

L 3 U 4641/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 1156/09
Datum
17.09.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 4641/13
Datum
16.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. September 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Gesundheitsstörungen der Halswirbelsäule (HWS) als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17.10.2000 streitig.

Der 1959 geborene Kläger, der zu diesem Zeitpunkt als angestellter Arzt in einer Klinik tätig war, stieß am 17.10.2000 mit dem Auto auf dem Weg zwischen Wohnort und Arbeitsplatz mit hoher Geschwindigkeit mit einem Radfahrer zusammen. Der Radfahrer prallte infolge des Zusammenstoßes auf die Windschutzscheibe und das Dach des vom Kläger geführten Autos, wobei es zu erheblichen Beschädigungen des Fahrgastraums im Fahrerbereich kam und der Radfahrer noch an der Unfallstelle seinen Verletzungen erlag. Der Kläger wurde ausweislich der Verkehrsunfallanzeige des Polizeireviers A. durch die den Unfall aufnehmenden Polizeibeamten um 5.43 Uhr, 8 Minuten nach dem Unfallereignis, mit einer Platzwunde am Kopf bei seinem Fahrzeug stehend angetroffen. Der Notarzt Dr. B. stellte beim Kläger am Unfallort einen unauffälligen Befund und eine orientierte Bewusstseinslage fest und diagnostizierte eine Thoraxprellung und einen Schreck bzw. einen Schock.

Der Kläger wurde zur weiteren Versorgung in das Kreiskrankenhaus A. verbracht. Ausweislich eines in der Krankenakte des Kreiskrankenhauses A. befindlichen Aktenvermerks vom Unfalltag berichtete Dr. B. telefonisch den Ärzten über ein auffälliges Benehmen des Klägers an der Unfallstelle: dieser habe ständig nach seiner im Fahrzeug befindlichen Aktentasche gefragt und schließlich mit einem Bekannten telefoniert, damit dieser die Aktentasche abhole und in diesem Zusammenhang mehrfach das Rettungsfahrzeug verlassen wollen, so dass er schließlich sediert werden musste. Der D-Arzt Chefarzt Dr. C. diagnostizierte eine Thoraxprellung, einen Schock und eine Schürfung des rechten Ellenbogens (D-Arztbericht vom 19.10.2000). Im Entlassungsbericht vom 25.10.2000 über die stationäre Behandlung des Klägers berichtete Dr. C., der Kläger habe sich bei der Aufnahme im Krankenhaus nach vorheriger Diazepamgabe durch den Notarzt noch verlangsamt, aber wach und ansprechbar gezeigt. Unter anderem sei die grobneurologische Untersuchung unauffällig geblieben. Die veranlassten Untersuchungen mittels bildgebender Verfahren ergaben bezüglich der HWS bei leichter Steilhaltung der HWS keinen Hinweis auf eine stattgehabte knöcherne Verletzung, Luxation oder Subluxation, so der röntgenologische Befundbericht vom 17.10.2000. Auch die Funktionsaufnahmen in Inklination und Reklination zeigten danach keinen Hinweis auf eine Gefügestörung der HWS oder eine Fraktur. Aufgrund von Angaben des Klägers über Gefühlsstörungen im rechten Arm erfolgte am 19.10.2000 eine eingehende neurologische Untersuchung. Dr. D. stellte beim Kläger u.a. eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit fest und diagnostizierte eine Commotio cerebri und den Verdacht auf eine HWS-Distorsion bzw. differentialdiagnostisch eine Plexuszerrung. Kernspintomographisch zeigte sich bei der Untersuchung am 20.10.2000 durch Dr. E., Facharzt für Radiologie, eine geringe linksbetonte Protrusion C5/6 ohne Nachweis einer Hämatombildung. Bei Diagnosen einer Commotio cerebri, einer HWS-Distorsion, einer Thoraxprellung rechtsseitig und eines depressiven Syndroms wurde der Kläger bei eindeutig rückläufigen Sensibilitätsstörungen entlassen.

Im Zuge der sich anschließenden ambulanten Weiterbehandlung erfolgte eine weitere neurologische Untersuchung des Klägers am 08.11.2000 durch die Oberärztin Dr. F.-G., Klinikum W., Neurologie. Im Befundbericht vom 10.11.2000 diagnostizierte sie u.a. eine HWS-Distorsion mit diskreter Wurzelläsion C6 und C7 rechts. Eine kernspintomographische Untersuchung des Gehirns des Klägers blieb ohne Nachweis eines Hirnkontusionsherdes (Bericht des Radiologen Dr. H. vom 20.11.2000). Die weitere ambulante Behandlung des Klägers erfolgte anschließend unter den Diagnosen eines Zustandes nach Schädel-Hirn-Trauma und HWS-Distorsion, einer geringgradigen

Wurzelläsion C6 und C7 sowie einer posttraumatischen Belastungsreaktion (vgl. Bericht des Dr. C. vom 19.12.2000).

In der Zeit von März 2001 bis Juni 2001 erfolgte eine stationäre Behandlung des Klägers in der Fachklinik I., Abteilung für Psychotherapeutische Medizin. Im Entlassungsbericht wurden ein schweres posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ein postcommotionelles Syndrom, ein Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma und eine HWS-Distorsion diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch stark eingeschränkt, so dass ein beruflicher Wiedereinstiegsversuch im Rahmen von stufenweisen Belastungssteigerungen durchgeführt werden solle.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2001 wies der Arzt und Diplompsychologe Dr. J., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, darauf hin, dass der Kläger wohl nur kurzzeitig bewusstlos gewesen sei und auch im Rahmen der anschließenden Untersuchungen eindeutige neurologische Beschwerden bislang nicht wahrscheinlich gemacht worden seien. Die Diagnose einer Hirnkontusion sei seines Erachtens falsch oder zumindest nicht durch die Untersuchungen belegt. Der Radiologe Dr. H. stellte anschließend mittels einer MRT-Untersuchung der HWS einen "relativ großen" Bandscheibenvorfall im Segment C5/6 fest, der auch die linke C6-Wurzel beeinträchtige, weshalb ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesem Bandscheibenvorfall und der C6-Symptomatik anzunehmen sei (Befundbericht vom 20.09.2002). Nach einer Belastungserprobung im Berufsförderungswerk K. von November 2002 bis Dezember 2002 wurde die psychomentele Belastbarkeit des Klägers als derzeit zu gering eingeschätzt, um als Arzt konkurrenzfähig zu sein. Auch die Durchführung der dort empfohlenen Trainingsmaßnahme führte nicht zur Herstellung eines vollschichtigen Leistungsvermögens als Arzt. Desgleichen führte eine weitere stationäre Behandlung in der Klinik für psychosomatische Medizin L. von Juli 2003 bis Oktober 2003 nicht zu einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Klägers (dortige Diagnosen: PTBS, teilweise remittiert, mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom und Hypersomnie; Entlassungsbericht vom 29.10.2003). Vielmehr nahm er nach dem Unfall seine Tätigkeit als Arzt bis heute nicht mehr in einem nennenswerten Umfang auf, sondern arbeitet lediglich noch stundenweise in einer ärztlichen Praxis als freier Mitarbeiter bei der Behandlung von Wirbelsäulenleiden.

