L 18 U 301/01

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 359/97

Datum

26.07.2001

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 18 U 301/01

Datum

29.11.2012

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zu den Voraussetzungen des [§ 48 Absatz 1 SGB X](#) bei einem erneuten Antrag auf Anerkennung einer Verkleinerung in den Unfallfolgen.
 2. Zur Frage, ob eine über 15 Jahre nach dem Unfall eingetretenen Querschnittslähmung als Unfallfolge anerkannt werden kann.
- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 26.07.2001 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erhöhung einer Verletztenrente bezüglich eines Unfalls vom 13.06.1974.

Der 1941 geborene Kläger erlitt als Fahrer am 13.06.1974 einen Arbeitsunfall, als ein Kfz in die rechte Seite seines Pkw fuhr. Als Verletzungen wurden im Nachschaubericht vom 02.08.1974 diagnostiziert: "Thoraxprellung mit Fraktur der 10. und 12. Rippe, Fraktur der rechten Querfortsätze des III. und IV. Lendenwirbels. Stumpfes Bauchtrauma. Sekundäre Milzruptur. Pleuraerguss und subphrenischer Abszess".

Nach Einholung von Gutachten des Chirurgen Dr. L., des Internisten Dr. F., sowie des Neurologen Dr. M. gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 15.03.1976 (Widerspruchsbescheid vom 29.04.1976) Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vH. Als Unfallfolgen wurden festgestellt: "Adhäsive Verschattung des linken Zwerchfellrippenwinkels. Leichte Verschmächigung der langen Rückenstreckmuskeln. Verlust der Milz. Narben am Oberbauch und im Bereich des rechten Kniegelenks. Verlust des Schleimbeutels im rechten Knie und Bewegungseinschränkung im Kniegelenk". Die hiergegen zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhobene Klage (Az. S 2 U 167/76) nahm der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 11.11.1976 zurück.

Im Auftrag der Beklagten erstattete der Nervenarzt Dr. S. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 23.07.1980 ein Gutachten und stellte zusammenfassend fest, dass ein krankheitswertiger neurologischer Befund nicht zu erheben sei. Ferner erstattete Dr.S. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 24.03.1980 ein chirurgisches Gutachten. Er stellte als Unfallfolgen unter Ziffer 2: fest: "Zustand nach Bruch des rechten Querfortsatzes des III. und IV. LWK, Muskelhartspannung an der LWS mit Bewegungseinschränkung des LWK (mit neurologischer Wurzelsymptomatik wie im neurologischen Befund festgelegt)".

Im April und Mai 1984 wurde der Kläger in der Neurol. Universitätsklinik des Kopfklinikums H-Stadt und im November 1984 bis Juni 1985 in der Neurol. Abteilung der Klinik F. u.a. wegen der Diagnose "Querschnittsmyelitis mit sensiblen Niveau, Dermatom L1 bzw. abwärts Th 9" stationär behandelt.

Einen Antrag des Klägers vom 14.08.1985 auf Neufeststellung der Verletztenrente lehnte die Beklagte - gestützt auf ein Gutachten des Neurochirurgen Prof. Dr. H. - mit Bescheid vom 22.08.1986 ab. Auf die hiergegen erhobene Klage verpflichtete das SG nach Einholung bzw. Erhalt von Gutachten von Dr. J. einschließlich ergänzender Stellungnahme vom 28.07.1988, Dres W./N., Prof. Dr. T. (unter Mitarbeit von Dr.

C.), Prof. Dr. G. und einem Befundbericht des Chirurgen S. die Beklagte mit Urteil vom 11.11.1992 (S 2/U 217/86), einen "unvollständigen Brustmarkschaden mit Teillähmung ab Brustwirbelkörper 9 abwärts und Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion" als Spätfolge anzuerkennen und dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE um 50 vH ab 01.02.1984, um 80 vH ab 01.01.1987 und 100 vH ab 01.04.1991 zu gewähren. Im anschließenden Berufungsverfahren (L 3 U 61/93) hob das Bayerische Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 15.03.1995 das Urteil des SG auf und wies die Klage ab. Der Entscheidung des LSG lag ein Gutachten des Neurologen Dr. H. vom 06.06.1994 sowie eine ergänzende Stellungnahme vom 29.11.1994 zugrunde. Die dagegen zum Bundessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde des Klägers wurde als unzulässig verworfen (Beschluss des BSG vom 30.11.1995, Az. 2 B U 11/95).

Mit Schreiben vom 21.11.1996 zeigte der Kläger bei der Beklagten an, dass zwischenzeitlich ein erneutes MRT des Rückenmarks veranlasst worden sei und hierbei eine Schädigung des unteren Thorakalmarkes i.S. einer Bindegewebsnarbe nachgewiesen sei. Er legte einen MRT-Befundbericht der Radiologen Dres B./ H. sowie einen Bericht des Neurologen Dr. R., eine eidesstattliche Erklärung seiner geschiedenen Ehefrau sowie eine Stellungnahme des Neurologen Dr.C. und der Neurologin Dr. J. vor. Daraufhin ließ die Beklagte den Kläger durch die Orthopäden Dr. T./ Sch. sowie den Internisten Dr. F. untersuchen.

Mit Bescheid vom 10.06.1997 (Widerspruchsbescheid vom 09.09.1997) lehnte die Beklagte die Erhöhung der Verletztenrente nach [§ 48 SGB X](#) ab. Eine wesentliche Verschlimmerung im Unfallfolgezustand sei nicht nachzuweisen. Nach den Ausführungen des Dr. T. seien die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule auf eine unfallunabhängig bestehende Facettenasymmetrie zurückzuführen. Auch die Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks seien unfallfremder Natur und beginnenden Verschleißerscheinungen zuzuordnen.

Hiergegen hat der Kläger am 08.10.1997 Klage zum SG (Az:) erhoben und sich auf den Internisten Dr. F. berufen.

