die 1958 geborene Klägerin war zum Unfallzeitpunkt kaufmännische Angestellte der I. GmbH und befand sich am Unfalltag (13.01.1999) auf dem Weg von der Arbeitsstätte zu ihrer Wohnung. Gegen 17:50 Uhr ereignete sich ein Unfall, als ein von hinten kommendes Fahrzeug auf das stehende Fahrzeug der Klägerin auffuhr und dieses auf ein davor stehendes Fahrzeug schob. Die Klägerin suchte am 14.01.1999 die Ärztin für Orthopädie und Rheumatologie, Sportmedizin und ChiR. erapie Dr. G. auf. In ihrem H-Arzt-Bericht vom 25.01.1999 führte diese aus, die Klägerin sei bei der Untersuchung zeitlich und örtlich voll orientiert gewesen, habe benommen gewirkt und über Kopfschmerzen, Übelkeit und Schmerzen im Schulter-Nackebereich geklagt. Die HWS-Beweglichkeit sei in sämtlichen Richtungen zu 1/3 eingeschränkt gewesen. Es hätten Druckschmerzen suboccipital und an den Kopfgelenken sowie in Höhe L4 - L5 links im Sinne von Blockierungen bestanden, außerdem Druckschmerzen paravertebral im Verlauf der mittleren BWS und schmerzhaftes Myotendoperiostosen am M. levator scapulae beidseits. Neurologisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Sie diagnostizierte ein HWS-Schleudertrauma mit Kopfgelenksblockierung, eine Blockierung C4 -C5 links, ein BWS-Syndrom und Kettenblockierungen der Rippenwirbelgelenke. Sie stellte Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres fest.

Der Facharzt für Neurologie und Psychotherapie und Naturheilverfahren Dr. R. berichtete unter dem 01.02.1999, die Klägerin habe über Kopfschmerzen, Übelkeit ohne Erbrechen und ohne Bewusstlosigkeit geklagt. Sie habe danach Sehstörungen gehabt, Dinge doppelt gesehen, danebengegriffen und häufig die Toilette aufsuchen müssen. Er stellte die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas und eines Verdachts auf eine commotio cerebri.

Der Radiologe Dr. U. berichtete aufgrund einer am 01.02.1999 durchgeführten Schädel-Hals-Computertomografie unter dem 02.02.1999 über einen Zustand nach Schleudertrauma. Es bestünden diskrete Hinweise für ein abgelaufenes knöchernes Trauma; Alter des Prozesses zwei bis drei Wochen. Es sei eine Knochenneubildung bei Infraktionslinien insbesondere an C4, geringer an C3 und C5 ohne aktuelle spinale Relevanz nachweisbar.

Unter dem 16.02.1999 berichtete Dr. R. über am 08.02.1999 weiterhin geklagten Schwindel und Übelkeit. Am Wochenende habe die Klägerin einen affektiven Durchbruch erlitten, rumgeschrien und dann stundenlang geweint. Am nächsten Tag sei es ihr besser gegangen. Sie sehe keine Doppelbilder mehr, beim Lesen bekomme sie Kopfschmerzen. Sie sei wach, bewusstseinsklar in allen Qualitäten orientiert gewesen, etwas ängstlich, anamnestisch affekt-labil, die Stimmung sei subdepressiv gewesen, das Denken und die Wahrnehmung ohne Befund. Neurologisch sei weiterhin kein unerschöpflicher Nystagmus festzustellen gewesen. Bei Zustand nach einem Schleudertrauma bestünden aufgrund des Schädel-Hals-CT vom 01.02.1999 diskrete Hinweise für ein abgelaufenes knöchernes Trauma insbesondere an C4, geringer an C3 und C5. Das Alter des Prozesses gab er mit zwei bis drei Wochen an. Eine Knochenneubildung bei Infraktionslinien, insbesondere an C4, geringer an C3 und C5, ohne aktuelle spinale Relevanz sei gut nachweisbar gewesen. Aus CT-Sicht sei ein konservatives Vorgehen weiterhin gerechtfertigt. Es hätten sich keine Hinweise für zusätzliche suspekt intrakranielle Veränderungen ergeben.

Der Neurologe und Psychiater Dr. T. berichtete unter dem 22.04.1999 über eine ambulante neurologische Untersuchung der Klägerin vom 21.04.1999. In seiner Anamnese führte er aus, die Klägerin sei nach dem Unfall vom 13.01.1999 nicht bewusstlos gewesen, leide aber seit dem 15.01.1999 unter starken Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Doppelbildern, einem Nystagmus sowie unter Feinmotorik- und Koordinationsstörungen (sie habe den Löffel nicht mehr in den Mund führen können). Während diese neurologischen Symptome praktisch sämtlich abgeklungen seien, leide sie noch unter einer gewissen Sehunschärfe, gelegentlichen Doppelbildern und müsse deshalb wieder ihre frühere Brille benutzen. Geblieben sei eine deutliche Affektlabilität mit spontanem Weinen, auch Schreien, Unruhe, Schlafstörungen. Wegen dieser emotionellen Labilität sei sie bisher durchgängig arbeitsunfähig. Zum 01.04.1999 habe eine innerbetriebliche Umsetzung nach Dublin (Irland) angestanden, auf die sie sich schon sehr gefreut habe. Bisher habe sie dort aber noch nicht arbeiten können, was sie zunehmend unruhig mache und belaste. Bereits vor vielen Jahren habe sie wegen einer akuten Angst- und Paniksymptomatik eine Psychotherapie machen müssen und befürchte jetzt, wieder in einen derartigen Zustand zurück zu verfallen. Nach einer Nieren-OP unter Vollnarkose vor sieben Jahren habe sie bereits vergleichbare Symptome mit Doppelbildern, Visusminderung gehabt, was sich dann aber über einige Monate hinweg wieder erholt hatte. Ein vorgelegtes Schädel- und HWS-CT vom 01.02.1999 zeige keine gravierenden strukturellen Läsionen. Eine ebenfalls vorgelegte Kernspintomografie des Schädels zeige ebenso einen unauffälligen Befund wie eine Kernspintomografie der HWS. Als Diagnose gab er einen Wegeunfall mit HWS-Schleudertrauma sowie eine commotio cerebri mit vorübergehender Hirnstammsymptomatik und eine posttraumatische Belastungsstörung an.

Auf Veranlassung der Rechtsvorgängerin der Beklagten (B. – im Folgenden: Beklagte) stellte sich die Klägerin am 15.10.1999 in der berufsgenossenschaftlichen (BG) Unfallklinik T. vor. In ihrem ambulanten Untersuchungsbericht vom 18.10.1999 stellten Prof. Dr. W., Dr. V. und Dr. E. eine unter leichter Schmerzangabe freie Beweglichkeit der HWS und - ebenfalls unter geringfügiger Schmerzangabe - der BWS fest. In den Röntgenfunktionsaufnahmen der HWS habe sich eine normale Halswirbelsäule gezeigt, eine disco-ligamentäre Instabilität sei nicht feststellbar gewesen, ansonsten leicht- bis mäßiggradige degenerative Veränderungen an Grund- und Deckplatten. Sie führten aus, die Klägerin habe ein HWS-Schleudertrauma sowie eine commotio cerebri, der Schilderung nach auch mit einer Hirnstammkontusion, erlitten.

Vom 12.11.1999 bis 10.12.1999 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung der Unfallchirurgie der BG Unfallklinik T. (Prof. Dr. W.). In ihrem Abschlussbericht vom 17.12.1999 stellten Prof. Dr. W., Dr. S. und Dr. F. die Diagnosen HWS-Distorsion 1. Grades mit unfallunabhängiger Somatisierungsstörung und persistierendes Schmerzsyndrom sowie unfallunabhängiges Horner-Syndrom. Unter den im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführten Anwendungen sei es zu keiner Besserung des klinischen Befundes gekommen. Es hätten sich immer wieder neue Schmerzzentren bei der Patientin gezeigt, die mit dem Unfall nicht in Zusammenhang gebracht werden könnten. Bei persistierenden Sehstörungen habe man eine konsiliarische Untersuchung in der Universitätsaugenklinik durchgeführt. Hier habe sich bei sehr guter Sehschärfe ein unfallunabhängiges Horner-Syndrom links mit einer funktionellen Störung von Akkommodation und Bulbus-Bewegung gezeigt.

Aufgrund der von der BG Unfallklinik T. veranlassten neurologischen Untersuchung (16.11.1999) in der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. D.) teilten Priv.-Doz. Dr. M. und Dr. W. unter dem 22.11.1999 mit, bei der Klägerin bestehe möglicherweise ein chronifiziertes Stadium nach HWS-Distorsion 1. bis 2. Grades 01/99. Sie sei darüber aufgeklärt worden, dass es auch längerfristig zu multiplen Störungen kommen könne, welche auf eine Traumatisierung zurückzuführen seien. Es war die Weiterführung der krankengymnastischen Übungsbehandlungen sowie eine schmerzdistanzierende Therapie mit einem Antidepressivum empfohlen worden. Objektivierbare neurologische Ausfälle bestünden derzeit nicht.

Am 06.12.1999 wurde die Klägerin konsiliarisch von Prof. Dr. Dr. M. (Dipl.-Psychologe und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) untersucht. Der daraufhin gefertigte neurologische Befundbericht vom 07.12.1999 über die Konsiliaruntersuchung war, wie bereits der Bericht der Neurologischen Klinik T., an die Beklagte sowie an Herrn Dr. F., Station B 1 der BG-Klinik T. gerichtet. Prof. Dr. Dr. M. berichtete, die Klägerin habe ihm gegenüber angegeben, ihr sei nach dem Unfall schwindlig, übel und sie sei zittrig gewesen. Sie habe dann Schmerzen am Hinterkopf gehabt, dort, wo sie auf die Nackenstütze aufgeprallt sei. Nachdem alles geregelt worden sei, sei sie mit dem lädierten PKW nach Hause gefahren, allenfalls noch 1 km. Noch am Unfalltag habe sie zu ihrer Ärztin, Frau Dr. G., gewollt, aber erst am nächsten Tag einen Termin bekommen. Frau Dr. G. habe sie geröntgt, aber erst zwei Tage später untersucht. Erst da, etwa 2 ½ Tage nach dem Unfall, habe sie Beschwerden bekommen, Schmerzen im Nacken und Hinterkopf gehabt, aber auch in der Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern (Brustwirbelsäule). Sie habe Sehstörungen bekommen, Doppelbilder beim Fixieren und "Koordinationsprobleme", außerdem einen Harndrang und Schmerzen im Nierenbereich. Sie habe dann zunehmend psychische Probleme bekommen, Angstgefühle und Beklemmungen. Sie habe sprachliche Probleme bekommen, die Zunge sei ständig taub gewesen. Nach einer Nierenbeckenoperation Anfang der 90iger Jahre seien auch schon Sehstörungen mit Doppelbildern aufgetreten und auch Koordinationsstörungen. Eine Besserung sei nach mehreren Monaten eingetreten. Wegen Prüfungsangst habe sie eine Psychoanalyse mitgemacht, über ein Jahr lang. Prof. Dr. Dr. M. gab an, die Klägerin habe mannigfache Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen geklagt und habe hierüber Aufzeichnungen (drei Seiten DIN A4) vorgelegt. In seiner Beurteilung ging Prof. Dr. Dr. M. von einer Distorsion der Halswirbelsäule, offenbar ohne knöcherne und discoligamentäre Verletzungen aus. Für Verletzungen zentral- oder peripher-neuronaler Strukturen ergäben sich anamnestisch und befundmäßig keine Anhaltspunkte. Die in verschiedenen Berichten diskutierte commotio cerebri oder gar eine Hirnstammkontusion sei nach allen Erhebungen zu Initialsymptomatik und Verlauf und nach den mitgeteilten und jetzt erhobenen Befunden überhaupt nicht zu begründen. Eine initiale Bewusstseinsstörung habe nicht vorgelegen. Die als Symptome einer Hirnstamm-Kontusion gedeuteten Klagen der Klägerin seien Ausdruck erheblicher psychosomatischer Störungen und in dieser Art und auch nach den Ergebnissen apparativ-neurophysiologischer Zusatzuntersuchungen mit Sicherheit nicht als Ausdruck und Folge einer Hirnstamm-Kontusion zu werten. Der Auffahrunfall sei nicht Ursache, allenfalls Gelegenheitsursache für eine erneute Auslösung bzw. Verstärkung psychosomatischer Beschwerden.

