L 6 U 5183/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 15 U 2420/11
Datum
19.10.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 5183/11
Datum
24.07.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten für das Berufungsverfahren sind dem Kläger nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit stehen die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie Ansprüche auf Heilbehandlung und Verletztenrente aufgrund eines von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten Unfallereignisses.

Der am 05.04.1963 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt am 25.01.2005 bei der K. D. T.-Gesellschaft in M. als fachlicher Mitarbeiter beschäftigt. Ausweislich der polizeilichen Verkehrsunfallbeschreibung kam es am 25.01.2005 zur Kollision zwischen dem Pkw des Klägers (BMW Z 3) und einem entgegen kommenden Lkw, als dieser nach links abbog, um zu wenden, wobei der Kläger frontal in den Unterfahrschutz des Lkw fuhr. Hierbei löste der Fahrerairbag im Fahrzeug des Klägers aus. Bei Eintreffen der Polizeibeamten war bereits ein DRK-Fahrzeug anwesend, das den Kläger wegen leichter Gesichtsverletzungen und einem möglichen HWS-Syndrom in das Klinikum M. verbrachte. Dort traf der Kläger voll orientiert zu Zeit, Ort und Person ein. Eine Commotio-Symptomatik bestand ebenso wenig wie Übelkeit oder Schwindel. Die Beweglichkeit der HWS war in allen Ebenen eingeschränkt mit Klopfschmerz und paravertebralem Muskelhartspann der HWS. Aufgrund des Röntgenbefundes vom 25.01.2005 (angedeutete diskrete muldenförmige Höhenminderung der HWK7-Deckplatte, zudem Absprengung der oberen Vorderkante des HWK7 angedeutet, deshalb Deckplattenkompressionsfraktur nicht auszuschließen, CT empfohlen, übrige HWS ohne Hinweise auf Fraktur oder Instabilität) wurde ebenfalls noch am Unfalltag eine kernspintomographische Untersuchung der Wirbelsäule im Bereich HWK6 - BWK2 vorgenommen. Hierbei wurde im Befundbericht des Radiologen Prof. Dr. D. vom 25.01.2005 festgestellt, dass zwar die obere Vorderkante des HWK7 schalenförmig vom übrigen Wirbelkörper separiert sei, insbesondere in den axialen Schichten aber eine mehrsklerosierte Berandung des Spaltes angedeutet sei und zudem keinerlei weitere Frakturlinien und auch kein paravertebrales Hämatom nachzuweisen seien. Hieraus wurde geschlussfolgert, dass es sich in erster Linie um einen Lumbus vertebrae des HWK7 nach Trauma in der Adoleszenz handele, der Kläger sei Turner gewesen. Eine frische Avulsion sei unwahrscheinlich, aber nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen. Der Durchgangsarzt Prof. Dr. O., Klinikum M., diagnostizierte daraufhin in seinem D-Arztbericht vom 26.01.2005 eine HWS-Distorsion.

In der Folgezeit stand der Kläger bei dem Orthopäden Dr. P. in Behandlung. Bei seiner Vorstellung am 26.01.2005 berichtete der Kläger u. a., "seit gestern auch vermehrt Tinnitus am rechten Ohr" zu haben (vgl. Nachschaubericht vom 07.03.2005). Dr. P. veranlasste die am 02.02.2005 erfolgte weitere kernspintomographische Untersuchung der HWS und BWS. Hierbei wurde in den Befundberichten des Radiologen Dr. W. ein leichter Deckplatteneinbruch bei HWK7 mit bandförmiger Signalanhebung sowie in den Segmenten HWK4/5 und HWK5/6 eine geringfügige mediale subligamentäre Vorwölbung von bandscheibenisointensem Gewebe bei ansonsten unauffälligem Befund der HWS festgestellt. Im Bereich der BWS wurde ein diskreter Deckplatteneinbruch bei BWK2 und BWK4 mit jeweils geringfügiger Höhenminderung des Wirbelkörpers und im Übrigen ein unauffälliger Befund der BWS gesehen. Anlässlich seiner Vorstellung bei Dr. P. am 24.02.2005 gab der Kläger u. a. an, links sei ein Tinnitus aufgetreten, rechts sei der Tinnitus deutlich schlechter.

Am 04.03.2005 stellte sich der Kläger in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Städtischen Klinikums K. vor. Im Befundbericht vom 07.03.2005 wird ausgeführt, der Kläger habe anamnestisch über die anteriore Diskusverlagerung in typischer Weise nach dem Autounfall berichtet. Man müsse davon ausgehen, dass der Autounfall Auslöser der Diskusverlagerung gewesen sei, nach dem Stützzonenverlust scheine die traumatische Genese eine häufige Ursache zu sein. Zwar habe ein intermediäres Knacken auch schon vor dem Unfall vorgelegen, der Kläger sei jedoch symptomfrei gewesen. Die Beweglichkeit sei vollständig da gewesen. Das rechte Kiefergelenk

sei druckschmerzhaft gewesen. In einer derartigen Situation sei eine Verstärkung des Tinnitus beschrieben, jedoch nicht bewiesen durch ein Kiefergelenkstrauma.

Im Fragebogen der Beklagten schilderte Dr. P. unter dem 21.03.2005 die bis zu diesem Zeitpunkt von ihm erhobenen Befunde. Die HWS-Beweglichkeit habe sich inzwischen verbessert. Der Kläger klage jedoch über Vergesslichkeit, zunehmenden Tinnitus rechts und neuen Tinnitus links. Der rechtsseitige Tinnitus sei bereits vor dem Unfall bekannt gewesen, der Kläger habe auch bereits vor dem Unfall Kiefergelenkprobleme sowie rezidivierende Nackenbeschwerden gehabt.

Am 15.03.2005 stellte sich der Kläger bei dem Hals-Nasen-Ohren (HNO)- Arzt J. vor, der Normakusis beidseits sowie Tinnitus beidseits und Z. n. HWS-Distorsion sowie als unfallunabhängige gesundheitliche Beeinträchtigung eine Tinnitusverstärkung feststellte.

Bei Dr. P. klagte der Kläger am 31.03.2005 noch über zeitweilige Schmerzen im Bereich der BWS sowie im Nacken und über weiterhin bestehenden häufigen Tinnitus, den er früher so nie gehabt habe. Im Röntgenbefund der HWS und BWS wurden weiter keine Zeichen einer Fraktur gesehen. Die Rotationsfähigkeit der HWS links/rechts wurde mit 80/0/80 Grad, die Vorneige/Rückneige mit 60/0/30 Grad und die Seitneige links/rechts mit 20/0/30 Grad gemessen. Außerdem wurde ein geringer diffuser Druckschmerz über der oberen BWS mit punkto maximum zwischen BWK2 und 5 und kein sicherer Druckschmerz entlang der HWS angegeben.

Am 12.04.2005 teilte der Kläger telefonisch der Beklagten mit, dass sich insbesondere seine HWS- und Kiefergelenksbeschwerden gebessert hätten und der Tinnitus weiterhin bestehe, auf dem rechten Ohr stärker als auf dem linken Ohr.

Die Beklagte zog bei der M. Krankenversicherung AG das Vorerkrankungsverzeichnis bei. Erst im Verlauf des Berufungsverfahrens zeigte sich die Krankenversicherung bereit, hinsichtlich der im Verzeichnis lediglich angegebenen Verschlüsselungen nach der Kölner Systematik der Krankheitsarten den Decodierungsschlüssel zu übersenden. Hieraus ergibt sich, dass der Kläger wegen schmerzhafter Wirbelkörper-Syndrome (Schlüsselnummer 728) in den Jahren 2000, 2001, 2002 und 2004 mehrfach in ärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung war. Die letzte Behandlungsmaßnahme vor dem Unfallereignis in Form von manueller Therapie/Wärme erfolgte vom 19.10. bis 28.12.2004. Außerdem wurde der Kläger wegen sonstiger Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes (Schlüsselnummer 387) vom 28.08. bis 04.09.2002 und wegen Otitis media ohne Angabe einer Mastoiditis (Schlüsselnummer 381) am 25.05.2001 behandelt.

Auf Veranlassung von Dr. P. wurde am 04.05.2005 nochmals eine Kernspintomographie der HWS und BWS des Klägers durchgeführt. Hier wurde eine diskrete Höhenminderung von HWK7 mit Deckplatteneinmuldung und diskreter Signalalteration und auch eine äußerst diskrete Deckplatteneinmuldung BWK2 bei im Übrigen normalem Befund erkannt.

Mit Schreiben vom 06.05.2005 wies die Beklagte die A. - D. G. Mittlerer Oberrhein an, an den Kläger Verletztengeld vom 09.03. bis 22.04.2005 zu zahlen.

Der Kläger stellte sich am 17.05.2005 zur Heilverfahrenskontrolle bei Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik L., vor. Die Beweglichkeit der HWS zeigte sich dabei endgradig in alle Richtungen noch eingeschränkt, periphere sensomotorische Ausfälle bestanden nicht bei leichter Spannung in der Schulternackenregion. Diagnostiziert wurde eine unverschobene HWK7-, BWK2- und BWK4-Spongiosafraktur. Die Arbeitsfähigkeit des Klägers sei wieder hergestellt, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Maße liege nicht vor.

Auch Dr. P. ging in seinem Zwischenbericht vom 17.05.2005 von einer zeitgerechten Verheilung der Unfallfolgen (HWK7-, BWK2- und BWK4-Fraktur, Ellenbogenprellung links, Fingerdistorsion links, Kniegelenksprellung rechts) und einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom 26.01. bis 24.04.2005 aus. In seinem weiteren Zwischenbericht vom 15.08.2005 führte er aus, der Kläger sei annähernd frei beweglich und von Seiten der HWS annähernd beschwerdefrei, es würden lediglich noch Ohrgeräusche und Knackphänome beschrieben. Arbeitsunfähigkeit habe vom 26.01. bis 28.04.2005 bestanden. Weitere mobilisierende Krankengymnastik mit Muskelkräftigungsübungen sei voraussichtlich bis Ende August 2005 erforderlich.

Telefonisch teilte der Kläger am 26.08.2005 der Beklagten mit, er habe wieder verstärkt Probleme im Bereich der HWS und des Rückens, zudem hätten sich die Ohrgeräusche verstärkt.

Die Beklagte ließ den Kläger am 04.10.2005 erneut durch Prof. Dr. W. untersuchen, der aufgrund der im Vordergrund stehenden Ohrgeräusche eine Vorstellung bei Prof. Dr. D., Direktor der HNO-Klinik des Klinikums L., ebenfalls am 04.10.2005 veranlasste. Hier äußerte der Kläger, seit 5 Jahren einen dauerhaften Tinnitus auf dem rechten Ohr zu haben, der bereits vom HNO-Arzt in B. behandelt worden sei. Bereits ganz kurz nach dem Unfall sei der Tinnitus rechts deutlich lauter geworden. Auch links sei ein dauerhaftes Ohrgeräusch für einige Monate hinzugekommen, welches zwischenzeitlich nur noch gelegentlich auftrete. Besonders wenn er spät zu Bett gehe, bereite das Geräusch Schwierigkeiten beim Einschlafen. Er wache nachts durch das Geräusch nicht auf. Wenn er unter Stress stehe, dann störe das Geräusch unter Tage bei der Konzentration. Eine Hörminderung habe er nicht bemerkt. Schwindel habe er keinen, er knirsche seit dem Unfall mit den Zähnen und benötige eine Aufbissschiene. Die ambulante Untersuchung des Klägers erbrachte einen unauffälligen HNO-ärztlichen Spiegelbefund. Ton- und sprachaudiometrisch bestehe eine beiderseitige Normalhörigkeit. Der Tinnitus sei rechts einem Sinuston der Frequenz 8,0 kHz und der Lautstärke 34 dB und links ebenfalls einem Sinuston der Frequenz 8,0 kHz bei einer Lautstärke von 25 dB zugeordnet. Die Verstärkung des vorbestehenden Tinnitus rechts und das Neuauftreten des Tinnitus links könne als Folge des HWS-Traumas gewertet werden, die MdE hierfür werde auf unter 10 vom Hundert (v. H.) geschätzt. Prof. Dr. W. befundete nach Untersuchung des Klägers Verspannungen im unteren HWS-Bereich bei aktiv und passiv freier Beweglichkeit der HWS. Von Seiten des Ohrgeräusches könne man keine sinnvollen Maßnahmen vorschlagen. Die Arbeitsfähigkeit sei bereits wieder eingetreten. Eine MdE in rentenberechtigendem Maße bestehe nicht.

Gegenüber Dr. P. äußerte der Kläger am 17.11.2005, unter Stress ein vermehrtes Ohrgeräusch zu verspüren, außerdem klagte er über rezidivierende Kopfschmerzen. Dr. P. ermittelte eine Rotationsfähigkeit der HWS links/rechts von 90/0/90 Grad, Vorneige/Rückneige von 60/0/65 Grad mit endgradigen Spannungen der oberen BWS, Seitneige links/rechts von 35/0/35 Grad sowie eine freie Beweglichkeit der BWS.

Der Beratungsarzt Dr. S. teilte hierauf unter dem 05.12.2005 mit, dass auf der Basis des letzten mitgeteilten Befundes vom 17.11.2005 eine weitere Verordnung von Krankengymnastik bei freier Beweglichkeit nicht sinnvoll sei.

Die Beklagte stellte daraufhin mit Schreiben vom 06.12.2005 an Dr. P. die Behandlung zu ihren Lasten ein.

In seinen Nachschauberichten vom 27.03. und 24.04.2006 gab Dr. P. an, der Kläger leide noch ab und zu an Kopfschmerzen.

Sowohl in seiner Email vom 28.06.2006 als auch fernmündlich am 03.07.2006 wies der Kläger darauf hin, dass er weiterhin Probleme hinsichtlich des Tinnitus, des Kiefers und vor allem der HWS habe. Die Blockaden im Bereich der HWS ließen sich nur durch manuelle Therapien lösen. Seit sicherlich einem Jahr mache Dr. P. Probleme bei der Ausstellung eines entsprechenden Rezeptes, weil er der Auffassung sei, dass die Behandlung abgeschlossen sei und nach Verletzungen wie den seinen die Beschwerden nach eineinhalb Jahren behoben sein müssten.

Die Beklagte holte bei Dr. C. das fachärztlich-orthopädische Zusammenhangsgutachten vom 16.02.2008 ein. Anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 14.02.2008 klagte der Kläger über ständige Blockierungen im Bereich der HWS und der mittleren BWS. Auch am Becken bzw. den Ileosacralgelenken würden derartige Blockierungen auftreten. Auch mehrere Finger beider Hände seien von Blockierungen betroffen. Auch im rechten Kiefergelenk habe er wiederholte Blockierungen, zudem an der linken Schulter und am linken Sprunggelenk sowie beim Sport an beiden Knien. Er betreibe seit der Jugend Leichtathletik, aus beruflichen Gründen inzwischen allerdings in vermindertem Umfang. Auf orthopädischem Fachgebiet habe er keine weiteren Beschwerden, der Tinnitus bestehe unverändert fort. Der Sachverständige kam zu dem Ergebnis, dass die abgeheilten Frakturen C7, Th2 und Th4 Folgen des Unfalles seien, Funktionsbeeinträchtigungen bestünden nicht mehr, da die Frakturen ausgeheilt seien. Ein Zusammenhang zwischen den vom Kläger geschilderten multilokulären Blockierungen und deren Auswirkungen mit dem Unfall könne nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit hergestellt werden. Die Bandscheibenvorwölbungen bei C4/5 und C5/6 seien nicht von traumatisch bedingten Reaktionen begleitet, insofern lasse sich auch diesbezüglich kein Unfallzusammenhang herstellen. Sie seien als Vorschaden aufzufassen und darüber hinaus seien sie klinisch stumm, denn sie lösten keine neurologische Symptomatik aus und beeinträchtigten die HWS-Funktion nicht. Dem Beratungsarzt Dr. S. sei darin zuzustimmen, dass die Unfallfolgen keine Behandlungen über den 17.11.2005 erforderlich machten. Da die von dem Kläger geklagten Blockierungen nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 25.01.2005 angelastet werden könnten, müsse deren weiterhin erforderliche Behandlung zu Lasten der Krankenversicherung erfolgen. Eine MdE in rentenberechtigendem Grad sei nicht verblieben. Die unfallbedingte MdE sei aufgrund der verbliebenen leichten Keilform des HWK7 nicht auf "Null %), sondern auf "unter 10 %" einzuschätzen.

Außerdem gab die Beklagte bei Dr. S. das HNO-fachärztliche Zusatzgutachten vom 27.06.2008 in Auftrag. Im Rahmen der von ihm am 09.04.2008 durchgeführten Untersuchung gab der Kläger an, seit dem Unfall unter lautem Tinnitus rechts zu leiden, die Intensität sei im Vergleich zu früheren Ohrbeschwerden dreifach so laut. Auf der linken Seite sei seit dem Unfall der Tinnitus neu aufgetreten. Es bestehe ein pulsierendes Geräusch im Bereich des linken Ohres, das durch Anstrengung und Anspannung der Bauchmuskulatur provozierbar sei. Zudem bestünden seit dem Unfall Beschwerden im Bereich des rechten Kiefergelenkes und der HWS, durch lokale Manipulation ließen sich die Tinnitusbeschwerden verstärken. Aufgrund der durchgeführten Untersuchungen schloss der Sachverständige eine Hörminderung aus. Hinsichtlich der Tinnitusbeschwerden hielt er eine kochleäre Genese für nachgewiesen. Er diagnostizierte auf HNO-fachärztlichem Gebiet einen Tinnitus aurium. Aufgrund des engen zeitlichen Zusammenhangs sei mit an Sicherheit "gehender" Wahrscheinlichkeit von einer unfallabhängigen Ursache der Tinnitusbeschwerden auszugehen. Unfallunabhängige Erkrankungen seien nicht festgestellt worden. Der Vorschaden am rechten Ohr habe nur eine ausgesprochen geringe Relevanz im Vergleich zu den aktuellen Beschwerden. Eine Kausalbehandlung sei über drei Jahre nach dem Unfall nicht mehr möglich, es sei jedoch denkbar, dass ein sog. Tinnitus-Retraining notwendig werde. Die durch die Tinnitusbeschwerden bedingte MdE betrage unter 10 v. H. Die Weiterführung der physikalischen Maßnahmen (Osteopathie) zur Behandlung unfallabhängiger Beschwerden sei notwendig.

Unter Berücksichtigung des HNO-ärztlichen Gutachtens von Dr. S. hat Dr. C. in seiner Stellungnahme vom 17.07.2008 die Gesamt-MdE mit unter 10 v. H. eingeschätzt.