Das SG hat ein Gutachten des Prof. Dr. D. vom 06.09.1999 (einschließlich ergänzender Stellungnahme vom 29.03.2001 und radiologischem Zusatzgutachten vom 17.10.1999) eingeholt. Prof. D. kommt zu dem Ergebnis, dass das nunmehrige Krankheitsbild eine Spätkomplikation des Unfalls vom 13.06.1974 darstelle und 1984 eine Verschlechterung eingetreten sei, die seitdem mit einer MdE von 100 vH zu bewerten sei. Im Rahmen eines urologischen Zusatzgutachtens vom 21.12.1999 vertritt der Urologe Dr.S. die Auffassung, dass beim Kläger eine neurogene Blasenfunktionsstörung vorliege, die mit einer MdE von 40 vH zu bewerten sei. Hierzu hat sich die Beklagte unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. N. vom 13.11.2000 geäußert.

Mit Urteil vom 26.07.2001 hat das SG unter Bezugnahme auf [§ 48 SGB X](#) die Klage abgewiesen. Die Beklagte sei weder verpflichtet, weitere Unfallfolgen anzuerkennen noch die Verletztenrente zu erhöhen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Er trägt unter anderem vor, der Durchgangsarztbericht vom 24.06.1974 beschreibe eine sekundäre Milzruptur mit lebensbedrohlicher Blutung. Füge man die Feststellung des Durchgangsarztes, es habe eine lebensbedrohliche Blutung vorgelegen und seinen Erfahrungsbericht zusammen, sei mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit bewiesen, dass er aufgrund des Blutverlustes einen hämorrhagischen Schock erlitten habe. Die sogenannten Brückensymptome seien für die Zeit vom 11.10.1974 bis 22.02.1984 durch entsprechende Arztberichte belegt. Die ärztlichen Aufzeichnungen über neurologische Ausfälle datierten nicht vom 11.10.1974, sondern bereits vom 08.08.1974, als er durch Dr. M. vom St.K. Krankenhaus G-Stadt untersucht worden sei. Es sei auf die ärztlichen Stellungnahmen von Prof. Dr. T., Direktor der Neurol. Universitätsklinik und Poliklinik H-Stadt, des Chefarztes der Neurol. Klinik des Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie C-Stadt Dr. C. sowie der Chefärztin der Neurol. Abt. und Ärztl. Direktorin der Klinik F. Dr. J. verwiesen.

Im Auftrag des Senats hat der Neurologe Prof. Dr. K. nach ambulanter Untersuchung des Klägers in seinem auf der Grundlage des [§ 106 SGG](#) eingeholten Gutachten vom 07.04.2003 (und ergänzender Stellungnahme vom 27.12.2004) zusammenfassend ausgeführt, dass bei Analyse der vom Kläger geklagten Beschwerden vom Vorhandensein der von Bodechtel erwähnten Brückensymptome auszugehen sei. Retrospektiv gesehen sei die bereits unmittelbar nach dem Unfall aufgetretene Symptomatik einer streifenförmigen Hypalgesie und Hypästhesie über dem Gesäß mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als Zeichen einer peripher-radikulären Schädigung, sondern als Frühzeichen einer spinalen Läsion (z.B. ischämisch, hypoxisch oder kontusionell) zu deuten. Ab dem Zeitpunkt der klinischen Verschlechterung, zumindest Anfang 1984 sei die MdE mit 100 vH einzustufen.

Der Senat hat ferner ein Gutachten des Prof. Dr. J. Neurol. Klinik des Universitätsklinikums J-Stadt, vom 11.12.2006 (samt ergänzenden Stellungnahmen vom 09.04.2008 und 17.02.2009) eingeholt. Er vertritt die Auffassung, eine ab 1984 dokumentierte Rückenmarksschädigung infolge eines Verkehrsunfalls im Jahre 1974 erscheine nicht wahrscheinlich: Eine Primärverletzung des Rückenmarks habe im Rahmen der Mehrfachverletzungen bei dem Unfall vom 13.06.1974 nicht vorgelegen, von einer ischämischen (durch Minderdurchblutung hervorgerufen) Schädigung des Rückenmarks im Rahmen der sekundären Milzruptur sei nicht auszugehen, die neurol. Beschwerden, die als Folgen des Unfalls aufgetreten seien, entsprächen einem peripheren Wurzelkompressionssyndrom, das durch die elektrophysiologischen Untersuchungen habe objektiviert werden können. Insgesamt seien unmittelbar und in den nächsten Jahren nach dem Unfall keine Beschwerden oder Befunde dokumentiert, die auf eine Rückenmarksschädigung hindeuteten und damit einer Brückensymptomatik entsprächen. Eine schicksalhafte und unfallunabhängige Rückenmarkserkrankung habe mit neuartigen Beschwerden und erheblicher Dynamik 1983 eingesetzt. Dabei entspreche die Höhenlokalisation der Querschnittssymptomatik nicht dem puncto maximum der Gewalteinwirkung des Unfalls im Jahr 1974. Die unfallbedingte MdE entspreche den Feststellungen des ersten Rentengutachtens vom 11.10.1974 (vom 09.10. bis 13.11.1974 mit 40 vH und vom 14.11. bis 31.12.1975 mit 30 vH) und dem ersten Rentengutachten vom 14.11.1975 zur erstmaligen Feststellung einer Dauerrente mit 20 vH. Die Mitbeteiligung der Wurzel L3 i.S. von Gefühlsstörungen habe keine Auswirkungen auf die MdE.

Mit Beschluss vom 25.05.2010 hat der Senat den Antrag des Klägers, Prof. Dr. M. wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, im Wesentlichen als verspätet zurückgewiesen. Im Übrigen sei der Antrag wegen des Ablehnungsgrundes, der ärztliche Sachverständigen sei nicht Autor des Gutachtens, auch unbegründet, weil Dr. S. von Prof. Dr. M. zulässigerweise als Hilfsperson beigezogen worden sei. Prof. Dr. M. habe die Arbeit der Dr. S. nachvollzogen und sich zu Eigen gemacht.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat sodann Prof. Dr. D. zum Gutachter ernannt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 27.07.2012 zu der Frage Stellung genommen, ob die Rückenmarksschädigung des Klägers allein oder zumindest teilsächlich auf dem Unfall