Die Beklagte stellte daraufhin zum 29.02.2004 die Zahlung von Verletztengeld ein und veranlasste eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. M., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser diagnostizierte in seinem Gutachten vom 30.08.2004, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung am 15.04.2004, beim Kläger eine PTBS, eine mittelschwere depressive chronifizierte Episode, ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und Hypersomnie. Die Symptomatik des Klägers werde durch das organische Psychosyndrom dominiert und sei mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 80 v.H. zu bewerten. Er hielt an dieser Einschätzung auch nach kritischen Einwendungen des Beratungsarztes der Beklagten, Dr. N., Facharzt für Nervenheilkunde, fest. Im Auftrag der Beklagten erstattete anschließend Dr. O., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, gestützt auf einen fünftägigen stationären Aufenthalt des Klägers in den Kliniken P. im Mai 2005, das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 04.09.2005. Im Hinblick auf die geltend gemachten HWS-Gesundheitsstörungen führte der Sachverständige aus, die neurologisch festgehaltenen Reiz- und Ausfallserscheinungen und die MRT-gesicherte Bandscheibenprotusion machten zwar eine Schädigung nach Grad II bzw. III nach Erdmann möglich; das symptomfreie Intervall nach dem Unfall wie aber auch die Röntgenaufnahmen der HWS sprächen indes für ein allenfalls geringes Trauma. Dementsprechend ging der Sachverständige - neben der ganz im Vordergrund stehenden PTBS und den vorrangig dissoziativen Bewältigungsmodi und Symptombildungen - auch von einer möglichen leichten bis allenfalls mittelschweren Beschleunigungsverletzung der HWS als Unfallfolge aus; im Hinblick auf den Bandscheibenvorfall C5/6 regte der Gutachter eine chirurgisch-orthopädische Beurteilung an. Die MdE bewertete er mit 60 v.H.

Die Beklagte holte hierzu eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. Q., Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, ein, der unter dem 14.10.2005 zur Frage der Kausalität des Unfalls für den Bandscheibenvorfall darauf hinwies, dass angesichts der zu erwartenden axialen Einwirkungen beim Unfallhergang eine nennenswerte Beteiligung der HWS wenig wahrscheinlich zu machen sei. Vor allem aber hätten die unfallnah angefertigten Röntgenaufnahmen einschließlich Funktionsaufnahmen sowie die Kernspintomographie abgesehen von der Protrusion C5/6 keinen weiteren verletzungsspezifischen Befund ergeben. Ein isolierter Bandscheibenschaden sei aber kein verletzungsspezifischer Befund. Denn biomechanisch sei eine isolierte Einwirkung einer messbaren Gewalt auf die Zwischenwirbelsäule unter Aussparung des Wirbel- und/oder Kapselbandapparates auszuschließen. Eine Kausalität sei daher zu verneinen.

Der gleichfalls um eine beratungsärztliche Stellungnahme ersuchte Dr. N. empfahl aus psychiatrischer Sicht, dem Gutachten des Dr. O. zu folgen, woraufhin die Beklagte mit Bescheid vom 08.12.2005 dem Kläger Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 60 v.H. (monatlich 2.111,07 EUR) bewilligte und als Folge des Arbeitsunfalls u.a. eine PTBS, eine organisch-dissoziative Störung, eine somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Symptomatik anerkannte. Demgegenüber wurde die Anerkennung des Bandscheibenvorfalles C5/6 abgelehnt und die HWS-Zerrung und die Gehirnerschütterung als folgenlos ausgeheilt festgestellt.

Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch hin veranlasste die Beklagte zunächst eine Begutachtung durch den Orthopäden Prof. Dr. S ... Dieser diagnostizierte beim Kläger in seinem Gutachten vom 13.12.2006, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung am 26.06.2006, auf orthopädischem Gebiet einen Zustand nach traumatischer HWS-Distorsion, Grad II nach der Quebec Task Force (QTF) sowie einen nicht traumatisch bedingten Bandscheibenvorfall links C5/6 ohne linksseitiges sensomotorisches Defizit. Aufgrund der nach dem Unfall erhobenen radiologischen und kernspintomographischen Befunde wie auch auf Grund des Unfallmechanismus stelle der Bandscheibenvorfall C5/6 keine Unfallfolge dar. Ursache hierfür sei vielmehr eine degenerative Veränderung.

In einem psychiatrischen Gutachten des Prof. Dr. T. vom 11.05.2007, beruhend auf zwei ambulanten Untersuchungen im April 2007, stellte dieser testpsychologisch kognitive Einschränkungen fest, die er sich auf Grund der erhobenen psychiatrischen Befunde nicht plausibel erklären konnte. Die vom Kläger geschilderten und teilweise demonstrierten Beeinträchtigungen würden kein schlüssiges Bild ergeben, welches sich einem psychopathologischen Syndrom zuordnen ließe. Prof. Dr. T. empfahl zur weiteren Klärung eine Begutachtung mit Belastungserprobung unter stationären Bedingungen. Zu dieser Begutachtung kam es trotz wiederholter Versuche nicht, da diejenigen Fachärzte, auf die sich die Beteiligten einigen konnten, den Gutachtensauftrag jeweils ablehnten.

Unter dem 22.12.2008 stellte der Kläger klar, dass sich sein Widerspruch gegen den Bescheid vom 08.12.2005 auch dagegen richte, dass die HWS-Schädigung folgenlos ausgeheilt sein solle. Er leide nach wie vor an den Folgen der HWS-Schädigung, aus welcher sich eine Bandscheibenläsion mit neurologischer Symptomatik entwickelt habe. Soweit dagegen im Bescheid vom 08.12.2005 für die anerkannten Unfallfolgen eine MdE um 60 v.H. angenommen werde, halte er den Widerspruch nicht mehr aufrecht. Mit Widerspruchsbescheid vom

10.02.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die beim Kläger bestehenden Veränderungen der Bandscheibe in Höhe C5/6 seien verschleißbedingter Natur und stünden mit dem Arbeitsunfall nicht in einem ursächlichen Zusammenhang. Sie seien daher nicht als Unfallfolgen zu bewerten.