Mit Bescheid vom 06.08.2008 erkannte die Beklagte das Unfallereignis vom 25.01.2005 als Arbeitsunfall an, lehnte jedoch einen Anspruch auf Verletztenrente sowie auf Heilbehandlung über den 17.11.2005 hinaus ab. Als Unfallfolgen erkannte sie einen unter leichter Keilform verheilten Bruch des 7. HWK, verheilte Deckplatten-Impressionsbrüche der 2. und 4. BWK ohne Funktionsbeeinträchtigungen sowie Ohrgeräusche im Sinne eines Tinnitus beidseits an.

Aufgrund des hiergegen eingelegten Widerspruchs holte die Beklagte weitere beratungsärztliche Stellungnahmen bei Dr. S. vom 18.12.2008 und 19.01.2009 ein, der die Ausführungen des Orthopäden Dr. C. hinsichtlich einer generalisierten Blockierung für überzeugend hielt und darauf hinwies, dass auf HNO-ärztlichem Fachgebiet keine Diagnosen bestünden, die eine regelmäßige osteopathische Behandlung wegen Unfallfolgen begründen würden (vgl. die Stellungnahmen. Die Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom12.02.2009 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 06.04.2009 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben (S 15 U 1537/09) und zur Begründung geltend gemacht, es sei durchaus denkbar, dass durch das Unfallereignis die Statik der Wirbelsäule verändert worden sei und hierdurch in verstärktem Maße Blockierungen der Wirbelsäule und weiterer Gelenke aufträten. Dr. S. habe bei der Begutachtung mündlich auch die Einholung eines kieferorthopädischen Gutachtens für erforderlich gehalten, da er nach wie vor erhebliche Beschwerden im Kiefergelenk und deshalb drei Jahre lang nachts eine Bissschiene getragen habe. Hinsichtlich der nicht als Unfallfolge anerkannten Bandscheibenvorwölbungen bei C4/5 und C5/6 werde auf den Befundbericht des Dr. W. vom 02.02.2005 verwiesen. Anlässlich einer kernspintomographischen Untersuchung ca. ein Jahr vor dem Unfallereignis sei von solchen Bandscheibenvorwölbungen nicht die Rede gewesen.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Zeugenvernehmung verschiedener Ärzte.

Dr. M., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, hat unter dem 14.09.2009 angegeben, der Kläger habe sich nur einmal am 15.04.2005

vorgestellt. Wie sich aus dem beigefügten "Fachärztlichen Attest zur Vorlage bei der Prüfungsstelle für Wirtschaftsprüfer in Berlin" ergibt, war Anlass der Konsultation die Attestierung medizinischer Gründe für die verspätete Abgabe des Prüfungsantrages für das Wirtschaftsprüfungsexamen. Im Rahmen der ca. 90-minütigen Untersuchung diagnostizierte Dr. M. einen beidseitigen Tinnitus, eine Urticaria (Nesselsucht), aufgrund derer der Kläger seit mehreren Jahren und auch nach dem Unfall das Antiallergikum Fexofenadin (Telfast) einnehme, zu dessen Nebenwirkungen die Erzeugung von Müdigkeit, Schläfrigkeit, Benommenheit sowie Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit gehörten, Kopfschmerzen, allgemeine Nervosität sowie Beeinträchtigungen des Erinnerungsvermögens, der Konzentrationsfähigkeit, der Fähigkeiten, den Tagesablauf zu organisieren und die Pflichten im familiären und beruflichen Bereich befriedigend zu erfüllen.

Dr. P. hat in seinem Schreiben vom 14.09.2009 die von ihm in der Zeit vom 22.03.2004 bis 25.07.2007 erhobenen Befunde geschildert und in diesem Zusammenhang u. a. von einer Konsultation des Klägers am 14.04.2005 berichtet, anlässlich derer der Kläger angegeben habe, bei einem Umzug schwer gehoben und jetzt vermehrt Schmerzen zu haben sowie am 28.06.2006, als sich der Kläger über Schmerzen im Brustbeinbereich nach einer Stunde Joggen beklagte. Die objektiven Befunde hätten sich im Laufe der Behandlung stetig gebessert.

Der Zahnarzt Dr. K. hat mit Schreiben vom 24.09.2009 ausgeführt, den Kläger erstmals am 22.11.2006 behandelt zu haben. Der Kläger habe über Beschwerden im rechten Kiefergelenk und einen Tinnitus im rechten Ohr geklagt. Ob diese Gesundheitsstörungen ausschließlich unfallbedingt seien, könne er zu diesem Zeitpunkt nicht mehr feststellen. Es sei eine Aufbissschiene angefertigt und eingesetzt und in vier Folgeterminen deren Sitz kontrolliert worden. Der Kläger habe berichtet, dass er sich am Morgen besser und entspannter fühle, sich aber im Laufe des Tages die Beschwerden wieder einstellten, insbesondere der Tinnitus rechts sei lauter geworden. Nach dem 11.04.2007 habe keine weitere Behandlung mehr stattgefunden.

Dr. P. hat im November 2009 mitgeteilt, der Kläger habe sich am 24.02.2005 erstmalig vorgestellt und über Kiefergelenksschmerzen nach einem Autounfall geklagt. Die Untersuchung habe eine Mundöffnung von 47 mm mit intermediärem Knacken beidseitig und Tinnitus beidseitig gezeigt. Es sei eine Aufbissschiene angefertigt worden. Bei der Kontrolluntersuchung am 14.04.2005 seien die Knackgeräusche fast verschwunden und die vertikalen Bewegungen möglich gewesen. Die horizontalen Bewegungen hätten noch Knackgeräusche und Schmerzen verursacht.

Der HNO-Arzt J. hat in seinem Schreiben vom 18.11.2009 ausgeführt, den Kläger von März 2001 bis 09.08.2007 behandelt zu haben. Im August 2002 sei erstmalig ein Tinnitus rechtsseitig aufgetreten und mit Infusionen behandelt worden. Eine Kontrolluntersuchung des Tinnitusgeschehens sei im September 2003 erfolgt. Während der ersten Untersuchung nach dem Unfall am 15.03.2005 habe der Kläger angegeben, dass der bestehende Tinnitus rechts deutlich stärker aufgetreten sei, links erst drei Wochen nach dem Unfallgeschehen. Eine Hörminderung habe ausgeschlossen werden können. Die Kontrolluntersuchung im August 2007 habe im Tonschwellenaudiogramm keine Veränderung des Normbefundes sowie keine Veränderung im Tinnitusgeschehen erbracht. Eine Verschlimmerung gegenüber der Erstuntersuchung von 2005 sei nicht eingetreten. Seine Befunde wichen nicht von den im Gutachten des Dr. S. genannten Befunden ab, ebenso wenig wie die Schlussfolgerungen, die im Gutachten gezogen würden.

Sodann hat das SG von Amts wegen bei Prof. Dr. Dr. R., Universitätsklinikum T., ein mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Fachgutachten in Auftrag gegeben. Aufgrund der angekündigten längeren Bearbeitungsdauer wurde das Verfahren zunächst zum Ruhen gebracht und nach Eingang des Gutachtens vom 24.05.2011 von Amts wegen wieder angerufen und unter dem Aktenzeichen S 15 U 2420/11 fortgeführt. Prof. Dr. Dr. R. hat in seinem Gutachten als Unfallfolge auf seinem Fachgebiet eine craniomandibuläre Dysfunktion rechts (Fehlfunktion des rechten Kiefergelenkes) bei Zustand nach Gesichtsprellung durch Aufprall auf den Airbag bei vorbestehendem intermediären Gelenkknacken rechts bezeichnet. Die MdE auf dem genannten Fachgebiet hat er mit unter 10 v. H. eingeschätzt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat die Beklagte als weitere Unfallfolge eine craniomandibuläre Dysfunktion rechts sowie eine Behandlungsbedürftigkeit wegen unmittelbarer und mittelbarer Unfallfolgen auf mund-, kiefer- und gesichtschirurgischem Fachgebiet in Form von funktionsdiagnostischen Maßnahmen, einer Therapie mit Aufbissschiene und von physikalischen Therapiemaßnahmen über den 17.11.2005 hinaus anerkannt. Der Kläger hat dieses Teilanerkenntnis angenommen.

Mit Urteil vom 19.10.2011 hat das SG als weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 25.01.2005 Ohrgeräusche links festgestellt und die Klage im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, dass weitere Unfallfolgen beim Kläger nicht festzustellen seien. Ein Kausalzusammenhang der vom Kläger beklagten Blockierungen der HWS und BWS, der mittleren drei Finger beider Hände und der linken Schulter sei im Hinblick darauf, dass Dr. C. die Frakturen des HWK7 als ohne relevante Funktionsbeeinträchtigung ausgeheilt bezeichnet habe und eine Korrelation zwischen einem Unfallgeschehen und danach chronisch-rezidivierend auftretenden Blockierungen als wissenschaftlich nicht belegt verneint habe, nicht ausreichend wahrscheinlich. Das SG ist dem durch Dr. P. bestätigten Gutachten von Dr. C. auch insoweit gefolgt, als er einen ursächlichen Zusammenhang der kernspintomographisch erstmals nach dem Unfall nachgewiesenen Protrusionen der Bandscheiben C4/5 und C5/6 nicht für ausreichend wahrscheinlich erachtet habe, weil sie nicht von traumatisch bedingten Reaktionen begleitet seien. Das Gericht hat - auch unter Bezugnahme auf die unfallversicherungsrechtliche Literatur - eine traumatische Herbeiführung oder Verschlimmerung von Bandscheibenschäden ohne damit einhergehende Schädigungen des die Bandscheiben schützenden Gewebes (Knochen und Bänder) zwar nicht für ausgeschlossen, aber jedenfalls nicht für überwiegend wahrscheinlich erachtet. Soweit der Kläger zur Begründung des Kausalzusammenhangs mit dem Unfall darauf hingewiesen habe, dass bei einer MRT-Untersuchung der HWS im August 2004 noch kein Bandscheibenschaden erhoben worden sei, reiche dies nicht aus. Denn es verblieben angesichts der nachgewiesenen Vorerkrankungen in diesem Bereich (Behandlungen einschließlich bildgebender Untersuchung im Juli und August 2004 wegen Nackenbeschwerden durch Dr. P.) und dem sehr geringen Ausmaß der Schäden erhebliche Zweifel an dem vom Kläger behaupteten Kausalverlauf. Darüber hinaus reiche für die erforderliche positive Begründunge eines Unfallzusammenhangs nicht aus, dass neben dem versicherten Trauma eine weitere, nicht versicherte Ursache nicht erkennbar sei. Der angegriffene Bescheid sei lediglich dahingehend klarstellend abzuändern, als die bereits anerkannten "Ohrgeräusche im Sinne eines Tinnitus beidseits" auch objektiv, also für Dritte hörbare Ohrgeräusche umfassten. Der Kläger habe glaubhaft vorgetragen, dass Dr. S. ihm gegenüber bekundet habe, mit dem Begriff des Tinnitus seien nur die nicht nach außen wahrnehmbaren, subjektiven akustischen Wahrnehmungen gemeint, bei ihm lägen aber auch von Dritten hörbare Ohrgeräusche vor. Ein Anspruch auf Verletztenrente bestehe nicht. Denn keiner der Ärzte habe eine MdE um wenigstens 20 v. H. bestätigt. Dr. C. habe die im Bericht der B. U. vom 17.05.2005 vertretene Auffassung, wonach eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß nicht bestehe, für sein Fachgebiet nochmals bestätigt und die Gesamt-MdE unter Berücksichtigung des HNO-ärztlichen Gutachtens auf unter

10 v. H. geschätzt. Dies sei nicht zu beanstanden, weil sowohl Dr. D. als auch Dr. S. auf ihren Fachgebieten übereinstimmend und schlüssig zu einer Bewertung des Tinnitus einschließlich der Ohrgeräusche mit unter 10 v. H. gekommen seien. Die Anerkennung der craniomandibulären Dysfunktion rechts als weitere Unfallfolge führe nicht zu einer MdE in rentenberechtigendem Ausmaß, weil Prof. Dr. Dr. R. die MdE wegen dieser Unfallfolge auf weniger als 10 v. H. eingeschätzt habe, so dass sie die Gesamt-MdE nicht erhöhe. Auch die Einstellung der Verletztengeldzahlung mit dem 17.11.2005 sei nicht zu beanstanden. Auf der Grundlage der medizinischen Beweiserhebung sei davon auszugehen, dass der Kläger bereits erhebliche Zeit vor der Einstellung der Verletztengeldzahlung nicht mehr unfallbedingt arbeitsunfähig gewesen sei. Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik habe den Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit mit dem 17.05.2005 bejaht. Der Kläger habe gegenüber Dr. P. am 25.08.2005 selbst angegeben, seit einer Woche wieder zu arbeiten. Konkrete Anhaltspunkte für einen nachfolgenden Wiedereintritt der Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen lägen nicht vor und würden vom Kläger auch nicht vorgetragen. Bei den von Dr. P. am 17.11.2005 erhobenen Bewegungsmaßen sei auch nicht erkennbar, dass der Kläger wegen der anerkannten Unfallfolgen seine bisherige Tätigkeit als Wirtschaftsprüfer nicht wieder habe ausüben können. Auch das Teilanerkenntnis der Beklagten führe nicht zur Verlängerung des Verletztengeldanspruchs, weil eine Arbeitsunfähigkeit des Klägers nach dem 17.11.2005 wegen dieser Unfallfolge oder deren ärztliche Behandlung nicht erwiesen sei. Im Hinblick auf die von Dr. P. am 17.11.2005 erhobenen Normalbefunde in chirurgischer Hinsicht habe die Beklagte auch zu Recht abgelehnt, Behandlungen des Klägers wegen Unfallfolgen über diesen Zeitpunkt hinaus zu erbringen bzw. deren Kosten zu erstatten.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 31.10.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 28.11.2011 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er hält an seiner Auffassung fest, dass auch die Bandscheibenschäden unfallbedingt seien und hat zum Beleg hierfür den radiologischen Befundbericht vom 25.11.2011 der Dres. W. u. a. vorgelegt. Darin wird im Vergleich der MRT der HWS vom 24.11.2011 und vom 02.08.2004 sowie vom 02.02.2005 ausgeführt, dass ein 08/04 nicht nachweislicher, unmittelbar nach dem Unfall neu aufgetretener, jetzt leicht größenprogredienter Bandscheibenvorfall zentral leicht rechts mediolateral betont bei HWK5/6 mit leichter Impression des Tractus spinothalamicus anterior et lateralis rechts mehr als links sowie eine konstante Höhenminderung der Vorderkante HWK7 bei leichter Impression der Deckplatte, aber keine Spinalkanalstenose, keine Listhese und kein Nachweis eines Zweit-NPP bestehe, bei leichter Einengung des linken C6-Neuroforamen und weiter übriger Neuroforamina. Hinsichtlich der MRT der BWS ist im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 04.05.2005 beschrieben, dass in Kenntnis der heutigen Aufnahmen auf den Voraufnahmen ein zu erahnender thorakaler Bandscheibenvorfall BWK5/6 zentral mit Kontakt zum thorakalen Myelon bestehe sowie zwischenzeitlich abgeheilte Wirbelkörperfrakturen BWK2 und BWK4 mit auf den alten Aufnahmen vom 02.02.2005 gut zu erkennendem Knochenmarködem, ohne Nachweis eines Zweit-NPP in der BWS. Außerdem hat der Kläger den Befundbericht des Neurologen H. vom 15.12.2011 vorgelegt (Z. n. Wirbelkörperfrakturen HWK7, BWK2 und BWK7, Z. n. traumatischen Bandscheibenvorfällen HWK4/5, HWK5/6 und BWK5/6, Wurzelirritation C5 und C6 links, Tinnitus beidseitig), in dem zu den vom Kläger geschilderten Beschwerden u. a. ausgeführt wird, er sei in den ersten drei Monaten nach dem Unfall sehr vergesslich gewesen, die Vergesslichkeit sei deutlich besser geworden, aber immer noch vorhanden, auch die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt. Ferner hat der Kläger den ärztlichen Bericht des Chirurgen und Orthopäden Dr. E. vom 10.01.2012 vorgelegt (Nucleus pulposus prolaps in Höhe HWK5/6 mit Impression des Tractus spinothalamicus anterior et lateralis rechts mehr als links, Höhenminderung der Vorderkante HWK7 mit leichter Impression der Deckplatte, Stenose Neuroforamen C6, NPP BWK5/6, Höhenminderung BWK2 und BWK4 ventral), in dem dieser aufgrund der Tatsache, dass die MRT-Untersuchungen vor dem Unfallereignis keinerlei degenerative Veränderungen aufgezeigt hätten, die NPP in Höhe C5/6 eindeutig auf das Unfallereignis zurückgeführt hat. Ebenfalls beanstandet wurde von Seiten des Klägers die konkrete Berechnung des Verletztengeldes. In seinem sechzehnseitigen Schreiben vom 03.06.2012 hat sich der Kläger ausführlich mit der sozialgerichtlichen Rechtsprechung zum Unfallversicherungsrecht sowie der unfallversicherungsrechtlichen, aber auch medizinischen Literatur auseinandergesetzt und mit sechsseitigem Schreiben vom 14.05.2012 sein Beschwerdebild nach dem Autounfall vom 25.01.2005 geschildert (BWS, HWS, rechtes Kiefergelenk, Kniegelenke und Sprunggelenk, Tinnitus und pulssynchrone Ohrgeräusche.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Oktober 2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 6. August 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Februar 2009 abzuändern und als weitere Unfallfolgen eine chronisch rezidivierende Blockierung der Hals- und Brustwirbelsäule, der mittleren drei Finger beider Hände und der linken Schulter sowie Bandscheibenvorwölbungen C4/5 und C5/6 festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 40 vom Hundert zu gewähren, sowie dem Kläger über den 17. November 2005 hinaus Heilbehandlungen bezüglich der Unfallfolgen zu gewähren, hilfsweise ein psychiatrisch-neurologisches Gutachten auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz, höchsthilfsweise ein Zusammenhangsgutachten von Amts wegen nach § 106 Sozialgerichtsgesetz einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich der vom Kläger angegriffenen Höhe der Verletztengeldzahlung hat die Beklagte mit Schreiben vom 24.09.2012 erwidert, der AOK Karlsruhe sei mit Schreiben vom 06.05.2005 ein Verletztengeldauftrag erteilt und dem Kläger dieses Schreiben zur Kenntnis übersandt worden. Gegen die Höhe des Verletztengeldes habe sich der Kläger weder im Verwaltungs- noch im gerichtlichen Verfahren gewandt. Es handele sich daher um eine Erweiterung des Berufungsantrages.