vom 13.06.1974 beruht. Der Gutachter führt aus, beim Kläger liege ein ausgeprägtes spinales Querschnittssyndrom unterhalb Th 10 mit hochgradiger Schwäche des rechten Beines sowie eine Reduktion der Schmerz- und Berührungswahrnehmung im Versorgungsbereich der L3 und L4 Wurzel vor, die korrespondiere mit einer nachgewiesenen Rückenmarksschädigung in Höhe BWK 8 bis 10 in Form einer Rückenmarksatrophie. Der neurologische Befund sei im Wesentlichen gleich mit dem 1999 erhobenen Befund. Die Atrophie im rechten Bein habe zugenommen. Eine Kompression der L4- Wurzel sei nicht nachgewiesen. Es lasse sich nicht nachweisen, aber es könnte bei dem Unfall zu einem Ausriss sensibler Nervenwurzeln aus dem Rückenmark gekommen sein. Dabei könnte neben der L4-Wurzel auch die L3-Wurzel geschädigt worden sein und es könne weiter zu einer Schädigung der umhüllenden weichen Rückenmarkshäute gekommen sein und damit zum Ausgangsort einer posttraumatischen Arachnopathie. Eine multiple Sklerose liege jedenfalls nicht vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 26.07.2001 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 10.06.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.1997 zu verurteilen, beim Kläger als weitere Unfallfolge eine inkomplette Querschnittslähmung festzustellen und eine Verletztenrente nach einer MdE von 100 vH ab frühestmöglichem Zeitpunkt zu gewähren sowie die dem Kläger monatlich zustehende Rentenleistung mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen, jeweils ab dem 1. eines jeden Monats, der auf die Fälligkeit der jeweiligen Rentenleistung folgt.

Ferner erklärt der Klägerbevollmächtigte, dass er die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 05.11.2012 Seite 2 und 3 aufrecht erhält.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 26.07.2001 zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt insbesondere die Meinung, dass der angefochtene Bescheid im Hinblick auf eine möglicherweise eingetretene Verschlimmerung gemäß [§ 48 Abs 1 SGB X](#) ergangen sei. In den bei der Beklagten verbliebenen Kopien finde sich kein Hinweis darauf, dass für diese Bescheiderteilung eine Feststellung nach [§ 44 SGB X](#) erfolgt wäre. Sofern der Kläger nunmehr beantrage, eine "inkomplette Querschnittslähmung" als weitere Unfallfolge festzustellen, sei darauf zu erwidern, dass dies bereits Gegenstand eines früheren Klageverfahrens (L [3 U 61/93](#), 2 BU 111/95) gewesen sei. Hierzu könnte die Beklagte die Ausführungen des Klägers allenfalls als erneuten Antrag auf ein Feststellungsverfahren gemäß [§ 44 SGB X](#) werten. Es wäre dann allerdings zu fragen, inwiefern die Weiterführung des Verfahrens gemäß [§ 48 SGB X](#) im derzeitigen Stadium noch sinnvoll sei.

Der Senat hat 5 Band Akten der Beklagten und eine Heftung, 2 Krankenakten der Neurologie Uni-Klinik H-Stadt, 2 Aktenordner des Klinikums F-Stadt, die Akten des SG mit den Aktenzeichen S [2 U 217/86](#), S 2 U 167/76 und sowie die Akte des BayLSG mit dem Aktenzeichen L [3 U 61/93](#) beigezogen. Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten und der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Zu Recht hat das SG die Klage gegen den Bescheid vom 10.06.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.1997 abgewiesen. Denn die Beklagte ist nicht gemäß [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verpflichtet, die Verletztenrente zu erhöhen.

Gegenstand des Verfahrens ist der vom Kläger angefochtene Verwaltungsakt vom 10.06.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.1997. Dieser enthält ausdrücklich und ausschließlich eine Regelung im Sinne des [§ 31 S. 1 SGB X](#) über das (Nicht-)Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#). Dieser Verwaltungsakt ist vom Senat auf der Grundlage der maßgeblichen Vorschrift des [§ 48 SGB X](#) (vgl. dazu BSG vom 15.06.2010, [B 2 U 22/09 R](#)) auf seine Rechtmäßigkeit zu überprüfen. Im Mittelpunkt dieser Rechtmäßigkeitsprüfung steht die Frage, ob eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#) eingetreten ist. Das ist nicht der Fall. Die (erneute) Überprüfung des Sachverhalts (nach der Überprüfung, die zum Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 15.3.1995, L [3 U 61/93](#), geführt hat) ergibt, dass der Arbeitsunfall des Klägers vom 13.06.1974 nicht wesentliche Bedingung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ([§ 22](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I, § 548 Reichsversicherungsordnung - RVO bzw. § 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII) für die beim Kläger unstreitig vorliegende Rückenmarkserkrankung ist.

[§ 48 Abs. 1 SGB X](#) setzt eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen voraus, die bei Erlass eines Verwaltungsakts mit Dauerwirkung vorgelegen haben. Was den Bescheid vom 22.02.1986 betrifft, liegt bereits kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung vor, weil damit nur festgestellt wurde, dass die dem Bescheid vom 15.03.1976 zugrundeliegenden Verhältnisse sich nicht wesentlich geändert haben und höhere Leistungen als nach einer MdE von 20 v.H. nicht zustehen (zur fehlenden Dauerwirkung bei Verwaltungsakten, die einen Leistungsantrag ablehnen siehe [BSGE 58, 27](#)). Der Bescheid vom 22.02.1986 lässt den Bescheid vom 15.03.1976 in seinem Inhalt ohnehin unberührt, so dass es unabhängig von der Qualifizierung jenes Verwaltungsakts als solchen ohne Dauerwirkung ohnehin nur auf den Verwaltungsakt vom 15.03.1976 als Vergleichsmaßstab ankommt. Eine Änderung in den Verhältnissen ist im Übrigen weder im Vergleich zu dem dem Bescheid vom 15.03.1976 noch zu dem dem Bescheid vom 22.02.1986 zugrundeliegenden Verhältnissen eingetreten. Zu dieser Überzeugung gelangt der Senat aufgrund einer Gesamtwürdigung der in den Akten enthaltenen ärztlichen Unterlagen und Gutachten, insbesondere aufgrund der schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Äußerungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. J. der das vom SG gefundene Beweisergebnis im Wesentlichen bestätigt.