Im Bericht des Universitätsklinikums T., Augenklinik, vom 08.12.1999 (Dr. W., Dr. W.) wurde ausgeführt, dass von einem zentralbedingten Horner-Syndrom auszugehen sei. Die Klägerin habe berichtet, dass auch vor dem Unfall eine Differenz der Pupillengröße vorhanden gewesen sei, welche jedoch nicht so groß gewesen sei wie heute. Eine traumatisch bedingte Verstärkung der Anisokorie sei denkbar. Die Sehschärfe sei sehr gut, die Klägerin belaste jedoch, dass beim Lesen etc. Bildschärfeprobleme, Doppelbildsehen und Cephalgien aufträten. Es sei von einer durch das Unfalltrauma bedingten zeitweisen Dekompensation der vegetativen Regelkreise Akkommodation und Bulbusbewegung/Bildfusion auszugehen. Man habe der Klägerin geraten, Akkommodationsübungen durchzuführen.

Nach einer weiteren ambulanten Vorstellung der Klägerin in der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. am 13.01.2000 wurde das bg-

liche Heilverfahren abgeschlossen und ausgeführt, dass die von der Patientin angegebenen Beschwerden objektiv nicht nachzuvollziehen seien. Als Folge einer einfachen Wirbelsäulenverstauchung könnten sie nicht gedeutet werden (Bericht vom 21.01.2000).

Mit Schreiben vom 15.02.2000 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass beabsichtigt sei, ein ärztliches Gutachten einzuholen. Hierzu stellte die Beklagte der Klägerin drei Gutachter zur Auswahl. Mit Schreiben vom 02.03.2000 entschied sich die Klägerin für Prof. Dr. D. (M.hospital S., Klinik für Unfallchirurgie). Sie mache jedoch von ihrem Recht Gebrauch, der Übermittlung der Unterlagen an den Gutachter zu widersprechen. Auf weitere Anfrage der Beklagten und dem Hinweis, dass ohne ärztliche Befunde es dem Gutachter nicht möglich sei, ein schlüssiges Gutachten zur Frage eines Rentenanspruches bzw. zum Unfallzusammenhang zu erstellen, legitimierte sich Rechtsanwalt B. als Prozessbevollmächtigter für die Klägerin. Nach Einsichtnahme in die von der Beklagten überlassenen Akten und erneute Anfrage, ob Prof. Dr. D. unter Vorlage der vorhandenen ärztlichen Unterlagen ein Gutachtensauftrag erteilt werden könne (Schreiben vom 15.05.2000), teilte der Bevollmächtigte unter dem 21.07.2000 unter Bezugnahme auf die Schreiben der Beklagten vom 15.05. und 10.07.2000 mit, dass die Klägerin prinzipiell damit einverstanden sei, dass der Gutachtensauftrag an Prof. Dr. D. erteilt werde. Allerdings sollte dem Sachverständigen dieses Schreiben mit den nachfolgenden Anmerkungen und Anlagen zur Verfügung gestellt werden, weil ansonsten ein falscher bzw. fehlerhafter Gesamteindruck entstehen könne (vgl. fünfseitiger Schriftsatz des Bevollmächtigten und 15 Seiten Anmerkungen der Klägerin zum Akteninhalt, welcher sich auch ausführlich mit dem Inhalt des Berichtes von Prof. Dr. D. auseinandersetzte).

Mit Schreiben vom 04.10.2000 legte die Klägerin weitere Unterlagen vor (u. a. Bericht des Radiologen Dr. U. vom 02.02.1999 (Schädel-Hals-CT vom 01.02.1999), Bericht der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, K.hospital S., vom 02.03.1999, Bericht Dres. R./Z. vom 22.02.1999, Bericht des Radiologen Dr. von G. vom 02.09.1999 (regelrechter, altersentsprechender Thoraxbefund, leichte s-förmige Skoliose, kein Nachweis von frischen oder älteren Frakturen), Bericht der Internisten Dres. K./K. vom 16.09.1999 (Cardiainsuffizienz, wohl funktionelle abdominale Beschwerden).

Im unfallchirurgischen Gutachten vom 15.11.2000 führten Prof. Dr. D. und Dr. D. aus, es bestehe aus unfallchirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit und es seien keine Behandlungsmaßnahmen auf den Unfall vom 13.01.1999 zurückzuführen. Die Halswirbelsäule habe sich frei beweglich gezeigt, wobei die Klägerin die Rück-Neig-Beweglichkeit unter Hinweis darauf, dass sie dabei Probleme bekäme, nicht durchgeführt habe. Die Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule habe bis auf die Rechts-Neig-Beweglichkeit freie Beweglichkeiten gezeigt. Für die Einschränkung der Rechts-Neig-Beweglichkeit habe die Klägerin Schmerzen am rechten Rippenbogen angegeben. Die geschilderten vegetativen Beschwerden wie Schwindel, Gleichgewichtsprobleme, Vergesslichkeit, Konzentrationsprobleme, Sprachprobleme, emotionale Stabilität, Angstgefühle, Übelkeit, Atemprobleme beträfen das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet und müssten entsprechend beurteilt werden. Ferner klagte die Klägerin über Ohrgeräusche und Beschwerden seitens der Augen, welche ebenfalls durch Fachkollegen beurteilt werden müssten. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet seien keine Verletzungsfolgen zu erkennen. Auch auf dem Computertomogramm vom 01.02.1999 des Dr. U. - welches aufgrund der geringen Größe mit der Lupe am Röntgenscreen betrachtet werden musste - seien keine pathologischen Aufhellungslinien im Bereich von C3, C4 und C5 zu erkennen. Die Klägerin habe bei dem Unfall eine Halswirbelsäulen-Distorsion Grad 1 erlitten. Nach unfallchirurgischer Erfahrung heilten Halswirbelsäulendistorsionen mit dem Schweregrad 1 innerhalb von längstens fünf bis sechs Monaten vollständig aus. Unter dem 06.02.2001 ergänzten die gehörten Gutachter ihre Angaben zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE 100 v.H. vom 13.01.1999 bis 08.02.1999, 20 v.H. v. 09.02.1999 bis 09.05.1999, ab 10.05.1999 0 v.H.). Unter dem 21.05.2001 teilten sie mit, dass Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 13.01.1999 bis 08.02.1999 wegen der Unfallfolgen bestanden habe.

Die Klägerin bezog in der Zeit vom 28.02.1999 bis 17.01.2000 Verletztengeld.

Mit Bescheid vom 26.06.2001 lehnte die Beklagte einen Anspruch der Klägerin auf Rente wegen des Arbeitsunfalles ab. Zur Begründung führte sie aus, dass die Erwerbsfähigkeit nicht in rentenberechtigendem Grad über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus gemindert sei. Als Unfallfolgen anerkannte sie eine folgenlos ausgeheilte Distorsion der Halswirbelsäule Grad 1. Die Auslösung bzw. Verstärkung vegetativer Beschwerden wie Schwindel, Gleichgewichtsproblemen, Vergesslichkeit, Konzentrationsproblemen, Sprachproblemen, emotionaler Stabilität, Angstgefühlen, Übelkeit, Atemproblemen, Ohrgeräuschen und Sehstörungen seien keine Folgen des Arbeitsunfalls.

Mit dem hiergegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, dass auf dem CT des Dr. U. vom 01.02.1999 eine Infraktionsquerlinie am Wirbelkörper C4 links erkennbar sei sowie ein Hinweis auf ein abgelaufenes Trauma. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb dies die beauftragten Gutachter negierten. Auch im Bericht von Prof. D. sei die Rede von multiplen Ausfällen aufgrund einer Traumatisierung. Der neurologische Befundbericht des Universitätsklinikums T. sei letzten Endes genauso wie der Bericht der Augenklinik des Universitätsklinikums T., unberücksichtigt geblieben.

In den von der Beklagten veranlassten ergänzenden Stellungnahmen (16.11.2001, 05.12.2001) hielt Prof. Dr. D. daran fest, dass sich die Klägerin bei dem Unfall eine Distorsion der Halswirbelsäule Grad 1 zugezogen habe, die folgenlos ausgeheilt sei. Bei der Klägerin bestünden zahlreiche unfallunabhängige Erkrankungen und Symptome.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.08.2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 16.09.2002 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und zur Begründung ausgeführt, an ihrem Opel Corsa seien nicht nur die Stoßstange hinten, die Heckklappe sowie das Heckabschlussblech, sondern beide Längsträger und der Fahrzeugboden, also der Kofferraumboden hinten, völlig zerstört worden seien. Der Anstoß sei so stark gewesen, dass ihr Kleinwagen auf das davorstehende Fahrzeug geschleudert und dabei ihr PKW auch vorne so stark deformiert worden sei, dass nicht nur die Stoßstange und die Scheinwerfer, sondern auch das Frontblech und die Motorhaube beschädigt worden seien. Sie habe sich dabei erheblich verletzt. Insoweit hat sie auf die Befundberichte der erstbehandelnden Ärzte verwiesen und ausgeführt, dass in sämtlichen Berichten zweifelsfrei erklärt worden sei, dass sie anlässlich des Unfalles ein HWS-Schleudertrauma bzw. eine HWS-Distorsion mit Infraktion, also mit Schweregrad 2, eine commotio cerebri mit Stammkontusion erlitten habe und es zu multiplen bzw. multisensorischen neuroorthologischen Funktionsstörungen wie Konzentrations-, Sprach- und Wortfindungsschwierigkeiten, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, manchmal auch Gangstörungen, einer starken emotionalen Labilität sowie einer Benommenheit und Koordinationsproblemen verbunden mit Kopfschmerzen, Müdigkeit, Orientierungsproblemen, Einschlafen der rechten Hand und Fingern, Vergesslichkeit sowie chronischen Schmerzen im Bereich der Schulter, Rippen, HWS, BWS, LWS sowie zwischenzeitlich auch des rechten Fußes, teilweise Ohrenscherzen,

