

L 2 U 340/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 314/04

Datum

27.09.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 340/06

Datum

11.07.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 258/07 B

Datum

01.10.2007

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 27. September 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die Folgen eines Arbeitsunfalles und deren Entschädigung.

Der 1958 geborene Kläger stürzte nach eigenen Angaben am 11. August 2002 bei einer Übung der Wasserwacht in die Donau. Wegen einer Untiefe schlug er mit Kopf und Schulter auf dem Boden auf. Er gab eine Platzwunde am Kopf, Schmerzen und zeitweises Taubheitsgefühl in der linken Schulter an. Der Notarzt Dr. B. berichtete über Verdacht auf Thoraxtrauma mit Rippenfrakturen links, HWS-Trauma mit sensiblem neurologischen Defizit der linken Hand, Schulterkontusion links und hypotonen Unfallschock. Vom 11. August bis 21. August 2002 wurde der Kläger im Klinikum D. stationär behandelt. Der Unfallchirurg Dr. H. stellte die Diagnosen: Schädelhirntrauma Grad I, Kopfplatzwunde, HWS-Distorsion, Schulterprellung links. Der Kläger sei bei der Aufnahme wach und ansprechbar gewesen, allerdings unmittelbar nach dem Unfall stark benommen. Er habe Hypalgesie und Kribbelparaesthesien an der linken Hand beklagt, die jetzt rückläufig seien. Während des stationären Aufenthalts sei der Kläger neurologisch unauffällig gewesen. Eine CT-Abklärung habe keinen Hinweis auf eine traumatische Läsion der Schulter gebracht. Bei insgesamt rückläufiger Beschwerdesymptomatik und freier Schulterbeweglichkeit sei der Kläger entlassen worden.

Ein MRT der Halswirbelsäule vom 19. August 2002 zeigte eine Signalveränderung im Bereich HWK 7 linksseitig ohne Nachweis einer Gefügestörung, eine Deckplattenimpressionsfraktur BWK 3, eine Grundplattenimpressionsfraktur BWK 4 und 5, Kontusionen bei BWK 2, geringgradige degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, sowie eine kleine traumatische Schmorl'sche Reaktion bei BWK 3/4.

Der Neurologe Dr. L. diagnostizierte am 9. September 2002 eine schwere HWS-Distorsion mit Wurzelschädigung C7 und sensiblen und motorischen Defiziten. Am 24. Oktober 2002 wies Dr. L. auf relativ therapierefraktäre, sich chronifizierende Restbeschwerden hin. Der Kläger berichte über Nackenschmerzen, erhebliche Defizite auch im kognitiven mentalen Bereich mit vermehrter Stressanfälligkeit, Ängste vor erneuten Fehleinschätzungen und tinnitusähnliche Geräusche am linken Ohr. Eine Progredienz des Leidens habe sich nicht gezeigt, aber auch keine Besserung. Die Beschwerden wirkten glaubhaft.

Nach Untersuchung des Klägers am 16. Dezember 2002 berichtete Dr. L., im Vordergrund stünden die Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen, also die Folgen der HWS-Distorsion und der Schulterkontusion. Darüber hinaus bestehe eine reaktiv aufgetretene psychosomatische Belastungsreaktion. Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 21. September 2002 bestanden, danach verminderte Belastbarkeit. Behandlungsbedürftigkeit bestehe weiterhin auf noch nicht absehbare Zeit.

Der Diplom-Psychologe B. diagnostizierte am 2. Februar 2003 eine Anpassungsstörung und depressive Reaktion. Die Beschwerden hätten sich in den letzten Wochen intensiviert.

Dr. L. erklärte im Bericht vom 19. Februar 2003, insgesamt sei es durch die Behandlungen zu einer Besserung gekommen. Neurologische Regelwidrigkeiten hätten nicht mehr festgestellt werden können. Psychisch fühle sich der Kläger noch nicht so belastbar, aber auch in diesem Bereich sei eine gewisse Besserung eingetreten.

Beigezogen wurden Unterlagen über einen Dienstunfall des Klägers vom 30. April 1985. Festgestellt wurde eine posttraumatische symptomatische Trigemini-Neuralgie als Folge einer erheblichen Kopfprellung. Der Hausarzt Dr. M. rechnete 1989 mit dauernder Behandlungsbedürftigkeit. Die MdE wurde auf 10 v.H. festgesetzt.