Hiergegen hat der Kläger am 06.03.2009 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das SG den Orthopäden Dr. U. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Dr. U. hat in seinem Gutachten vom 13.01.2011, gestützt auf eine ambulante Untersuchung am 30.09.2010, ein chronisches myofaszielles Schmerzgeschehen im Sinne eines zervikozephalen Syndroms mit begleitenden Sekundärphänomenen entsprechend Grad II/III in der Klassifikation von Gerbershagen nach Beschleunigungsverletzung der HWS mit Grad II diagnostiziert, welches Folge des Arbeitsunfalls sei und die hierdurch bedingte MdE mit 100 v.H. bewertet. Durch die Unfallfolge habe der Kläger seine Erwerbsfähigkeit verloren. Dies sei eine zwar medizinisch nicht in allen Details erklärbare, aber gleichzeitig unbestreitbare sozialmedizinische Tatsache. Der Kläger habe unbestreitbar und unbestritten eine Primärverletzung der HWS erlitten. Auf Einwendungen des Dr. Q. vom 21.02.2011 hin hat Dr. U. unter dem 12.09.2011 ergänzend Stellung genommen. Der Sachverständige hat darin ausgeführt, Dr. Q. wolle unbedingt zu einem finanziell günstigen Ergebnis für die ihn beauftragende und sein Honorar zahlende Institution gelangen, und hat hinsichtlich Dr. Q. den Vergleich zu einem Frauenarzt, dem sexueller Missbrauch seiner Patientinnen nachgewiesen worden sei, gezogen. Dr. Q. benenne keine einzige unfallunabhängige fachspezifische Diagnose, die zu der als Tatsache nicht bestrittenen und rein unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von 2000 bis 2004 beigetragen haben solle und dann ausgeheilt und durch eine unfallunabhängige Krankheit abgelöst worden sei. Soweit Dr. Q. dem Unfall keinen kausalen Beitrag zum kernspintomographischen Befund vom September 2002 zubilligen wolle, könne er, Dr. U. dem zustimmen. Dr. Q. hat hierzu am 20.10.2011 eine weitere Stellungnahme abgegeben, in der er das von Dr. U. bemühte Argument des zeitlichen Zusammenhangs als nicht stichhaltig erachtet hat.

Das SG hat anschließend Dr. V., Facharzt für Neurologie, mit der Erstattung eines Gutachtens von Amts wegen beauftragt. Dr. V. hat in seinem Gutachten vom 08.03.2013, gestützt auf eine ambulante Untersuchung des Klägers am 18.02.2013 einen Zustand nach Gehirnerschütterung, folgenlos ausgeheilt, einen Zustand nach Beschleunigungstrauma der HWS Grad II nach der QTF, folgenlos ausgeheilt, einen Bandscheibenvorfall C5/6 mit sensiblen Wurzelreizsyndrom C6 rechts und ein Karpaltunnelsyndrom rechts mehr als links diagnostiziert. Das Wurzelreizsyndrom sei durch den kernspintomographisch dargestellten Bandscheibenvorfall C5/6 zu begründen, welcher seinerseits nicht Folge des Unfalls sei.

Mit Urteil vom 17.09.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage sei mit dem zuletzt gestellten und in der mündlichen Verhandlung vom 17.09.2013 wiederholten Antrag bereits unzulässig. Zum einen sei fraglich, ob ein Anspruch auf Feststellung der vom Kläger begehrten Gesundheitsstörungen als Folgen eines Arbeitsunfalls überhaupt bestehen könne, weil dies u.a. voraussetze, dass die Gesundheitsstörungen in eines der gängigen medizinischen Diagnosesysteme eingeordnet und exakt bezeichnet werden könnten. Jedenfalls aber enthalte der angefochtene Bescheid der Beklagten im Hinblick auf die begehrten Feststellungen überhaupt keine Regelungen.

Gegen das dem Kläger am 27.09.2013 zugestellte Urteil hat dieser am 25.10.2013 Berufung eingelegt.

Zu deren Begründung hat der Kläger vorgetragen, das SG sei zu Unrecht von der Unzulässigkeit der zuletzt gestellten Anträge ausgegangen. Mit Bescheid vom 08.12.2005 habe die Beklagte nicht nur über einen Rentenanspruch entschieden, sondern auch die Unfallfolgen festgestellt. Der Kläger habe sich deshalb im Rahmen des Widerspruchsverfahrens auch gegen die Nichtberücksichtigung der streitigen Unfallfolgen gewandt und die Beklagte habe hierüber im Rahmen ihres Widerspruchsbescheides entschieden. Auch seien entgegen der Auffassung des SG die streitigen Unfallfolgen ausreichend konkret bezeichnet. Inhaltlich hat er vorgebracht, die Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls für die geltend gemachten Unfallfolgen könne nur durch das von ihm beantragte biomechanische Sachverständigengutachten geklärt werden. Erst aus den Feststellungen des Biomechanikers ergebe sich, wie der Unfallmechanismus im Einzelnen im konkreten Fall abgelaufen sei und ob dieser geeignet gewesen sei, die vom ihm geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verursachen. Soweit Dr. V. aus seinem Verhalten unmittelbar nach dem Unfall auf das Fehlen wesentlicher neurologischer Beeinträchtigungen schließe, lasse er außer Acht, dass der neurologische Befund am Unfallort nur grob orientierend gewesen sein könne und er unter einem schweren Schock gestanden sei. Er verweise insoweit auch auf die engmaschig durch die behandelnden Ärzte auf nervenärztlichem Gebiet erhobenen Befunde, die wesentlich aussagekräftiger seien als der von Dr. V. 15 Jahre nach dem Unfall gewonnene Eindruck. Entscheidend sei, dass bereits am 17.10.2000, also noch am Unfalltag ein neurologisches Konzil veranlasst worden sei, was neurologische Auffälligkeiten belege.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 17. September 2013 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 8. Dezember 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2009 abzuändern und als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2000 posttraumatische degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit Funktionseinschränkungen und eine Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule gemäß Quebec Task Force Grad III festzustellen,

hilfsweise

bei Prof. Dr. Brüggemann ein biomechanisches Gutachten einzuholen; zum Nachweis der Krafteinwirkungen und Belastungen und Unfallbedingtheit der später festgestellten neurologischen Störungen (Kreiskrankenhaus W. und Klinikum W.) sowie zum Nachweis der Unfallfolgen (insbesondere posttraumatische Veränderungen der Halswirbelsäule mit Funktionseinschränkungen und Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule gemäß Quebec Task Force Grad III, commotio cerebri),

hilfsweise

die Anhörung der Zeugen OA Dr. F.-G. (Klinikum W.) und OA Dr. D. (Klinikum W.); zum Nachweis der Tatsache, dass die neurologischen Störungen seit dem Unfall bis heute fortbestehen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat ausgeführt, man habe bezüglich der vorliegend streitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sehr wohl eine aus ihrer Sicht auch eindeutige Regelung getroffen, nämlich den Bandscheibenvorfall als Unfallfolge abgelehnt und die HWS-Zerrung zwar grundsätzlich anerkannt, aber als folgenlos ausgeheilt bezeichnet, womit keine denkbaren Folgen offen seien. Eine biomechanische Begutachtung halte man nicht für erforderlich. Selbst wenn ein solches Gutachten nachweisen würde, dass der Unfall vom 17.10.2000 geeignet gewesen sein könnte, eine HWS-Distorsion Grad III sowie einen Bandscheibenvorfall zu verursachen, so bedeute dies nicht, dass es im konkreten Fall auch so gewesen sei. Entscheidend seien vielmehr die fehlenden Begleitschäden ligamentärer oder ossärer Art, da ein isolierter Bandscheibenschaden kein verletzungsspezifischer Befund sei.