Da die behauptete Verschlechterung, die gegebenenfalls zur etwaigen Neufeststellung führen würde, vor dem 01.01.1997 eingetreten wäre (Art 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes - UVEG - [§ 212 SGB VII](#)), richtet sich ein eventueller Anspruch noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO).

Der Arbeitsunfall vom 13.06.1974 ist auch nach den heutigen Erkenntnissen nicht wesentliche Bedingung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 22 SGB I, 548 RVO) für die vom Kläger geltend gemachten Unfallfolgen "Querschnittslähmung inkomplett unterhalb der Th 11 i.S. eines Braun- Sequard-Syndroms mit rechts-betonten motorischen Ausfällen und supranukleärer neurogener Blasen- und Mastdarmenleerungsstörung und einem chronisch-neuropathischen Schmerzsyndrom". Das vom SG gefundene Beweisergebnis, nämlich dass ein derartiger Ursachenzusammenhang nicht mit der notwendigen, nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung hinreichenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, hält der Senat für zutreffend.

Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss sich unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, das ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BSG, Urteil vom 08.08.2001, B [9 U 23/01](#) R juris Rn 4 mwN). Was die hinreichende Wahrscheinlichkeit betrifft, sind die diesbezüglichen Anforderungen grundsätzlich höher als diejenigen an die sogenannte überwiegende Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung im Sinne eines Beweismaßes; BSG, Urteil vom 08.08.2001, B [9 U 23/01](#) R juris Rn 4 f. m. w. N.; zum BVG BSG, Urteil vom 14.12.2006, [B 4 R 29/06 R](#) juris Rn 116). In Abgrenzung zu der hier maßgeblichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit wird unter überwiegender Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung) die gute Möglichkeit verstanden, dass sich der Vorgang so zugetragen hat, wobei gewisse Zweifel bestehen bleiben können; das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist durch seine Relativität gekennzeichnet. Der sogenannte Vollbeweis ist auf der anderen Seite erst erfüllt, wenn eine Tatsache in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung, die bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben ist, zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 29.03.1963, [2 RU 75/61](#); vom 22.09.1977, [10 RV 15/77](#); vom 01.08.1978, [7 RA R 37/77](#); vom 15.12.1999, [B 9 VS 2/98 R](#); vom 08.08.2001, [B 9 U 23/01 B](#); Keller in M.-Ladewig/Keller/ Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 128 Rn 3b mwN).

Dass vorliegend der Ursachenzusammenhang im oben dargestellten Sinne zwischen dem Arbeitsunfall vom 13.06.1974 und den Gesundheitssörungen "Querschnittslähmung inkomplett unterhalb der Th 11 i.S. eines Braun- Sequard-Syndroms mit rechts-betonten motorischen Ausfällen und supranukleärer neurogener Blasen- und Mastdarmenleerungsstörung und einem chronisch-neuropathischen Schmerzsyndrom" nicht mit der nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung notwendigen hinreichenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, ergibt sich aus den im Folgenden unter 1 - 4 dargestellten Überlegungen. Diesen liegen insbesondere die überzeugenden, umfassenden und in sich widerspruchsfreien Ausführungen des Leiters der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums J-Stadt, Prof. Dr. J. in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 11.12.2006 einschließlich ergänzender Stellungnahmen vom 09.04.2008 und vom 17.02.2009 sowie die Ausführungen des im Verfahren L [3 U 61/93](#) vom LSG angehörten Gutachters Dr. H. zugrunde, dessen Gutachten vom 06.06.1994 im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, aber auch die Ausführungen der anderen Gutachter, soweit der Senat diesen folgt. Entgegen der Auffassung des Klägers ist danach die ab 1984 dokumentierte Rückenmarksschädigung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Folge des Arbeitsunfalls vom 13.06.1974 und kann damit im Rahmen des hier zu beurteilenden Verschlimmerungsantrags auch nicht zu einer Erhöhung der Verletztenrente führen.

1. Eine Primärverletzung des Rückenmarks hat im Rahmen der Mehrfachverletzungen bei dem Unfall vom 13.06.1974 nicht vorgelegen. Darauf verweist Prof. Dr. M. in Übereinstimmung mit Dr. H., aber auch in Übereinstimmung mit den vom SG im Verfahren S [2 U 217/86](#) beauftragten Gutachtern Dr. W. und Dr. N. ... Die vom Kläger aufgestellte Behauptung, die Erstuntersucher nach dem Unfall hätten die Symptome einer Rückenmarksschädigung möglicherweise übersehen, fehlinterpretiert oder mit den Symptomen einer Nervenwurzelschädigung verwechselt, findet in der vorliegenden Befunddokumentation keine Unterstützung. Sie unterstellt auch grobe Unprofessionalität der Erstuntersucher, für die sich keine objektiven Anhaltspunkte finden lassen. Die Unterscheidung einer Nervenwurzellähmung von einer Rückenmarkslähmung gehört - worauf Prof. Dr. M. zu Recht hinweist - zu den elementaren Fertigkeiten eines Neurologen, die zur Überzeugung des Senats auch bei den Erstuntersuchen gegeben waren. Der Kläger ist nach dem Unfall erstmals am 08.08.1974 und dann relativ engmaschig bis 11.01.1977 durch die Neurologen Dr. M. und Dr. K. untersucht worden. In diesen ausführlichen und sorgfältigen Befundberichten wird die Diagnose einer Nervenwurzelschädigung L4 festgestellt, die durch den ca. 15 Jahre später erhobenen kernspintomographischen Befund einer Muskelabmagerung des rechten Musculus iliopsoas bestätigt wird. Die Untersuchungen sind damals in Kenntnis der Tatsache durchgeführt worden, dass ein substantielles Trauma der Lendenwirbelsäule und der Rippen vorgelegen hat und der Behandlungsverlauf durch ein akutes, kreislaufwirksames Blutungsereignis (Milzruptur) kompliziert worden ist. Es ergibt sich kein Anhaltspunkt dafür, dass in diesen unfallnahen neurologischen Untersuchungen flüchtig untersucht oder dokumentiert worden ist. Dass sich eine Verletzung des Rückenmarks selbst, auch eine solche minimaler Art, nach dem Unfall vom 13.06.1974 nicht nachweisen lässt, ist bereits in dem Gutachten von Dr. H., das dieser im Berufungsverfahren L [3 U 61/93](#) erstattet hat, sowie in weiteren Gutachten (Dr.W./ Dr.N. vom 2.11.1988 oder in den Gutachten des Dr. N. vom 6.11.1991 und vom 24.10.1992) zutreffend festgestellt worden. Soweit die SG-Gutachter Dr. J. und Prof. T./Dr. C. von einer "geringgradigen Rückenmarksläsion" sprechen, geschieht dies jeweils nur in dem Sinn, dass der Eintritt einer solchen Verletzung anlässlich des Unfalls vom 13.06.1974 nicht ausgeschlossen wird (so Dr. J. auf Seite 2 der Stellungnahme vom 14.06.1989 oder Prof. T./Dr. C. auf Seite 17 des Gutachtens vom 12.09.1991 - "vermutlich" - oder auf Seite 4 des Gutachtens vom 24.08.1992). Dadurch wird der im Bereich der Kausalität der gesetzlichen Unfallversicherung zu fordernde Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit nicht annähernd erreicht. Darauf hat das LSG auch bereits im Urteil vom 15.03.1995, L [3 U 61/93](#), hingewiesen.