Der Senat hat Dr. D., M. Stuttgart, von Amts wegen mit der Erstattung des unfallchirurgischen Gutachtens vom 17.12.2012 beauftragt. Nach ambulanter klinischer und radiologischer Untersuchung des Klägers und Auswertung der Behörden- und Gerichtsakten sowie der bildgebenden Befunde vom 02.08.2004, 02.02.2005, 04.05.2005 und 24.11.2011 hat der Sachverständige auf unfallchirurgischem-orthopädischem Fachgebiet als Gesundheitsstörung eine Keilwirbelbildung des HWK7 sowie Bandscheibenvorwölbungen der Bandscheiben C4/5 und C5/6 festgestellt. Der in Keilwirbelbildung knöchern stabil ausgeheilte ehemalige stabile Kompressionsbruch des HWK7 sei Unfallfolge. Die Bandscheibenvorwölbungen in Höhe C4/5 und C5/6 beruhten dagegen nicht auf dem Unfallereignis, sondern hätten bereits als unfallunabhängige Verschleißerscheinung schon vor dem Unfallereignis am 25.01.2005 bestanden, wie sich aus dem Vergleich der MRT-Aufnahmen vom 02.08.2004 und 02.02.2005 ergebe. Aufgrund der Funktionseinschränkungen der HWS habe Arbeitsunfähigkeit bis zum 24.04.2005 sowie unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bis maximal 17.11.2005 bestanden. Die MdE sei auf der Grundlage einer segmentbezogenen Beurteilung von Wirbelsäulenschäden nach Weber und Wimmer mit 10 v. H. einzuschätzen. Bei einer Wirbelsäulendeformität wie der hier vorliegenden Keilwirbelbildung des HWK7 werde der Segmentwert verdoppelt. Der errechnete Endwert

werde auf die nächste 5 %-Stufe auf- oder abgerundet. Vorliegend sei das Bewegungssegment C6/7 relevant, da in diesem Segment die Keilwirbelbildung durch die imprimierte Deckplatte von C7 wirksam werde. Der Segmentwert für das Bewegungssegment C6/7 betrage 6,1 %, sodass nach Verdoppelung und Abrundung die MdE mit 10 v. H. zu errechnen sei. In Abweichung zur bisherigen unfallbedingten Diagnose komme unter Zugrundelegung des MRT vom 02.02.2005 zur anerkannten knöchernen Verletzung des HWK7 sowie des BWK2 und BWK4 noch eine knöcherne Verletzung des HWK5 und HWK6 hinzu.

Soweit der Sachverständige diese weitere Verletzungsfolge angenommen hat, ist die Beklagte mit Schreiben vom 29.01.2013 dem Gutachten entgegen getreten und hat ausgeführt, dass es sich insoweit nicht um eine knöcherne Verletzung, sondern um Signalveränderungen in der Region des HWK5 und HWK6 handele, die als unfallbedingt zu erachten seien. Diese Unfallfolgen seien folgenlos ausgeheilt und hätten keinen Einfluss auf die festzustellende MdE. Bei der Verletzung im Sinne der Signalveränderung handele es sich um eine Stauchung der Wirbelsäule, die sich in der MRT-Aufnahme durch eine vorübergehende vermehrte Wassereinlagerung bemerkbar mache.

Der Kläger hat seinerseits in einem sechzehnseitigen Schreiben vom 25.02.2013 insbesondere die Auswertung der radiologischen Befunde durch den Sachverständigen und hierdurch bedingt die MdE-Bewertung angegriffen. Er hat auf Dr. E. verwiesen, der in seinem Schreiben vom 10.01.2012 angegeben habe, es müsse mit einer MdE von 30 v. H. gerechnet werden. Desweiteren hat der Kläger darauf hingewiesen, seinerseits Dr. S. mit einer Begutachtung beauftragt zu haben. Nach ambulanter Untersuchung am 17.02.2012 sei ihm das Gutachten am 22.08.2012 zugegangen. Da es jedoch in wesentlichen Punkten fehlerhaft gewesen sei (am rechten Ohr keine Hör- oder Tinnitus-Beschwerden, Schwindel werde nicht beklagt; bei dem Versicherten sei ein bereits zuvor vorhandener Tinnitus links neu aufgetreten; zwischenzeitliche Tinnitus-Beschwerden rechts bestünden nicht mehr), habe er um Korrektur gebeten. Dr. S. habe ihm dann das korrigierte Gutachten vom 22.01.2013 übersandt. Die Ausführungen zur Höhe des Verletztengeldes seien als Antrag nach § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) an die Beklagte zu werten. Der Antrag bezüglich der Gewährung von Verletztengeld über den 17.11.2005 hinaus sei hinfällig. Begehrt würden aber darüber hinaus auch die Heilbehandlungen bzw. Heilbehandlungskosten.

In der genannten gutachterlichen Stellungnahme des Dr. S. vom 22.01.2013 wird über eine Kontrolluntersuchung vom 17.02.2012 aufgrund des Gutachtensauftrags des Klägers berichtet, anlässlich derer der Kläger über deutlich zunehmende Beschwerden geklagt habe. Es bestehe ein beidseitiger Tinnitus und links ein pulssynchrones Ohrgeräusch. Der neue Ton verstärke sich zunehmend und bestehe ganztags. Es komme jetzt vermehrt zu Verständnis- und Kommunikationsstörungen, es seien hierdurch starke Auswirkungen im Berufsleben gegeben. Zusätzlich zu den Konzentrationsstörungen träten jetzt auch Schlafstörungen auf, die sich auf die Leistungsfähigkeit und Stimmung auswirkten, er leide zunehmend unter depressiver Stimmungslage. Zusammenfassend wird ausgeführt, es sei bei dem Kläger ein bereits zuvor vorhandener Tinnitus beidseits in stark zunehmendem Ausmaß vorhanden. Es bestünden zuletzt beidseitig laute Ohrgeräusche, die im Tonaudiogramm bei 4 kHz mit 15 dB zu vertäuben seien. Bei fehlender Hörminderung bestehe auch kein Nachweis eines retrocochleären Schadens. Der Tinnitus sei bisher kompensiert gewesen. Es bestehe eine zunehmende zentrale Dekompensation, die das Beschwerdebild verstärke, weswegen weitere Behandlungen erforderlich seien. Die MdE auf HNO-ärztlichem Gebiet werde auf 10 v. H. geschätzt.

Der Berichterstatter hat den Rechtsstreit mit den Beteiligten am 07.03.2013 erörtert.

Aufgrund der von Seiten des Klägers erhobenen Einwendungen hat der Senat Dr. D. um ergänzende Stellungnahme gebeten. Mit Schreiben vom 22.05.2013 hat dieser ausgeführt, der Kläger leite Ansprüche aus den minimalsten morphologischen Veränderungen des BWK2 und BWK4 ab. Wie im Gutachten ausgeführt, baue das Segmentprinzip ausschließlich auf radiologischen und biomechanischen Kritierien auf und berücksichtige nicht die klinischen Auswirkungen. Der Kläger weise weder an der HWS noch an der BWS irgendwelche Funktionseinschränkungen auf. Aus den ursprünglichen Verletzungen resultiere auch keinerlei neurologische Symptomatik, was mit der Morphologie des Spinalkanals resp. den unfallunabhängigen Bandscheibenvorwölbungen korreliere. Lediglich bei Annahme einer statisch wirksamen Keilwirbelbildung mit einem Grundplatten-/Deckplattenwinkel von 9,6 Grad, der beim HWK7 vorliege, sei die MdE mit 10 v. H. anerkannt worden. Aufgrund der geringsten Formveränderung von BWK2 und BWK4 sei eine statisch wirksame Formveränderung jedoch nicht zu rechtfertigen. Der Sachverständige hat nochmals wiederholt, dass die Bandscheibenvorwölbungen bereits vor dem Unfallereignis bestanden hätten und nicht unfallbedingt seien. Im Übrigen verwechsele der Kläger seine subjektive Beschwerdesymptomatik mit funktionellen Auswirkungen der BWS und HWS. Funktionelle Einschränkungen lägen bei dem Kläger seitens der Wirbelsäule nicht vor. Die subjektive Schmerzsymptomatik stelle kein Einschätzungskriterium dar.

Der Kläger hat einen weiteren radiologischen Befundbericht des Dr. R. vom 06.06.2013 vorgelegt, in dem dieser nach kernspintomographischer Untersuchung vom 18.03.2013 und in Auswertung der weiteren radiologischen Befunde Wirbelkörperbrüche bei HWK7, BWK2 und BWK4 sowie Abschrägungen der HWK4 und HWK5 und leichte Höhenminderungen der Deckplatten sowie einen diskreten Bruch der Grundplatte bei HWK6 festgestellt hat. Die Bandscheibenschädigungen bei HWK4/5 und HWK5/6 seien eindeutig größenprogredient, die frischen knöchernen Verletzungen der an diese Bandscheiben angrenzenden Wirbelkörper bewiesen, dass diese Wirbelsäulensegmente durch den Auffahrunfall betroffen gewesen seien. Auch bei BWK5/6 sei ein inzwischen größenprogredienter Bandscheibenvorfall nachgewiesen, der bereits auf den Aufnahmen vom 02.02.2005 zu erkennen sei. Die genannten Verletzungen wären mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne das Unfallereignis nicht aufgetreten.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat bei Prof. Dr. C. und Prof. Dr. H. weitere Sachverständigengutachten eingeholt.

In seinem orthopädischen Gutachten vom 18.09.2013 hat Prof. Dr. C. nach klinischer und radiologischer Untersuchung des Klägers am 22.07.2013 ausgeführt, es bestünden bei den Bewegungsprüfungen keine wesentlichen Abweichungen zu den Ergebnissen der Untersuchung durch Dr. D ... In Übereinstimmung mit Dr. D. liege bei dem Kläger eine altersentsprechende freie Beweglichkeit der HWS und BWS vor. Durch den Arbeitsunfall vom 25.01.2005 sei die funktionell unbedeutende, keilförmige Deformierung des HWK7 mit vorderer Höhenminderung verursacht worden. Darüber hinaus gehe er davon aus, dass auch die diskreten, funktionell unbedeutenden degenerativen Veränderungen im Bewegungssegment zwischen dem BWK1 und BWK2 durch den Unfall verursacht worden seien. Nicht verursacht worden seien durch den Unfall die angedeuteten Vorwölbungen der Bandscheiben zwischen dem HWK4/5 und HWK5/6. Beim Vergleich der beiden MRT-Aufnahmen vom 02.08.2004 und 02.02.2005 habe selbst das geübte Auge des Unterzeichners, der nahezu täglich solche Bilder anschaue, allergrößte Schwierigkeiten, hier einen irgendwie gearteten Unterschied zu erkennen. Selbst wenn man unterstellen würde, dass

hier ein Größenunterscheid bestünde, der sich allenfalls in Bruchteilen von Millimetern bewegen würde, handele es sich hierbei um einen völlig normalen Vorgang. Denn es liege eine allenfalls als milde zu bezeichnende Vorwölbung des faserigen Ringes der Bandscheibe nach hinten vor, die auf einem bei einem 41-jährigen Mann völlig normalen physiologischen Prozess beruhe, den man als Protrusion bezeichne, der von einem Bandscheibenvorfall streng abzugrenzen sei. Einen Riss des Anulus fibrosus, wie ihn Dr. R. in seiner Stellungnahme vom 06.06.2013 unterstelle, vermöge er auch nach sorgfältiger Durchsicht sämtlicher ihm vorliegender Aufnahmen nicht zu erkennen. Unfallfolgen seien die funktionell unbedeutende, keilförmige Deformierung des fest verheilten Kompressionsbruchs des HWK7 sowie die funktionell unbedeutenden degenerativen Veränderungen im Bewegungssegment zwischen BWK1 und BWK2. Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 24.04.2005, unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bis zum 17.11.2005 bestanden. Die unfallbedingte MdE schätze er ebenso wie Dr. D. mit 10 v. H. ein.

Der Kläger hat sich u. a. unter Bezugnahme auf die sozialgerichtliche Rechtsprechung zur Kausalitätsproblematik im Unfallversicherungsrecht gegen das Gutachten des Prof. Dr. C. mit einem 23-seitigen Schreiben vom 04.11.2013 gewandt und um Stellungnahme zu fünfzehn Fragen gebeten. Zudem hat er ergänzend vorgetragen, seine Ehefrau sei exakt 40 Tage nach ihrer Hochzeit im Jahr 2008 verstorben.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.12.2013 hat der Sachverständige Prof. Dr. C. unter Bezugnahme auf die unfallversicherungsrechtliche Literatur ausgeführt, dass Bandscheibenvorfälle als Unfallfolge stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment erschienen. Die Kernspintomographie sei das sensibelste Instrument, um selbst minimale knöcherne oder weichteilige Verletzungen sichtbar zu machen. Eine knöcherne Verletzung der Integrität einer Deckplatte sei auf den Aufnahmen vom 21.01.2005 und 02.02.2005 nicht zu erkennen. Am HWK6 sei nicht die Deck-, sondern die Grundplatte arrodiert. Die ödematöse Einlagerung finde sich gleichwohl im Bereich der oben gelegenen Deckplatte, weil hier vornehmlich die Krafteinwirkung durch den Unfall gewesen sei. Eine über die altersgemäße Norm hinausgehende Schadensanlage habe vor dem Unfall im Bereich HWK4/5 und HWK5/6 nicht bestanden. Abgesehen davon, dass Bandscheibenvorfälle nur unter den o. g. Voraussetzungen eine traumatische Ursache haben könnten, könne auf den vorliegenden Aufnahmen kein Bandscheibenvorfall erkannt werden. Die Vorwölbungen im Bereich der HWS seien in keinem Fall geeignet, "Nervenquetschungen" an der BWS zu verursachen. Eine rechtlich wesentliche Winkelveränderung im Segment HWK5/6 sei nicht zu erkennen. Eine mechanische Instabilität der HWS sei durch die angefertigten Funktionsaufnahmen ausgeschlossen.

Zu den Stellungnahmen der Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. hat sich der Kläger in einem weiteren 26-seitigen Schreiben vom 19.03.2014 eingelassen.

Prof. Dr. H. hat nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 10.02.2014 in seinem HNO-ärztlichen Gutachten vom 18.03.2014 ausgeführt, die Verstärkung des rechtsseitigen und der neu hinzugekommene Tinnitus aurium links seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch den Arbeitsunfall am 25.01.2005 verursacht. Die Ohrgeräusche ließen sich im Hochfrequenzbereich bei 8 und 10 kHz vergleichend audiometrisch bestimmen. Als Unfallfolgen bezeichnete der Sachverständige einen Tinnitus aurium beidseits bei Normakusis mit psychovegetativen Begleiterscheinungen. Behandlungsbedürftigkeit im Sinne einer Akuttherapie der Ohrgeräusche habe für drei Monate, also bis April/Mai 2005 bestanden. Er schätze auf seinem Fachgebiet die MdE unter Einschluss der psychischen Folgeerscheinungen im Sinne von Schlaf- und Konzentrationsstörungen auf 10 v. H. ein.

Der Senat hat den Sachverständigen Prof. Dr. H. aufgrund der Abweichungen zu den Ausführungen von Prof. Dr. D. und Dr. S. um ergänzende Stellungnahme gebeten. In seinem Schreiben vom 31.03.2014 hat Prof. Dr. H. dargelegt, dass er es für gerechtfertigt halte, zum jetzigen Zeitpunkt den Tinnitus tatsächlich mit einer MdE um 10 v. H. zu bewerten. Bei einem Ohrgeräusch ohne psychische Begleiterscheinungen werde gutachterlich in der Regel ein MdE-Wert von 5 v. H. angesetzt. Dieser steigere sich aber, wenn psychische Begleiterscheinungen vorhanden seien. Solche habe der Kläger eindeutig und glaubhaft vorgetragen, wie z. B. Schlaf- und Konzentrationsstörungen. MdE-Einschätzungen bezüglich der psychovegetativen Begleiterscheinungen des Tinnitus seien immer nur temporär anzunehmen und nie als Dauerschaden zu werten. Ein Vorschaden sei nicht zu bewerten, da es sich um eine psychovegetative Begleitsymptomatik handele, die durch die Verstärkung des Ohrgeräusches hervorgerufen und unterhalten werde. Anlässlich der Begutachtung habe der Kläger von einem intermittierenden, pulsierenden Ohrgeräusch, nicht jedoch von einem intermittierenden Dauerton gesprochen. Der Dauerton sei ständig vorhanden und belaste deswegen auch ständig, insbesondere in Ruhe. Während das gelegentlich auftretende pulsierende Ohrgeräusch nicht mit dem Unfall in Verbindung gebracht werden könne, stehe der Dauerton in Zusammenhang mit dem Unfall. Wenn die unfallbedingten orthopädischen Gesundheitsstörungen mit einer MdE um 10 v. H. zu bewerten seien und der Tinnitus aurium mit psychovegetativen Begleiterscheinungen ebenfalls mit einer MdE um 10 v. H., würde er die Gesamt-MdE mit 20 v. H. bewerten, da es sich hier um komplett unterschiedliche und voneinander unabhängige Organgebiete handele.

Dem Gutachten ist der Kläger mit einem 20-seitigen Schreiben vom 08.04.2014 entgegen getreten, in dem er wiederum verschiedene Fragen an den Sachverständigen formuliert und zum psychologischen Teil des Gutachtens dargelegt hat, es sei Fakt, dass er an Einschlaf- und Durchschlafstörungen leide, dass er Konzentrationsschwierigkeiten habe, sich stark zurückgezogen habe, laute Umgebungen nach Möglichkeit vermeide und an HWS-Verspannungen leide. Fakt sei weiter, dass er keine deutlichen Depressionen habe und keine Psychopharmaka zu sich nehmen müsse.

In seiner hierzu eingeholten weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 30.04.2014 hat Prof. Dr. H. darauf hingewiesen, bereits in seinem Gutachten und der zusätzlichen Stellungnahme ausführlich auf die Problematik eingegangen zu sein. Eine Einschätzung der MdE richte sich keinesfalls nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, sondern stütze sich im Besonderen auf die einschlägigen Standardwerke wie die Königsteiner Empfehlung und die entsprechenden Tabellen von Bönnighaus und Roeser. Eine besondere Bewertung psychovegetativer Begleiterscheinungen richte sich zudem nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht. Leitlinien seien hingegen erstellt worden, um Wegweiser für Therapieansätze darzustellen. Bei dem Tinnitus des Klägers handele es sich nicht um einen dekompensierten Tinnitus, bei dem keine Möglichkeiten der Gestaltungsfähigkeiten mehr gegeben seien. Diese sehe er bei dem Kläger durchaus und konstatiere damit nach wie vor lediglich begleitende psychovegetative Symptome zum Tinnitus, die jedoch nicht erheblich seien. Die Behandlung des Tinnitus über eine Akuttherapie hinaus sei natürlich gegeben, setze aber jedoch gerade die Beendigung der langwierigen Rechtsstreitigkeiten voraus, da sie lediglich auf eine Habituation des Ohrgeräusches abzielten und auch die Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen,

Konzentrationsstörungen mit behandelten im Sinne einer psychosomatisch orientierten neurootologischen Tinnitustherapie. Eine Habituation könne naturgemäß gar nicht gelingen, wenn durch Verfahren immer wieder auf den Tinnitus akzentuiert und fokussiert werde. Der Sachverständige hat ferner auf Verlangen des Klägers die von diesem ausgefüllten Fragebögen vorgelegt.