Im Gutachten vom 15. Mai 2003 führte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. aus, als Unfallfolge bestehe eine funktionell unbedeutende Abschwächung des linken Trizepssehnenreflexes mit Angabe von Dysästhesien ohne weitere Sensibilitätsstörungen und ohne motorische Ausfälle. Auf psychiatrischem Gebiet stehe eine allmählich abklingende posttraumatische Belastungsstörung im Vordergrund. Arbeitsunfähigkeit habe bis 21. September 2002 bestanden, Behandlungsbedürftigkeit bestehe zurzeit noch auf psychiatrischem Fachgebiet. Die MdE werde bis zum 21. Dezember 2002 mit 30 v.H. eingeschätzt, bis 21. März 2003 auf 25 v.H., danach auf 20 v.H. bis November 2003.

Der Orthopäde Dr. G. erklärte im Gutachten von 21. Mai 2003, das MRT vom 19. August 2002 habe keinen sicheren Hinweis für eine Knochenverletzung im Bereich der Halswirbelsäule erbracht, ebenso wenig das Kontroll-MRT vom 4. Dezember 2002. Arbeitsunfähigkeit habe bis 21. September 2002 bestanden. Auf orthopädischem Gebiet bestehe keine Behandlungsbedürftigkeit, allerdings auf neurologischem Fachgebiet. Die MdE schätzte Dr. G. bis 30. April 2003 mit 30 v.H., danach bis 31. Dezember 2003 mit 20 v.H. ein, unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. K. ...

Im Gutachten vom 8. September 2003 und 14. Oktober 2003 führte der Radiologe Prof. Dr. T. aus, die geringen Impressionen der Deckplatte des 3. Brustwirbelkörpers und an der Grundplatte des 4. und 5. Brustwirbelkörpers seien traumatisch durch den Unfall verursacht worden. Hierzu erklärte Dr. G. in der Stellungnahme vom 22. Oktober 2003, eine messbare Einschätzung der MdE sei dadurch nicht gegeben.

Nach stationärer Behandlung des Klägers vom 22. Oktober bis 3. Dezember 2003 führte Dr. P. von der psychosomatischen Klinik K. aus, es bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Angst und Depression.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. erklärte im Gutachten vom 10. Februar 2004, fassbare neurologische Ausfälle, die auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien, lägen nicht vor. Zwar habe Dr. L. eine motorische C7-Symptomatik erwähnt, ein entsprechender objektiver, kernspintomographischer oder EMG- Befund sei jedoch nicht mitgeteilt worden. Bis Dezember 2002 seien keine psychischen Störungen erwähnt worden, die auf den Unfall zurückzuführen wären. Die posttraumatische Reaktion sei nur aufgrund der fortbestehenden erheblichen Beschwerden diagnostiziert worden. Im Übrigen sei es für eine posttraumatische Störung uncharakteristisch, dass es im Laufe der Behandlung eher zu einer Verstärkung des Beschwerdebildes gekommen sei als zu einer Verbesserung. Ein ähnlicher Mechanismus habe bereits bei dem Unfall 1985 vorgelegen. Die jetzt geltend gemachte somatoforme Störung sei nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zuzuordnen, sondern beruhe in erster Linie auf einer bereits prämorbid neurasthenisch angelegten Persönlichkeitstruktur und auf einer Fehlverarbeitung des Unfallereignisses, die in dieser Persönlichkeitstruktur ihre Ursache habe. Möglicherweise spielten auch finale Mechanismen eine Rolle. Jetzt lägen keine Unfallfolgen mehr vor. Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hätten bis 21. September 2002 vorgelegen. Ab 22. September 2002 sei eine nervenärztliche MdE nicht zu begründen.