Gegen eine unfallbedingte Rückenmarksschädigung sprechen auch die Ergebnisse der im Jahr 1984 durchgeführten neurologischen Untersuchungen inklusive der stationären Untersuchung in der Neurologischen Universitätsklinik H-Stadt im April/Mai 1984. Bei einem Vergleich des Befundberichts von Dr. K. vom 17.01.1984 mit dem Zusatzgutachten der Rentennachprüfung aus derselben Praxis vom 23.07.1980 wird deutlich, dass hier eine neue Beschwerdequalität und -dynamik mit einem Wandel im neurologischen Befund korrespondiert. Obwohl die initialen differenzial-diagnostischen Überlegungen explizit auch die Möglichkeit einer sog. Spätmyelopathie nach substantiellem Wirbelsäulentrauma eingeschlossen haben, hat die stationäre Untersuchung des Klägers in der Neurologischen Universitätsklinik H-Stadt mit einem pathologisch erhöhten Wert für Immunglobulin G (IgG) im Nervenwasser (Liquor cerebro spinalis) rechts eindeutige Hinweise auf eine Immunitätszündung des Rückenmarks (Myelitis) ergeben. Diese Diagnose wird durch vorangehend mehrfach normale Liquoruntersuchungen, die im Verlauf erneute Normalisierung des Liquorbefundes und durch den erst bei einer späteren Kernspintomographie des thorakalen Rückenmarks festgestellten Herd in Höhe Brustwirbelkörper 9/10, indirekt auch durch die im weiteren Verlauf kernspintomographisch festgestellte narbige Einschnürung des Rückenmarks an dieser Stelle weiter substantiiert. Nach den diesbezüglichen Ausführungen des Prof. Dr. M. zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand, an deren Richtigkeit der Senat keine Zweifel hat, spricht nichts dafür, dass die Myelitis ursächlich bedingt ist durch eine erhöhte Infektanfälligkeit infolge des unfallbedingten Milzverlustes.

Myelitiden seien nämlich in aller Regel immunogene Entzündungen, die durch eine überschießende Aktivierung des Immunsystems verursacht würden und nichts mit einer erhöhten Infektanfälligkeit zu tun hätten. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse zieht Prof. Dr. M. in überzeugender Weise den Schluß, auch die Myelitis des Klägers sei keine infektiöse, sondern eine immunogene Myelitis. Als Argumente dafür nennt er neben der IgG-Erhöhung die normalen Zellzahlen im Nervenwasser, den subakuten Verlauf und das Ansprechen auf Kortison-Therapie. Es gibt, wie Prof. Dr. M. überzeugend darlegt, aus der wissenschaftlichen Literatur keinen Beleg dafür, dass die Entfernung der Milz mit dem erhöhten Risiko einhergeht, an einer Myelitis zu erkranken. Zu dem selben Ergebnis war schon Prof. Dr. M., Direktor der Neurologischen Universitätsklinik H-Stadt, in seinem Schreiben vom 06.07.1984 gekommen, in dem er einen wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Wirbelsäulen-Trauma von 1974 ausdrücklich diskutiert und verneint hatte.

2. Von einer ischämischen Schädigung des Rückenmarks im Rahmen der sekundären Milzruptur ist nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auszugehen. Es steht nicht mit dem zu fordernden Überzeugungsgrad fest, dass durch die Gewalteinwirkung beim Unfall und/oder die posttraumatische Milzruptur im Rückenmark auf Höhe der Wirbelkörper T9 und 10 - wo später die Läsion mittels Kernspintomographie festgestellt worden ist - eine strukturelle (z.B. Gefäßversorgung) oder funktionelle Veränderung induziert worden ist, die mit einer Verzögerung von 10 Jahren zur Ausbildung des Herdes geführt oder zumindest beigetragen hat. Eine entsprechende Hypothese impliziert, dass in dem Teil des Rückenmarks, in dem später mittels Kernspintomographie eine anatomische Veränderung festgestellt worden ist (Höhe der Wirbelkörper T9 und 10), eine bleibende, aber unbemerkte Schädigung verursacht worden ist, d.h. mitten im Umschaltzentrum des Bauchhautreflexes. Hiergegen spricht jedoch, dass die Bauchhautreflexe bis 1980 mehrfach als in allen Etagen erhalten und seitensymmetrisch dokumentiert worden sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Reflexe nach aller klinischer Erfahrung äußerst empfindliche Indikatoren einer neurologischen Störung sind, vor allem dann, wenn sie mitten im Reflexbogen liegen, wie Prof. Dr. M. nachvollziehbar ausführt. Auch der Gutachter D. spricht im Übrigen lediglich davon, dass es zu einem Ausriss sensibler Wurzelstrukturen aus dem Rückenmark gekommen sein "könnte" und dass es im Rahmen einer solchen Zerreißung durchaus zu einer gleichzeitigen Schädigung der umhüllenden weichen Rückenmarkshäute gekommen sein "könnte" mit der "Möglichkeit" einer traumatischen Arachnopathie. Aus diesen Überlegungen des vom Kläger benannten Gutachter seines Vertrauens kann der Senat nicht die notwendige Überzeugung im Sinne der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gewinnen. Es spricht insgesamt deutlich mehr gegen als für einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis 1974 und der 1983 erstmals aufgetretenen Lähmungssymptomatik.