Der damalige Berichterstatter hat am 07.08.2014 eine nichtöffentliche Sitzung zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt, im Rahmen derer der Kläger die beim Kreiskrankenhaus A. über ihn geführte Krankenakte übergeben hat. Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Erörterungstermins wird auf die Niederschrift vom 07.08.2014 verwiesen.

Auf die Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten des Dr. V. hin hat der Senat die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen vom 03.03.2016 eingeholt. Dr. V. hat in dieser an seiner Beurteilung festgehalten.

Zur weiteren Darstellung der Sach- und Rechtslage wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Die hier erhobene kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage ([§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)) ist zulässig. Die aus Gründen eines Feststellungsinteresses grundsätzlich zu fordernde vorherige Befassung der Verwaltung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, welches mit einem durch die Anfechtungsklage anzugreifenden Widerspruchsbescheid seinen Abschluss gefunden hat, liegt hier vor, wovon auch die Beteiligten übereinstimmend (und zutreffend) ausgehen. Die Beklagte hat bei sachgerechter Auslegung des angefochtenen Bescheids vom 08.12.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.02.2009 eine Entscheidung auch über die begehrten Unfallfolgen getroffen. Bei der Auslegung von Verwaltungsakten, also Verfügungssätzen i.S. des [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), ist in Anwendung der für Willenserklärungen maßgeblichen Grundsätze ([§§ 133, 157](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches [BGB]) vom objektiven Sinngehalt ihrer Erklärungen auszugehen, wie sie Empfänger bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls objektiv verstehen mussten und durften (BSG, Urteil vom 03.04.2014, [B 2 U 25/12 R](#), juris, auch zum Nachfolgenden). Maßgebend ist demnach der Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten ([§ 133 BGB](#)), wobei alle Zusammenhänge zu berücksichtigen sind, die die Behörde erkennbar in ihre Entscheidung einbezog. Dabei ist der der Bestandskraft (Bindungswirkung) zugängliche Verfügungssatz zu Grunde zu legen und zur Klärung seines Umfangs die Begründung des Bescheides zu berücksichtigen. Unklarheiten gehen zu Lasten der Behörde. Auch für die Auslegung einer behördlichen Äußerung als Verwaltungsakt kommt es nicht auf das von der Behörde Gewollte, sondern auf das objektiverte Empfängerverständnis an (BSG, Urteil vom 16.11.2005, [B 2 U 28/04 R](#), juris). Ob die Erklärung einer Behörde als Verwaltungsakt zu qualifizieren ist, richtet sich danach, wie der Adressat diese Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalles zu deuten hatte (BSG, Urteil vom 29.10.1992, [10 RKg 4/92](#), juris). Gleiches gilt für die Frage, in welchem Umfang die Behörde Regelungen i.S. des [§ 31 SGB X](#) traf. Auch wenn sich die Bindungswirkung eines Verwaltungsakts auf den Verfügungssatz beschränkt, kann einem Satz in der Begründung nach dem jeweils anzuwendenden materiellen Recht eine solche Bedeutung zukommen, dass er unter Berücksichtigung der Interessen der Beteiligten als selbstständige Feststellung i.S. eines (weiteren) Verfügungssatzes zu werten ist (BSG, Urteil vom 03.04.2014, [B 2 U 25/12 R](#), juris).

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden hat auch der Senat keine Zweifel, dass die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 08.12.2005 die Anerkennung von Unfallfolgen betreffend die HWS abgelehnt hat. So werden im Bescheid explizit die Unfallfolgen im Sinne einer Regelung benannt. Weiterhin wird ausgeführt, die HWS-Zerrung sei folgenlos ausgeheilt und der Bandscheibenvorfall zwischen 5. und 6. Halswirbelkörper stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfall. In der Zusammenschau mit der getroffenen Regelung über die anerkannten Unfallfolgen stellen sich die Ausführungen zur HWS nicht lediglich, wie das SG meint, als bloßes Begründungselement dar, sondern sind aus Sicht eines objektiven Erklärungsempfängers als ausdrückliche Regelung über das Nichtvorliegen von bestimmten Unfallfolgen aufzufassen. Im Übrigen hat, worauf die Beteiligten übereinstimmend und zutreffend hinweisen, der Kläger seinen Widerspruch gegen den Bescheid vom 08.12.2005 ausdrücklich auch gegen die Ablehnung der Anerkennung von überdauernden Unfallfolgen im Bereich der HWS gerichtet und hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 10.02.2009 explizit hierüber entschieden ("Die festgestellten Unfallfolgen sind korrekt"). Damit liegt spätestens aufgrund der Entscheidung im Widerspruchsbescheid gemäß [§ 95 SGG](#), wonach Gegenstand der Klage der ursprüngliche Verwaltungsakt in der Gestalt ist, die er durch den Widerspruchsbescheid gefunden hat, eine mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage anfechtbare Regelung über die Unfallfolgen im Bereich der HWS vor.

Auch soweit das BSG für die Zulässigkeit fordert, dass der Gesundheitsschaden durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z.B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet wird (BSG, Urteil vom 15.05.2012, [B 2 U 31/11 R](#), juris), hat der Senat keine Bedenken. Der Klageantrag ist im Rahmen der gebotenen Auslegung dahingehend zu verstehen, dass zum einen die Feststellung der zervikalen Bandscheibenschäden (ICD-10-GM 2014, M50.8) begehrt wird. Soweit zum anderen die Feststellung einer Beschleunigungsverletzung der HWS Grad III gemäß der QTF begehrt wird, ist damit auch die Feststellung eines Schleudertraumas der HWS (ICD-10-GM 2014, S13.4) - in der Ausprägung QTF Grad III entsprechend der u.a. in der Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, Stand: September 2012, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie empfohlenen klinischen Klassifikation von Störungen bei HWS-Beschleunigungsverletzungen - als Unfallfolge verbunden. Hierfür besitzt der Kläger auch ein Feststellungsinteresse, nachdem die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 08.12.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.02.2009 die Halswirbelsäulenzerrung als folgenlos ausgeheilt festgestellt und damit im Umkehrschluss diesbezügliche überdauernde Unfallfolgen verneint hat.

Die Klage ist indes unbegründet. Die Beklagte hat zu Recht die Anerkennung der begehrten Gesundheitsstörungen als Folge des Arbeitsunfalls vom 17.10.2000 abgelehnt.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3, 6 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i.S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII (zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt) ist danach in der Regel erforderlich (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, juris), dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität).

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (hier: Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84, juris). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, a.a.O.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R, juris; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R, juris). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen wie dargestellt auch die Gesundheitsstörung gehört, also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90, juris).