Der Orthopäde Dr. K. führte im Gutachten vom 19. Februar 2004 aus, die Zerrung und Stauchung der Halswirbelsäule sei spätestens Ende Januar 2003 zur Ausheilung gekommen. Der Deckplatteneinbruch des 3. Brustwirbelkörpers sei ohne wesentliche Verformung stabil ausgeheilt. Unfallbedingt resultierten eine endgradige Bewegungseinschränkung der oberen Brustwirbelsäule, glaubhafte nach links ausstrahlende Beschwerden und eine etwas vermehrte Rundrückenbildung. Als Vorschädigung hätten eine Osteochondrose, Spondylose sowie Unkovertebralarthrose HWK 5/6 und HWK 6/7 bestanden. Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 11. August 2003 vorgelegen. Arbeitsunfähigkeit sei begründbar bis zum 21. September 2002. Die MdE sei bis 31. Dezember 2002 mit 30 v.H. und bis 11. August 2003 mit 20 v.H. einzuschätzen, danach bestehe eine MdE von 10 v.H. In der ergänzenden Stellungnahme vom 20. April 2004 bewertete Dr. K. unter Berücksichtigung des Dienstunfalls von 1985 die Gesamt-MdE bis 31. Dezember 2002 mit 35 v.H., bis 11. August 2003 mit 25 v.H. und ab 12. August 2003 bis auf weiteres mit 20 v.H. ...

Der Beklagte erkannte mit Bescheid vom 7. Mai 2004 den Unfall als Arbeitsunfall an. Rentenleistungen wurden gewährt vom 22. September 2002 bis 31. Dezember 2002 nach einer MdE um 30 v.H., vom 1. Januar 2003 bis 11. August 2003 nach einer MdE 20 v.H. ... Da der Kläger am 30. April 1985 einen Dienstunfall erlitten habe, sei gemäß § 35 Beamten-VG zunächst eine Gesamt-MdE festzustellen. Ab 12. August 2003 könne der Unfallausgleich für den Unfall vom 11. August 2002 nicht mehr gewährt werden, weil der Gesamtschaden mit weniger als 25 v.H. bewertet werde. Der Rentenanspruch ende daher am 11. August 2003. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: unter leichter Keilverformung ausgeheilte Bruch des 5. Brustwirbelkörpers, unter leichter Abflachung ausgeheilte Bruch des 4. Brustwirbelkörpers, leicht vermehrte Rundrückenbildung der oberen Brustwirbelsäule, endgradige Bewegungseinschränkung der oberen Brustwirbelsäule. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe auf neurologischem Gebiet bis 21. September 2002 vorgelegen, auf orthopädischem Gebiet bis 11. August 2003. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 21. September 2002 vorgelegen.

Im Widerspruchsverfahren zog der Beklagte ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Dr. Diplom-Ingenieur W. vom 20. Juli 2004, erstellt für den Dienstherrn des Klägers, bei. Der Kläger habe nach dem Unfall eine depressiv-asthenische Versagungs- und Verweigerungshaltung entwickelt, wobei ein Bedürfnis nach Versorgung und Entlastung sicherlich auch eine Rolle spiele. Diese neurotische Fehlentwicklung sei auf dem Boden einer Persönlichkeitstruktur angesiedelt, die sich vor allem durch kränkbare, labile wie auch anankastisch-depressive Anteile auszeichne. Dafür sprächen der ähnliche Mechanismus nach dem Unfall 1985, aber auch die unbefriedigende Beziehung zur Kernfamilie und die Unzufriedenheit über die Arbeitsstelle. Die Konzentrations-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen seien sicherlich Ausdruck der depressiven Verstimmung und hätten keine hirnorganische Grundlage. Dies zeige sich auch aus den fehlerfreien und korrekten Schreiben des Klägers. Die schwere neurotische Fehlentwicklung äußere sich neben der depressiven Verstimmung vor allem in einer somatoformen Schmerzstörung, wobei sicherlich ein Teil der Beschwerden durch die Unfallfolgen zu erklären sei, jedoch bei weitem nicht das Ausmaß der Beeinträchtigung.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16. August 2004 zurück.

Im Klageverfahren zog das Sozialgericht Berichte des Dr. L. vom 22. September 2004 und 6. Oktober 2004 bei, in denen ausgeführt wurde, der Schwerpunkt der Gesundheitstörungen, die allerdings nur teilweise Unfallfolgen seien, liege wohl auf psychiatrischem Fachgebiet.