3. Auch die Hypothese eines vaskulären Schädigungsmechanismus erscheint aus verschiedenen Gründen abwegig, jedenfalls liegt insofern nicht annähernd eine hinreichende Wahrscheinlichkeit vor. Die Symptomanifestation beim Kläger mit Schwerpunkt der Ausfälle im Hinterstrang und der Pyramidenbahn entspricht im Wesentlichen einem dorsalen Rückenmarks-Querschnittssyndrom. Prof. Dr. M. hat den wissenschaftlichen Erkenntnisstand hierzu wie folgt referiert: Die mit Abstand vulnerabelsten Strukturen des Rückenmarksquerschnitts sind nicht die hier betroffenen Leitungsbahnen, sondern die Zellen im Inneren des Rückenmarks (sog. Graue Substanz). Dies gilt sowohl für die vaskulären als auch für die mechanischen Schädigungsmechanismen. Die Leitungsbahnen sind deutlich resistenter gegen schädigende Einflüsse. Sie sind aber hauptsächlich betroffen bei immunentzündlichen Erkrankungen, die sich gegen die Myelinscheiden der Nervenfasern richten. Zu diesem Typus von Erkrankungen gehört die Myelitis, die, wie Prof. Dr. M. ausführt und bereits oben dargelegt, beim Kläger die mit großem Abstand wahrscheinlichste Diagnose ist.

Was den vom Kläger vorgetragenen Zusammenhang zwischen einem Kreislaufschock und einer Rückenmarkschädigung betrifft, hat Prof. Dr. M. den wissenschaftlichen Erkenntnisstand, den der Senat seiner Beurteilung zugrundelegt, wie folgt beschrieben: Die Gefäß-Versorgung des Rückenmarks ist so beschaffen, dass eine Drosselung der Blutzufuhr (wie z.B. in einem Kreislaufschock) nur äußerst selten zu einer Rückenmarkschädigung führt. Wenn dies aber einmal der Fall sein sollte, so ist der vordere Rückenmarksanteil betroffen. Der hintere Teil des Rückenmarks ist durch eine arterielle Doppelversorgung gegen Durchblutungsnotfälle gut abgesichert. Zutreffend weist Prof. Dr. M. darauf hin, dass sich beim Kläger die Läsion später beidseitig findet. Ein beidseitiges hinteres Rückenmarkssyndrom als Folge einer Durchblutungsstörung wäre aber nach Prof. Dr. M. eine absolute Rarität. Damit ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen Ursachenzusammenhang im Sinne einer wesentlichen Bedingung des Kreislaufschocks für den Rückenmarksschaden nicht gegeben.

4. Entgegen der u. a. von den Gutachtern Prof. Dr. K. und Dr. D. vertretenen Auffassung fehlt es auch an Brückensymptomen, die eine Verbindung zwischen dem Unfall 1974 und der Lähmungssymptomatik mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit begründen könnten. Prof. Dr. M. hat hierzu in überzeugender Weise ausgeführt, dass die neurologischen Beschwerden, die zeitnah zum Unfall aufgetreten sind, einem peripheren Wurzelkompressionssyndrom entsprechen, das durch elektrophysiologische Untersuchungen objektiviert worden ist. Die 1980 geklagten Beschwerden (Einschlafgefühl und gestörter Lagesinn des rechten Fußes, biparavertebrale Gefühlsstörung) sind nicht charakteristisch für eine Rückenmarksläsion, so dass selbst dieser Zusammenhang spekulativ ist. Die neurologischen Beschwerden, die unmittelbar als Folgen des Unfalls aufgetreten sind, entsprechen einem peripheren Wurzelkompressionssyndrom, das durch die elektrophysiologischen Untersuchungen objektiviert werden können. Als Ursache der Wurzelkompressionssymptomatik ist ein unfallbedingter Bandscheibenvorfall myelographisch zeitnah zum Unfall ausgeschlossen worden, so dass die Frakturen der Querfortsätze des 3. und 4. Lendenwirbelkörpers für die Beschwerden verantwortlich sein müssten. Die über das sensible Inervationsgebiet der Wurzel L 4 hinausgehenden Gefühlsstörungen sind mit einer Schädigung der Wurzel L3 erklärbar. Es ist also von einer unfallbedingten Schädigung der Wurzel L3 oder L4 auszugehen. Es spricht allerdings mehr dagegen als dafür, dass diese Schädigung verantwortlich für die Lähmungserscheinungen ab 1983 ist. Wie Prof. Dr. M. zu Recht ausführt, waren die Querfortsatzfrakturen weit vom klinischen Niveau der Querschnittsmyelitis entfernt, nicht nur in Zentimetern, sondern auch unter dem Aspekt der Syndromentstehung. In der Nachbarschaft der frakturierten Wirbel finden sich nämlich nur periphere Nervenstrukturen, das Rückenmark endet ca. 10 Zentimeter über dem Wirbel L 3. Auch liegen die zahlreichen Rückenmarkssegmente unterhalb des Niveaus der Querschnittsmyelitis T 9/10 sämtlich näher am Ort der maximalen Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule, sind aber nicht betroffen, wie Prof. Dr. M. aufzeigt. Soweit Prof. Dr. K. demgegenüber die zwischen 1974 und 1980 aufgetretenen Beschwerden als Brückensymptome ansieht, gibt er hierfür keine überzeugende Begründung. Auch er räumt vielmehr ein, dass diese Beschwerden in den Jahren nach dem Unfall gerade nicht in einen Unfallzusammenhang gebracht worden seien. Er zeigt damit lediglich eine mögliche und keineswegs naheliegende Deutung auf. Dass diese Deutung nicht den Anforderungen der unfallversicherungsrechtlichen Wahrscheinlichkeit genügt, ergibt sich aus den obigen Ausführungen, insbesondere aus den Argumenten des Prof. M ...