Hörproblemen gekommen sei und auch noch komme. Es sei nicht nachvollziehbar, dass plötzlich keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorhanden sein sollen. Das neurologische Gutachten von Prof. Dr. Dr. M., welches während ihres stationären Aufenthalts in der BG-Klinik T. erstellt worden sei, stehe im Widerspruch zu den Ergebnissen der neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. sowie der behandelnden Neurologen. Dieses Gutachten sei zu einem Zeitpunkt erstellt worden, zu dem es ihr verhältnismäßig gut gegangen sei, ohne den normalen täglichen Belastungen ausgesetzt gewesen zu sein. Eine apparative Untersuchung sei nicht durchgeführt worden. Soweit er von einer HWS-Distorsion ohne knöcherne Verletzung ausgehe, sei dies durch das CT vom 01.02.1999 widerlegt. Prof. Dr. Dr. M. lasse auch offen, weshalb es sich bei ihr um eine vorbestehende empfindsam-beeindruckbare, psychosomatisch störbare und gestörte Persönlichkeit handeln solle. Die festgestellte Gehirnerschütterung mit Hirnstammkontusion werde, ohne dies zu begründen, in Abrede gestellt. Der augenärztliche Befund der Universitätsklinik bleibe, gerade weil er Gegenteiliges aussage, unberücksichtigt, wahrscheinlich, weil er gar nicht vorgelegen habe. Wegen eines Auslandsaufenthaltes in den Jahren 1995 bis 1997 sei sie vom Bundesverwaltungsamt medizinisch und psychologisch auf Herz und Nieren überprüft worden, bevor sie für das Auswärtige Amt aus vielen Bewerbern ausgesucht und als Bundesprogrammlehrerin ins Ausland entsandt worden sei. Die von Prof. Dr. Dr. M. erwähnten Prüfungsängste hätten davor gelegen und seien behandelt gewesen. Sie sei bis zu ihrem Unfall gesund gewesen. Das Gutachten von Prof. Dr. D. vermöge darüber hinaus nicht zu überzeugen, zumal er selbst einräume, dass ihm das CT vom 01.02.1999 nicht im Original vorgelegen habe. Er habe angegeben, die vorgelegten CT-Bilder seien sehr klein und auch mit der Lupe nicht ausreichend beurteilbar gewesen. Dem Radiologen Dr. U. und dem Neurologen Dr. R. hätten offensichtlich die Originale vorgelegen. Sie hätten eindeutig ein abgelaufenes knöchernes Trauma insbesondere an C4, geringer an C3 und C5 feststellen können.

Die Klägerin hat außerdem das Schadensgutachten des Ingenieurbüros G. vom 20.01.1999 für die Württembergische VersicherungsAG S. vorgelegt. Darin wird zum Schadensvorgang ausgeführt, es sei ein mittlerer Anstoß hinten mittig erfolgt, wobei die Anbauteile im Schadensbereich, die Stoßstange, der Boden, die Heckklappe bzw. der Deckel hinten, das Heckblech und beide Längsträger hinten beschädigt wurden. Es sei dann ein weiterer mittlerer Anstoß vorn mittig erfolgt, wobei die Anbauteile im Schadensbereich, die Stoßstange, der Scheinwerfer, das Frontblech und die Haube beschädigt wurden.

Die Klägerin hat weiter u. a. eine ärztliche Bescheinigung der Orthopädin Dr. G. vom 26.09.2003 vorgelegt. Darin wird ausgeführt, dass die Klägerin nie mehr beschwerdefrei geworden sei und in regelmäßiger ambulanter Behandlung stehe aufgrund rezidivierender Schulter-Nackenschmerzen, Schmerzen im Verlauf der gesamten Wirbelsäule, Kopfschmerzen, Schwindel sowie Gleichgewichts- und Konzentrationsstörungen. Im ebenfalls vorgelegten Befundbericht des HNO-Arztes Dr. K. vom 26.02.2003 werden die Diagnosen multisensorische neuroorthologische Funktionsstörung, zentrale Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammenthemmung, zentrale Reaktionsenthemmung des ontogenetischen Systems, Tinnitus auris genannt. Der Radiologe Dr. F. berichtete am 13.01.2003 über eine Funktionscomputertomografie des cranio-cervikalen Übergangs. Die Funktions-CT zeige eine Hypomobilität in den Atlanto-Occipital-Gelenken und in den C2/3-Gelenken. Diese Befunde passten zu einer Funktionsstörung einer tiefen, kurzen autochthonen suboccipitalen Muskulatur. Derartige Funktionsstörungen in den Kopf-Hals-Gelenken verursachten in der Regel ein zerviko-encephales-Syndrom. Gehäuft würden solche Funktionsstörungen bei Patienten mit chronifizierten Beschwerden nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung bzw. Distorsion gefunden. Der Radiologe Dr. H. berichtete unter dem 14.10.2002 über eine Positronen-Emissions-Tomografie des ZNS, wobei er auffällige parietale, temporo-occipitale und hochoccipitale Veränderungen in der Cortex festgestellt habe. Insbesondere die occipito-temporalen Veränderungen seien vereinbar mit Befunden, die im Rahmen eines Zustandes nach Distorsionstrauma in der Literatur beschrieben würden.

Das SG hat Beweis erhoben durch das Einholen sachverständiger Zeugenaussagen bei Dr. G. (Auskunft vom 17.05.2004: nicht ausreichend berücksichtigt sei, dass seit dem HWS-Schleudertrauma im Januar 1999 keine aktive und passive Reklination der HWS ausgeführt werde, aus Angst, es träten wieder Schwindelanfälle auf; infolge von Wirbelgelenksblockierungen im Bereich BWK 2-8 bds. komme es bei Rumpfbeugung sehr häufig zur Teilfixierung, die ein Brustengegefühl auslöse. Sie habe die Klägerin schon vier Jahre vor dem Unfall behandelt wegen leichteren Unfällen - Distorsionen vom Sprunggelenk und kurzfristig auftretenden Schulter- und Nackenschmerzen, wobei jedes Mal wieder völlige Beschwerdefreiheit habe erreicht werden können), Dr. G. (Auskunft vom 17.11.2003) und Dr. W. (Auskunft vom 27.10.2003). Wegen des weiteren Inhalts der gemachten Aussagen wird auf Blatt 62-65 und 78 f. der Akten des SG verwiesen.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch das Einholen eines nervenärztlichen Gutachtens beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie-Psychotherapie Dr. H. (Klinikum am W., W.). In seinem zusammen mit der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie J. erstellten Gutachten vom 04.10.2004 hat er ausgeführt, die neurologische Untersuchung sei in allen Teilen regelrecht gewesen. Eine Erkrankung auf neurologischem Fachgebiet liege nicht vor. Es hätten sich rückblickend keine Hinweise für das Auftreten einer Gehirnerschütterung oder Gehirninjury im Zuge des Unfallgeschehens ergeben. Des Weiteren lägen auch keine Hinweise für radikuläre Schädigungszeichen oder Schäden des Rückenmarkes durch die erlittene HWS-Distorsion vor. Aufgrund der geschilderten Beschwerden, den in den Akten vorliegenden Informationen sowie des bei der Exploration und Untersuchung erhobenen psychischen Befundes sei vom Vorliegen einer Neurasthenie auszugehen. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer depressiven Störung im engeren Sinn hätten sich nicht ergeben. Die Kriterien für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne des psychiatrischen Klassifikationssystems ICD 10 seien nicht erfüllt. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Demenz hätten sich nicht ergeben. Abgesehen von den geklagten kognitiven Leistungseinschränkungen hätten sich im Rahmen der Untersuchung keine relevanten Störungen der Konzentration, der Auffassung oder des Durchhaltevermögens gezeigt. Anhaltspunkte für Störungen der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Auch die testpsychologische Zusatzuntersuchung habe keine Einschränkungen der Konzentrations- und Gedächtnisleistung oder der Merkfähigkeit ergeben. Folgen des Arbeitsunfalls vom 13.01.1999 lägen auf nervenärztlichem Gebiet nicht vor. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Unfallfolgen bestehe auf nervenärztlichem Fachgebiet nicht. Die beschriebene Neurasthenie sei keine Folge des Arbeitsunfalles. Dem Gutachten war der Bericht vom 30.09.2004 über die testpsychologische Zusatzuntersuchung des Dipl.-Psychologen S. vom 07.09.2004 beigelegt.

Hiergegen hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 29.07.2005 Einwendungen erhoben. Insoweit wird auf den Schriftsatz vom 29.07.2005 (Bl. 134 ff.) sowie auf die diesem Schriftsatz beigelegte Stellungnahme der Klägerin (insgesamt 13 Seiten, Bl. 141 ff.) verwiesen.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG Beweis erhoben durch das Einholen eines Gutachtens beim Facharzt für Neurologie, spezielle Schmerztherapie und klinische Geriatrie Dr. van S. (Kliniken S., S.). In seinem Gutachten vom 02.02.2006 hat Dr. van S. unter Berücksichtigung eines neuropsychologischen Zusatzgutachtens des Dipl. Psychologen N. vom 13.01.2006 sowie eines