Die Beklagte hat sich unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahmen des HNO-Arztes Dr. J. vom 22.04. und 05.05.2014 im Wesentlichen gegen die Bildung der Gesamt-MdE von 20 v. H. gewandt, die auch unter Zugrundelegung zweier Einzel-MdE-Werte von 10 v. H. aufgrund der integrierenden Berücksichtigung der MdE für den Tinnitus nicht höher als mit 15 v. H. zu bewerten sei.

Der Kläger hat sich mit einem weiteren 39-seitigen Schreiben vom 17.06.2014 gegen das Gutachten des Prof. Dr. H. gewandt.

Auf Nachfrage des Senats hat der Kläger mit Schreiben vom 02.07.2014 ergänzend vorgetragen, seine Ehefrau sei am 17.01.2008 an einer Hirnhautentzündung verstorben. Er habe seither nicht wieder geheiratet und lebe auch nicht in einer festen Beziehung, habe allerdings zwei Herdenschutzhunde. Er habe sich erstmals auf das Examen zum Wirtschaftsprüfer im Jahr 2003 vorbereitet, habe die Vorbereitung aber auf Grund von heftigen Kopfschmerzen abbrechen müssen. 2004 sei er nach Bestehen der schriftlichen Prüfung in der mündlichen Prüfung durchgefallen. Im Jahr 2005 sei er bereits im schriftlichen Teil durchgefallen. 2006 habe er nach viereinhalb monatiger Vorbereitung zwar die schriftliche Prüfung bestanden, in der mündlichen Prüfung sei er aber wieder durchgefallen. Er sei von 1995 an bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG beschäftigt gewesen, von 1998 bis Ende 2007 als Prüfungsleiter. Ab ca. Mitte 2006 sei die Zusammenarbeit nicht mehr erfreulich gewesen, auch auf Grund von Unverständnis für seine Beschwerdeproblematik und sicher auch auf Grund des nicht gelungenen Examens. Anfang 2008 sei er für drei Monate arbeitssuchend gemeldet gewesen, habe sodann einen Zeitvertrag von 9 Monaten bei der Firma F. E. in B. gehabt und sei anschließend wiederum für 18 Monate arbeitssuchend gemeldet gewesen. Seit Mitte 2010 sei er bei der G. AG in B. im Bereich Konzernabschluss tätig.

Schließlich hat der Kläger mit einem weiteren 17-seitigen Schreiben vom 15.07.2014 das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten des Radiologen Dr. F. vom 14.07.2014 vorgelegt. Er hat als Unfallfolgen eine hypomobile Dysfunktion der hochzervikalen Wirbelgelenke mit zerviko-zephalem Syndrom bei stattgehabter HWS-Distorsion (QTF-Grad IV), eine diskrete Bandscheibenvorwölbung bei C4/5 und eine Bandscheibenvorwölbung bei C5/6 mit progredientem Impressionseffekt am Myelon, eine diskrete Minderung der Vorderkante mit Abschrägung der Deckplatte bei HWK6, eine Einmuldung der Grundplatte bei HWK6, einen keilförmigen Deckplatteneinbruch bei HWK7 mit Absenkung der Vorderkante um mindestens 2 mm, einen diskreten Deckplatteneinbruch bei Th2 mit leichter Formveränderung, einen diskreten Deckplatteneinbruch bei Th4 mit diskreter ventraler Höhenminderung sowie eine Bandscheibenvorwölbung bei Th5/6, zwischenzeitlich größenprogredient, beschrieben und weiter ausgeführt, die über den geschädigten Deckplatten liegenden und mit diesen fest verwachsenen Bandscheiben seien ebenfalls mitbeschädigt worden. Nach dem Segmentprinzip sei für die Unfallfolgen eine MdE um 35 v. H. anzusetzen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegten Behördenakten (3 Bände) sowie die Gerichtsakten des SG (S 15 U 1537/09 und S 15 U 2420/11) und des LSG (3 Bände) verwiesen. &8195;

Entscheidungsgründe:

Die nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG) des Klägers ist unbegründet.

Soweit das SG die als kombinierte Anfechtungs-, Leistungs- und Feststellungsklage zulässige Klage abgewiesen hat, ist dies rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Feststellung der von ihm geltend gemachten Gesundheitsstörungen als weitere Unfallfolgen noch auf die Gewährung einer Verletztenrente und weiterer Heilbehandlungen. Jedenfalls soweit das SG den Bescheid der Beklagten vom 06.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.02.2009 nicht abgeändert hat, ist der Bescheid rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Die Beklagte hat in dem (teilweise) angefochtenen Bescheid vom 06.08.2008 einen Arbeitsunfall des Klägers am 25.01.2005 festgestellt und als Unfallfolgen einen unter leichter Keilform verheilten Bruch des HWK7, verheilte Deckplatten-Impressionsbrüche der BWK2 und BWK4 ohne Funktionsbeeinträchtigungen sowie Ohrgeräusche im Sinne eines Tinnitus beidseits anerkannt. Außerdem hat die Beklagte durch Teilanerkenntnis im erstinstanzlichen Verfahren als weitere Unfallfolge eine cranio-mandibuläre Dysfunktion rechts sowie Behandlungsbedürftigkeit über den 17.11.2005 hinaus wegen unmittelbarer und mittelbarer Unfallfolgen auf mund-, kiefer- und gesichtschirurgischem Fachgebiet anerkannt. Das SG hat darüber hinaus unter teilweiser Abänderung des Bescheides Ohrgeräusche links als weitere Folge des Arbeitsunfalls festgestellt und zur Verdeutlichung in den Entscheidungsgründen ausgeführt, dass es sich hierbei um objektiv hörbare Ohrgeräusche handele. Schließlich hat die Beklagte im Berufungsverfahren mit Schreiben vom 29.01.2013 ausgeführt, dass die Signalveränderungen in der Region des HWK5 und HWK6 in Form der Stauchung der Wirbelsäule unfallbedingt seien.

Mit der Feststellungsklage nach § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG kann der Kläger den behaupteten materiellen Anspruch auf Feststellung von weiteren Unfallfolgen (chronisch rezidivierende Blockierung der HWS und BWS, der mittleren drei Finger beider Hände und der linken Schulter sowie Bandscheibenvorwölbungen C4/5 und C5/6) durchsetzen, ohne dass er daran durch seine Befugnis zur Erhebung einer Verpflichtungsklage gehindert wäre. Denn er kann zwischen beiden Rechtsschutzformen wählen, weil sie, soweit um Ansprüche auf Feststellung von Unfallfolgen (oder Versicherungsfällen) gestritten wird, grundsätzlich gleich rechtsschutzintensiv sind (st. Rspr. vgl. statt aller Bundessozialgericht [BSG] SozR 4-2700 § 11 Nr. 1). Für das Begehren auf Verletztenrente sowie Heilbehandlung hat er die Anfechtungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG in zulässiger Weise mit der unechten Leistungsklage kombiniert. Nicht (mehr) streitgegenständlich ist die Höhe und Dauer der Gewährung von Verletztengeld, nachdem der Kläger insoweit mit Schreiben vom 25.02.2013 seinen ursprünglichen Antrag zurückgenommen hat.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung der von ihm geltend gemachten Gesundheitsstörungen als weitere Unfallfolgen.

Nach §§ 8 Abs. 2 Satz 1, 102 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Versicherungsfall rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R - zit. n. juris; Senatsbeschluss vom 07.11.2012 - L 6 U

2214/12 -). Während der Gesundheitsschaden sicher feststehen muss (Vollbeweis), erfolgt die Prüfung des Ursachenzusammenhangs zwischen einer Gesundheitsstörung und dem - hier als Arbeitsunfall anerkannten - Unfallereignis nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Dabei ist auf einer ersten Prüfungsstufe zu fragen, ob der Versicherungsfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung ist, wobei insoweit jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nach den einschlägigen Erfahrungssätzen nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele. Wenn festzustellen ist, dass der Versicherungsfall in diesem Sinne eine Bedingung für den Erfolg ist, ist auf der ersten Prüfungsstufe weiter zu fragen, ob es für den Eintritt des Erfolgs noch andere Ursachen i. S. der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie gibt; das können Bedingungen aus dem nicht versicherten Lebensbereich wie z. B. Vorerkrankungen, Anlagen, nicht versicherte Betätigungen oder Verhaltensweisen sein (BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Hinsichtlich des Überzeugungsmaßstabs genügt für die Feststellung des naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachenzusammenhangs der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit (st. Rspr, z. B. BSG SozR 2200 § 548 Nr. 38; SozR 2200 § 555a Nr. 1). Dieser ist erfüllt, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht; allein die Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs genügt dagegen nicht (BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; SozR 4-2700 § 200 Nr. 3). Erst wenn sowohl der Versicherungsfall als auch andere Umstände als Ursachen des Gesundheitsschadens feststehen, ist auf einer zweiten Prüfungsstufe rechtlich wertend zu entscheiden, welche der positiv festzustellenden adäquaten Ursachen für die Gesundheitsstörung die rechtlich wesentliche Ursache ist. Dasselbe gilt für die Frage, ob eine MdE vorliegt und im Wesentlichen durch Unfallfolgen verursacht wurde (BSG, Urteil vom 15.05.2012, a. a. O.).

Unter Zugrundelegung dieser Voraussetzungen sind die seitens des Klägers geltend gemachten weiteren Gesundheitsstörungen nicht mit Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalles vom 25.01.2005.

Soweit der Kläger beantragt hat, chronisch rezidivierende Blockierungen der HWS und BWS sowie der mittleren drei Finger beider Hände und der linken Schulter als Unfallfolgen festzustellen, hat das SG in seinem Urteil bereits unter Bezugnahme auf das urkundlich verwertete orthopädische Gutachten von Dr. C. dargelegt, dass und weshalb eine solche Annahme unter wissenschaftlich medizinischen Gesichtspunkten nicht tragfähig ist. Der Senat hält nach nochmaliger eigener Überprüfung diese Ausführungen auch unter Berücksichtigung der vom Kläger im Berufungsverfahren eingereichten weiteren Schreiben für zutreffend, nimmt auf die entsprechenden Textpassagen in den Entscheidungsgründen des SG Bezug und sieht daher insoweit von einer nochmaligen Darstellung der Entscheidungsgründe ab (§ 153 Abs. 2 SGG). Der Senat sieht sich in seiner Auffassung, dass aufgrund fehlender medizinischer Plausibilität der Unfall nicht mit Wahrscheinlichkeit conditio sine qua non für die genannten Blockierungen ist, dadurch bestätigt, dass weder der Sachverständige Dr. D. in seinem unfallchirurgischen Gutachten noch der Sachverständige Prof. Dr. C. in seinem orthopädischen Gutachten die vom Kläger beschriebenen Blockierungen auf den Unfall vom 25.01.2005 zurückgeführt haben und auch der behandelnde Orthopäde Dr. P. am 17.05.2005 von einer zeitgerechten Verheilung der Unfallfolgen, nämlich HWK7-, BWK2- und BWK4-Fraktur, Ellenbogenprellung links, Fingerdistorsion links sowie Kniegelenksprellung rechts, ausgegangen ist, mithin die vom Kläger weiter beklagten Blockierungen nicht dem Unfallereignis zugerechnet hat. Wie der Kläger am 28.06.2006 der Beklagten mitgeteilt hat, hat Dr. P. auch ihm gegenüber die Auffassung vertreten, das die Behandlung abgeschlossen ist und nach Verletzungen wie den seinen die Beschwerden nach eineinhalb Jahren behoben sein müssten. Er hat sich deshalb auch geweigert, Rezepte zur Durchführung manueller Therapien zu Lasten der Beklagten auszustellen. Soweit der Radiologe Dr. F. mit der von ihm angenommenen Unfallfolge einer hypomobilen Dysfunktion der hochzervikalen Wirbelsäule mit zervikozephalem Syndrom überhaupt die vom Kläger genannten Blockierungen erfasst, beschränkt sich diese eben nicht auf die HWS. In jedem Fall dürfte die Frage, ob Blockierungen in Bereichen der Wirbelsäule sowie an den Fingern und einer Schulter als Unfallfolge wahrscheinlich sind, nicht dem radiologischen Fachgebiet zuzuordnen sein. Da sich Dr. F. in keiner Weise mit den schlüssigen und gut nachvollziehbaren Argumenten des Dr. C. auseinander gesetzt hat, hält der Senat dessen Ausführungen zu dieser Thematik, soweit sie überhaupt den Berufungsantrag des Klägers erfassen, für nicht überzeugend.

Ebenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass die Bandscheibenvorwölbungen (Protrusionen) C4/5 und C5/6 auf dem Unfall vom 25.01.2005 beruhen. Auch insoweit ist bereits auf der ersten Prüfungsstufe der Kausalitätsprüfung der Kausalzusammenhang zu verneinen, da nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen ist, dass der Unfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für das Entstehen oder die Verschlimmerung der Bandscheibenvorwölbungen ist. Hierbei stützt sich der Senat auf die Gutachten der beiden Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C., die übereinstimmend nach Auswertung und im Vergleich der beiden MRT-Aufnahmen vom 02.08.2004 und 02.02.2005 keine messbare Veränderung der vorbestehenden Protrusionen festzustellen vermochten. Da somit bereits ca. sechs Monate vor dem Unfall eine Bandscheibenprotrusion bestanden hat, die sich ca. eine Woche nach dem Unfall in gleicher Weise darstellte, kann das Unfallereignis nicht die Ursache für die Entstehung der Protrusionen sein. Auch eine Verschlimmerung der Protrusionen i. S. einer weiteren Ausdehnung, wie sie der Kläger auf verschiedenen MRT-Aufnahmen festzustellen vermeint, ist nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25.01.2005 zurück zu führen. Auch insoweit hält der Senat die Ausführungen der Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. für schlüssig und überzeugend. Denn Dr. D. hat darauf hingewiesen, dass auf der MRT-Aufnahme vom 02.08.2004 die Bandscheiben C4/5 und C5/6 in den sagittalen T2-Schnittbildern bereits Bandscheibenvorwölbungen mit geringfügig verminderter Signalintensität (wie die übrigen Bandscheibenräume) zeigen. Axiale Schnitte sind am 02.08.2004 lediglich bis in Höhe C3 durchgeführt worden, was mit der Angabe des Klägers korreliert, Grund für die MRT-Aufnahme sei nicht eine akute HWS-Symptomatik, sondern ein geklagter Tinnitus gewesen. Denn es könnten lediglich pathologische Veränderungen der oberen drei Bewegungssegmente der HWS eine Korrelation zum Tinnitus haben. Im Vergleich hierzu zeigen die sagittalen T2-Schichtaufnahmen der MRT-Aufnahme vom 02.02.2005 unverändert bestehende Bandscheibenprotrusionen in Höhe C4/5 und C5/6. Dass sich auf den beiden MRT-Aufnahmen keine Änderung der Protrusionen nachweisen lässt, hat Dr. D. auf die Einwendungen des Klägers hin in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22.05.2013 nochmals bestätigt. Prof. Dr. C. hat unter Zugrundelegung der von Dr. R. seiner Stellungnahme vom 06.06.2013 beigefügten Bilder vom 02.08.2004 und 02.02.2005 angegeben, dass selbst das einigermaßen geübte Auge des Sachverständigen, der nahezu täglich solche Bilder anschaut, allergrößte Schwierigkeiten habe, hier einen irgendwie gearteten Unterschied zu erkennen. Selbst wenn unterstellt würde, dass hier ein Größenunterschied besteht, der sich allenfalls in Bruchteilen von Millimetern bewegt, so handelt es sich jedoch hierbei um einen völlig normalen Vorgang. Es liegt nämlich eine allenfalls als milde zu bezeichnende Vorwölbung des faserigen Ringes der Bandscheibe nach hinten vor, die auf einen physiologischen Prozess zurückzuführen ist, bei dem der Wassergehalt der Bandscheibe abnimmt, wodurch sich der Quellungsdruck der Bandscheibe reduziert und der Faserring etwas zusammengestaucht wird. Dies ist bei einem 41-jährigen Mann (Alter des Klägers z. Zt. der MRT-Aufnahme vom 02.08.2004) etwas völlig Normales. Es ist auch völlig normal, dass ein solcher degenerativer Vorgang, wenn er einmal begonnen hat, langsam voranschreitet. Eine unfallbedingte Verschlimmerung der bereits am 02.08.2004 bestehenden geringgradigen Vorwölbungen im Bereich der Bandscheiben von C4/5 und C5/6 bis zum 02.02.2005 ist somit nicht erwiesen, sodass die Protrusionen weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung mit Wahrscheinlichkeit Unfallfolgen sind.