Der Kläger hat sich im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit am 17.10.2000 unstreitig eine HWS-Distorsion, eine Prellung des Thorax, einen Schock sowie eine Schürfung des rechten Ellenbogens zugezogen (D-Arztbericht des Dr. C. vom 19.10.2000 sowie Entlassungsbericht des Dr. C. vom 25.10.2000). Ein Arbeitsunfall liegt damit vor. Das Vorliegen eines Arbeitsunfalles ist im Übrigen zwischen den Beteiligten nicht streitig und wird als Grundlage der Gewährung der von der Beklagten bewilligten Rente von dieser vorausgesetzt. Damit ist aber nicht zugleich die Annahme gerechtfertigt, dass die nach dem Arbeitsunfall festgestellten weiteren Gesundheitsschäden - soweit deren Vorliegen überhaupt festgestellt werden kann - ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt vielmehr wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R, juris). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Kann dagegen das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfiel (conditio sine qua non), ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, juris). Die hier vorzunehmende Kausalitätsprüfung hat somit nach dieser zweistufigen Prüfung zu erfolgen.

Unter Berücksichtigung des Vorstehenden gilt hier folgendes:

Soweit der Kläger die Feststellung einer Beschleunigungsverletzung nach Grad III der QTF begehrt, bleibt die Berufung bereits deshalb ohne Erfolg, weil eine fortwirkende Beschleunigungsverletzung der HWS nicht mehr nachgewiesen ist. Der Kläger erlitt bei dem Unfall nach übereinstimmenden Bekundungen sämtlicher mit dem Fall befasster Ärzte und Sachverständigen ein Beschleunigungstrauma der HWS in der Ausprägung Grad II nach der QTF, so insbesondere Dr. O. ("mögliche, leichte bis allenfalls mittelschwere Beschleunigungsverletzung der HWS"; dies entspricht einem Grad von I bis II nach der Tabelle von Erdmann und dementsprechend einem Grad II nach der QTF, vgl. Leitlinie Beschleunigungstrauma, S. 3), Prof. Dr. S., Dr. V. und nicht zuletzt auch Dr. U ... Diese Einschätzung überzeugt auch den Senat. So sind insbesondere das symptomfreie Intervall nach dem Unfall und die klinischen und bildgebenden Befunde mit der Annahme einer höhergradigen Beschleunigungsverletzung nicht vereinbar. Während sich die Einteilung nach der international zunehmend gebräuchlichen QTF überwiegend auf das klinische Erscheinungsbild bezieht, berücksichtigt die modifizierte Einteilung nach Erdmann (vgl. Leitlinie Beschleunigungstrauma) zusätzlich mögliche symptomfreie Intervalle, die Beschwerdedauer, morphologische Kriterien und Röntgenbefunde, so Dr. V ... Dabei, so der Sachverständige, korreliert das symptomfreie Intervall mit dem Schweregrad der Beschleunigungsverletzung. Während bei einem mittelschweren Trauma, Grad II nach Erdmann, (entspricht Grad II nach der QTF, s.o.) ein symptomfreies Intervall selten, aber in Grenzen möglich ist (meist weniger als 1 Stunde bis 8 Stunden möglich), fehlt es bei einem schweren Trauma (Grad III nach Erdmann, entspricht mindestens Grad III nach der QTF) mit sensiblen und/oder motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen meist völlig an einem symptomfreien Intervall. Ein beschwerdefreies Intervall schließt außerdem eine fassbare Strukturschädigung mit großer Sicherheit aus; ein beschwerdefreies Intervall von mehr als 24 Stunden begründet darüber hinaus schwerwiegende Zweifel an einer organischen Genese der HWS-Beschwerden.

Beim Kläger sind in den ersten 8 Stunden nach dem Unfall keine neurologischen Symptome aufgetreten; auch für den Zeitraum der ersten 24 Stunden findet sich in den umfangreichen Krankenunterlagen des Klägers kein sicherer Nachweis für das Auftreten einer neurologischen Symptomatik, so zutreffend Dr. V. nach ausführlicher Würdigung der vom Kläger vorgelegten Krankenakte des Kreiskrankenhauses A ... So schließt der Umstand, dass der Kläger 8 Minuten nach dem Unfall stehend neben seinem Fahrzeug angetroffen worden ist, eine Bewusstlosigkeit sowie eine höhergradige Lähmung der unteren Extremitäten aus. Der Notarzt Dr. B. hat dann einen unauffälligen neurologischen Befund und eine ungestörte Orientierung erhoben. Die bei Aufnahme im Kreiskrankenhaus A. dokumentierte allgemeine

Verlangsamung des Klägers 70 Minuten nach dem Unfallereignis ist auf die intravenöse Verabreichung von Diazepam durch den Notarzt zurückzuführen. Im Übrigen wurde bei Aufnahme im Krankenhaus eine neurologische Symptomatik nicht festgestellt. Die grobneurologische Untersuchung wurde vielmehr als unauffällig beschrieben. Zwar wurde im Konziliarauftrag vom 18.10.2000 ein pelziges Gefühl in den rechten Fingerkuppen und im rechten Unterarm erwähnt; diese Angabe wurde indes, hierauf weist Dr. V. zutreffend hin, ausweislich der deutlich anderen Handschrift sowie des Schriftbilds offensichtlich von einer anderen Person als dem ursprünglich ausfüllenden Arzt nachträglich hinzugefügt. Eine "Taubheit rechter Unterarm volar" wurde in der Krankenkurve erstmalig am 19.10.2000 eingetragen. Im Entlassungsbericht vom 25.10.2000 wurde der Beginn der Sensibilitätsstörungen in Übereinstimmung mit den Krankenblättern auf den 19.10.2000 datiert. Andererseits war die Medikation mit Diazepam kurz nach dem Unfall durch den Notarzt nicht geeignet, die Wahrnehmung möglicher Sensibilitätsstörungen über diesen gesamten Zeitraum zu unterdrücken (Dr. V.). Eine Schmerzmedikation hat der Kläger erstmals in der Nacht zum 19.10.2000 erbeten und verabreicht bekommen, woraus sich in Übereinstimmung mit den Pflegeberichten des Kreiskrankenhauses A. für die Zeit davor keine stärkeren Schmerzen ableiten lassen. Dr. V. folgend geht deshalb auch der Senat von einem erstmaligen Nachweis einer neurologischen Symptomatik am 19.10.2000 und damit mehr als 24 Stunden nach dem Unfall aus, was allenfalls grenzwertig noch eine Bewertung mit Grad II nach der QTF zulässt. Damit kann, so Dr. V., eine unmittelbare Läsion des Halsmarks oder der Nervenwurzeln durch den Unfall ausgeschlossen werden; dementsprechend hat die später durchgeführte Kernspintomographie auch keine Zeichen einer Läsion der abgehenden Nervenwurzeln oder des Rückenmarks gezeigt. Hinweise auf eine Kontusion des Rückenmarks ergaben sich, so Dr. V. in seiner ergänzenden Stellungnahme, weder klinisch noch bildgebend, ebenso keine Hinweise auf eine Plexuszerrung. Mit der Beurteilung als HWS-Beschleunigungsverletzung Grad II nach der QTF in Einklang stehen auch die weiteren Befunde der bildgebenden Diagnostik, die zwar eine Steilstellung der HWS, jedoch keine Halswirbelkörperbrüche und keine Gefügestörung gezeigt haben (Dr. V.). Letztlich sind, worauf Dr. V. zu Recht verweist, auch die im Rahmen des neurologischen Konzils am 19.10.2000 erhobenen Befunde unspezifisch, in Teilen widersprüchlich und zur Diagnosestellung von Nervenschäden aufgrund Beschleunigungsverletzung der HWS nicht ansatzweise ausreichend. Folgerichtig hat Dr. D. auch nur die Verdachtsdiagnose einer HWS-Distorsion und diese - entgegen den Leitlinien - ohne Schweregradeinteilung gestellt. Ebenso hat bereits Dr. J. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.09.2001 darauf hingewiesen, dass bis dato keine eindeutigen neurologischen Beschwerden wahrscheinlich gemacht worden sind.