5. Nur ergänzend und über den vorliegenden Verfahrens- und Streitgegenstand hinaus weist der Senat im Hinblick auf das klägerische Vorbringen in Bezug auf [§ 44 SGB X](#) darauf hin, dass - wie sich aus den vorangegangenen Ausführungen ebenfalls ergibt - die Bescheide vom 15.03.1976 (Widerspruchsbescheid vom 29.04.1976) und vom 22.08.1986 rechtmäßig sind, so dass auch eine Rücknahme nach [§ 44](#)

[SGB X](#) ausscheiden würde. Wie ausgeführt enthalten die hier allein verfahrensgegenständlichen Bescheide vom 10.06.1997 und 09.09.1997 (Widerspruchsbescheid) aber eindeutig nur Regelungen im Sinne des [§ 48 SGB X](#). Zu einem anderen Ergebnis führt auch nicht das im Rahmen des Berufungsverfahrens geäußerte klägerische Vorbringen, sämtliche Schriftstücke seit 1984 würden fortwährend Anträge auf Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsakts im Sinne des [§ 44 SGB X](#) darstellen. Darin ist im Hinblick auf die mit der Klage angegriffenen Bescheide und deren Regelungsgegenstand eine unzulässige Klageänderung zu sehen. Ein Fall des [§ 99 Abs. 3 SGG](#) ist nicht gegeben, weil der neue Vortrag einen geänderten Klagegrund beinhaltet. Der Kläger macht nämlich mit dem Anspruch aus [§ 44 SGB X](#) im Vergleich zu dem aus [§ 48 SGB X](#) einen Anspruch aus einem anderen Sachverhalt geltend (vgl. dazu Leitherer, a.a.O., § 99 Rn 2 b), weil er sich mit seinem Antrag gemäß [§ 44 SGB X](#) darauf beruft, die ursprüngliche Entscheidung im Bescheid vom 15.03.1976 (Widerspruchsbescheid vom 29.04.1976) bzw. im Bescheid vom 22.08.1986 sei bereits im Zeitpunkt ihres Erlasses rechtswidrig gewesen, während er sich mit seinem auf die hier verfahrensgegenständlichen Bescheide und damit auf [§ 48 SGB X](#) bezogenen Klagevorbringen darauf beruft, nach dem Erlass der vorstehend datumsmäßig bezeichneten Bescheide sei eine Änderung eingetreten. Die mithin vorliegende Klageänderung ist unzulässig, weil die Beklagte ihr widersprochen hat, indem sie die Ausführungen des Klägers allenfalls als erneuten Antrag auf ein Feststellungsverfahren gemäß [§ 44 SGB X](#) gewertet hat (Schriftsatz vom 20.02.2002), und die Änderung auch nicht sachdienlich ist, weil über die geänderte Klage mangels entsprechender Verwaltungsentscheidung nicht gerichtlich entschieden werden könnte (vgl. dazu Leitherer, a.a.O. Rn 10a). Ferner würde der Rechtsstreit dadurch auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden.

6. Der Senat kann die dieser Auffassung zugrunde liegenden gutachterlichen Ausführungen des Prof. Dr. M. auch in vollem Umfang verwenden, da ein Verstoß gegen [§ 118 Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 407 a Abs. 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) nicht vorliegt. Danach ist der Sachverständige nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen (Satz 1). Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt (Satz 2). Die Grenze der erlaubten Mitarbeit mit der Folge der Unverwertbarkeit des Gutachtens ist überschritten, wenn aus Art und Umfang der Mitarbeit eines weiteren Arztes gefolgert werden kann, der beauftragte Sachverständige habe seine das Gutachten prägenden und regelmäßig in einem unverzichtbaren Kern von ihm selbst zu erbringenden Zentralaufgaben nicht selbst wahrgenommen, sondern delegiert (BSG [SozR 4-1750 § 407a Nr 1](#) RdNr 7; BSG [SozR 4-1750 § 407a Nr 2](#) RdNr 6; BSG vom 30.01.2006, [B 2 U 358/05 B](#), juris RdNr 3; BSG [SozR 4-1750 § 407a Nr 3](#) RdNr 3, BSG vom 05.05.2009, [B 13 R 535/08 B](#)). Der Senat hat die entsprechenden Einwendungen des Klägers im Beschluss vom 25.05.2010 bereits als verspätet zurückgewiesen und darauf hingewiesen, dass sich die Beteiligung der Dr. S. am Gutachten des Prof. Dr. M. auf die zulässige Tätigkeit einer Hilfsperson beschränkt hat, da Prof. Dr. M. die Verantwortung für das Gutachten in vollem Umfang übernommen und sowohl die von Dr. S. gefertigte Zusammenfassung des Akteninhalts als auch die Bewertung inhaltlich gründlich von ihm durchkorrigiert und zudem die Schlussbemerkung ab Seite 129 selbst entworfen und diktiert hat. Der Senat hat in dem genannten Beschluss auch bereits darauf hingewiesen, dass die Abfassung des Gutachtens in der Regel und auch im vorliegenden Fall nicht zu den Kernaufgaben der Begutachtung gehört, die der Sachverständige selbst erbringen muss (Keller in M.-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl.2012, § 118 Rn 11h; BSG, Urteil vom 15.07.2004, [B 9 V 24/03 B](#); vom 30.01.2006, [B 2 U 358/05 B](#)). Entscheidend ist vielmehr, dass der Sachverständige die Schlussfolgerungen seiner Hilfsperson überprüft und durch seine Unterschrift bzw. durch eine Erklärung die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt. Dass dies hier der Fall ist, steht aufgrund der Äußerungen des Prof. Dr. M. in der nichtöffentlichen Sitzung vom 03.07.2009, an deren Richtigkeit keine Zweifel bestehen, zur vollen Überzeugung des Senats fest. Prof. Dr. M. hat eindeutig erklärt, dass er uneingeschränkt die Arbeit der qualifizierten Mitarbeiterin Dr. S. selbst nachvollzogen und sich zu eigen gemacht hat. Nach seiner ausdrücklichen Erklärung übernimmt er die volle Verantwortung für das Gutachten.