Die gegenteiligen Auffassungen der in überörtlicher Praxisgemeinschaft tätigen Radiologen Dres. R. und Friedburg überzeugen den Senat nicht. Deren "Gutachten" wurden von Seiten des Klägers in Auftrag gegeben und von diesem in das Verfahren eingebracht. Ein von einer Partei in Auftrag gegebenes Gutachten ist, jedenfalls sofern es von einem Beteiligten in das gerichtliche Verfahren eingebracht wird, in erster Linie Bestandteil des Parteivorbringens und wie dieses zu würdigen (BSG, Urteil vom 08.12.1988 - 2/9b RU 66/87 -, juris m. w. N.). Ein solches auf ein sogenanntes "Privatgutachten" gestütztes Vorbringen eines Beteiligten ist, sofern entscheidungserheblich, bei der Überzeugungsbildung des Gerichts zu berücksichtigen (BSG SozR Nr. 68 zu § 128 SGG). Im Rahmen der Beweiswürdigung ist keine Rangfolge im Sinne einer unterschiedlichen Beweiskraft der vorhandenen Beweismittel zu beachten. Vielmehr entscheidet das Tatsachengericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG aufgrund seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung, ohne festen Beweisregeln unterworfen zu sein (BSG, Urteil vom 06.04.1989 - 2 RU 55/88 -, juris). Der Senat misst den hier nach § 118 Abs. 1 SGG i. V. m. §§ 402 ff. Zivilprozessordnung (ZPO) gehörten Gutachtern Dr. D. und Prof. Dr. C., die dem Senat als forensisch äußerst versierte Sachverständige bekannt sind und die über ein umfassendes Erfahrungswissen auch im Hinblick auf die Auswertung von Röntgenbildern sowie computer- und kernspintomographischen Aufnahmen verfügen, den höheren Beweiswert bei. Die genannten Sachverständigen haben ihre Begutachtungen mit einer klinischen Untersuchung des Klägers verbunden und konnten die hierbei gefundenen Ergebnisse sowohl mit früheren Untersuchungen als auch mit den radiologischen Befunden abgleichen und auf ihre Schlüssigkeit hin überprüfen. Entsprechende Untersuchungen wurden von den Dres. R. und F. nicht durchgeführt, eine Schlüssigkeitsprüfung ist in ihren Stellungnahmen nicht enthalten, was wohl auch dem Umstand geschuldet ist, dass sie als radiologische Fachärzte nicht über die entsprechenden chirurgischen und orthopädischen Kenntnisse verfügen. So fehlt es ersichtlich auch an einer Darstellung in ihren "Gutachten", ob die vom Kläger geschilderten Beschwerden mit den von ihnen röntgenologisch festgestellten, im Wesentlichen als sehr diskrete oder diskrete Gesundheitsstörungen bezeichneten, Befunden in Einklang zu bringen sind. Insoweit hätte auch dem Umstand Rechnung getragen werden müssen, dass der Kläger auf HNO-ärztlichem Fachgebiet über Ohrgeräusche zwar klagt und sogar psychovegetative Störungen hiermit in Verbindung bringt, eine entsprechende therapeutische Behandlung nach dem Unfallereignis aber nicht, vor dem Unfall dagegen schon in Anspruch genommen hat. Insoweit kann nicht verkannt werden, dass insbesondere Dr. F., wohl dem ihm vom Kläger erteilten Auftrag entsprechend, sich mit den orthopädischen Gutachten "kritisch" auseinanderzusetzen, eher einseitig mit der Materie befasst hat. Entsprechende Tendenzen vermag der Senat dagegen in den Sachverständigen-Gutachten von Dr. D. und Prof. Dr. C. nicht zu erkennen, die - anders als die vom Kläger beauftragten Dres. R. und Friedburg - nach § 118 SGG i. V. m. §§ 406 Abs. 1, 42 ZPO zur objektiven und unparteilichen Begutachtung verpflichtet sind. Hinzu kommt weiter, dass die von Seiten des Gerichts beauftragten Sachverständigen ihre Gutachten unter vollständiger Auswertung der vorliegenden behördlichen und gerichtlichen Akten erstellt haben, Dres. R. und F. dagegen nur im Besitz einzelner Aktenteile waren und somit den Sachverhalt nicht vollumfassend würdigen konnten.

Soweit Dr. R. in seinem radiologischen Befundbericht vom 06.06.2013 angegeben hat, die MRT-Aufnahme vom 02.08.2004 zeige keine wesentlichen degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben bzw. an den angrenzenden Wirbelkörpern, hat Prof. Dr. C. sich dieser Auffassung angeschlossen. Nachdem weder Dr. D. noch Prof. Dr. C. Veränderungen der Bandscheibenprotrusionen auf den Aufnahmen vom 02.08.2004 und 02.02.2005 festgestellt haben, kann sich der Senat von der gegenteiligen Auffassung des Dr. R. in seiner Stellungnahme vom 06.06.2013, wonach auf den Bildern vom 02.02.2005 sichtbare Veränderungen an den Bandscheiben zu erkennen sein sollen, bei C5/6 mehr als bei C4/5, nicht überzeugen. Allenfalls die in Anlage 4 seines Schreibens dargestellte Aufnahme vom 24.11.2011 (Bild 9) scheint im Bereich C5/6 im Vergleich zur Aufnahme vom 02.02.2005 (Bild 6) eine Veränderung i. S. einer weiteren Vorwölbung zu zeigen. Da jedoch Prof. Dr. C. für den Senat schlüssig und überzeugend darauf hingewiesen hat, dass die Fortschreitung einer bereits begonnenen degenerativ bedingten Protrusion ein normaler Vorgang ist, der nicht auf einer traumatischen Ursache beruht, ist für den Senat die im Verlauf von sechs Jahren eingetretene Veränderung der Protrusion kein Beleg für eine im Jahr 2005 stattgehabte traumatisch bedingte Verursachung der Bandscheibenvorwölbung. Hierbei stützt sich der Senat wiederum auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C., wonach es sich im Rahmen des Degenerationsprozesses um einen völlig normalen Vorgang handelt, wenn die Bandscheibenvorwölbung im Segment HWK5/6 sich im Zeitraum zwischen 2004 und 2011 vergrößert hat. Dr. F. hat auf der MRT-Aufnahme vom 02.08.2004 lediglich eine Vorwölbung der Bandscheibe C5/6 erkannt bei ansonsten unauffälliger Morphologie. Nachdem allerdings sogar sein Praxiskollege Dr. R., ebenso wie die Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. auch eine Vorwölbung bei HWK 4/5 erkennen konnte, hält der Senat schon deshalb die Ausführungen des Dr. F. für nicht überzeugend. Hinzu kommt, dass er zwar Kopien der Bilder vom 02.02.2005 sowie späterer Aufnahmen in seine Stellungnahme aufgenommen hat, eine Kopie der MRT-Aufnahme vom 02.08.2004 ist jedoch nicht enthalten. Weshalb er anders als z. B. Dr. D. nicht das dem Vergleich zugrunde liegende Bildmaterial offen gelegt hat, ergibt sich aus seiner Stellungnahme nicht, verringert den Beweiswert seiner Ausführungen aber noch weiter.

Nachdem Dr. C., Dr. D. und Prof. Dr. C. hinsichtlich der Bandscheibenvorwölbung im Wesentlichen zu demselben Ergebnis gelangt sind und lediglich in Nuancen die Unfallfolgen unterschiedlich benannt haben, ohne dass dies allerdings Auswirkungen auf die MdE-Höhe hätte, keiner der Gutachter aber die Bandscheibenvorwölbungen in den Segmenten HWK4/5 und HWK5/6 als Folgen des Unfalles oder eine Verschlimmerung der vorbestehenden Vorwölbungen für wahrscheinlich gehalten hat, hält der Senat die vom Kläger geäußerten Zweifel an der medizinischen Kompetenz aller drei Fachärzte für unbegründet.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier des anerkannten Arbeitsunfalls vom 25.01.2005 - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Die Höhe der Rente richtet sich u.a. nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung des Grades der MdE ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSGE 4, 147; BSG, Urteil vom 23.04.1987 - 2 RU 42/86 - HV-Info 1988, 1210; SozR 3-2200 § 581 Nr. 7; BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, juris). Neben der Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ist dabei die Anwendung medizinischer sowie sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens erforderlich. Als Ergebnis dieser Wertung ergibt sich die Erkenntnis über den Umfang der dem Versicherten versperrten Arbeitsmöglichkeiten. Hierbei kommt es stets auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an (BSG, Urteil vom 15.05.2012, a. a. O.). Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Folgen des Unfalls beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Bei der Beurteilung der MdE sind aber auch die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie von dem

versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten, die zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend sind, aber Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden und einem ständigen Wandel unterliegen (vgl. BSG SozR 2200 § 581 Nrn. 23 und 27; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 5; Brackmann/Burchardt, SGB VII, § 56 Rdnr. 71; BSG, Urteil vom 15.05.2012, a. a. O.).

Unter Zugrundelegung dieser Voraussetzungen steht dem Kläger ein Anspruch auf Verletztenrente nicht zu, weil die MdE nicht um mindestens 20 v. H. über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus gemindert ist.

Im Hinblick auf die unfallbedingten orthopädischen Gesundheitsschäden besteht zur Überzeugung des Senats lediglich eine MdE von weniger als 10 v. H. Insoweit stützt sich der Senat auf das urkundlich zu verwertende orthopädische Zusammenhangsgutachten von Dr. C ... Dabei geht der Senat davon aus, dass es anlässlich des Arbeitsunfalls zu einem leichten Deckplatteneinbruch bei HWK7 mit Keilwirbelbildung sowie zu diskreten Deckplattenfrakturen des BWK2 und BWK4 gekommen ist, dagegen unfallbedingte knöcherne Verletzungen des HWK5 und HWK6 nicht hinreichend wahrscheinlich sind. Zwar haben sowohl Dr. D. als auch Prof. Dr. C. nicht nur im 7., sondern auch im 5. und 6. Halswirbel Knochenödeme auf der MRT-Aufnahme vom 02.02.2005 erkannt, auf die auch Dr. R. in seiner Stellungnahme vom 06.06.2013 hingewiesen hat. Anders als Dr. D. geht der Senat auf der Grundlage der detaillierten und gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C. jedoch nicht davon aus, dass diese ödematösen Einlagerungen in den Wirbelkörpern HWK5 und HWK6 als Beleg für eine, von Dr. D. nicht weiter spezifizierte, knöcherne Verletzung dieser Wirbelkörper dienen. Denn die Einlagerungen finden oben im Bereich der Deckplatte statt, was dem Unfallmechanismus geschuldet ist, der zu einer forcierten Beugung der HWS geführt hat. Hierdurch ist es zu einer Einstauchung im Bereich des HWK7 gekommen. Betroffen von einer solchen Überbeugungsverletzung sind innerhalb bestimmter Grenzen vor allen Dingen die vorderen und oberen Anteile des Wirbelkörpers. Deswegen zeigt sich die keilförmige Deformierung des HWK7 durch eine vordere Höhenminderung, bei der vor allen Dingen die Deckplatte im Verhältnis zur Hinterkante abgesenkt ist, während das Verhältnis der Grundplatte zur Hinterkante intakt ist. Wären die von Dr. R. nachgewiesenen Veränderungen im vorderen Viertel der Grundplatte des HWK6 ebenfalls als Unfallfolge zu werten, dann wäre die ödematöse Einlagerung nicht im Bereich der Deckplatte, sondern im Bereich der Grundplatte des HWK6 zu fordern gewesen. Eine solche liegt aber definitiv nicht vor und ist auch unter Berücksichtigung des Verletzungsmechanismus nicht anzunehmen. Außerdem spricht gegen eine unfallbedingte knöcherne Verletzung der HWK5 und HWK6, dass im Segment zwischen dem HWK6 und HWK7 ein altersbedingter Degenerationsprozess in Form einer Höhenminderung des Bandscheibenfaches sowie der Ausbildung von nach vorne und nach hinten weisenden knöchernen Randwülsten an den Grund- und Deckplatten nachzuweisen ist. Folge eines solchen Degenerationsprozesses ist eine Arrosion der angrenzenden Grundplatte oder der angrenzenden Deckplatte oder eben beides. Im Falle des Klägers besteht eine Arrosion im vorderen Anteil der Grundplatte des HWK6. Diese ist jedoch Bestandteil des unfallunabhängigen Degenerationsprozesses dieses Segmentes.

Ebenfalls nicht Folge des Unfalles vom 25.01.2005 sind die von Dres. R. und F. postulierten Abschrägungen und leichten Höhenminderungen der Deckplatten der HWK4 und HWK5. Mit Prof. Dr. C. ist auch der Senat der Auffassung, dass es sich hierbei um eine physiologische Form der Wirbelkörper handelt, nachdem dieselben Auffälligkeiten auch an den HWK3 und HWK4 festzustellen sind.

Schließlich kann auch der von Dres. R. und Friedburg auf den Unfall zurückgeführte größenprogrediente Bandscheibenvorfall im Segment BWK5/6 nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Der Praxiskollege und Radiologe Dr. W. hat anlässlich seiner kernspintomographischen Untersuchung vom 02.02.2005 im Bereich der BWS lediglich einen diskreten Deckplatteneinbruch bei BWK2 und BWK4 erkannt, dagegen ausdrücklich auf einen im Übrigen unauffälligen Befund der BWS hingewiesen. Im radiologischen Befundbericht vom 04.05.2005 hat der Radiologe Dr. B. im Bereich der BWS lediglich noch "einen diskreten BWK2" bei Zustand nach Kompressionsfraktur, im Übrigen aber einen Normalbefund beschrieben. Gegen einen traumatischen Bandscheibenvorfall spricht des Weiteren, das ein traumatischer Einriss des Anulus fibrosus als Diagnosevoraussetzung für einen Bandscheibenvorfall nicht erwiesen ist, worauf wiederum Prof. Dr. C. hingewiesen hat. Weder Dr. R. noch Dr. F. vermögen einen solchen Nachweis zu führen. Dr. R. schließt lediglich aus verschiedenen Umständen (Knochenkontusionen des HWK5 und HWK6, Fraktur des HWK7, BWK2 und BWK4, Hochgeschwindigkeitstrauma bei Auffahrunfall mit ca. 80 - 100 km/h) darauf, dass ein traumatischer Einriss des Anulus fibrosus HWK5/6 und BWK5/6 eine ausreichend erklärte Unfallfolge sei. Ohne entsprechenden bildgebenden Befund fehlt es jedoch an dem erforderlichen Nachweis für eine solche Annahme, die im Hinblick auf die von Prof. Dr. C. begründete degenerative Herleitung des Bandscheibenvorfalles letztlich spekulativ ist. Dr. F. meint sogar gänzlich auf einen solchen bildgebenden Nachweis verzichten zu können, weist aber selbst darauf hin, dass es sich nicht um einen Bandscheibenvorfall, sondern nur um eine Bandscheibenvorwölbung handelt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.12.2013 hat Prof. Dr. C. daher für den Senat nochmals überzeugend festgehalten, dass ausweislich der vorliegenden bildgebenden Aufnahmen, die zeitnah zum Unfall angefertigt worden sind, ein unfallbedingter Bandscheibenvorfall nicht im Vollbeweis nachgewiesen ist. Nicht in ihre Überlegungen miteinbezogen haben Dres. R. und F. darüber hinaus die Tatsache, dass der Kläger anlässlich seiner Vorstellung bei Dr. P. am 14.04.2005 berichtet hat, bei einem Umzug schwer gehoben und jetzt vermehrt Schmerzen zu haben. Auch dieses Ereignis kann als Ursache für einen Bandscheibenvorfall in Betracht kommen und wäre von den Radiologen Dres. R. und Friedburg im Rahmen ihrer Kausalitätserwägungen als Konkurrenzursache zu prüfen gewesen. Im Übrigen wäre bei einer traumatischen Verursachung auf den initialen, zeitnah zum Unfall durchgeführten MRT-Aufnahmen eine Ödembildung in den umgebenden Geweben zu fordern gewesen, worauf Prof. Dr. C. hingewiesen hat. Eine solche ist jedoch nicht dokumentiert. Soweit Dr. R. davon ausgeht, dass in der MRT-Aufnahme vom 24.01.2011 erstmals ein Bandscheibenvorfall zwischen BWK5 und BWK6 nachgewiesen ist, hat Prof. Dr. C. daher für den Senat überzeugend dargelegt, dass auch dieser Bandscheibenvorfall schicksalsmäßig und aus innerer Ursache heraus entstanden ist. Auch die weiteren von Dr. Friedburg genannten Gründe für einen unfallbedingten Bandscheibenschaden im Segment BWK5/6 hält der Senat im Hinblick auf die aktenkundigen Tatsachen nicht für überzeugend. Zum einen irrt Dr. F. in der Annahme, der Kläger wäre vor dem Unfall schmerzfrei gewesen. Das Vorerkrankungsverzeichnis belegt ebenso wie die Zeugenauskunft des Orthopäden Dr. P., dass der Kläger jahrelang schon vor dem Unfall wegen Wirbelsäulenbeschwerden behandelt worden ist. Unberücksichtigt lässt er zum anderen, dass der Kläger schon am 31.03.2005 bei Dr. P. nur noch über zeitweilige Schmerzen im Bereich der BWS und anschließend nicht mehr über entsprechende Beschwerden geklagt hat. Wäre durch den Unfall eine traumatische Bandscheibenschädigung verursacht oder verschlimmert worden, spricht viel dafür, dass der Kläger anhaltend über Schmerzen in diesem Bereich geklagt hätte.

Soweit der Sachverständige Prof. Dr. C. diskrete degenerative Veränderungen des Bewegungssegmentes zwischen BWK1 und BWK2, die funktionell völlig unbedeutend sind, als Unfallfolge angenommen hat, vermag der Senat hierfür keine ausreichende Begründung zu erkennen. Einer solchen hätte es jedoch bedurft, nachdem Dr. D. auf den von ihm gefertigten Röntgenaufnahmen die BWS als altersentsprechend dargestellt gesehen hat und Prof. Dr. C. selbst von degenerativen Veränderungen des Bewegungssegmentes

ausgegangen ist. Ein Unfallzusammenhang wäre deshalb nur wahrscheinlich, wenn es durch den Unfall zu einer Verletzung der betroffenen Segmente gekommen wäre, die eine degenerative Veränderung zumindest gefördert hätte. Hierfür fehlen indes die notwendigen Ausführungen im Gutachten des Sachverständigen zum kausalen Zusammenhang, zumal es durch den Unfall zu einer Fraktur der HWK7, BWK2 und BWK4 gekommen ist und der BWK1 somit nicht betroffen war.