von der Klägerin während der gutachterlichen Untersuchung vorgelegten Berichts der Fachklinik E. vom 13.02.2004 (stationäre Akutbehandlung vom 19.01.2004 bis 16.02.2004 mit der Diagnose chronisches Schmerzsyndrom Stadium 3 nach Gerbershagen) und eines ebenfalls von der Klägerin vorgelegten Berichtes des Radiologen Dr. H. vom 14.10.2002 (Positronen-Emissionstomografie des ZNS vom 10.10.2002) ausgeführt, nach den Angaben der Klägerin sei diese schon Tage vor dem Unfallereignis in der Orthopädischen Praxis Dr. G. behandelt worden wegen Verspannungen der Nacken-Schulter-Region; diese seien nach ihren Angaben durch arbeitsbedingten Stress und Überstunden ausgelöst worden. Nachdem sie am Unfalltag keinen Termin bekommen habe, habe sie sich am Tag nach dem Unfall erneut dort vorgestellt, es sei eine Halskrause verordnet und eine Röntgenuntersuchung durchgeführt worden. Einen Tag später seien stärkere Schmerzen in der Kopf-Nacken-Schulter-Region aufgetreten. Bei der Klägerin lägen jetzt keine Folgen des Arbeitsunfalles vom 13.01.1999 mehr vor. Sie beklage aktuell eine Vielzahl von Beschwerden, die an mehreren Lokalisationen auftretende Schmerzen, vegetative Beschwerden verschiedener Ausprägung und kognitive Hirnleistungssymptome umfassten. Die Beschwerden stellten sich subjektiv als sehr belastend dar und beschränkten die Leistungsfähigkeit in der derzeit ausgeübten Berufstätigkeit, aber auch im Freizeitverhalten der Patientin. Die aktuell bestehenden funktionellen Einschränkungen seien allesamt auf die unfallunabhängig bestehende undifferenzierte Somatisierungsstörung, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Neurasthenie der Patientin zurückzuführen. Eine Abgrenzung zwischen unfallabhängigen und unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen sei anhand der vorliegenden Arztberichte, der ausführlichen Anamnese und der Zusatzdiagnostik vorgenommen worden. Danach habe die Klägerin am 13.01.1999 eine HWS-Beschleunigungsverletzung mit HWS-Dorsion Schweregrad 2 nach Erdmann erlitten. In der Kausalkette bestünden zwei unsichere Punkte. Zum einen fehle ein verkehrstechnisches Sachverständigengutachten. Dadurch liege dem Gutachter keine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung und daran anknüpfend eine als wahrscheinlich anzunehmende Einstufung der gesundheitlichen Gefährdung durch das Unfallereignis vor. Für die gutachterliche Einschätzung werde im Weiteren von einer den vorliegenden Anknüpfungstatsachen am ehesten entsprechenden kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von 14 bis 20 km pro Stunde ausgegangen, entsprechend einer möglichen gesundheitlichen Gefährdung. Die Annahme des Gutachters habe sich dabei auf das Fahrzeuggutachten des Ingenieurbüro Gaul ohne Angabe einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung und die anamnestischen Angaben zusammen mit dem klinischen Befunden gestützt. Ein weiterer unklarer Punkt sei die vom Radiologen Dr. U. beschriebene knöcherne Verletzung im Sinne der Infraktion im Sinne der Halswirbelkörper HWK3, HWK4 und HWK5. Nach gründlicher Überprüfung der originalen Röntgenfilme und nach Bewertung des klinischen Ablaufes des Unfallereignisses und der bestehenden klinisch neurologischen Zeichen komme er sicher zu dem Ergebnis, dass es sich bei der radiologischen Diagnose um eine Fehldiagnose handeln müsse. Seine gutachterliche Einschätzung werde geteilt durch das unfallchirurgische Gutachten von Prof. Dr. D. und Dr. D. Er gehe daher nicht von dem Vorliegen einer unfallbedingten knöchernen Verletzung der Halswirbelkörper HWK3, HWK4 und HWK5 aus. Ebenso gehe er, belegt durch die vorgelegten Computertomografie- und Kernspintomografieaufnahmen, von keiner substantiellen Verletzung von Gehirn und Rückenmark aus. Die Klägerin habe eine HWS-Beschleunigungsverletzung erlitten mit Entwicklung eines Schmerzsyndroms, vegetativen Syndroms, neurasthenischen Syndroms und depressiven Syndroms, wie es in der Literatur einschlägig berichtet werde. Sie habe jedoch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine commotio cerebri erlitten (Gehirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit und möglicher substantieller Hirnschädigung). Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mit 100%iger Erwerbsminderung sei bis zur Untersuchung bei Dr. T., Bericht vom 22.04.1999, wonach die neurologischen Symptome praktisch sämtlich abgeklungen gewesen seien, anzunehmen. Über den 21.04.1999 hinaus habe die Klägerin unter Schmerzsymptomen, vegetativen Neurasthenien und depressiven Symptomen gelitten, weshalb nach fester Überzeugung des Sachverständigen dabei von einer psychoreaktiven, ängstlich depressiven Anpassungsstörung zumindest als wesentliche Teilursache der Beschwerden unfallabhängig auszugehen sei. Entsprechend den gutachterlichen Leitlinien schätze er eine 20%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit ab dem 22.04.1999 bis zum Zeitpunkt des Wiedereinsetzens der vollen Arbeitsfähigkeit im Frühjahr 2000. Den Akten sei nicht zu entnehmen gewesen, wann die Patientin nach Beginn ihrer zweiten stufenweisen Wiedereingliederung im Frühjahr 2000 ihren Beruf wieder voll ausgeübt habe. Mit Beginn der vollen Arbeitsfähigkeit im Frühjahr 2000 sei auch das Ende der unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit anzunehmen. In der Zeit ab 22.04.1999 habe sich bei der Patientin ohne Zweifel und unfallunabhängig eine neurotische Störung im Sinne einer Somatisierungsstörung entwickelt. Aufgrund der aktuellen Anamnese und Befunderhebung, aber auch der vorliegenden Arztberichte und Vorbegutachtung sei eine Diagnosestellung nach dem Diagnoseschlüssel ICD-10 einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Neurasthenie plausibel und medizinisch anzunehmen. Hinsichtlich dieser psychiatrischen Diagnosen sei der Unfall als Gelegenheitsursache zu bewerten. Nach Wiedereinsetzen der vollen Arbeitsfähigkeit im Frühjahr 2000 seien die von der Patientin beklagten Beschwerden und resultierenden Funktionsstörungen überwiegend auf die unfallunabhängige neurotische Störung bzw. Somatisierungsstörung zurückzuführen.

Die Klägerin hat einen Bericht des Allgemeinarztes Dr. B. über eine quantitative und konventionelle EEG-Analyse vom 17.03.2006 vorgelegt. Dieser beschrieb Hirnschäden mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung sowie Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen, Sehstörungen mit Akkomodationsproblemen und Doppelsehen und hielt einen GdB/MdE von 90 für gerechtfertigt. Außerdem hat das Gericht den Entlassungsbericht des F.krankenhauses vom 30.11.2006 über eine stationäre und teilstationäre Behandlung vom 13.06. bis 16.11.2006 (Diagnosen: schwere depressive Episode, Somatisierungsstörung, chronisches HWS-Syndrom bei Zustand nach HWS-Dorsion 1999, Verdacht auf gemischte Persönlichkeitsstörung) beigegeben. Es liegen weiter Berichte des Diakonieklinikums S. vom 14.10.2005 und der Orthopädin Dr. G. vom 13.12.2004 an das Versorgungsamt S. vor.

Mit Urteil vom 16.01.2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Versicherungsfalles vom 13.01.1999. Zur Begründung hat das SG sich den medizinischen Bewertungen von Prof. Dr. Dr. M., Prof. Dr. D. und Dr. H. angeschlossen. Dem Gutachten von Dr. van S. sei insoweit nicht zu folgen, als dieser von einer Halswirbelsäulendistorsion zweiten Grades ausgegangen sei. Hierfür bestünden nach den Computertomografiebefunden keine Hinweise. Soweit der Sachverständige von einer MdE von 100 v.H. und danach von 20 v.H. bis zum Frühjahr 2000, bis zum Beginn der Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, entspreche dies dem Ausmaß, in dem die Beklagte bereits tatsächlich geleistet habe. So sei das Verletztengeld bis 16.01.2000 gezahlt worden, sodass selbst unter Zugrundelegung der Maßstäbe von Dr. van S. kein Anspruch der Klägerin bestehe. Auch nach dem Gutachten von Dr. van S. bestehe kein Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente über den 16.01.2000 hinaus.

Gegen das ihr am 26.03.2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 23.04.2007 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und ihr Begehren auf Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Unfalls vom 13.01.1999 weiterverfolgt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, der Beklagtenvortrag stütze sich im Wesentlichen auf den beratungsärztlichen Bericht von Prof. Dr. Dr. M. vom 07.12.1999 (BG-Klinik T.); dieser sei auch den weiteren Gutachtern vorgelegt worden. Sie habe jedoch nichts davon gewusst, dass der im Feststellungsverfahren angeforderte Beratungsbericht als Gutachten, insbesondere als Zusammenhangsgutachten, geplant und später verwertet werde, sofern sie dem nicht widerspreche. Hierüber hätte sie belehrt werden müssen. In diesem Falle hätte sie von ihrem

Widerspruchsrecht nach [§ 76](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) Gebrauch gemacht. Sie hätte schon vor der Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. M. über die beabsichtigte Erstellung, über den konkreten oder potentiellen Verwendungszweck und die Adressierung informiert und über ihre Rechte belehrt werden müssen. Sie sei stattdessen vor vollendete Tatsachen gestellt worden. Dieses Vorgehen verstoße gegen [§ 200 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Dass Prof. Dr. Dr. M. als Konsiliararzt tätig geworden sei, ändere daran nichts, da er auch dann als Dritter anzusehen sei. Prof. Dr. Dr. M. habe auch aufgrund eigener Untersuchung ein Gutachten i.S.v. [§ 200 SGB VII](#) erstellt und an die Beklagte übersandt, auch wenn dieses nicht als solches bezeichnet worden war. Das "Gutachten" sei daher als solches unverwertbar. Eine Einverständniserklärung zur Verwendung als "Gutachten" könne auch nicht deswegen unterstellt werden, weil sich ihr früherer Prozessbevollmächtigter, Rechtsanwalt B., seinerzeit auf eine inhaltliche Kritik am Bericht von Prof. Dr. Dr. M. eingelassen und der Weitergabe an den Verwaltungsgutachter Prof. Dr. D. zugestimmt habe. Denn sie habe sich wegen des Schreibens der Beklagten vom 15.05.2000, es werde um Mitteilung gebeten, wie denn - für den Fall, dass die Klägerin mit der Weitergabe der ärztlichen Unterlagen an den von ihr ausgewählten Gutachter Dr. D. nicht einverstanden sein sollte - Prof. Dr. D. über die erlittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen in Kenntnis" gesetzt werden solle, durch die Alternative eines Ablehnungsbescheids unter Druck gesetzt gefühlt, weshalb sie sich irtümlich genötigt gesehen habe, den Bericht inhaltlich zu kritisieren, anstatt dessen Weitergabe rundweg abzulehnen. Durch die Vorlage als Gutachten an die weiteren Gutachter und Zeugen sei es irreführend und geeignet, diese zu beeinflussen. Auch deren Folgegutachten seien dadurch "infiert". Das "Gutachten" von Prof. Dr. Dr. M. sei daher nach der Rechtsprechung zu löschen, ebenso alle weiteren Gutachten, die sich hierauf bezögen.

Sie sei darüber hinaus vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen und habe sich erst am Tag danach, also am 14.01.1999 wegen Nacken- und Kopfschmerzen zum Hausarzt Dr. G. begeben. Insbesondere stützten die Berichte der sie vor dem Unfall behandelnden Ärzte die Klage. Denn es habe vor dem Unfall keine Befunde oder Behandlungen namentlich über HWS-Beschwerden gegeben, die die "harten", insbesondere radiologischen und orthopädischen Befunde von 1999 bis jetzt als vorbestehend erkennen ließen. Die unmittelbare Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung nach dem Unfall beweise die Primärverletzung sowie den primär unfallverursachten erheblichen Schmerzens- und Leidensdruck und spreche gegen eine unfallunabhängige anspruchneurotische Entwicklung. Es gebe auch keinen wissenschaftlich begründeten Erfahrungssatz des Inhalts, dass die ärztlich festgestellten und seit dem Unfall behandelten Folgen etwa durch ein neurasthenisches oder psychoneurotisches oder auf andere Art psychisch vermitteltes Fehlverhalten der Klägerin ausgelöst oder etwa simuliert werden könnten. Für eine unfallbedingte Verursachung der HWS-Beschwerden spreche auch das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten von Prof. Dr. C. vom 15.04.2009, der die Befunde von Dr. U. im Bericht vom 02.02.1999 bestätige.