Der Kläger übersandte einen Bericht des Dr. V. vom 29. Oktober 2004. Es bestünden HWS-Instabilitäten, als deren Ursache nur das Unfallgeschehen infrage komme, da der Kläger weitere Unfallereignisse ausgeschlossen habe. Weiter übersandte der Kläger einen Befundbericht des Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr. K., der eine multisensorische neurootologische Funktionsstörung, eine zentrale Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems, Hochtonschwerhörigkeit, pontomedulläre und corticale Hörbahnstörungen, Syndrom des überempfindlichen Ohres, Sehbahnstörung, Sehbahnverlangsamung und Zustand nach Kopf-Hals-Trauma diagnostizierte. Der Neurologe Prof. Dr. F. erklärte, es zeigten sich kognitive Defizite. In der psychosomatischen Klinik W. wurden nach stationärer Behandlung des Klägers vom 4. November bis 8. Dezember 2004 die Diagnosen gestellt: somatoforme Schmerzstörung, organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma, arterielle Hypertonie.

Mit der Klage zum Sozialgericht Augsburg begehrte der Kläger die Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit über den 21. September 2002 hinaus sowie von Behandlungsbedürftigkeit auf neurologischem Fachgebiet über den 21. September 2002 hinaus und auf orthopädischem Fachgebiet über den 11. August 2003 hinaus.

Der vom Sozialgericht zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. L. erklärte im Gutachten vom 4. Mai 2005, es bestehe keine wesentliche, funktionell bedeutsame Bewegungsstörung der Wirbelsäule. Zweifellos habe der Kläger eine achsiale Stauchung und eine Distorsion erlitten. Eine knöcherne Verletzung oder eine solche der Zwischenwirbelbandscheiben oder eine Verletzung von Bandstrukturen könne mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Im unfallnahen Kernspintomogramm vom 19. August 2002 seien keine Verletzungszeichen in diesem Bereich gefunden worden. Dies werde auch im radiologischen Zusatzgutachten vom 14. Oktober 2003 bestätigt. Die Frage, was die Ursache der bei Dr. V. gefundenen Instabilität sei, und ob diese Unfallfolge sei, müsse offen bleiben. Eine unfallbedingt entstandene Instabilität setze eine Verletzung von knöchernen oder Bandstrukturen voraus. Wenn solche nicht nachweisbar seien, sei ein Zusammenhang nicht zu belegen. Die Begründung von Dr. V., als Ursache komme nur der Unfall vom 11. August 2002 infrage, weil kein anderes Unfallereignis vorgelegen habe, sei nicht stichhaltig, zumal 1985 ebenfalls ein Unfallereignis mit achsialer Stauchung vorgelegen habe. Arbeitsunfähigkeit habe bis 20. September 2002 bestanden, Behandlungsbedürftigkeit auf orthopädischem Gebiet nicht über den 11. August 2003 hinaus.

Der Neurologe Dr. E. führte als ärztlicher Sachverständiger im Gutachten vom 9. Mai 2005 aus, der Kläger gebe an, nach dem Sturz habe man ihn aus dem Wasser ins Schlauchboot gezogen, er habe sich gut versorgt gefühlt. Halswirbelsäule und Kopf seien stabilisiert worden. Kurz vor dem Abtransport sei es unkontrolliert zum Zittern gekommen, es habe sich um einen Schock gehandelt. Im Klinikum D. habe er drei Tage nicht aufstehen können und starke Beschwerden gehabt. Ängste gegenüber Wasser oder seiner Tätigkeit bei der Wasserwacht habe er nach dem Unfall nicht entwickelt. Dr. E. erklärte, eine posttraumatische Belastungsstörung habe nicht bestanden. Der Unfall stelle keine außergewöhnliche Bedrohung dar und habe keine dramatischen Folgen gehabt. Eine vorbestehende Persönlichkeitsveränderung habe das Auftreten der Beschwerden begünstigt. Eine überragende oder zumindest annähernd gleichwertige Bedeutung des Unfalls für die Entstehung der seelischen Gesundheitsstörung bestehe nicht. Über den 21. September 2002 hinaus habe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden. Über den 11. August 2003 hinaus habe aus neurologischer Sicht keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bestanden.