Im Ergebnis folgt daher der Senat der Einschätzung von Dr. C., wonach Folge des Unfalles auf orthopädischem/unfallchirurgischem Fachgebiet die Frakturen HWK7, BWK2 und BWK4 sind. Diese Gesundheitsschäden bedingen keine MdE von wenigstens 10 v. H. Dies ergibt sich für den Senat aus den vorliegenden übereinstimmenden Untersuchungsergebnissen, die allesamt im Hinblick auf die dargestellten orthopädischen Unfallfolgen fortbestehende funktionelle Auswirkungen ausschließen. Der behandelnde Orthopäde Dr. P. berichtete bereits am 17.05.2005 von einer zeitgerechten Verheilung der Unfallfolgen. Prof. Dr. W. befundete am 04.10.2005 eine aktiv und passiv freie Beweglichkeit der HWS. Die klinische Untersuchung durch Dr. C. am 14.02.2008 ergab eine nach allen Richtungen frei bewegliche HWS, lediglich die inklinatorische Entfaltung der BWS war bei einem Ott-Index von 30/31 cm etwas reduziert, diejenige des Thorakolumbalübergangs und der LWS in Relation zur Körpergröße nicht beeinträchtigt und auch die Seitneigungen und Torsionsbewegungen des Rumpfes waren frei. Segmentale neurologische Störungen waren an den oberen und unteren Extremitäten nicht zu verifizieren. Dr. C. kam daher zu dem Ergebnis, dass die stattgehabten Frakturen HWK7, BWK2 und BWK4 ausgeheilt sind und eine relevante Funktionsbeeinträchtigung nicht verblieben ist. Der Sachverständige Dr. D. hat anlässlich seiner Untersuchung festgestellt, dass die paravertebrale gerade Rückenmuskulatur in allen Wirbelsäulenabschnitten ordnungsgemäß ausgeprägt ist und einen regelrechten Muskel-Tonus und keinen Muskel-Hartspann zeigt. Die Beweglichkeit der HWS beim Kopfvor- und rückwärtsneigen war ebenso frei wie das Seitwärtsdrehen des Kopfes nach rechts und links. Das Neigen des Kopfes nach rechts und links war bis 40 Grad möglich und lag damit im altersentsprechenden unteren Normbereich. Die Kraftprüfung der Kennmuskulatur von C5 bis C8 war regelrecht (jeweils Kraftgrad 5/5). Die Beweglichkeit der BWS lag im Hinblick auf die Rotationsfähigkeit im Sitzen mit fixiertem Becken im oberen Normbereich, die Neigefähigkeit des Oberkörpers nach rechts und links lag im mittleren Normbereich. Beim Vorwärtsneigen entfaltete sich die BWS ebenso wie die LWS vollständig, dabei betrug der Finger-/Fußboden-Abstand bei durchgestreckten Kniegelenken 0 cm. Lediglich der BWS-/LWS-Übergang entfaltete sich nur zu 60 % (10/12,5 cm, Normalwert: 10/14 cm), was allerdings schon deshalb vorliegend keine Rückschlüsse auf unfallbedingte Beeinträchtigungen zulässt, weil dieser Bereich der Wirbelsäule durch den Unfall nicht betroffen ist. Zudem weist der hervorragende Wert bei der Finger-/Fußboden-Abstandsprüfung darauf hin, dass sich die eingeschränkte Entfaltbarkeit in diesem Bereich der Wirbelsäule nicht gravierend funktionell auswirkt. Bei der neurologischen Untersuchung der unteren Extremitäten bestand kein Hinweis für ein motorisches oder sensibles Nervenwurzelreiz-Syndrom seitens lumbaler Spinalnerven. Das maximale Vor- bzw. Rückneigen der Wirbelsäule ergab eine im oberen Normbereich liegende Gesamtbeweglichkeit im Stehen von 155 Grad, das maximale Rückneigen der Wirbelsäule lag mit 30 Grad im altersentsprechenden oberen Normbereich. Der Finger-/ Fußspitzen-Abstand auf der Untersuchungsliege betrug ebenfalls 0 cm, der Liege-/Jugulum-Abstand 23 cm. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22.05.2013 hat Dr. D. ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Kläger weder an der HWS noch an der BWS irgendwelche Funktionseinschränkungen aufweist und klinisch orientierend auch keinerlei neurologische Symptomatik aus den ursprünglichen Verletzungen resultiert. Die Untersuchung durch den Sachverständigen Prof. Dr. C. ergab im Bereich der HWS eine altersentsprechende freie Beweglichkeit in sämtlichen Bewegungsebenen. Hinweise auf motorische Schwächen im Bereich der oberen Extremitäten hat der Sachverständige ebenso wenig wie Hinweise auf ein Wirbelgleiten oder eine Instabilität gefunden. Auch im Bereich der BWS bestand nach klinischem Befund eine altersentsprechend freie Beweglichkeit, ohne Hinweis auf eine Reizung der von der BWS ausgehenden Nervenwurzeln. Sowohl Dr. D. als auch Prof. Dr. C. sind bei nachgewiesener altersentsprechender bzw. teilweise übernormwertiger freier Beweglichkeit der HWS und BWS zu dem Ergebnis gelangt, das die durch den Arbeitsunfall verursachte keilförmige Deformierung des HWK7 mit vorderer Höhenminderung funktionell unbedeutend ist. Hierfür spricht auch, dass der Kläger anlässlich der Untersuchung durch Dr. C. am 14.02.2008 angegeben hat, er betreibe seit der Jugend Leichtathletik, aus beruflichen Gründen inzwischen allerdings in vermindertem Umfang. Körperliche Einschränkungen hinderten den Kläger somit jedenfalls zu diesem Zeitpunkt, ca. drei Jahre nach dem Unfallereignis, nicht an der Ausübung einer den gesamten Körper äußerst beanspruchenden Sportart.

Unter Berücksichtigung dieser Untersuchungsergebnisse und der gebotenen Einzelfallbetrachtung hält der Senat eine unfallbedingte Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Klägers, die eine MdE um 10 v. H. und hierdurch versperrte Arbeitsmöglichkeiten bedingen würde, im Hinblick auf die orthopädischen Unfallfolgen nicht für gegeben und stützt sich hierbei auf das urkundlich zu verwertende Gutachten von Dr. C ... Die insoweit abweichenden Einschätzungen der Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C., die aufgrund einer Segmentberechnung von einer MdE um 10 v. H. ausgehen, sind nicht für überzeugend. In der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 442 ff.) wird der isolierte Wirbelkörperbruch ohne Bandscheibenbeteiligung mit einer MdE unter 10 v. H. bzw. der Wirbelkörperbruch ohne Nervenbeteiligung, je nach der Leistungsfähigkeit mit einer MdE von 0 bis 20 v. H. (Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage 2012, S. 162) bewertet. Auch der Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung wird bei weitgehend erhaltener Bandscheibenmasse und stabiler Ausheilung mit einer MdE unter 10 v. H. bewertet (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.). Zwar wird auch in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur darauf hingewiesen, dass mit Hilfe des Segmentprinzips (vgl. Weber, Die klinische und radiologische Begutachtung von Wirbelsäulenverletzungen nach dem Segmentprinzip, Unfallchir. 17 [1991], S. 202) Verletzungen an der Wirbelsäule weiter differenziert werden können. Eine entsprechende Berechnung ist jedoch weder die Regel noch handelt es sich hierbei um einen Erfahrungssatz oder eine Empfehlung, die als antizipiertes Sachverständigengutachten zu berücksichtigen wäre. Voraussetzung für die Anerkennung von Empfehlungen zur MdE-Bemessung als allgemeine Erfahrungssätze ist, dass sie auf wissenschaftlicher Grundlage von Fachgremien ausschließlich aufgrund der zusammengefassten Sachkunde und Erfahrung ihrer sachverständigen Mitglieder erstellt worden sind und dass sie immer wiederkehrend angewendet und von Gutachtern, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträgern, Gerichten sowie Betroffenen anerkannt und akzeptiert werden (vgl. BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8; SozR 3100 § 30 Nr. 8; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 15; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 100). Weder ist eine solche Akzeptanz der Segmentberechnung ersichtlich noch wurde diese Berechnungsmethode auf breiter Basis von Sachverständigen entwickelt. Sie ist auch keineswegs unbestritten und unterliegt der Kritik, da sie ausschließlich auf radiologischen und biomechanischen Kriterien aufbaut und klinische Auswirkungen und Untersuchungsverfahren, mit denen die theoretischen Einschränkungen reproduziert und objektiviert werden können, nicht berücksichtigt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 444 m. w. N. zur Kritik an der Segmentberechnung). Auf diese Schwächen hat auch Dr. D. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22.05.2013 hingewiesen. Gerade der vorliegende Fall zeigt auf, weshalb eine MdE-Bewertung ausschließlich auf der Grundlage einer Segmentberechnung jedenfalls hier nicht vorzunehmen ist. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. D. beruht die Segmentberechnung auf der Annahme, dass eine Keilwirbelbildung in Form einer Verkrümmung der Wirbelsäule in Richtung Körperbeugeseite statisch wirksam werden kann. Da eine massive starke Keilwirbelbildung einen anderen Einfluss

hat als eine geringe Keilwirbelbildung mit statisch unerheblicher Achsabweichung wird das Ausmaß der Formveränderung einer Keilwirbelbildung zur Grundlage der MdE-Berechnung gemacht. Ob jedoch tatsächlich im konkreten Fall die Keilwirbelbildung statisch wirksam geworden ist, bleibt bei dieser Betrachtung unberücksichtigt. Deshalb hat Dr. D. auch zutreffend darauf hingewiesen, dass lediglich bei Annahme einer statisch wirksamen Keilwirbelbildung die MdE mit 10 v. H. anerkannt worden ist. Ob diese Annahme hier bei einer Keilwirbelbildung mit einem Grundplatten-/Deckplattenwinkel von 9,6 Grad im Bereich des HWK7 gerechtfertigt ist, ist jedoch nicht erwiesen und lässt sich anhand der radiologischen und klinischen Befunde auch nicht mit Bestimmtheit feststellen. Es würde daher vorliegend eine MdE ermittelt, obwohl keinerlei Funktionseinschränkungen nachgewiesen sind. Dies widerspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG, wonach die Bemessung des Grades der MdE eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens voraussetzt (vgl. BSGE 4, 147; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 7). Deshalb ist Rentenbegutachtung im Kern Funktionsbegutachtung und maßgeblich die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens. Die bloße Möglichkeit einer (geringfügigen) statischen Beeinflussung eines Wirbelkörpers ohne hierdurch bedingte und nachgewiesene körperliche, motorische oder neurologische Beeinträchtigung ist im Falle sonstiger voller Funktionsfähigkeit nicht ausreichend, um eine MdE um 10 v. H. anzunehmen. Dass im Falle des Klägers keine funktionellen Einschränkungen seitens der Wirbelsäule vorliegen, haben die gehörten Ärzte übereinstimmend festgestellt. Bei dieser Sachlage hält der Senat die Einschätzung des Dr. C. für zutreffend, der die unfallbedingte MdE aufgrund der verbliebenen leichten Keilform des HWK7 zwar nicht mit 0 v. H., jedoch mit unter 10 v. H. bewertet hat. Da es im Bereich der Frakturen BWK2 und BWK4 nicht zu einer Keilwirbelbildung gekommen ist bzw. eine geringste Formveränderung von BWK2 und BWK4 eine statisch wirksame Formveränderung nicht zu rechtfertigen vermag (vgl. ergänzende Stellungnahme des Dr. D.), ergäbe sich selbst bei Anwendung der Segmentberechnung hinsichtlich dieser Unfallfolgen keine MdE.

Ebenfalls mit einer MdE von unter 10 v. H. bewertet der Senat den unfallbedingten Gesundheitsschaden auf kieferchirurgischem Fachgebiet. Hierbei stützt sich der Senat auf das bei Prof. Dr. Dr. R. eingeholte Gutachten vom 24.05.2011, der anlässlich seiner Untersuchung vom 20.05.2011 bei der Mundöffnungsbewegung im rechten Kiefergelenk ein diskretes Kiefergelenkknacken und bei der Laterotrusion etwas lautere, aber immer noch sehr diskrete Knackgeräusche im rechten Kiefergelenk festgestellt hat. Der Sachverständige hat daher als Unfallfolge eine cranio-mandibuläre Dysfunktion rechts (Fehlfunktion des Kiefergelenkes) bei Zustand nach Gesichtsprellung durch Aufprall auf den Airbag ohne äußere Verletzungen bei vorbestehendem intermediären Kiefergelenkknacken rechts bezeichnet. Die Kiefergelenk-Fehlfunktion geht aber nach den weiteren Untersuchungen des Sachverständigen mit einer regelrechten Mundöffnung, Vorschub- und Seitwärtsbewegung des Gelenkes einher, d. h. es besteht keine Limitation der Gelenkbeweglichkeit. Auch wenn der Kläger über eine "Blockierung" des rechten Kiefergelenkes berichtet hat, die ca. dreimal pro Woche auftrete und sich spontan bessere, war im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung eine Limitation der Gelenkfunktion nicht nachweisbar. Unter Zugrundelegung dieses Untersuchungsergebnisses hält der Senat die Einschätzung des Sachverständigen, wonach die MdE auf mund-, kiefer- und gesichtschirurgischem Fachgebiet nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit weniger als 10 v. H. beträgt, für in sich schlüssig und insgesamt überzeugend.

Auch auf HNO-ärztlichem Fachgebiet erreicht die unfallbedingte MdE nicht 10 v. H.

Unstreitig ist, dass es aufgrund des Unfalles nicht zu einer Hörminderung des Klägers gekommen ist und auch die anerkannten Ohrgeräusche eine solche nicht bewirken. Vielmehr hat zuletzt auch der Sachverständige Prof. Dr. H. wie bereits zuvor Prof. Dr. D. und Dr. S. Normalhörigkeit im Audiogramm besonders auch in den Frequenzen festgestellt, die normalerweise bei Lärmtraumata geschädigt werden (4 bis 6 kHz).

Ebenfalls nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind die intermittierenden, pulsierenden Ohrgeräusche links. Insoweit folgt der Senat den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. H., wonach pulsierende objektive Ohrgeräusche prinzipiell nicht im Ohr selbst entstehen, sondern durch Gefäßveränderungen in ohrnahen Bereichen, entweder durch arteriovenöse Fisteln oder Stenosen ohrnaher Gefäße. Anders als von Seiten des Klägers geschildert sind unfallabhängig entstandene pulsierende Ohrgeräusche deshalb dauerhaft wahrnehmbar und auch dauerhaft objektivierbar, etwa durch unfallabhängig entstandene arteriovenöse Fisteln. Entsprechende Feststellungen hat jedoch keiner der hier gehörten HNO-Ärzte getroffen und auch der Kläger selbst hat nicht über dauerhafte pulsierende Ohrgeräusche geklagt. Prof. Dr. D. hat in seinem Befundbericht noch nicht einmal pulsierende Ohrgeräusche linksseitig, weder anamnestisch noch als Ergebnis der klinischen Untersuchung, erwähnt. Darüber hinaus hat Prof. Dr. D. besonders hervor gehoben, dass links ein Ohrgeräusch dauerhaft nur für einige Monate bestanden hat und zum Zeitpunkt der Untersuchung am 04.10.2005, also ca. neun Monate nach dem Unfallereignis, nur noch gelegentlich aufgetreten ist. Dr. S. hat zwar in seinem urkundlich zu verwertenden Gutachten vom 27.06.2008 ebenso wie in seiner im Auftrag des Klägers erstellten, hier als Parteivorbringen zu würdigenden Stellungnahme vom 22.08.2012 ein pulsierendes Geräusch im Bereich des linken Ohres erwähnt. Es handelt sich hierbei aber lediglich um anamnestische Angaben zum Beschwerdevortrag des Klägers, nicht um objektivierte Befunde. Nachdem der Kläger zwei Versionen der Stellungnahme von Dr. S. vom 22.08.2012 vorgelegt hat, die inhaltliche Abweichungen zeigen, ist der Beweiswert dieser Stellungnahmen ohnehin erheblich eingeschränkt, zumal der Kläger selbst eingeräumt hat, dass die zweite Version aufgrund seiner eigenen Korrekturen erstellt worden ist. Die Behauptung des Klägers, die "Fehler" in der ersten Version seien ausschließlich auf einen Übertragungsfehler durch die Sekretärin von Dr. S. zurückzuführen, hat Dr. S. in der zweiten Version nicht bestätigt. Auch dann jedoch wäre der Umstand, dass Dr. S. die erste Version handschriftlich unterschrieben und damit für den Inhalt der Stellungnahme verantwortlich gezeichnet hat, bei der Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Letztlich hat Dr. S. in keinem seiner Berichte die pulsierenden Ohrgeräusche objektiviert. Da keiner der gehörten HNO-Fachärzte für die Behauptung des Klägers, pulsierende Ohrgeräusche links wahrzunehmen, objektivierbare Belege gefunden hat, fehlt es an dem erforderlichen Nachweis einer solchen Beeinträchtigung. Anders als der Unfallzusammenhang, der wie oben ausgeführt, lediglich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststehen muss, muss der Eintritt des Gesundheitserstschadens und ggf. Gesundheitsfolgeschadens im Vollbeweis gesichert sein. Hierfür fehlt es zur Überzeugung des Senats an den entsprechenden medizinischen Belegen hinsichtlich der geltend gemachten pulsierenden Ohrgeräusche links. Der Senat sieht sich auch nicht aufgrund der Tenorierung des SG gezwungen, von pulsierenden Ohrgeräuschen linksseitig als Unfallfolge auszugehen. Denn weder im Tenor des Urteils noch in den Entscheidungsgründen werden pulsierende Ohrgeräusche erwähnt, sondern es wird auf objektive Ohrgeräusche abgestellt.

Folge des Unfalles ist jedoch die Verstärkung der vorbestehenden Ohrgeräusche rechts sowie das Hinzukommen von Ohrgeräuschen links. Zur Überzeugung des Senats bedingen diese Unfallfolgen keine MdE um wenigstens 10 v. H. Hierbei stützt sich der Senat im Ergebnis auf die Einschätzung des Prof. Dr. D. im Befundbericht vom 04.10.2005 sowie auf das urkundlich zu verwertende Gutachten des Dr. S. vom 27.06.2008, jedoch auch auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. H., ohne indes dessen MdE-Bewertung zuzustimmen.

Für die Bewertung der MdE aufgrund eines traumatischen isolierten Tinnitus fehlt es an Erfahrungssätzen oder allgemeinen Empfehlungen. Der Sachverständige Prof. Dr. H. hat darauf hingewiesen, dass sich die Einschätzung der MdE nicht - wie von Seiten des Klägers angenommen - nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (vgl. AWMF online - Portal, http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-064.html, im Folgenden: Leitlinien) richtet, die erstellt worden seien, um Wegweiser für Therapieansätze darzustellen. Soweit Prof. Dr. H. stattdessen auf die Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) - Königsteiner Empfehlung - und die entsprechenden Tabellen von Bönninghaus und Roeser verweist, hält der Senat jedenfalls eine unmittelbare Anwendung dieser Empfehlung bei traumatisch verursachten Ohrgeräuschen ebenfalls nicht für möglich, da es sich hierbei um Begutachtungsempfehlungen für die Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit handelt. Zwar hat Prof. Dr. H. zu Recht darauf hingewiesen, dass psychovegetative Begleiterscheinungen auch in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" (AHP) bewertet werden. Auch insoweit verbietet sich jedoch eine unmittelbare Anwendung der nach der Rechtsprechung als antizipierende Sachverständigengutachten zu berücksichtigenden AHP ebenso wie der die AHP ab 01.01.2009 ersetzenden Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VG) nach Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 10.12.2008 (BGBl. I S. 2412). Denn mit den dortigen - inzwischen aufgrund der erlassenen Verordnung verbindlichen - Listenwerten wird der Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) ermittelt. Diese Einstufungen sind nicht mit der MdE gleichzusetzen, denn sie berücksichtigen nicht nur Funktionsausfälle, die sich auf das Gesamtgebiet des allgemeinen Erwerbslebens beziehen, sondern darüber hinaus auch die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen in allen Lebensbereichen (vgl. hierzu auch Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 98 m. w. N.). Auch wenn die genannten Werke somit keine allgemeinen Erfahrungssätze oder Empfehlungen für die MdE-Bewertung von Ohrgeräuschen darstellen, solche vielmehr bislang nicht existieren, liefern sie doch durchaus Hinweise, die auch für die MdE-Einschätzung Bedeutung haben, soweit hierbei die unterschiedlichen Regelungs- bzw. Anwendungsbereiche berücksichtigt werden. So hindert allein der Umstand, dass bei der Ausarbeitung der Leitlinien primär die Tinnitustherapie im Fokus stand, nicht, auch bei der MdE-Bewertung den Schweregrad der Ohrgeräusche zu berücksichtigen und sich hierbei an den Leitlinien zu orientieren, wenn hierbei beachtet wird, dass entscheidend die Auswirkungen der körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen sind. Zwar waren die Leitlinien nur bis zum 31.12.2013 gültig und befinden sich zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung in Überarbeitung, woraus geschlossen werden muss, dass es hier eine Fortentwicklung gegeben hat, die in den Leitlinien bislang nicht entsprechend eingearbeitet war. Im Hinblick auf die vorliegend relevanten Ausführungen in den Leitlinien, nämlich die Darstellung der Schweregrade des Tinnitus, beruhen die beiden in den Leitlinien dargestellten Modelle allerdings ohnehin auf älteren Veröffentlichungen.