Auch spricht der wenig konstante Verlauf der klinischen Symptomatik in der Folgezeit für eine wesentliche funktionelle Komponente und damit gegen eine ursächliche Rückführung auf die Beschleunigungsverletzung, so Dr. V. ... Nachdem bereits im Entlassungsbericht vom 25.10.2000 eine eindeutig rückläufige neurologische Symptomatik festgestellt wurde, wurden im Januar 2001 die neurologischen Ausfälle und die Kopfschmerzen als deutlich rückläufig angegeben und fand sich im Juli 2001, abgesehen von einer Sensibilitätsstörung im Segment C6 rechts, ein unauffälliger neurologischer Befund. Im November 2002 wurde über eine Sensibilitätsstörung im Segment C6 links neben Kribbelmissempfindungen in den Beinen berichtet. Im März 2003 beschrieb der Kläger dann eine Kraftminderung der Armbeugung bei nun ungestörter Sensibilität und im März 2004 wurden Sensibilitätsstörungen an den Unterarmen bei normaler Sensibilität der Hände beschrieben (Dr. V.).

Mit den genannten Ärzten und Sachverständigen geht deshalb der Senat davon aus, dass der Kläger aufgrund des hier streitigen Unfalls allenfalls eine HWS-Beschleunigungsverletzung Grad II nach der QTF erlitten hat. Die hiergegen vom Kläger vorgebrachten Einwände rechtfertigen keine andere Beurteilung. Soweit der Kläger geltend macht, die Untersuchung am Unfallort könne nur grob orientierend gewesen sein und er habe außerdem unter einem schweren Schock gestanden, so ändert dies nichts an dem Umstand, dass auch in der Folgezeit innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Unfall keine Sensibilitätsstörungen dokumentiert sind, was weder auf der schon im Entlassungsbericht nicht mehr thematisierten Schock noch auf die Gabe von Diazepam unmittelbar nach dem Unfall zurückgeführt werden kann, so Dr. V. ... Unabhängig davon, dass die den Kläger behandelnden Ärzte auch später niemals die Diagnose einer HWS-Beschleunigungsverletzung Grad III nach der QTF oder mehr gestellt haben, kann den späteren Befunden ohnedies nur eine begrenzte Aussagekraft zukommen. Leitliniengemäß ist vielmehr die möglichst frühzeitig vorgenommene Diagnostik und Klassifizierung des Schweregrads der Verletzung maßgeblich, so zutreffend Dr. V. in seiner ergänzenden Stellungnahme.

Das beim Unfall erlittene Beschleunigungstrauma ist definitionsgemäß in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall folgenlos ausgeheilt, so Dr. V. und Prof. Dr. S. ... Die vom Kläger ab 19.10.2000 beklagte neurologische Symptomatik kann entsprechend der Klassifikation der vom Kläger erlittenen HWS-Beschleunigungsverletzung als Grad II nach der QTF bzw. Grad II nach Erdmann (definitionsgemäß keine sensiblen und/oder motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen, vgl. Leitlinie Beschleunigungstrauma) nicht auf die Beschleunigungsverletzung zurückgeführt werden. Gleiches gilt für das in der Folgezeit entwickelte vielschichtige Beschwerdebild, beginnend mit Sensibilitätsstörungen der rechten oberen Extremität, später auch der linken oberen Extremität, das in Teilen bis zum heutigen Tage anhält. Vielmehr ist - ohne dass hierauf ankäme, da jedenfalls die HWS-Beschleunigungsverletzung als Ursache ausscheidet - das Wurzelreizsyndrom C6 Folge der (unfallunabhängigen, hierzu sogleich) Bandscheibenerkrankung. Darüber hinaus liegt beim Kläger ein Karpaltunnelsyndrom rechts mehr als links vor, welches Sensibilitätsstörungen und Kribbelmissempfindungen verstärken kann, so Dr. V. ... Im Übrigen spricht der aufgezeigte sehr inkonstante Verlauf der subjektiven Symptomatik für eine vornehmlich funktionelle Komponente.

Soweit Dr. U. trotz einer auch von ihm angenommenen HWS-Beschleunigungsverletzung mit (nur) Schweregrad II nach der QTF offenbar eine Ursächlichkeit für das von ihm so bezeichnete chronische myofasziale Schmerzgeschehen bejaht, kann dies aus mehreren Gründen nicht überzeugen. So verschlüsselt Dr. U. die von ihm diagnostizierte Erkrankung auf orthopädischem Gebiet, die er auf den Unfall zurückführen will, mit F45.41 nach ICD-10-GM 2009 (inhaltsgleich mit F45.41 nach ICD-10-GM 2014), definitionsgemäß also als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, somit gerade nicht als Schleudertrauma der HWS (ICD-10-GM 2014, S13.4), deren Feststellung der Kläger hier begehrt. Der Sachverständige erkennt weiterhin maßgebliche Grundsätze der Kausalitätsprüfung im Unfallversicherungsrecht, wenn er die Ursächlichkeit sämtlicher derzeitigen Beschwerden des Klägers alleine aufgrund - für ihn - nicht ersichtlicher anderweitiger Ursachen bejaht; ungeachtet dessen, dass mit dem festgestellten Bandscheibenvorfall wie auch der von der Beklagten aufgrund der eingeholten Gutachten und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte bescheidmäßig festgestellten PTBS durchaus konkurrierende Ursachen für die Beschwerden des Klägers gegeben sind. Letztendlich stützt der Sachverständige, wiederum unter grober Verkennung der Beweismaßstäbe des Unfallversicherungsrechts, die Ursächlichkeit der HWS-Beschleunigungsverletzung für die überdauernden Beschwerden des Klägers darauf, dass beim Kläger eine "nicht bestrittene und rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 2000 bis 2004" vorgelegen habe und durch die Ärzte und Sachverständigen keine einzige unfallunabhängige fachspezifische Diagnose benannt werde, die die der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liegenden Gesundheitsstörungen abgelöst habe. Der Kläger habe "unbestreitbar und unbestritten" eine Primärverletzung der HWS erlitten. Hierbei lässt der Sachverständige schon außer Acht, dass beim Kläger bis zum heutigen Tage nach Auffassung sämtlicher behandelnder Ärzte eine psychische Gesundheitsstörung, möglicherweise in Gestalt einer PTBS,