Dr. L. wandte in der Stellungnahme vom 28. September 2005 ein, die Sachverständigen gingen auf die psychotraumatischen Zusammenhänge nicht ausreichend ein. Der Kläger habe unter einem Unfallschock mit Zittern, Weinkrämpfen und starken Angstausschüben gelitten. Er habe das Gefühl gehabt, er werde die Situation möglicherweise nicht überleben. Das Boot habe sich an einer unwegsamen Stelle befunden, so dass die Rettungskollegen etwa 45 Minuten hätten paddeln müssen, um dann an einer geeigneten Stelle den Notarzt ins Boot zu holen. Auch die Situation im Krankenhaus, wo der Kläger sich drei Tage wie gelähmt gefühlt habe, sei massiv angstgeprägt gewesen. Die neurasthenischen Persönlichkeitsmerkmale hätten sich durch das Unfallgeschehen in erheblichem Maße verstärkt. Es sei eine psychotraumatische Belastungsreaktion mit anhaltender Auswirkung im Sinne einer Verstärkung einer dysthymen Störung prämonitory angelegter neurasthenischer Persönlichkeitsmerkmale und den typischen Symptomen wie Angstphobie und erheblicher Beeinträchtigung des Kontakt- und Kommunikationsverhaltens sowie somatoforme Störung eingetreten.

Dr. E. erklärte in der Stellungnahme vom 7. Dezember 2005, eine Erfahrung von Todesbedrohung oder Lebensgefahr habe der Kläger nicht geschildert. Ein Teil der Beschwerden sei durch Unfallfolgen erklärbar, jedoch bei weitem nicht das Ausmaß der Beeinträchtigung. Dabei seien auch die auffälligen Reaktionen nach dem Trauma 1985 zu berücksichtigen.

Der Orthopäde Dr. T. erklärte in der Stellungnahme vom 28. Januar 2006, die Aufnahmen von Dr. V. wiesen strukturelle Verletzungen nach. Dr. L. setze sich mit diesem Befund nicht auseinander. In der Fachklinik E. (6. Juli bis 10. August 2006) wurden ein chronisches Schmerzsyndrom bei schwerem Cervico-Cephalgie-Syndrom mit multiplen vegetativen Begleiterscheinungen nach Distorsion der Halswirbelsäule und ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung festgestellt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 25. September 2006 beantragte die Bevollmächtigte des Klägers, über den 11. August 2003 hinaus die Unfallfolgen des Klägers mit einer MdE von mindestens 20 v.H. und einer Gesamt-MdE von 25 v.H. festzustellen und rentenrechtlich zu entschädigen. Weiter beantragte sie, die Beklagte zu verurteilen, aufgrund des Unfalls Arbeitsunfähigkeit über den 21. September 2002 hinaus anzuerkennen.

Mit Gerichtsbescheid vom 27. September 2006 wies das Sozialgericht Augsburg die Klage ab. Nach den ärztlichen Gutachten sei davon auszugehen, dass die Unfallfolgen auf orthopädischem Gebiet sämtlich ohne funktionelle Folgen verheilt seien. Die von Dr. V. festgestellte Instabilität des Kopfgelenksbandes könne nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, da die Kernspintomographie vom 19. August 2002 Verletzungen, die eine derartige Instabilität begründen könnten, nicht zeige. Eine posttraumatische psychoreaktive Störung sei nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, da das Unfallereignis kein katastrophales Ausmaß gehabt habe und der Kläger gegenüber Dr. E. ausdrücklich angegeben habe, er habe sich nach dem Unfall gut versorgt gefühlt und nicht in einer lebensbedrohlichen Situation. Auch hätten bei einer posttraumatischen Belastungsstörung die Auswirkungen im Laufe der Behandlung zurückgehen müssen, während sie sich beim Kläger eher verstärkt hätten. Unfallfolgen, die weitergehende Ansprüche des Klägers begründen könnten, seien nicht hinreichend wahrscheinlich.

Zur Begründung der Berufung wies der Kläger auf die Ausführungen von Dr. L. nach der Untersuchung vom 16. Dezember 2002 hin. Auch

Dr. V. habe eine Reihe von Gesundheitsstörungen an der Halswirbelsäule beschrieben, für die nur das Unfallgeschehen vom 11. August 2002 als Ursache infrage komme. Dr. T. deute in der Stellungnahme vom 28. Januar 2006 an, dass die Gutachten von Dr. E. und Dr. L. ungeeignet und die Befunde von Dr. V. nicht berücksichtigt worden seien. Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit seien über die Einstellungszeitpunkte hinaus gegeben gewesen.