So wird nach einer klinisch-praktischen, an der klinischen Situation orientierten, pragmatischen Einteilung von 1998 (vgl. Biesinger, Heiden, Greimel, Lendle, Hoing, Albegger, Strategien in der ambulanten Behandlung des Tinnitus, HNO 46, 157-169), die die Auswirkung des Ohrgeräusches im beruflichen und privaten Bereich berücksichtigt, unterschieden zwischen: Grad 1: Der Tinnitus ist gut kompensiert, kein Leidensdruck. Grad 2: Der Tinnitus tritt hauptsächlich in Stille in Erscheinung und wirkt störend bei Stress und Belastungen Grad 3: Der Tinnitus führt zu einer dauernden Beeinträchtigung im privaten und beruflichen Bereich. Es treten Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich auf. Grad 4: Der Tinnitus führt zur völligen Dekompensation im privaten Bereich, Berufsunfähigkeit

Hierdurch wird deutlich, dass Kriterien für die Einteilung des Schweregrades sowohl der Tinnitus selbst in seinem Erscheinungsbild als auch durch den Tinnitus bedingte Begleiterscheinungen sind. Unter Zugrundelegung dieses Ansatzes ist zur Überzeugung des Senats vorliegend allenfalls von einem Schweregrad zwischen 1 und 2 auszugehen.

Der Kläger hat lediglich vor dem Unfallereignis im Hinblick auf den vorbestehenden, nicht unfallbedingten rechtsseitigen Tinnitus eine Behandlung in Form von Infusionen in Anspruch genommen, im Anschluss an den Arbeitsunfall dagegen keine gezielte Tinnitustherapie begonnen. Dies spricht aus Sicht des Senats deutlich gegen einen verstärkten Leidensdruck des Klägers. Das Erscheinungsbild des Tinnitus selbst ist wechselhaft, wobei die Einlassungen des Klägers selbst zu Umfang und Intensität seiner Tinnitusbeschwerden sowohl in seinen Schreiben als auch in den von Prof. Dr. H. im Rahmen seiner Begutachtung eingesetzten Tinnitusfragebögen, für den Senat nur eingeschränkt glaubhaft sind. Denn es fehlt insoweit zumindest teilweise an der Konstanz der dokumentierten Beschwerden. Auch stimmen das Vorbringen und die äußeren Lebensumstände des Klägers nicht in dem Umfang überein, dass eine eindeutige Aussage zur tatsächlichen Beeinträchtigung des Klägers aufgrund der unfallbedingten Tinnitusbeschwerden möglich wäre. So hat der Kläger in seiner mit Schreiben vom 08.04.2014 vorgelegten Auflistung "Beschwerdebild zum Tinnitus und den pulssynchronen Ohrgeräuschen nach Autounfall vom 25.01.2005" angegeben, vor dem Unfall einen ganz leichten Tinnitus rechtsseitig, tagsüber nicht wahrnehmbar, Lautstärke 1 verspürt zu haben. Hiermit in keiner Weise erklärbar ist jedoch, dass der Kläger bereits im August 2002 wegen dieses Tinnitus durch den HNO-Arzt J. mit Infusionen behandelt worden ist, mit Kontrolluntersuchung im September 2003, und im Jahr 2004 sogar zur Abklärung der Tinnitusbeschwerden eine kernspintomographische Untersuchung der HWS veranlasst worden ist. Eine derartige kostenaufwändige Untersuchung wäre nicht zu rechtfertigen, wenn es sich tatsächlich um eine unbedeutende Problematik gehandelt hätte. Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb sich der Kläger einer solchen Untersuchung unterzogen hätte, die - jedenfalls wenn sie mit der vorherigen Verabreichung von Kontrastmitteln verbunden ist - auch gesundheitliche Risiken beinhaltet, wenn er sich durch den vorbestehenden Tinnitus nicht in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt gesehen hätte. Der Kläger hat weiter angegeben, der Tinnitus rechts sei nach dem Unfall deutlich stärker, zunächst mit Lautstärke 3-4 und seit drei Jahren mit Lautstärke 5-6, wahrzunehmen, wodurch der Kläger selbst bestätigt, dass der Tinnitus nicht durchgängig in gleicher Intensität besteht. Die Ergebnisse der Untersuchungen von Prof. Dr. D., Dr. S. und Prof. Dr. H. haben darüber hinaus weitere Abweichungen im Erscheinungsbild des Tinnitus ergeben. Während Prof. Dr. D. anlässlich seiner Untersuchung vom 04.10.2005 den Tinnitus rechts mit einem Sinuston der Frequenz 8 kHz und der Lautstärke 34 dB und links ebenfalls mit einem Sinuston der Frequenz 8 kHz bei einer Lautstärke von 25 dB gemessen hat, war nach der Stellungnahme von Dr. S. vom 22.08.2012 der Tinnitus beidseitig bei 4 kHz mit 15 dB zu vertäuben, trat also nicht im Frequenzbereich von 8 kHz auf. Nach den gutachterlichen Untersuchungen durch Prof. Dr. H. wurde der Tinnitus rechts allerdings wiederum mit 10 kHz bestimmt und war mit 51 dB verdeckbar, links bestand der Tinnitus bei 8 kHz und war mit 44 dB überschwellig verdeckbar. Sowohl hinsichtlich des maßgeblichen Frequenzbereiches als auch der angegebenen Lautstärke bestehen daher auffällige Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen, die insoweit mitarbeitsabhängig sind und letztlich auf den Angaben des Klägers beruhen. An einer nachvollziehbaren Erklärung dafür, weshalb es im Laufe der Jahre zu diesem wechelhaften Verlauf bei einem durch ein einmaliges Knalltrauma bedingten Tinnitus gekommen ist, fehlt es.

Hinzu kommt, dass auch das Beschwerdevorbringen des Klägers nicht konstant ist. Zwar hat er frühzeitig nach dem Unfallereignis über mehrere Monate bei den behandelnden Ärzten über einen vermehrten Tinnitus im rechten Ohr und einen neuen Tinnitus links geklagt. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. D. am 04.10.2005 hat der Kläger jedoch angegeben, dass das Ohrgeräusch auf der linken Seite nicht mehr dauerhaft besteht. Anlässlich seiner Vorstellung bei Dr. P. am 06.03.2006 fanden die Ohrgeräusche keinerlei Erwähnung mehr, lediglich

gelegentliche Kopfschmerzen wurden noch beklagt. Bei dem Zahnarzt Dr. K. hat der Kläger am 22.11.2006 lediglich einen Tinnitus im rechten Ohr beklagt, von Ohrgeräuschen im linken Ohr hat er nicht berichtet.

Mehr noch als hinsichtlich des Erscheinungsbildes des Tinnitus bestehen hinsichtlich Art und Umfang der durch den Tinnitus bedingten Begleitsymptomatik erhebliche Zweifel. Insoweit ist der Senat jedenfalls nicht davon überzeugt, dass es hier unfallbedingt aufgrund der Ohrgeräusche zu dauernden Beeinträchtigungen im privaten und beruflichen Bereich kommt und Störungen im emotionalen, kognitiven und körperlichen Bereich auftreten. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. D. hat der Kläger angegeben, besonders wenn er spät zu Bett gehe mache das Geräusch Schwierigkeiten beim Einschlafen, die Durchschlaffähigkeit jedoch sei nicht berührt. Somit beeinträchtigt den Kläger das Ohrgeräusch auch nicht beim Einschlafen, wenn er nicht spät zu Bett geht. Zudem sind auch bei spätem Zubettgehen die Schwierigkeiten beim Einschlafen nicht so erheblich, dass der Kläger deshalb auf eine Einschlafmedikation angewiesen wäre. Außerdem hat der Kläger schon bei Prof. Dr. D. darauf hingewiesen, dass das Geräusch ihn tagsüber bei der Konzentration stört, wenn er unter Stress steht. Somit löst nicht das Ohrgeräusch selbst beim Kläger Stress aus, sondern in stresshaften Momenten, also gerade nicht dauerhaft, nimmt er das Ohrgeräusch besonders wahr mit der Folge von Konzentrationsbeeinträchtigungen. Solche werden jedoch nach der schriftlichen Zeugenauskunft des Dr. M. vom 14.09.2009 neben Müdigkeit, Schläfrigkeit und Benommenheit auch als mögliche Nebenwirkungen des Antiallergikums Fexofenadin, das der Kläger seit Jahren einnimmt, beschrieben. Zudem kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Kläger nach seinen eigenen Angaben bereits im Jahr 2003 seine Vorbereitung für das Examen zum Wirtschaftsprüfer wenige Wochen vor der Prüfung aufgrund von heftigen Kopfschmerzen abgebrochen hat und im Jahr 2004 die mündliche Prüfung nicht bestanden hat, mithin der Kläger auch bereits vor dem Unfallereignis an Konzentrationsbeeinträchtigungen gelitten hat. Wären die unmittelbar nach dem Unfall beklagten rechtsseitig verstärkten und linksseitig erstmals wahrgenommenen Tinnitusbeschwerden mit gravierenden Konzentrationsbeeinträchtigungen einher gegangen, wäre auch nicht nachvollziehbar, weshalb sich der Kläger im Jahr 2005 überhaupt auf das Examen vorbereitet hat, und nicht verständlich, weshalb er keine Tinnitustherapie begonnen hat. Schließlich ist für den Senat auch von Bedeutung, dass der Kläger nach eigener Einlassung nicht wegen Konzentrationsmängeln und hierauf zurück zu führende mangelhafte Arbeitsleistung seine Beschäftigung Ende 2007 bei K. aufgegeben hat, sondern wegen des nicht bestandenen Wirtschaftsprüferexamens und dem arbeitgeberseitigen Unverständnis für die Notwendigkeit seiner therapeutischer Behandlungen. Auch die weitere berufliche Entwicklung des Klägers weist nicht mit der gebotenen Eindeutigkeit auf eine dauerhafte tinnitusbedingte Leistungsbeeinträchtigung hin. Der Kläger war trotz des Todes seiner Ehefrau Anfang 2008 in der Lage, sich ab April 2008 in seine neue Tätigkeit bei F. E. einzuarbeiten und konnte schließlich nach achtzehnmonatiger Arbeitslosigkeit im Jahr 2010 eine bis heute andauernde Beschäftigung bei G. AG finden. All dies ist für den Senat ein deutliches Zeichen dafür, dass eine dauernde Beeinträchtigung im beruflichen Bereich durch den Tinnitus, die eine höhergradige Einstufung im Sinne der Leitlinien rechtfertigen würde (Grad 3 oder 4), nicht erwiesen ist. Der Senat sieht sich in dieser Auffassung auch durch den Umstand bestätigt, dass der Kläger zwar einen Fachanwalt für Sozialrecht mit der Vertretung im gerichtlichen Verfahren mandatiert hat, im Wesentlichen aber die schriftlichen Eingaben bei Gericht vom Kläger selbst gefertigt werden und bereits der Umfang der Schreiben, aber auch deren inhaltliche Ausgestaltung darauf hinweisen, dass der Kläger in hohem Maße in der Lage ist, sich zu konzentrieren.

Soweit der Kläger im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H. und in der schriftlichen Darstellung weitergehend von einem sozialen Rückzug berichtet hat, fehlt es schon an konkretisierenden Angaben zu Art und Umfang dieses Rückzuges, so dass der Senat nicht von einem Maß altersunüblicher Auffälligkeit ausgeht, das auf eine Leistungsbeeinträchtigung hinweisen würde. Bei Prof. Dr. H. hat der Kläger lediglich dargelegt, dass er sich sozial zurückgezogen habe, da er wegen des Ohrgeräusches nicht mehr auf Feste gehen wolle. In seiner schriftlichen Darstellung des Beschwerdebildes hat er weitergehend ausgeführt, er empfinde Musik inzwischen oft als Lärm und verspüre den häufigen Wunsch auf völlige Ruhe. Er habe kaum mehr den Wunsch, unter Leute zu gehen, keine Feste wegen Lärm, Mutter und Schwester beschwerten sich schon, dass er kaum mehr vorbei komme. Es nerve einfach oft nur noch. Der Senat vermag in dem Bedürfnis nach Ruhe und geringer Lärmbelastung keine altersunübliche Erscheinung festzustellen. Wie häufig der Kläger Familienbesuche unternimmt, legt er nicht dar; dass bei einem 51-Jährigen nur niederfrequente Besuche bei der Mutter und einem Geschwister ganz unabhängig von einer Tinnitusproblematik durchaus nicht ungewöhnlich sind, hält der Senat für selbstverständlich. Ob und in welchem Umfang der Kläger vor dem Unfallereignis an Festen teilgenommen hat, ergibt sich aus seinem Vorbringen nicht, sodass auch nicht von einer verminderten Teilnahme an solchen Veranstaltungen aufgrund des unfallbedingten Tinnitus ausgegangen werden kann. Im Hinblick darauf, dass der Kläger zum einen vollschichtig berufstätig ist, zum anderen in seiner Freizeit, wie bei der Untersuchung durch Dr. C. angegeben, Leichtathletik betreibt, zwei Herdenschutzhunde besitzt, deren Betreuung und Versorgung er allein bewältigt, und über einen Bekanntenkreis verfügt (vgl. Schreiben des Klägers vom 08.04.2014, S. 12) vermag der Senat eine altersunübliche, auffällige soziale Rückzugstendenz nicht zu erkennen. Hierbei kann auch nicht übersehen werden, dass der Kläger im Jahr 2007 geheiratet hat, was auf durchaus vorhandene soziale Teilhabefähigkeiten schließen lässt. Schließlich bestehen für den Senat keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger aufgrund des unfallbedingten beidseitigen Tinnitus an einer psychiatrischen Erkrankung, insbesondere einer Depression leidet. Der Kläger selbst hat weder bei Prof. Dr. D. noch bei Prof. Dr. H. von einer entsprechenden Symptomatik berichtet. In seinem Schreiben vom 08.04.2014 teilt der Kläger mit, es sei Fakt, dass er keine deutlichen Depressionen hat und keine Psychopharmaka zu sich nehmen muss.

Die in den Leitlinien des Weiteren dargestellte Gradeinteilung nach Goebel und Hiller (vgl. Goebel, Hiller, 2001, Verhaltensmedizinische Tinnitus-Diagnostik. Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale mittels des strukturierten Tinnitus-Interviews, [STI]) beruht auf der Anamnese mittels strukturierter Anamnese (z. B. strukturiertes Tinnitus-Interview): Grad 1: Kein Leidensdruck Grad 2: Der Tinnitus wirkt störend bei Stress und psychisch-physischen Belastungen. Grad 3: Der Tinnitus führt zu dauernder Beeinträchtigung im kognitiven, emotionalen und körperlichen Bereich. Grad 4: Der Tinnitus führt zur massiven psychischen Dekompensation

Diese Art der Schweregrad-Bemessung mag im therapeutischen Bereich ein geeignetes Mittel für die Behandlungsempfehlung darstellen, für die Begutachtung im forensischen Bereich hält der Senat sie für ungeeignet. Prof. Dr. H. hat in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass der Tinnitus-Fragebogen ein Selbstbeurteilungsbogen ist und für gutachterliche Zwecke nur begrenzt verwertet werden kann. In der unfallversicherungsrechtlichen Literatur wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die Verwendung von Selbstbeurteilungsbögen in der Begutachtung nicht angebracht, sondern es eine ärztliche Aufgabe und nicht die Sache des Patienten ist zu beurteilen, welchen Schweregrad ein Tinnitus besitzt und ob er kompensiert oder dekompensiert ist.

Der Senat hält dagegen die in den Leitlinien beschriebene Unterscheidung zwischen kompensiertem und dekompensiertem Tinnitus für ein geeignetes weiteres Kriterium für die Bestimmung des Schweregrades. Ein kompensierter Tinnitus besteht daher, wenn der Patient das

Ohrgeräusch registriert, jedoch so damit umgehen kann, dass zusätzliche Symptome nicht auftreten. Ist dem so, besteht kein oder nur geringer Leidensdruck. Die Lebensqualität ist dann nicht wesentlich beeinträchtigt. Ein dekompensierter Tinnitus liegt dagegen vor, wenn das Ohrgeräusch massive Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche hat und zur Entwicklung oder Verschlimmerung einer Komorbidität (z. B. Angstzustände, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Depressionen) führt. Es besteht hoher Leidensdruck. Die Lebensqualität ist wesentlich beeinträchtigt. Nach den Leitlinien handelt es sich bei den Graden 1 und 2 um einen kompensierten und bei den Graden 3 und 4 um einen dekompensierten Tinnitus.

Im Falle des Klägers besteht ein kompensierter Tinnitus. Der Senat stützt sich auch insoweit auf die Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. H. und dessen ergänzende Stellungnahme vom 30.04.2014, wonach bei dem Klägers kein dekompensierter Tinnitus besteht, weil die Möglichkeit der Gestaltungsfähigkeiten gegeben ist. Diese zielen auf eine Habituation der Ohrgeräusche, wodurch die Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen im Sinne einer psychosomatisch orientierten neurootologischen Tinnitustherapie mit behandelt werden. Letztlich hat dies auch Dr. S. in der 2. Version seiner Stellungnahme vom 22.08.2012 bestätigt, in der er in Abweichung zu seiner 1. Version ausgeführt hat, dass bisher ein kompensierter Tinnitus als Unfallfolge vorgelegen hat und eine zunehmende zentrale Dekompensation bestehe, die das Beschwerdebild verstärke, weswegen auch weitere Behandlungen erforderlich sind. Neben einer stationären Reha-Maßnahme in einer Tinnitusfachklinik hat er zusätzlich eine psychosomatische Behandlung empfohlen. Keine der angeratenen Behandlungen hat der Kläger indes bislang begonnen, weshalb auch von einem hohen Leidensdruck, der für die Annahme eines dekompensierten Tinnitus Voraussetzung wäre, nicht ausgegangen werden kann.