ganz im Vordergrund steht und die aus dieser Erkrankung resultierenden psychischen Beschwerden der Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit zugrunde lagen. Eine Ursächlichkeit der HWS-Beschleunigungsverletzung für die maßgeblichen psychischen Beschwerden des Klägers wurden zu keiner Zeit von Ärzten und Sachverständigen behauptet. Davon unabhängig hat die Zuerkennung von Arbeitsunfähigkeit allenfalls indizielle Bedeutung für die hier zu klärende Frage der Kausalität. Wie dargelegt, ist bezüglich der HWS lediglich eine Beschleunigungsverletzung Grad II nach der QTF nachgewiesen, die definitionsgemäß gerade nicht ursächlich für die neurologische Symptomatik sein kann. Zutreffend verweist weiterhin Dr. V. in seinem Gutachten darauf, dass die gutachterlichen Stellungnahmen des Dr. U. nicht die allgemein üblichen Anforderungen an ein medizinisches Sachverständigengutachten erfüllen; so sind Inhalt, Terminologie und auch die Schlussfolgerungen im Wesentlichen nicht nachvollziehbar und geben insbesondere nicht die geltende medizinische Lehrmeinung wieder, sondern stehen in großen Teilen sogar im Widerspruch zu der bereits genannten Leitlinie Beschleunigungstrauma, ohne dass Dr. U. hierzu Stellung bezogen hat. Die Ausführungen des Dr. U. sind in großen Teilen Ausdruck eines von ihm sehr emotional geführten "Feldzugs" wider eines von ihm beklagten "Gutachterunwesens" und wider der nach seiner Auffassung von den Berufsgenossenschaften "gekauften" (Beratungs-)Ärzte und gipfeln in einer moralischen Gleichsetzung des Dr. Q. mit einem wegen des sexuellen Mißbrauchs von Patientinnen verurteilten Frauenarztes. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, dass sich selbst der Kläger angesichts der unsachlichen, emotionalen und tendenziösen Ausführungen des Dr. U. bemüht hat, ein Urteil eines hessischen Sozialgerichts vorzulegen, in welchem sich die dortige Kammer einem Gutachten des Dr. U. ("auch wenn seinem Duktus eine gewisse überschießende Tendenz innewohnen mag") angeschlossen hat.

Die vom Kläger beantragte biomechanische Begutachtung erlaubt lediglich in gewissem Umfang Aussagen darüber, ob die physikalischen Parameter posttraumatische Beschwerden erklären können, und kann die Schwere des Unfallereignisses näher eingrenzen. Biomechanische Faktoren können indes alleine weder das Ausmaß noch die Dauer länger dauernder nachfolgender Beeinträchtigungen erklären, so zutreffend Dr. V. in Übereinstimmung mit der Leitlinie Beschleunigungstrauma. Der Sachverständige selbst hat in diesem Zusammenhang eindeutig und unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass es nach seiner Sicht - und lediglich diese kann insoweit maßgeblich sein - auf die Unfallmechanik nicht ankommt, da bereits das erhebliche symptomfreie Intervall zwischen Unfall und Auftreten neurologischer Beschwerden und die klinischen und bildgebenden Befunde eine höhere Klassifikation der Beschleunigungsverletzung ausschließen. Eine biomechanische Begutachtung vermag daher im vorliegenden Fall nichts an der von Dr. O., Dr. S. und insbesondere Dr. V. leitliniengemäß vorgenommenen Klassifikation des Schweregrads der Beschleunigungsverletzung zu ändern. Der Senat lehnt daher die beantragte biomechanische Begutachtung von Amts wegen ab.

Auch den Antrag auf zeugenschaftliche Vernehmung der vom Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung benannten Dr. D. und Dr. F.-G. lehnt der Senat ab. Soweit der Kläger mit der Vernehmung der sachverständigen Zeugen den Nachweis verfolgt, dass beim Kläger zum Zeitpunkt der jeweiligen Untersuchung bereits eine neurologische Gesundheitsstörung, gegebenenfalls bis zum heutigen Tage, vorgelegen hat, so kann dies als wahr unterstellt werden. Denn auch der Senat geht Dr. V. folgend, wie ausführlich dargelegt, davon aus, dass für den 19.10.2000 aufgrund der erstmaligen Untersuchung durch Dr. D. beim Kläger eine neurologische Symptomatik belegt ist; gleiches gilt für den 08.11.2000 als den Zeitpunkt der erstmaligen neurologischen Untersuchung durch die weiter benannte Zeugin Dr. F.-G. ... Soweit der Kläger darüber hinaus mit der zeugenschaftlichen Vernehmung der benannten Ärzte den Nachweis führen möchte, dass bereits innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Unfallgeschehen am frühen Morgen des 17.10.2000 - als dem wie bereits dargestellt maßgeblichen Zeitraum für die Beurteilung eines beschwerdefreien Intervalls - eine neurologische Symptomatik vorgelegen hat, ist das Beweismittel untauglich. Denn der Zeuge, auch der sachverständige Zeuge, soll über Wahrnehmungen aussagen, die er gemacht hat, d.h. anders als ein Sachverständiger über Tatsachen aussagen und nicht Schlussfolgerungen aus Tatsachen ziehen (Meyer-Ladewig/Kel-Ler/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 118 Rn. 10,10c). Beim sachverständigen Zeugen sind dies Wahrnehmungen, die er kraft besonderer Sachkunde ohne Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtensauftrag gemacht hat, z.B. Wahrnehmungen eines Arztes bei einer Befunderhebung, bei einer Operation usw. Die Wahrnehmungen, die Dr. D. bzw. Dr. F.-G. im Rahmen der Untersuchung des Klägers gemacht haben, sind in den Befundberichten vom 19.10.2000 (Dr. D.) bzw. vom 10.11.2000 (Dr. F.-G.) aktenkundig und in die Beweiswürdigung bereits eingeflossen. Etwaige Beweisfragen an die beiden Ärzte dahingehend, ob die berichteten Befunde bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt beim Kläger vorgelegen haben könnten, überschreitet die dem sachverständigen Zeugen obliegende Erstattung eines bloßen Befundberichts erheblich und fällt vielmehr in den Aufgabenbereich eines Sachverständigen. Es ist nämlich nicht Aufgabe eines sachverständigen Zeugen, sondern vielmehr des Sachverständigen, dem Gericht allgemeine Erfahrungssätze oder besondere Kenntnisse des jeweiligen Wissensgebietes zu vermitteln bzw. aufgrund von Erfahrungssätzen oder besonderen Fachkenntnissen Schlussfolgerungen aus einem feststehenden Sachverhalt zu ziehen (OLG Koblenz, Urteil vom 19.05.2005, [5 U 1470/04](#), juris; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O.).