Zur weiteren Begründung hat die Klägerin diverse ärztliche Befundberichte und Stellungnahmen vorgelegt (u.a. Dr. G., Bescheinigung vom 26.09.2003, Befundbericht vom 18.06.1999; Dr. V., Befundbericht vom 02.11.2007: Zunehmende Insuffizienz der Kopf-Hals-Achse, die nach Patientenanamnese mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen vom 13.01.1999 zurückzuführen sei; Dr. B., Befundberichte vom 14.12.2007 und 03.03.2008: Schwere Hirnleistungsminderung, Halbseitenlähmung links, motorisch und sensibel, Polyneuropathie, chronische Depression; arbeitsmedizinische Einschätzung des Dr. K. (Betriebsärztlicher Dienst, I.) vom 26.05.2008; Bericht der Fachklinik E. vom 26.02.2004 über einen stationären Aufenthalt im interdisziplinären Schmerzzentrum, Diagnose u.a.: chronisches Schmerzsyndrom Stadium 3 (R 52.2) nach Gerbershagen; Befundbericht Dres. W. und B., Diakonie-Klinikum S. vom 14.10.2005, Diagnose: Zustand nach Schleudertrauma der HWS; Befundbericht Dres. C. und S., Universitätsklinikum U. vom 04.08.2008, Diagnosen: Chronisches HWS-, BWS- und LWS-Syndrom, depressiver Erschöpfungszustand, psychosomatisches Schmerzsyndrom; Befundbericht Prof. Dr. W., Universitätsklinikum M., vom 18.07.2008, Diagnosen: Cephalgien und Vertigo bei Zervikal-Syndrom und kranio-mandibulärer Dysfunktion). Hierauf wird wegen der weiteren Einzelheiten Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 26. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. August 2002 zu verurteilen, ihr Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil und hat ergänzend vorgetragen, der Bericht von Prof. Dr. Dr. M. vom 07.12.1999 über eine konsiliarärztliche Untersuchung der Klägerin am 06.12.1999 sei verwertbar. Ein Verstoß gegen [§ 200 SGB VII](#) liege nicht vor. Die Beklagte habe Prof. Dr. Dr. M. weder einen Gutachtensauftrag erteilt noch eine ärztliche Äußerung von diesem eingeholt. Dieser sei also weder im Auftrag noch in sonstiger Weise für die Beklagte tätig geworden. Bis zum Zugang seines Berichts bei der Beklagten (am 13.12.1999) sei ihr nicht einmal bekannt gewesen, dass dieser tätig geworden sei. Ein irgendwie geartetes Auftragsverhältnis zwischen ihr und Prof. Dr. Dr. M. habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Dieser sei auch nie in einem wirtschaftlichen oder sonstigen Abhängigkeitsverhältnis zur Beklagten, etwa als fachärztlicher Berater, gestanden. Prof. Dr. Dr. M. sei vielmehr als Konsiliar für die Ärzte in der BG Unfallklinik T. tätig geworden im Rahmen eines dortigen, von der Beklagten zuerkannten Heilverfahrens (12.11. bis 10.12.1999). Auf diese Tätigkeit sei [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) nicht anwendbar. Die von der Klägerin angegebenen Rechtsprechungsnachweise seien daher mit der vorliegenden Konstellation nicht vergleichbar. Es liege auch kein Gehörsverstoß zu Lasten der Klägerin vor, da sich diese im Verfahren auch zu der Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. M., die ihr seit 30.12.1999 bekannt gewesen sei, äußern konnte und dies auch getan habe. Es sei auch nicht zutreffend, dass die Beklagte im Schreiben vom 15.05.2000 Druck auf die Klägerin ausgeübt habe und die Alternative eines Ablehnungsbescheides erwogen habe. Der damalige Rechtsvertreter der Klägerin habe dies im Schreiben vom 21.07.2000 auch nicht zum Ausdruck gebracht, sondern erklärt, dass seine "Mandantin. prinzipiell damit einverstanden ist, dass der Gutachtensauftrag bei Prof. Dr. D. erteilt wird". Allerdings solle dem Gutachter dieses Schreiben mit den nachfolgenden Anmerkungen und Anlagen ebenfalls zur Verfügung gestellt werden. Dieses Schreiben sei eindeutig. Bei lebensnaher Betrachtung sei nicht erkennbar, wie anders als im Sinne einer die Übermittlung aller bis zum 21.07.2000 vorliegenden begutachtungsrelevanten Unterlagen an den Gutachter erlaubenden Einverständniserklärung diese Rückmeldung auszulegen sein könnte.

Erst Recht folge daraus keine Unverwertbarkeit der Gutachten von Prof. Dr. D., Dr. H. und Dr. van S. Es sei durch nichts belegt, dass die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. M. meinungsbildende Funktion für die nachfolgenden Gutachter gehabt oder diese beeinflusst habe. Keines

dieser Gutachten beruhe in wesentlicher Weise auf der Beurteilung von Prof. Dr. Dr. M ... Alle Gutachter hätten sich darauf beschränkt, dessen Bericht als Teil des Akteninhalts zu nennen. Die Beurteilungen der Gutachter zeigten auch, dass deren Voten auf jeweils eigenen Untersuchungsergebnissen beruhten. Es spreche nichts dafür, dass die Gutachter ohne Kenntnis des Berichts von Prof. Dr. Dr. M. zu anderen Ergebnissen gelangt wären. Ein Beweisverwertungsverbot bestehe somit schon nicht in Bezug auf den Bericht von Prof. Dr. Dr. M. und erst Recht nicht in Bezug auf die im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren eingeholten Gutachten. Was die gesundheitlichen Beschwerden der Klägerin anbelange, sei anhand des Vorerkrankungsverzeichnisses und der Vorbefunde und Krankheitsbilder dokumentiert, dass bei ihr auch im Bereich der Halswirbelsäule Vorerkrankungen bestanden hätten. So weise der Befundbericht von Dr. B. vom 16.09.2008 auf Beschwerden und Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule schon im Jahr 1996 hin. Dieser beschreibe eine "vielfältige Druckempfindlichkeit der gesamten Wirbelsäule. Die Schmerzangaben wechselten häufig in der Lokalisation und Intensität". Diese hätten sich also offensichtlich auf die gesamte Wirbelsäule der Klägerin erstreckt. Auch aus dem Jahr 1997 berichte Dr. B. über mehrfache Behandlungen der Klägerin "wegen Wirbelsäulenbeschwerden". Ausweislich des Berichts des F.krankenhauses über den dortigen stationären Aufenthalt vom 13.06. bis 16.11.2006 habe die Klägerin dort angegeben, "auch vor dem Unfall. schon Probleme mit dem Hals" gehabt zu haben. Entsprechende Angaben der Klägerin seien im Gutachten von Dr. van S. wiedergegeben, wonach diese schon Tage vor dem Unfallereignis wegen Verspannungen der Nacken-Schulter-Region von Dr. G. behandelt worden sei. Ebenso seien bei der Klägerin anhand des Vorerkrankungsverzeichnisses Beschwerden in Form von Kopfschmerzen und Sehstörungen dokumentiert, außerdem habe eine psychosomatische bzw. depressive Grunderkrankung schon vor dem Unfall bestanden. Auch der Bericht von Dr. U. über ein Schädel-Hals-CT vom 02.02.1999 lasse nicht mit Sicherheit auf ein knöchernes Trauma im Zusammenhang mit dem Unfall vom 13.01.1999 schließen. Dieser beschreibe eine zarte Infraktionslinie am HWK 4, die auf ein knöchernes Trauma schließen lasse, dessen Erstmanifestation er auf "z.B. in den letzten 2-3 Wochen" schätzt. Aufgrund dieser kursorischen Einschätzung komme sicher nicht nur das Ereignis vom 13.01.1999 als Ursache in Betracht. Es scheine einiges dafür zu sprechen, dass ein solcher Zusammenhang gerade nicht in Betracht kommt. Denn sowohl im Zeitpunkt der Heck- als auch im Zeitpunkt der Frontkollision seien Krafteinwirkungen allein auf die obere HWS zu erwarten. Deshalb komme es zu Scherbewegungen allein im Bereich der HWK C0 bis C2 (unter Hinweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, 7. Aufl., S. 552 f.). Mit der Einschränkung, dass die Nackenstütze der Klägerin eine Scherbewegung der Halswirbelsäule nach hinten verhindert haben dürfte, sei nicht erkennbar, dass und aus welchen Gründen etwa bei der Klägerin Krafteinwirkungen auf tiefer gelegene HWK - und insbesondere gerade auf den vierten - anzunehmen sein sollten. Dies umso mehr, als es im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13.01.1999 keinerlei Hinweise auf eine Schädigung des den vierten HWK umgebenden Kapsel-Band-Apparats gebe. Am Tag nach dem Unfallereignis habe sich die Klägerin zwar bei Dr. G. vorgestellt. In der Zeit vom 15.01. bis 31.01.1999 sei eine ärztliche Behandlung aber nicht dokumentiert. Erst wieder ab dem 01.02.1999 lägen Informationen vor, als sich die Klägerin bei Dr. R. vorstellte. Bei der Fülle von Krankheitssymptomen, die die Klägerin in der Folgezeit bei verschiedenen Ärzten (Dr. T. vom 22.04.2009: "seit 15.01.1999 starke Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Doppelbilder, Nystagmus sowie Feinmotorik- und Koordinationsstörungen") angegeben habe, hätte sie sich aber bereits früher in entsprechende Behandlung begeben. Und nach dem 22.04.1999 sei erst wieder am 01.06.1999 die Rede von "Sehstörungen, Fokussierungsstörungen", als sich die Klägerin beim Betriebsarzt Dr. K. vorstellte. Der Nachweis eines strukturellen Schadens infolge des Unfalls vom 13.01.1999 sei damit - über die Distorsion der Halswirbelsäule hinaus - nicht gelungen. Daran hätten auch spätere Befunde nichts zu ändern vermocht, wie der des Neurologen Dr. V. vom 02.11.2007, der Instabilitätszeichen im Funktionsverhalten des Kopf-Gelenksverbands festgestellt habe und für den als Ursache für die Befunde "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das PKW-Unfallgeschehen mit Kopffrotationstrauma vom 13.01.1999" in Frage komme "mit jetzt zunehmender Insuffizienz der Kopf-Hals-Achse", zumal es keine Hinweise gebe für eine Rotationsbeschleunigung des Kopfes und damit auch nicht für ein Kopffrotationstrauma. Zudem habe bei der Klägerin schon prätraumatisch eine Hyperflexie der Wirbelsäule bestanden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte (Dr. A., Auskunft vom 12.09.2008, Dr. B., Auskunft vom 16.09.2008: seit 1995-13.01.1999 über Beschwerden geklagt, die eindeutig auf eine psychosomatische bzw. depressive Grunderkrankung hindeuteten; multiple körperliche Beschwerden und Ausdruck einer Somatisierung seelischer Probleme; über Erkrankung der Halswirbelsäule wurde nicht berichtet; Dr. K., Auskunft vom 16.09.2008; Dr. J., Auskunft vom 30.09.2008: Psychotherapie im Juli 1995 wegen Wechsel ins Ausland in stabilem Zustand abgeschlossen; Dr. R./Dr. Z., Auskunft vom 22.10.2008: psychotherapeutische Behandlung wegen Angstneurose zwischen Mai 1991 und Sommerquartal 1995, keine Erkrankung der HWS; Dr. Grunert, Auskunft vom 12.09.2008).

Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung eines radiologischen Gutachtens (nach Aktenlage) bei Prof. Dr. C. (Radiologische Universitätsklinik, T.). Dieser führt im Gutachten vom 15.04.2009 aus, dem primären Befundbericht von Dr. U. vom 02.02.1999 sei im Großen und Ganzen zuzustimmen. Insbesondere hinsichtlich des Hauptbefundes der unfallbedingten Infraktur des HWK 4 sei der initialen Diagnose von Dr. U. zuzustimmen. Die weiteren beschriebenen, möglicherweise pathologischen Veränderungen der HWK 3 und 5 seien am ehesten Nutritionskanälchen (physiologisch) zuzuordnen. Für den kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der oben beschriebenen Fissur/Infraktionslinie spreche die auch im Vorbefund beschriebene Verdichtung der Corticalis im Sinne einer reparativen Knochenneubildung. Die Streckhaltung der HWS sei am ehesten posttraumatisch schonhaltungsbedingt und gehe nicht mit einer traumabedingten Subluxationsstellung in den kleinen Wirbelgelenken oder einer Einengung des Spinalkanals einher.