Zusammenfassend besteht daher ein unfallbedingter leichtgradiger Tinnitus mit psychovegetativen Begleiterscheinungen (gelegentliche Einschlafstörungen, teilweise und zeitweilige Einflussnahme auf die Konzentrationsfähigkeit), die jedoch nicht erheblich sind (vgl. ergänzende Stellungnahme Prof. Dr. H. vom 30.04.2014), woraus sich insgesamt lediglich ein Schweregrad zwischen 1 und 2 ergibt.

Hierfür hält der Senat die von Prof. Dr. H. angesetzte MdE um 10 v. H. für zu hoch eingeschätzt. Dass der Kläger in diesem Umfang durch die beidseitigen Ohrgeräusche in seinem körperlichen und geistigen Leistungsvermögen beeinträchtigt ist, hält der Senat gerade auch im Hinblick auf die tatsächliche berufliche Entwicklung des Klägers nicht für erwiesen. Der Senat hält vielmehr die Einschätzung von Prof. Dr. D. für zutreffend, wonach die MdE wegen der unfallbedingten Ohrgeräusche unter 10 v. H. liegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass - entgegen der Annahme von Prof. Dr. H. - auch Prof. Dr. D. die psychovegetativen Begleiterscheinungen in Form von gelegentlichen Einschlaf- sowie Konzentrationsstörungen bekannt gewesen und diese daher auch in seine Bewertung miteingeflossen sind.

Soweit Prof. Dr. H. zur Einschätzung der MdE auch auf die Königsteiner Empfehlung verwiesen hat, ergeben sich hieraus keine weiteren Erkenntnisse. Abgehandelt wird darin lediglich ein Tinnitus in Form eines Begleit-Tinnitus, der mit einer Lärmschwerhörigkeit vergesellschaftet und Begleiterscheinung der Lärmschädigung des Innenohres ist. Während nicht permanente Ohrgeräusche dieser Art bei der MdE-Bewertung unberücksichtigt bleiben sollen, kann in Fällen dauerhafter Ohrgeräusche ein lärmbedingter Begleit-Tinnitus bei der Bewertung des Gesamtschadens mit einer MdE um bis zu 10 v. H. berücksichtigt werden, wobei dies im Sinne einer integrierenden MdE-Bewertung und nicht durch eine einfache Addition zu geschehen hat (Königsteiner Empfehlung, S. 37). Für einen traumatisch bedingten Tinnitus ohne Lärmschädigung lassen sich diese Empfehlungen nicht, auch nicht entsprechend anwenden.

In den AHP (Teil A Ziff. 26.5) bzw. VG (Teil B Ziff. 5.3) werden Ohrgeräusche (Tinnitus) ohne nennenswerte psychische Begleiterscheinungen mit einem GdB von 0 bis 10, mit erheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen mit einem GdB von 20, mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z.B. ausgeprägte depressive Störungen) mit einem GdB von 30 bis 40 und mit schweren psychischen Störungen und sozialen Anpassungsschwierigkeiten mindestens mit einem GdB von 50 bewertet. Da vorliegend erhebliche psychovegetative Begleiterscheinungen nicht erwiesen sind, Prof. Dr. H. vielmehr von unerheblichen psychovegetativen Begleiterscheinungen ausgegangen ist und auch der Senat aufgrund der oben dargestellten Umstände nicht von einer entsprechenden dauerhaften Beeinträchtigung ausgeht, wäre auch nach den AHP/VG der Bewertungsrahmen von 0 bis 10 eröffnet. Gerade unter Berücksichtigung des weiteren Umstandes, dass anders als im Rahmen des Unfallversicherungsrechts der GdB nicht nur die beruflichen Auswirkungen, sondern die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft insgesamt erfasst und sich Ohrgeräusche weitergehend auch im Rahmen des sonstigen gesellschaftlichen Lebens störend auswirken, ist auch unter diesem Gesichtspunkt vorliegend lediglich von einer MdE von unter 10 v. H. auszugehen.

Ohne dass es hierauf entscheidungserheblich ankäme, da bereits aus den o. g. Gründen der Senat die MdE nicht mit 10 v. H., sondern geringer bewertet, steht der Bewertung von Prof. Dr. H. entgegen, dass der Kläger bereits vor dem Arbeitsunfall rechtsseitig an einem Tinnitus gelitten hat und diese Gesundheitsstörung als Vorschaden zu berücksichtigen gewesen wäre. Wie bereits oben dargelegt handelte es sich hierbei um eine behandlungsbedürftige, anhaltende, zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls nicht ausgeheilte Gesundheitsstörung. Der Einlassung des Klägers, der vorbestehende Tinnitus habe keinerlei Beeinträchtigungen verursacht, hätte der Sachverständige daher mit erheblichen Zweifeln begegnen müssen, zumal ihm bekannt war, dass die kernspintomographische Untersuchung im Jahr 2004 gerade der Klärung dieser Beschwerden gedient hat, und aus den Akten ebenfalls ersichtlich war, dass der Kläger bereits im Jahr 2002 wegen eines Tinnitus HNO-fachärztlich behandelt worden ist. Selbst wenn vor dem Unfall keine psychovegetativen Begleiterscheinungen vorgelegen hätten, hätte der Vorschaden unter Zugrundelegung des (wissenschaftlich allerdings nicht belegten) Ansatzes von Prof. Dr. H., wonach Ohrgeräusche ohne psychovegetative Begleiterscheinungen gutachterlich in der Regel mit einer MdE um 5 v. H. zu bewerten sind (vgl. dessen ergänzende Stellungnahme vom 31.03.2014), jedenfalls insoweit mit berücksichtigt werden müssen, als die nach Prof. Dr. H. einzuschätzende "aktuelle" MdE um 10 v. H. wegen dieses Vorschadens auf einen Wert unter 10 v. H. abzusenken ist. Da zur Überzeugung des Senats aber auch unter Außerachtlassung des Vorschadens die MdE unter 10 v. H. beträgt, bedarf es hierzu keiner weiteren Ausführungen.

Die auf orthopädischem, kieferorthopädischem und HNO-fachärztlichem Fachgebiet bestehenden Einzel-MdE-Werte von jeweils unter 10 v. H. begründen eine Gesamt-MdE von unter 20 v. H. Die Unfallfolgen sind einzeln betrachtet derart geringfügig, dass auch in der Summe der Kläger nicht in einem Umfang in seiner körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, dass sich hieraus eine rentenberechtigende MdE um 20 v. H. ergäbe. Dies würde selbst dann gelten, wenn Prof. Dr. H. in seiner Auffassung zu folgen wäre und für die unfallbedingten Tinnitusbeschwerden eine MdE um 10 v. H. angenommen würde, denn auch dann könnten die beiden weiteren MdE-Einzelwerte von unter 10 v. H. nicht eine Gesamt-MdE in rentenberechtigendem Ausmaß rechtfertigen. Denn wie oben dargestellt, ist der Kläger auf orthopädischem Fachgebiet nicht nennenswert in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit unfallbedingt beeinträchtigt und kann sich

auch die Fehlfunktion des rechten Kiefergelenkes nicht MdE-erhöhend auswirken.

Auch soweit der Kläger Heilbehandlungen bezüglich der Unfallfolgen über den 17.11.2005 und das Teilanerkenntnis des Beklagten vom 19.11.2011 hinaus beansprucht, bleibt seiner Berufung der Erfolg versagt.

Zu Recht hat es die Beklagte mit Bescheid vom 06.08.2008 abgelehnt, Heilbehandlungen im Hinblick auf die orthopädischen Unfallfolgen über den 17.11.2005 hinaus zu erbringen bzw. deren Kosten zu erstatten. Anspruch auf Heilbehandlung nach §§ 26 ff. SGB VII besteht nur hinsichtlich der Folgen des Versicherungsfalles. Nachdem Prof. Dr. W. anlässlich seiner Untersuchung vom 04.10.2005 eine aktiv und passiv freie Beweglichkeit der HWS befundet und die Beweglichkeitsprüfung durch Dr. P. am 17.11.2005 eine freie Beweglichkeit der HWS und BWS ergeben hatte, bestand im Hinblick auf die orthopädischen Unfallfolgen spätestens am 17.11.2005 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr. Das Schreiben des Klägers vom 28.06.2006 an die Beklagte legt nahe, dass Dr. P. sogar weitaus früher vom Abschluss der Behandlung der Unfallfolgen ausgegangen ist.

Soweit der Kläger mit seiner Berufung auch die Behandlung von Unfallfolgen auf kieferorthopädischem Fachgebiet über den 17.11.2005 hinaus begehrt hat, ist die Klage inzwischen unzulässig, da die Beklagte mit vom Kläger angenommenen Teilanerkenntnis in der mündlichen Verhandlung vor dem SG physikalische Therapiemaßnahmen über den 17.11.2005 hinaus anerkannt hat. Mithin fehlt es am Rechtsschutzbedürfnis für die Aufrechterhaltung der Klage.

Weiterer Beweiserhebungen von Amts wegen bedurfte es nicht. Denn der Sachverhalt ist ausermittelt und bedarf keiner weiteren Aufklärung. Dem Antrag des Klägers auf Einholung eines Zusammenhangsgutachtens ist der Senat nicht gefolgt, insbesondere hat sich der Senat hierzu nicht durch die entsprechende Anregung des Dr. F. gedrängt gesehen. Es wurden vorliegend im gerichtlichen Verfahren ein mund-, kiefer- und gesichtschirurgisches Gutachten (Prof. Dr. Dr. R.), ein unfallchirurgisches Gutachten (Dr. D.), ein orthopädisches Gutachten (Prof. Dr. C.) sowie ein HNO-ärztliches Gutachten (Prof. Dr. H.) eingeholt. Der Senat ist davon überzeugt, dass die beauftragten Sachverständigen durchaus in der Lage gewesen sind, die Zusammenhänge mit den anderen Fachgebieten im Hinblick auf die vom Kläger geäußerten Beschwerden und den von ihnen erhobenen Befunde zu erkennen, wenn und soweit sich entsprechende Anhaltspunkte hierfür ergeben haben. Hinzu kommt, dass im Verwaltungsverfahren sowohl Prof. Dr. W. im Rahmen seiner Untersuchungen eine HNO-ärztliche Untersuchung durch Prof. Dr. D. veranlasst und dessen Ergebnisse in seiner Stellungnahme mitberücksichtigt hat als auch Dr. C. sein orthopädisches Gutachten unter Einbeziehung des HNO-ärztlichen Zusatzgutachtens durch Dr. S. gegenüber der Beklagten erstattet hat, mithin die von Dr. F. angesprochenen Zusammenhänge bereits Gegenstand von hier urkundlich zu verwertenden Gutachten gewesen sind. Auch zur Einholung eines neurologisch/psychiatrischen Gutachtens hat sich der Senat nicht gedrängt gesehen. Insoweit fehlt es bereits an den hierfür notwendigen Anknüpfungstatsachen, nachdem der Kläger selbst ausdrücklich darauf hingewiesen hat, nicht an einer Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet zu leiden. Soweit der Kläger geltend macht, aufgrund von dekompensierten Ohrgeräuschen auf psychisch/psychiatrischem Gebiet Komorbiditäten entwickelt zu haben, entspricht es auch der vom Kläger zitierten unfallversicherungsrechtlichen Literatur, dass nur im Ausnahmefall bei der Einschätzung eines Tinnitusleidens eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung erforderlich ist, im Regelfall aber der HNO-Gutachter selbst feststellen kann, ob aufgrund des Tinnitus eine schwere Beeinträchtigung vorliegt (vgl. Feldmann/Brusis, Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Artzes, 7. Auflage 2012, S. 362 f.; vgl. auch Königsteiner Empfehlung, S. 37). Nachdem Prof. Dr. H. ausdrücklich die psychovegetativen Begleiterscheinungen in seine Begutachtung einbezogen und im Rahmen der Untersuchung auch Tests zur psychischen Befindlichkeit des Klägers durchgeführt hat, die gerade keinen deutlichen Hinweis für eine Depressivität ergeben haben, ist eine weitere Begutachtung auf psychiatrischem Fachgebiet nicht veranlasst. Auch zur Einholung eines radiologischen Gutachtens sah sich der Senat nicht veranlasst. Zum einen liegen eine Vielzahl von radiologischen Befundberichten vor. Zum anderen haben die Sachverständigen Dr. D. und Prof. Dr. C. das vorliegende Bildmaterial ausgewertet und in ihren Gutachten ausführlich hierzu Stellung genommen. Der Senat hat keinen Anlass, deren Fähigkeiten hinsichtlich der Auswertung von Röntgenbildern sowie computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen zu bezweifeln, zumal Prof. Dr. C. ausdrücklich hervorgehoben hat, nahezu täglich mit entsprechenden Aufgabenstellungen befasst zu sein. Allein der Umstand, dass die in Praxisgemeinschaft tätigen Radiologen Dres. R. und F. zu anderen radiologischen Befunden gelangen, begründet nicht die Notwendigkeit der Einholung eines radiologischen Gutachtens. Vielmehr ist im Rahmen der dem Senat vorbehaltenen Beweiswürdigung darüber zu befinden, welche Erkenntnisse den höheren Überzeugungsgrad besitzen.

Ebenfalls abzulehnen war der in der mündlichen Verhandlung gestellte Antrag nach § 109 SGG auf Einholung eines psychiatrisch-neurologischen Gutachtens. Der Kläger hatte bereits am 05.04.2013 nach § 109 SGG beantragt, auf orthopädischem Fachgebiet Prof. Dr. C. und auf HNO-ärztlichem Fachgebiet Prof. Dr. H. nebst einem Ergänzungsgutachten auf dem psychiatrischen Fachgebiet einzuholen. Einen entsprechenden Facharzt hat der Kläger damals nicht benannt. Mit Verfügung vom 05.04.2013 hat das Gericht darauf hingewiesen, dass ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten nicht eingeholt wird, da die Auswirkungen des behaupteten Tinnitus durch den Sachverständigen Prof. Dr. H. auch im Hinblick auf die psychiatrische Beeinträchtigung beurteilt werden kann. Nachdem die beiden Gutachten bei Prof. Dr. C. und Prof. Dr. H. erstattet worden waren, hat der Kläger sich zwar gegen diese mit mehreren Schreiben gewandt, eine psychiatrische Begutachtung durch einen von ihm benannten Arzt dagegen nicht beantragt. Mit Schreiben vom 17.06.2014 hat er vielmehr sich gerade vorbehalten, einen weiteren Antrag nach § 109 SGG zu stellen, und damit zum Ausdruck gebracht, bis zu diesem Zeitpunkt noch keinen solchen Antrag gestellt zu haben. Den erst in der mündlichen Verhandlung gestellten Antrag auf Einholung eines psychiatrisch-neurologischen Gutachtens lehnt der Senat nach § 109 Abs. 2 SGG ab, da sich durch die Einholung eines weiteren Gutachtens die Erledigung des seit 06.04.2009 anhängigen und entscheidungsreifen Rechtsstreits verzögern würde und zur Überzeugung des Gerichts der Antrag aus grober Nachlässigkeit nicht früher gestellt worden ist. Ob überhaupt ein wirksamer Antrag nach § 109 Abs. 1 SGG gestellt worden ist, obwohl der Kläger keinen Arzt benannt hat, der gutachtlich gehört werden soll, dies jedoch gerade Voraussetzung für einen Antrag nach § 109 Abs. 1 SGG ist (vgl. hierzu auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage 2012, § 109 Rdnr. 4) kann unter diesen Umständen hier offen bleiben.

Außerdem lehnt der Senat den Antrag nach § 109 SGG ab, da nach der ständigen Rechtsprechung des Senats sich aus § 109 SGG nicht die Verpflichtung des Gerichts ergibt, in unbeschränkter Zahl medizinische Gutachten auf Antrag eines Beteiligten einzuholen. Dies ergibt sich zwar nicht zwingend aus dem Gesetzeswortlaut, wenn in § 109 Abs. 1 Satz 1 SGG bestimmt wird, dass " ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden" muss. Denn ob es sich hierbei um ein Zahlwort oder um einen unbestimmten Artikel handelt, ist nicht zu erkennen. Zu beachten ist auch, dass § 109 Abs. 2 SGG die Ablehnung des Antrages von bestimmten Voraussetzungen abhängig macht und dort keine zahlenmäßige Begrenzung des Antragsrechts enthalten ist. Deshalb ist auch nicht etwa von vornherein ausgeschlossen, dass mehrere Ärzte

auf Antrag des Beteiligten nach § 109 SGG gutachtlich gehört werden. Denn einen "Verbrauch" des Antrags nach § 109 SGG kennt das Gesetz nicht (BSG, Urteil vom 30.08.1966 - 1 RA 41/64 -, zit. n. juris). Der für das allgemeine Beweisrecht geltende Grundsatz, wonach ein Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG SozR 3-1500 § 109 Nr. 1), besitzt jedoch auch im Rahmen des § 109 SGG Geltung. Das BSG hat deshalb bereits frühzeitig den Umfang des Antragsrechts nach § 109 SGG eingeschränkt (BSG SozR Nr. 18 zu § 109 SGG): Danach muss im selben Rechtszug das Gericht den bereits auf Antrag des Berechtigten gehörten Arzt nochmals oder einen zweiten Arzt zu derselben Beweisfrage nur dann gutachtlich hören, wenn besondere Umstände das Verlangen des Antragstellers rechtfertigen. In jedem Fall muss sich mit Rücksicht auf alle Beteiligten und auf die Kostenfreiheit des gerichtlichen Verfahrens ein neuer Antrag nach § 109 SGG in den Grenzen zweckentsprechender Rechtsverfolgung halten. Es sind vielerlei Fälle denkbar, in denen die wiederholte Ausübung des Antragsrechts gerechtfertigt ist, weil ein Missbrauch ausgeschlossen erscheint, z.B. dann, wenn sich aus späteren Gutachten, aus dem Urteil des SG oder aus der Verhandlung vor dem LSG neue Tatsachen ergeben haben, die in dem ersten auf Antrag des Berechtigten eingeholten Gutachten nicht gewürdigt sind. Hierbei ist es gleichgültig, ob der nämliche Sachverständige wie im erstinstanzlichen Verfahren oder ein anderer gehört werden soll. Der Antrag des Klägers auf Einholung des psychiatrisch-neurologischen Gutachtens hält sich nicht mehr in diesen Grenzen zweckentsprechender Rechtsverfolgung. Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG wurden bereits ein orthopädisches und ein HNO-ärztliches Gutachten eingeholt. In dem Gutachten des Prof. Dr. H. sind die von Seiten des Klägers geltend gemachten psychovegetativen Begleiterscheinungen vollumfänglich gewürdigt worden. Da der Kläger selbst vorgetragen hat, nicht an einer Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet, insbesondere nicht an einer Depression zu leiden, er keine entsprechende Behandlung in Anspruch nimmt und auch keine Psychopharmaka einnimmt, ist eine wiederholte Antragstellung nicht gerechtfertigt.

Die Berufung des Klägers war somit insgesamt erfolglos.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-08-01