Die Beklagte hat es zu Recht auch abgelehnt, die bandscheibenbedingten Erkrankungen im Bereich der HWS des Klägers als Unfallfolge anzuerkennen.

Zwar sind beim Kläger Schädigungen der HWS als Gesundheitsstörung nachgewiesen. So hat der Radiologe Dr. E. am 20.10.2000 kernspintomographisch eine geringe linksbetonte Protrusion C5/6 festgestellt. Im Zuge einer MRT-Untersuchung der HWS hat sich dann am 20.09.2002 ein "relativ großer" Bandscheibenvorfall C5/6 gezeigt (Bericht des Radiologen Dr. H.). Diese Gesundheitsstörungen können indes nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Der Senat stützt sich bei seiner Beurteilung auf die Stellungnahmen des Dr. Q., insbesondere vom 14.10.2005, das Gutachten des Prof. Dr. S. sowie auf das Gerichtsgutachten des Dr. V. nebst dessen ergänzender Stellungnahme.

Zutreffend hat Dr. Q. bereits in seiner Stellungnahme vom 14.10.2005 darauf hingewiesen, dass ein isolierter Bandscheibenschaden ohne Begleitschäden ligamentärer oder ossärer Art nach dem Stand der aktuellen Wissenschaft - als aktueller Erkenntnisstand sind dabei die durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also, von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht (BSG, Urteil vom 27.06.2006, [B 2 U 20/04 R](#), juris) - durch ein Trauma nicht denkbar ist. Vielmehr werden segmentale Scher-, Torsions- und Kippungsbelastungen durch den knöchernen und ligamentären Apparat soweit begrenzt, dass in jedem Bewegungssegment nur etwa die Hälfte der Bewegungsausschläge erfolgen kann, die zur Schädigung der Bandscheibe notwendig wären. Eine unphysiologische Belastung des Zwischenwirbels, so Dr. Q., geht daher regelmäßig mit Veränderungen benachbarter Strukturen, nämlich der Wirbel und/oder des Kapselbandapparates einher, da biomechanisch eine isolierte Einwirkung einer messbaren Gewalt auf die durch die genannten Strukturen geschützte und fixierte Zwischenwirbelsäule unter Aussparung der genannten Gewebe auszuschließen ist. Dementsprechend weisen traumatische Bandscheibenvorfälle stets begleitende knöcherne oder Bandverletzungen im betroffenen Segment

auf (so auch Schönberger/Mer-tens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 434). Solche Begleitverletzungen zeigten sich indes trotz umfangreicher Diagnostik mit bildgebenden Verfahren unmittelbar nach dem Unfall nicht. So wurde noch am Unfalltag ein umfassender Röntgenbefund der HWS auch mit Funktionsaufnahmen in Inklination und Reklination erhoben, ohne dass sich ein Hinweis auf eine stattgehabte knöcherne Verletzung, Luxation oder Subluxation fand. Die 3 Tage nach dem Unfall durchgeführte kernspintomographische Untersuchung der HWS blieb mit Ausnahme der Feststellung einer geringen linksbetonten Protrusion gleichfalls ohne Befund, insbesondere ohne Nachweis einer Hämatombildung. Die zeitnah angefertigten Röntgen- einschließlich Funktionsaufnahmen sowie die Kernspintomographie zeigen somit keinen verletzungsspezifischen Befund, weshalb, so zutreffend Dr. Q. und ihm folgend Prof. Dr. S. und Dr. V., eine Ursächlichkeit des Unfalls für die bandscheibenbedingten Erkrankungen nicht wahrscheinlich ist. Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich vielmehr bei der kernspintomographisch festgestellten linksbetonten Bandscheibenvorwölbung um eine vorbestehende Bandscheibenschädigung, die im (damaligen) Alter des Klägers nicht selten vorkommt, im Übrigen durchaus auch bei einem durchtrainierten Menschen auftreten kann und sich häufig durch eine lange Zeit asymptomatische Entwicklung auszeichnet, so Dr. V. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.03.2016.

Soweit in Teilen der obergerichtlichen Rechtsprechung - entgegen dem soeben dargelegten Erkenntnisstand - die Auffassung vertreten wird, ein traumatischer Bandscheibenvorfall könne auch ohne knöcherne oder ligamentäre Begleitverletzungen auftreten (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.06.2015, [L 10 U 221/13 ZVW](#), juris), bedarf diese Frage vorliegend keiner Klärung. Denn soweit danach auf Begleitverletzungen verzichtet wird, bedarf es nach dieser Auffassung zur Begründung der Wahrscheinlichkeit, dass der Bandscheibenvorfall ursächlich im naturwissenschaftlichen Sinne auf den Unfall zuzuführen ist, alternativ einer zeitnahen Symptomatik (LSG Baden-Württemberg, a.a.O.). Eine solche zeitnahe Symptomatik liegt im Fall des Klägers indes gleichfalls nicht vor. Vielmehr ist - wie vorstehend ausführlich dargelegt - die bei Aufnahme im Kreiskrankenhaus A. durchgeführte grobneurologische Untersuchung als unauffällig beschrieben worden und sind Angaben über Sensibilitätsstörungen in den Krankenhausunterlagen erstmalig für den 19.10.2000 dokumentiert. Damit ist der Beginn einer sensiblen Symptomatik erstmalig für diesen Tag nachgewiesen, d.h. für einen Zeitpunkt über 2 Tage nach dem Unfall. Überdies traten die am 19.10.2000 dokumentierten Sensibilitätsstörungen am rechten Arm auf, wohingegen die festgestellte linksbetonte Bandscheibenvorwölbung zunächst Beschwerden im linken Arm erwarten lassen würde, so Dr. V. in seiner ergänzenden Stellungnahme; hierauf verweist auch Prof. Dr. S ... Im Übrigen spricht auch der bereits wiederholt thematisierte inkonstante Verlauf der subjektiven Symptomatik - so wird im Entlassungsbericht vom 25.10.2000 von einer eindeutig rückläufigen Sensibilitätsstörung berichtet - gegen eine traumatische Verursachung und vielmehr für eine wesentliche funktionelle Komponente bei vorbestehender Bandscheibenschädigung, so Dr. V ...

Anderes ergibt sich im Übrigen auch nicht aus dem auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers in Auftrag gegebenen Gutachten des Dr. U ... Dieser hat beim Kläger auf orthopädischem Gebiet ausschließlich ein chronisches myofaszielles Schmerzgeschehen im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10-GM 2014, F45.41, diagnostiziert und (nur) insoweit eine Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls bejaht. Explizit hat Dr. U. in seiner ergänzenden Stellungnahme darüber hinaus eine Ursächlichkeit des Unfalls für den kernspintomographischen Befund vom September 2002 und weitergehend insgesamt eine traumatische Bandscheibenverlagerung verneint.

Damit können die beim Kläger nach dem Unfall festgestellten Schädigungen der HWS nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Vielmehr ist eine degenerative Ursache der Bandscheibenschädigungen wahrscheinlich.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-16