Der Senat hat außerdem Beweis erhoben durch Einholung eines verkehrstechnischen Gutachtens zur Ermittlung der Kollisionsgeschwindigkeit und der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung bzw. Insassenbelastung bei Ing. grad Sinn, Ingenieurbüro für Kraftfahrzeugwesen, S. Im Gutachten vom 14.10.2009 wird ausgeführt, ausgehend von den Angaben der Klägerin, wonach ihr Fahrzeug (PKW Opel Corsa B) vor dem Anstoß von hinten gestanden habe, sei anhand des Schadensbilds an ihrem Fahrzeug von einer Aufprallgeschwindigkeit des auffahrenden PKW Audi 80 von ca. 30 bis 35 km/h auszugehen. Hieraus errechne sich unter Berücksichtigung eines mittleren Stoßfaktors (k-Faktor) von 0,15 bis 0,3 für den PKW der Klägerin eine Geschwindigkeitsänderung von ca. 18 bis max. 24 km/h. Hierbei werde davon ausgegangen, dass die Stoßkraft in etwa längsachsenparallel eingewirkt habe und die Kopfbewegung der Klägerin in der Rotation nach hinten ebenso wie beim Rebound weitgehend längsachsenparallel abgelaufen sei. Dabei werde vom "Normalfall", also einer korrekten Sitzposition, einer korrekten Rückenlehne und einer korrekten Kopfstützeinstellung ausgegangen. Eine Out-of-Position-Situation könne ebenso wie bei einer Resonanz-Bewegung durch Heck- und Frontanstoß zu einer höheren Insassenbelastung führen. Auf die Angaben der Klägerin, der Kopf sei nach links gedreht gewesen, werde hingewiesen. Wenn die Stöße (Heck- und Frontalkollision) in einer kürzeren Zeitspanne als ca. 0,5 sec. erfolgten, könnten sich Resonanzbewegungen des Insassen ergeben, die schon bei geringeren Werten zur HWS-Belastung führen könnten. Die auf einen Insassen einwirkenden Fahrzeugbeschleunigungen/Verzögerungen könnten als Kopfbeschleunigung in etwa doppelt so hoch sein.

Unter dem 13.01.2010 hat der Senat eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme beim Sachverständigen Sinn zur Mindestanstoßgeschwindigkeit und der Mindestgeschwindigkeitsänderung, zur Berücksichtigung der Fahrzeugmassen bei der Berechnung, sowie dazu eingeholt, wodurch er eine Rotationsbeschleunigung des Kopfes für bewiesen ansehe. Hierzu hat der Sachverständigen in der ergänzenden Stellungnahme vom 09.04.2010 angegeben, die im Gutachten angegebene Aufprallgeschwindigkeit des PKW Audi 80 sei toleranzbehaftet; die beanstandete Benutzung der Circa-Formulierung sei dahingehend zu präzisieren, dass diese aus technischer Sicht mindestens 30 km/h betragen habe. Jeder Stoßbewegung müssten Fahrzeugmassen zugrunde gelegt werden. Ausgehend von einem - aus Internet-Anzeigen über angebotene Vergleichsfahrzeuge entnommenen - Leergewicht des Fahrzeugs der Klägerin von 982 kg (und einem Eigengewicht des auffahrenden PKW Audi 80 von 1.066,5 kg) ergebe sich eine stoßbedingte Geschwindigkeitsänderung zu mindestens 18 km/h. Eine Beschleunigung des Kopfes mit Rotation und Flexion ergebe sich aus der Stoßmechanik. Eine Out-of-Position-Situation der Klägerin könne aus technischer Sicht nicht nachgewiesen werden. Nach den Angaben der Klägerin könnte eine solche Situation aber vorgelegen haben. Die interdisziplinär diskutierte Harmlosigkeitsgrenze einer Geschwindigkeitsänderung (v-Wert) von 10-15 km/h gehe vom sog. "Normalfall" aus. Dieser Normalfall beinhalte u.a. eine korrekte Sitzposition, korrekte Einstellung der Nackenstütze und einen korrekt angelegten Sicherheitsgurt. Abweichungen hiervon könnten das Verletzungsrisiko erhöhen. Allerdings könne ein- und derselbe (Harmlosigkeits-) v-Wert nie in gleichem Maße für einen kräftigen Mann und eine grazile Frau mit vorhandenen Veränderungen an der Halswirbelsäule gelten.

Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme zu den im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten. Wegen der Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten und des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten und der Gerichtsakten verwiesen.

Der Senat hat ferner die Akten der Deutschen Rentenversicherung Bund beigezogen. Danach bezieht die Klägerin seit dem 01.04.2008 (Bescheid vom 19.05.2010) eine Rente wegen voller Erwerbsminderung (Rentenhöhe ab 01.01.2012: 907,26 EUR mtl.) bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (31.03.2024).

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Die Klägerin hat am 13.01.1999 einen solchen Unfall in Form eines Wegeunfalls mit ihrem PKW auf der Fahrt von der Arbeitsstelle zu ihrer Wohnung erlitten.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls (Arbeitsunfall) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): 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.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und ihrer Berücksichtigung bei der Bemessung der MdE ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Auf Grund 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 anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und juris).

Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 09.05.2006 nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn.

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind 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 (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder 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 geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum (vgl. etwa Mehrhoff/Muhr, Unfallbegutachtung; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit) herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb 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 (BSG Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - (juris)).

Hat ein Arbeitsunfall Schäden an mehreren Körperteilen oder/und Funktionssystemen hinterlassen, so ist die MdE im Ganzen zu würdigen. Eine schematische Zusammenrechnung der für die einzelnen Leiden in Ansatz gebrachten Sätze darf nicht erfolgen. Die Gesamt-MdE ist deshalb nicht rechnerisch aus einzelnen MdE-Graden zu ermitteln, sondern auf einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens der verschiedenen Minderungen zu bemessen (BSG, Urteil vom 24.11.1988 - [2 BU 139/88](#) - (juris)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist aufgrund des hier unstreitig vorliegenden und von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalles vom 13.01.1999 keine MdE von wenigstens 20 v.H. begründet.

Der Senat stützt sich insoweit auf das im Verwaltungsverfahren eingeholte, urkundsbeweislich verwertbare Gutachten von Prof. Dr. D. und Dr. D., die Sachverständigengutachten von Dr. H. und Dr. van S., sowie die ärztlichen Berichte und Stellungnahmen von Dr. T. (22.04.1999), Prof. Dr. W., Dr. V. und Dr. E. (18.10.1999), Prof. Dr. W., Dr. S. und Dr. F. (17.12.1999). Dres. M. und W. (22.11.1999) und Prof. Dr. Dr. M. (07.12.1999).

Diese Beweismittel sind verwertbar. Entgegen der Auffassung der Klägerin unterliegen weder der neurologische Befundbericht von Prof. Dr. Dr. M. vom 7.12.1999 noch die ärztlichen Äußerungen und Gutachten, die zeitlich nach bzw. in Kenntnis der Ausführungen von Prof. Dr. Dr. M. erstellt wurden, einem Beweisverwertungsverbot. Denn die Beklagte hat weder die Pflicht zur Belehrung über das Widerspruchsrecht ([§ 200 Abs. 2 Halbs. 2 SGB VI](#)) noch das Auswahlrecht der Klägerin ([§ 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII](#)) verletzt.

Die Verletzung der Pflicht zur Belehrung über das Widerspruchsrecht nach [§ 200 Abs. 2 Halbs. 2 SGB VII](#) i.V.m. [§ 76 Abs. 2 SGB X](#) kann ein Beweisverwertungsverbot auslösen (BSG, Urteil vom 05.02.2008 - [B 2 U 8/07 R](#) - [BSGE 100, 25 = SozR 4-2700 § 200 Nr. 1](#), Rdnr 50 f.), wobei fraglich ist, ob die Verletzung datenschutzrechtlicher Regelungen ggf. nur zum Verbot der Verwertung des rechtswidrig erhobenen Beweismittels führt, oder ob ein etwaiges Beweisverwertungsverbot - kraft Fernwirkung - sogar auf später erhobene Beweismittel durchschlägt, die auf das unter Verletzung von Datenschutz- oder Verfahrensrechten eingeholte Gutachten Bezug nehmen (so BSG, Urteil vom 05.02.2008 - [B 2 U 8/07 R](#) - [BSGE 100, 25 = SozR 4-2700 § 200 Nr. 1](#); offengelassen in BSG, Urteil vom 18.01.2011 - [B 2 U 5/10 R](#) - SozR 4-2700 § 200 Nr. 3).

Die Frage einer etwaigen "Fernwirkung" eines Beweisverwertungsverbots stellt sich vorliegend indessen zur Überzeugung des Senats nicht, da sich ein solches schon nicht in Bezug auf den Befundbericht von Prof. Dr. Dr. M. vom 07.12.1999 ergibt und damit erst Recht nicht für die zeitlich nachfolgenden Berichte und Gutachten. Auswahl- und Widerspruchsrecht des Betroffenen beziehen sich nach dem Tatbestand des [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) (nur) auf ärztliche "Gutachten". Auf andere ärztliche Stellungnahmen ist die Regelung nicht anwendbar. Jeder Beteiligte ist nach dem SGG vielmehr berechtigt, sein Vorbringen auch auf Äußerungen von Beratungsärzten, Hausärzten oder behandelnde Fachärzte zu stützen (BSG, Urteil vom 18.01.2011, [a.a.O.](#) Rdnr. 38). Ein Gutachten in diesem Sinne liegt vor, wenn ein solches angefordert oder ausweislich seiner Selbstbezeichnung "Gutachten" erstellt und übersandt oder abgerechnet wurde (BSG, Urteil vom 05.02.2008, [a.a.O.](#)), aber auch, wenn vornehmlich eine eigenständige Bewertung der verfahrensentscheidenden Tatsachen zum Beispiel des umstrittenen Ursachenzusammenhangs erfolgt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 28.10.2011 - [L 8 U 5734/10](#) -; LSG Hessen, Urteil vom 23.03.2012 - [L 9 U 27/11](#) - (jeweils juris)). Hiernach hat Prof. Dr. Dr. M. - formal betrachtet - kein Gutachten erstellt. Denn die Beklagte hat ihn weder zum Sachverständigen bestellt noch dessen fachliche Bewertung in anderer Weise eigeninitiativ eingeholt (vgl. BSG, Urteil vom 18.01.2011, [a.a.O.](#) Rdnr. 38), wie dies der Tatbestand des [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) durch das Abstellen auf die "Erteilung" eines Gutachtensauftrages durch den Unfallversicherungsträger verlangt. Prof. Dr. Dr. M. wurde vielmehr von den behandelnden Ärzten der BG Unfallklinik T., wo sich die Klägerin zu der Zeit während eines Heilverfahrens aufhielt, konsiliarisch zugezogen und erstattete diesen und der Beklagten seinen neurologischen Befundbericht, den er anschließend auch als solchen abrechnete. Dieser Ablauf kann nicht mit der Erteilung eines Gutachtensauftrages durch den Unfallversicherungsträger gleichgesetzt werden. Etwas anderes würde auch dann nicht gelten, wenn man den ausführlichen, auf einer persönlichen Untersuchung der Klägerin basierenden und den Ursachenzusammenhang eigenständig bewertenden Befundbericht von Prof. Dr. Dr. M. materiell als Gutachten ansehen würde. Denn auch dann würde es aufgrund des geschilderten Ablaufs tatbestandlich an der "Erteilung" eines Gutachtensauftrages durch die Beklagte fehlen, die Prof. Dr. Dr. M. weder beauftragt noch dessen Tätigwerden in anderer Weise aktiv veranlasst hat. Eine Zurechnung des Verhaltens der behandelnden Ärzte der BG-Klinik scheidet insoweit aus. Ein Verletzung des Auswahl- und Widerspruchsrechts des Klägerin liegt damit nicht vor.