Der Kläger stellt den Antrag,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 27. September 2006 aufzuheben und den Beklagten unter Abänderung des Bescheides vom 7. Mai 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. August 2004 zu verurteilen, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 21. September 2002 hinaus anzuerkennen, unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit über den 11. August 2003 hinaus anzuerkennen und den Beklagten zu verurteilen, über den 11. August 2003 hinaus Unfallfolgen zu entschädigen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig sachlich aber nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht Augsburg die Klage abgewiesen. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass auch das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren zu keiner anderen Beurteilung der Sach- und Rechtslage führen kann. Zwar trifft es zu, dass Dr. L. nach der Untersuchung vom 16. Dezember 2002 u.a. eine muskuläre Einsteifung der blockierten Halswirbelsäule und eine reaktive psychotraumatische Belastungsreaktion diagnostiziert hat. Andererseits hat er ausdrücklich erwähnt, dass sich nur noch eine leichte Wurzelschädigung in Höhe C7 fand mit Minimalparese des Muskulus Trizeps und eine in weiterer Rückbildung begriffene Sensibilitätsstörung. Dr. L. betonte am 19. Februar 2003, dass sich die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule allmählich besserten, ebenso die Schmerzen im linken Arm, dass dagegen die psychotraumatische Belastungsreaktion auffällig sei. Bezüglich dieses psychischen Erscheinungsbildes haben Dr. K., Prof. Dr. W. und Dr. E. überzeugend dargelegt, dass es sich nicht um eine posttraumatische Belastungsreaktion handelt, sondern um eine somatoforme Störung, die nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zu beziehen ist, sondern auf der prämorbid neurasthenischen Persönlichkeitsstruktur beruht. Wie sich aus dem Akteninhalt ergibt, wurden in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfall psychische Störungen nicht angegeben, sondern erstmals im Dezember 2002 von Dr. L. mitgeteilt. In diesem Zusammenhang ist auch wesentlich, dass der Kläger bereits bei dem Unfall von 1985 über ausgeprägte, sich im Verlauf verstärkende Beschwerden klagte. Prof. Dr. W. weist darauf hin, dass sich schon hier die neurotische Fehlentwicklung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstruktur, die sich durch kränkbare, labile wie auch anankastisch-depressive Anteile auszeichnet, zeigte. Diese Persönlichkeitsstruktur, zu der auch die unbefriedigende Beziehungsgestaltung zur Kernfamilie und die Unzufriedenheit über die vor dem Unfall angetretene Arbeitsstelle beitrug, ist die wesentliche Ursache für die jetzt bestehenden psychischen Gesundheitsstörungen.

Entgegen den Angaben im Berufungsantrag hat sich Dr. L. eingehend mit den Befunden, die Dr. V. erhoben hat, auseinandergesetzt. Er weist aber zu Recht darauf hin, dass Dr. V. Argumentation, als Ursache für die von ihm festgestellten Gesundheitsstörungen komme nur das Unfallgeschehen vom 11. August 2002 infrage, nicht überzeugt, da Dr. V. zur Begründung lediglich angibt, ein anderes Unfallereignis sei nicht bekannt. Dr. L. hat überzeugend dargelegt, dass die Kernspintomographie vom 19. August 2002, die zur Überprüfung einer Gefügestörung und Bandläsion erfolgte, keine Verletzungszeichen im Bereich des Kopf-Hals-Übergangs bzw. der oberen Halswirbelsäule zeigte. Dieser Befund wurde von Prof. Dr. T. im Gutachten vom 14. Oktober 2003 bestätigt. Daher muss, so Dr. L., die Frage, ob die von Dr. V. festgestellte Instabilität der Kopfgelenksbänder Unfallfolge ist, offenbleiben. Denn eine unfallbedingt entstandene Instabilität setzt eine anatomische Verletzung von knöchernen oder Bandstrukturen voraus. Es fehlt aber der Nachweis von Verletzungen der Bandstrukturen in diesem Bereich. Diese Beweislosigkeit geht zu Lasten des Klägers, der den Beweis für die von ihm geltend gemachten Gesundheitsstörungen zu tragen hat.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-10-10