Unabhängig hiervon wäre eine - insoweit unterstellte - Verletzung des Auswahl- und Widerspruchsrechts der Klägerin jedenfalls mit Abschluss des Verwaltungsverfahrens unbeachtlich geworden. Das Auswahlrecht des [§ 200 Abs. 2 SGB Halbs. 1 VII](#) ist rein verwaltungsverfahrenrechtlicher Natur. Es bezweckt ausschließlich, im jeweiligen Verwaltungsverfahren einen inhaltlich richtigen und für den Versicherten akzeptablen verfahrensabschließenden Verwaltungsakt vorzubereiten. Eine Verletzung des Auswahlrechts kann grundsätzlich nur bis zum Abschluss des jeweiligen Verwaltungsverfahrens vom Unfallversicherungsträger gerügt werden. Deshalb wird die Verletzung, auch wenn sie ungeheilt bleibt, mit dem Abschluss des Verwaltungsverfahrens grundsätzlich unbeachtlich. Dies gilt nur dann

nicht, wenn der Bürger ausnahmsweise die Verletzung seines Auswahlrechts vor dem Erlass des abschließenden Verwaltungsakts nicht erkennen konnte, also keine Möglichkeit zur Rechtsverteidigung hatte, oder wenn der Träger das Auswahlrecht trotz einer rechtzeitigen Rüge des Bürgers nicht als verletzt ansieht und keine Heilung veranlasst. Dann kann der Bürger den Mangel auch noch im Widerspruchsverfahren geltend machen (BSG, Urteil vom 20.07.2010 - [B 2 U 17/09 R](#) - SozR 4-2700 § 200 Nr. 2).

Nach diesen Grundsätzen ist ein Rügeverlust der Klägerin mit Abschluss des Verfahrens dadurch eingetreten, dass sie in ihr zurechenbarer Weise der Weitergabe der ärztlichen Unterlagen an den (Verwaltungs-) Gutachter zugestimmt hatte. Die Klägerin hatte auf das Schreiben der Beklagten vom 15.02.2000, in welchem ihr drei Gutachter, darunter Prof. Dr. D., zur Auswahl vorgeschlagen worden waren und ihr unter Hinweis auf ihr Widerspruchsrecht zugleich mitgeteilt worden war, dass beabsichtigt sei, dem (ausgewählten) Gutachter die Unterlagen der Beklagten über die bisherigen Feststellungen zur Verfügung stellen, der Übermittlung der Unterlagen an den Gutachter Prof. Dr. D. - mit dem sie einverstanden war - zwar mit Schreiben vom 02.03.2000 zunächst widersprochen. Auf die Mitteilung der Beklagten vom 08.03.2000, dass beabsichtigt sei, die vorliegenden Befunde in Kopie dem Gutachter Prof. Dr. D. zuzuleiten und dass sie - wenn die Klägerin nicht einverstanden sein sollte und dies bis 30.03.2000 mitteile - um Mitteilung bitte, wie sie den Gutachter sonst über die erlittenen Verletzungen in Kenntnis setzen solle, hatte sie diesen Widerspruch jedoch in der Folgezeit nicht aufrechterhalten, sondern mit Schreiben vom 30.03.2000 die Beklagte zunächst gebeten, mit der Weiterleitung der Befunde an den Gutachter zuzuwarten, bis sie Rücksprache mit ihrem (damaligen) Anwalt genommen habe. Auf Nachfrage der Beklagten beim Anwalt der Klägerin - der seine Bevollmächtigung unter dem 29.02.2000 angezeigt hatte -, ob sie Prof. Dr. D. nun unter Vorlage der vorhandenen ärztlichen Unterlagen einen Gutachtensauftrag erteilen könne (Schreiben vom 15.05.2000), erklärte dieser nach Einsichtnahme in die Verwaltungsvorgänge mit Schreiben vom 21.07.2000 namens der Klägerin sein Einverständnis mit der Beauftragung, bat aber darum, dass die nachfolgenden Anmerkungen und Anlagen zum genannten Schreiben dem Gutachter "ebenfalls zur Verfügung gestellt werden, da ansonsten ein falscher bzw. fehlerhafter Gesamteindruck entstehen kann". Beigefügt waren u. a. schriftliche Anmerkungen der Klägerin, auch zum Befundbericht von Prof. Dr. Dr. M., welcher von ihr auch auszugsweise zitiert wird. Im Anwaltsschreiben vom 21.07.2000 kann bei einer Auslegung nach dem objektiven Empfängerhorizont nur das zumindest konkludent erklärte Einverständnis mit der Übersendung der Verwaltungsvorgänge einschließlich des darin enthaltenen Befundberichts von Prof. Dr. Dr. M. an den Gutachter Prof. Dr. D. gesehen werden. Dies umso mehr, als die Klägerin in der Folgezeit bis zu dessen Beauftragung durch die Beklagte (Schreiben vom 05.10.2000) keine Einwendungen (mehr) gegen die Übersendung der Verwaltungsvorgänge an diesen erhob, auch nicht auf das Schreiben der Beklagten an ihren Bevollmächtigten vom 17.08.2000, wonach das Anwaltsschreiben vom 21.07.2000 sowie die Anmerkungen der Klägerin selbstverständlich an Prof. Dr. D. weitergegeben würden. Mit dem erklärten Einverständnis zur Verwertung des Befundberichts von Prof. Dr. Dr. M. ist die Klägerin aber ihres Rügerechts in Bezug auf eine - insoweit unterstellte - Verletzung ihres Auswahl- und Widerspruchsrechts verlustig gegangen, auf die sie sich im Übrigen gerichtlich erstmals mit der Berufungsbegründung berufen hat. Der Senat vermag auch nicht zu erkennen, dass die Klägerin bzw. ihr damaliger Prozessbevollmächtigter in unzulässiger Weise durch die Beklagte zu dieser Erklärung veranlasst wurden.

Sind somit sämtliche zu den Verwaltungs- und Gerichtsakten gelangten medizinischen Äußerungen und Gutachten verwertbar, so stellt der Senat fest, dass die Klägerin durch den Unfall vom 13.01.1999 keine weitergehenden als die von der Beklagten im Bescheid vom 26.06.2001 festgestellten Unfallfolgen (folgenlos ausgeheilte Distorsion der Halswirbelsäule Grad 1) erlitten hat. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht daher nicht. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den von Amts wegen und nach [§ 109 SGG](#) eingeholten orthopädisch-chirurgischen und neurologischen Gutachten von Prof. Dr. D. und Dr. D., Dr. H. und Dr. van S., die hinsichtlich der Unfallfolgen zu im Wesentlichen einheitlichen und nachvollziehbar begründeten Beurteilungen gelangen.

Prof. Dr. D. und Dr. D. führen in ihrem orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 15.11.2000 und den ergänzenden Stellungnahmen vom 16.11.2001 und 05.12.2001 aus, die Klägerin habe eine Distorsion der Halswirbelsäule Grad 1 erlitten, die folgenlos ausgeheilt sei. Es bestünden bei der Klägerin aber zahlreiche unfallabhängige Erkrankungen und Symptome. Diese Beurteilung stimmt überein mit den Untersuchungs- und Entlassungsberichten der BG-Unfallklinik T. vom 15.10.1999 und 17.12.1999 (Prof. Dr. W. u.a.), in denen ebenfalls die Diagnose einer HWS-Distorsion Grad 1 mit unfallunabhängiger Somatisierungsstörung gestellt wird. Die Diagnose einer folgenlos ausgeheilten Halswirbelsäulendistorsion deckt sich auch mit den Beurteilungen verschiedener Neurologen, die die Klägerin nach dem Unfall untersucht bzw. begutachtet haben. So diagnostizierten die zeitnah zum Unfall konsultierten Neurologen Dr. R. (Bericht vom 01.02.1999) und Dr. T. (Bericht vom 22.04.1999) ein HWS-Schleudertrauma bzw. einen Verdacht auf eine commotio cerebri (Dr. R.) bzw. eine commotio cerebri mit vorübergehender Hirnstammsymptomatik (Dr. T.), wobei (schon) Letzterer feststellte, dass die neurologischen Symptome im Untersuchungszeitpunkt bei der Klägerin praktisch sämtlich abgeklungen waren. Auch Prof. Dr. Dr. M. diagnostiziert in seinem neurologischen Befundbericht vom 06.12.1999 eine Distorsion der Halswirbelsäule, offenbar ohne knöcherne und discoligamentäre Verletzungen. Für Verletzungen zentral- oder peripher-neuronaler Strukturen fand er anamnestisch und befundmäßig keine Anhaltspunkte, was ihn zu der Beurteilung führte, die als Symptome einer Hirnstamm-Kontusion gedeuteten Klagen der Klägerin seien Ausdruck erheblicher psychosomatischer Störungen und auch nach den Ergebnissen apparativ-neurophysiologischer Zusatzuntersuchungen mit Sicherheit nicht als Ausdruck und Folge einer Hirnstamm-Kontusion zu werten. Etwas anderes folgt auch nicht aus dem von der Klägerin in Bezug genommenen Bericht über eine in der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. D.) durchgeführte Untersuchung. Dres. M. und W. berichten darin unter dem 22.11.1999 über ein möglicherweise bestehendes chronifiziertes Stadium nach HWS-Distorsion 1. bis 2. Grades 01/99, aufgrund dessen es auch längerfristig zu multiplen Störungen kommen könne, welche auf eine Traumatisierung zurückzuführen seien. Objektivierbare neurologische Ausfälle fanden diese aber ebenfalls nicht. Soweit im Bericht des Universitätsklinikums T., Augenklinik, vom 08.12.1999 (Dres W. und W.) auf der Grundlage der subjektiven Angaben der Klägerin, dass auch vor dem Unfall eine Differenz der Pupillengröße vorhanden gewesen sei, welche jedoch nicht so groß gewesen sei wie heute, eine traumatisch bedingte Verstärkung der Anisokorie - bei sehr guter Sehschärfe - für "denkbar" gehalten und eine durch das Unfalltrauma bedingte "zeitweise" Dekompensation der vegetativen Regelkreise Akkommodation und Bulbusbewegung/Bildfusion angenommen wurde, folgt daraus kein objektiver Nachweis für eine dauerhafte unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin.

Die Einschätzung, dass der Unfall keine dauerhaften gesundheitlichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der Klägerin gehabt hat, wird durch die zeitlich nachfolgenden Begutachtungen durch die Sachverständigen Dr. H. und Dr. van S. bestätigt. Dr. H. (Gutachten vom 04.10.2004) konnte auf nervenärztlichem Gebiet weder Unfallfolgen feststellen noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit als Folge des Arbeitsunfalls. Auch der nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Sachverständige Dr. S. (Gutachten vom 02.02.2006) verneint fortwirkende Folgen des Arbeitsunfalls und geht vielmehr von einer unfallunabhängig bestehenden undifferenzierten Somatisierungsstörung in Verbindung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Neurasthenie aus.

Aufgrund dieser in Bezug auf den Verursachungszusammenhang einheitlichen, schlüssig begründeten Gutachten lassen sich zur Überzeugung des Senats nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit dauerhafte Unfallfolgen auf orthopädisch-chirurgischem, neurologischem oder anderem Fachgebiet feststellen.

Dem steht nicht entgegen, dass unterschiedliche ärztliche Beurteilungen darüber vorliegen, ob es bei der Klägerin als unmittelbarem Unfall(erst)schaden zu einer knöchernen Schädigung im Bereich der Halswirbelsäule gekommen ist. Während der Radiologe Dr. U. unter dem 02.02.1999 auf CT-Aufnahmen vom 01.02.1999 eine Knochenneubildung bei Infraktionslinien insbesondere an C4, geringer an C3 und C5 - allerdings ohne spinale Relevanz - feststellte, zeigten die Aufnahmen vom 01.02.1999 für den Neurologen Dr. T. auf seinem Fachgebiet keine gravierenden strukturellen Läsionen. Auch Prof. Dr. Dr. M. ging von einer Halswirbelsäulendistorsion ohne knöcherne und discoligamentäre Verletzungen aus, was sich im Wesentlichen deckt mit den Gutachten von Prof. Dr. D. und Dr. D. (keine pathologischen Aufhellungslinien im Bereich C3, C4 und C5, HWS-Distorsion Grad 1, Heilungsdauer fünf bis sechs Monate) und Dr. van S. (keine unfallbedingten knöchernen Verletzungen der Halswirbelkörper HWK 3, 4 und 5). Eine hiervon (nochmals) abweichende Auffassung vertritt der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. C. (Gutachten vom 15.04.1999), der Dr. U. in Bezug auf eine Fissur/Infraktionslinie am HWK 4 zustimmt, bei den HWK 3 und 5 aber von pathologischen Veränderungen, am ehesten in Form von Nutritionskanälchen, ausgeht.

Letztlich kann der Eintritt einer unfallbedingten knöchernen Verletzung in Form einer inkompletten Fraktur (Infraktur) an einem Halswirbelsäulenkörper dahinstehen, da ausweislich der dargestellten ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten zur Überzeugung des Senats hiermit jedenfalls keine dauerhafte orthopädische oder neurologische strukturelle Schädigung in Form eines Funktionsverlusts oder einer Funktionseinschränkung verbunden war.

Der Befund einer Halswirbelsäulendistorsion Grad 1 passt im Übrigen auch zu der von der Klägerin gegenüber verschiedenen Ärzten und Gutachtern geschilderten unfallnahen Beschwerdesymptomatik bzw. des symptomfreien Intervalls (s. zur Klassifikation von Störungen bei Halswirbelsäulendistorsionen, modifiziert nach Erdmann, Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. S. 464). Sowohl in den Befundberichten von Dr. T. und Prof. Dr. Dr. M. als auch im Gutachten von Dr. van S. sind Angaben der Klägerin dokumentiert, wonach sie (erst) 2 bzw. 2 ½ Tage nach dem Unfall Beschwerden in Form von Schmerzen im Nacken und Hinterkopf, aber auch in der Wirbelsäule, bekommen habe. Nach der Klassifikation von Erdmann ist beim Grad 1 ein symptomfreies Intervall häufig, meist mehr als eine Stunde, maximal 48 Stunden, typisch 12-16 Stunden; demgegenüber wäre bei einer HWS-Torsion Grad 2 ein symptomfreies Intervall selten, meist weniger als 1 Stunde, aber bis 8 Stunden möglich.

Die Beurteilung der gerichtlichen Sachverständigen Dr. H. und Dr. van S. wird auch nicht durch das im Berufungsverfahren eingeholte verkehrstechnische Gutachten des Ing. grad Sinn mit ergänzender Stellungnahme vom 09.04.2010 in Frage gestellt. Danach betrug die Aufprallgeschwindigkeit des auffahrenden PKW mindestens 30 km/h und bewirkte eine stoßbedingte Geschwindigkeitsänderung des stehenden Fahrzeugs der Klägerin von - so zuletzt die Aussage des Gutachters in der Stellungnahme vom 09.04.2010 - mindestens 18 km. Diese angenommene Geschwindigkeitsänderung liegt zum einen jenseits der interdisziplinär diskutierten "Harmlosigkeitsgrenze" (vgl. hierzu auch Tomann, Schomerus, Sebestény und Rauschmann, Distorsion der Halswirbelsäule und isolierte "Verletzung" der Ligamenta alaria aus gutachterlicher Sicht, Med Sach 2012, 46), auf der anderen Seite liegt die vom Sachverständigen Sinn angenommene Geschwindigkeitsänderung innerhalb der Bandbreite einer angenommenen Geschwindigkeitsänderung von 14 bis 20 km/h, wie sie etwa der Sachverständige Dr. van S. seiner Begutachtung zugrunde gelegt hat. Nachweise für die von der Klägerin geschilderte, das Verletzungsrisiko erhöhende Out-of-Position-Situation im Aufprallzeitpunkt (Drehung nach links) fand der Sachverständige nicht, auch wenn diese aus seiner Sicht vorgelegen haben könnte. Ausweislich der dargestellten ärztlichen Befunde und Gutachten sind solche durch eine Out-of-Position-Situation verursachten gravierenderen Verletzungsfolgen auch nicht objektivierbar. Dem steht zur Überzeugung des Senats nicht entgegen, dass die Klägerin neuere neuroradiologische Befunde vorgelegt hat, in denen Instabilitätszeichen des Kopf- und Gelenkverbandes, insbesondere Strukturveränderungen im Bereich der Ligamenta alaria, festgestellt wurden und daraus der Schluss gezogen wurde, als Ursache der Instabilitätszeichen komme "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nur das PKW-Unfallgeschehen vom 13.01.1999 mit Kopffrotationstrauma" in Betracht (Dr. V., Neuroradiologischer Befundbericht vom 02.11.2007). Abgesehen davon, dass diese sichere kausale Zuordnung schon aufgrund des zeitlichen Abstands von fast acht Jahren zum hier streitigen Unfall verwundert, erscheint auch die Diagnose fragwürdig, haben doch die zeitnah zum Unfall durchgeführten neurologischen Untersuchungen, auch die CT-Aufnahmen vom 01.02.1999, keinen Anhalt für Läsionen der Gelenke und Bänder der oberen Halswirbelsäule ergeben. Weder Dr. R. (16.02.1999: Knochenneubildung bei Infraktionslinien. ohne aktuelle spinale Relevanz) noch Dr. T. (22.04.1999: Vorgelegt werden u.a. ein Schädel-CT und HWS-CT vom 01.02.1999, die keine gravierenden strukturellen Läsionen zeigen. Dann noch eine Kernspintomografie des Schädels mit unauffälligem Befund sowie eine Kernspintomografie der HWS, ebenfalls mit unauffälligem Befund) noch Prof. Dr. W. u.a. (18.10.1999: discoligamentäre Instabilität nicht feststellbar) noch Prof. Dr. Dr. M. (07.12.1999: Distorsion der Halswirbelsäule, offenbar ohne knöcherne Verletzungen und discoligamentäre Verletzungen. Für Verletzungen zentral- oder peripher-neuronaler Strukturen ergeben sich anamnestisch und befundmäßig keine Anhaltspunkte) hatten ein entsprechendes, dem Unfall vom 13.01.1999 zuzuordnendes organisches Korrelat für die bei der Klägerin vorhandenen und sich weiter verstärkenden funktionellen Störungen festgestellt (kritisch zum Stand der Diskussion um die von V. publizierten Verletzungen der Ligamenta alaria nach geringfügigen Verkehrsunfällen, Tomann, Schomerus, Sebestény und Rauschmann, a.a.O.).

Sind aber dauerhafte orthopädische, neurologische oder sonstige Strukturschäden als Unfallfolge nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eingetreten, so liegt nahe, dass die nach dem Unfall aufgetretenen und sich im Laufe der Jahre verstärkenden multiplen körperlichen und psychischen Beschwerden der Klägerin Ausdruck einer Somatisierungsstörung sind, die schon vor dem Unfall bestand. Von einer solchen unfallunabhängigen Somatisierungsstörung sind bereits die behandelnden Ärzte in der BG-Unfallklinik (Prof. Dr. W. u.a.) ausgegangen. Auch der Konsiliararzt Prof. Dr. Dr. M. kam ebenso zu dieser Einschätzung wie der Sachverständige Dr. van S. in seinem Gutachten. Diese Diagnose liegt auch deswegen nicht fern, weil eine entsprechende Vorerkrankung der Klägerin für die Zeit vor dem Unfall dokumentiert ist. So berichtet der als sachverständiger Zeuge befragte Dr. B. (Auskunft vom 16.09.2008) davon, dass die Klägerin seit 1995 bis 13.01.1999 über Beschwerden geklagt habe, die eindeutig auf eine psychosomatische bzw. eine depressive Grunderkrankung hindeuteten. Die körperlichen Beschwerden seien multipel und Ausdruck einer Somatisierung seelischer Probleme gewesen.

Auch was die Wirbelsäulenbeschwerden der Klägerin anbelangt, finden sich in den ärztlichen Unterlagen und den eigenen Angaben der Klägerin Anhaltspunkte für Vorbelastungen bzw. Vorerkrankungen. Dass die Klägerin insoweit schon vor dem Unfall keineswegs beschwerdefrei war, lässt sich objektivieren. Dr. B. berichtet in der genannten Auskunft davon, dass sich bei der Klägerin im Bereich der

Wirbelsäule eine vielfältige Druckempfindlichkeit der gesamten Wirbelsäule bei altersentsprechend kaum eingeschränkter Beweglichkeit gefunden hat; die Schmerzangaben hätten häufig in der Lokalisation und Intensität gewechselt. Über eine Erkrankung der Halswirbelsäule sei aber nicht berichtet worden. Demgegenüber gab die Klägerin ausweislich des Entlassungsberichts des F.krankenhauses S. (Dres. E., M. und S.) vom 30.11.2006 dort an, schon vor dem Unfall Probleme mit dem Hals gehabt zu haben, was sich mit ihren Angaben gegenüber Dr. van S. deckt, sie sei schon Tage vor dem Unfallereignis in der Orthopädischen Praxis Dr. G. behandelt worden wegen Verspannungen der Nacken-Schulter-Region.

Insgesamt sind damit funktionelle Einschränkungen auf orthopädisch-chirurgischem, neurologischem oder anderem Fachgebiet, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. bedingen könnten, nicht nachgewiesen. Die Berufung gegen die angegriffene erstinstanzliche Entscheidung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-03-25