7. Den weiteren, in der mündlichen Verhandlung vom 29.11.2012 aufrecht erhaltenen Beweisanträgen, brauchte der Senat nicht nachzukommen.

Für die Frage, ob eine beantragte Beweiserhebung, insbesondere eine Zeugenvernehmung vorzunehmen ist, kommt es darauf an, ob das Gericht objektiv gehalten ist, den Sachverhalt zu dem von dem betreffenden Beweisantrag erfassten Punkten weiter aufzuklären, ob es sich also zur beantragten Beweiserhebung hätte gedrängt fühlen müssen (stRspr, vgl zB BSG [SozR 1500 § 160 Nr 5](#); BSG vom 06.11.2011, [B 9 V 12/11 B](#)). Soweit der Sachverhalt nicht hinreichend geklärt ist, muss das Gericht von allen Ermittlungsmöglichkeiten, die vernünftigerweise zur Verfügung stehen, Gebrauch machen, insbesondere bevor es eine Beweislastentscheidung trifft. Einen Beweisantrag darf es nur dann ablehnen, wenn es aus seiner rechtlichen Sicht auf die ungeklärte Tatsache nicht ankommt, wenn diese Tatsache als wahr unterstellt werden kann, wenn das Beweismittel völlig ungeeignet oder unerreichbar ist, wenn die behauptete Tatsache oder ihr Fehlen bereits erwiesen oder wenn die Beweiserhebung wegen Offenkundigkeit überflüssig ist (vgl BSG [SozR 4-1500 § 160 Nr 12](#) RdNr 10).

Es ist bereits fraglich, ob die Beweisanträge im Schriftsatz vom 05.11.2012 ordnungsgemäß gestellt wurden. Insoweit hätte es der Benennung einer oder mehrerer konkreter Tatsachen bedurft, die bewiesen werden sollen (Beweisthema) und ein Beweisergebnis formuliert bzw. zumindest umrissen werden müssen (BSG vom 30.08.2002, [B 13 RJ 125/02 B](#); Leitherer in Mayer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO., § 160 Rdnr. 18a). Aus dem allgemein gehaltenen Antrag des Prozessbevollmächtigten des Klägers ist letztlich nur ersichtlich, dass es dem Kläger bei der Beweisaufnahme um die Frage der Brückensymptome bzw. der unmittelbar nach dem Unfallgeschehen vom 13.06.1974 aufgetretenen Symptome geht. Es wird aber weder klar, welche konkreten Tatsache die Klägerseite unter Beweis stellen will, noch welches Beweisergebnis sie erwartet. Letztlich kann der Senat dies aber dahingestellt lassen, da den Beweisanträgen bereits aus anderen Gründen nicht nachzukommen war.

Die Einvernahme der früheren Ehefrau (E) des Klägers zu den von ihr beobachteten Symptomen ist schon deshalb nicht erforderlich, weil die von E in ihrer schriftlichen eidesstattlichen Erklärung vom 11.07.1995 genannten Wahrnehmungen zum Gesundheitszustand des Klägers nach dem Unfall als wahr unterstellt werden. Die Darstellung der E entspricht der ärztlichen Dokumentation zum Gesundheitszustand des Klägers, insbesondere auch durch die erstmals am 08.08.1974 und dann relativ engmaschig bis 11.01.1977 durch die Neurologen Dr. M. und Dr. K. durchgeführten Untersuchungen und wurde von den Gutachtern auch entsprechend bewertet.

Soweit der Kläger weiterhin seine Einvernahme beantragt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Parteivernehmung im sozialgerichtlichen Prozess kein Mittel der Sachaufklärung darstellt, denn [§ 118 Abs 1](#) verweist nicht auf die [§§ 445 ff ZPO](#) (BSG SozR Nr 1 zu [§ 445 ZPO](#)). Die glaubhaften Angaben des Beteiligten nach dessen persönlicher Anhörung sind aber Teil der Entscheidungsgrundlage des Senats (BSG SozR Nr 56 zu [§ 128 SGG](#); zum Ganzen Leitherer aaO, § 103n Rn 12 m.w.N.). Der Kläger hat im vorliegenden und auch in den vorhergehenden Verfahren, insbesondere auch gegenüber Gutachtern, und nochmals in der mündlichen Verhandlung vom 29.11.2012 umfassend Gelegenheit gehabt, sich zu seinen Erinnerungen zu äußern. Er hat diese Gelegenheiten auch wiederholt wahrgenommen; seine

Äußerungen waren auch Gegenstand der gutachterlichen Erörterungen. Eine Veranlassung zu weiterer Sachaufklärung besteht insofern nicht. Im Hinblick auf das klägerische Vorbringen weist der Senat ferner darauf hin, dass auch die Äußerungen des Dr. S. in seinem Schreiben vom 10.12.1990 Gegenstand der gutachterlichen Erörterungen waren. Dieses Schreiben war insbesondere dem Neurologen und Psychiater Dr.N. und dem gerichtlichen Gutachter Prof. Dr.M. bekannt und wurde von diesen daher auch in ihre Überlegungen mit einbezogen. Entsprechendes gilt für den Bericht der Gemeinschaftspraxis S. und K. vom 17.01.1984. Eine Veranlassung zu weiterer Sachaufklärung besteht auch insofern nicht.

Die Einvernahme von Prof. Dr. T., Dr. C., Dr. J. und Prof. Dr. Dr. K. als sachverständige Zeugen war nicht geboten.

Auf den sachverständigen Zeugen finden grundsätzlich die Vorschriften über den Zeugenbeweis Anwendung ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) Verbindung mit [§ 414 ZPO](#)). Der sachverständige Zeuge ist ein Zeuge, der sein Wissen von bestimmten vergangenen Tatsachen oder Zuständen bekundet, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war und die er nur kraft dieser besonderen Sachkunde ohne Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtenauftrag wahrgenommen hat (vgl. BVerwG vom 17.12.1968, [II C 92.65](#); BGH vom 23.11.1973, aaO). Kennzeichnend für den sachverständigen Zeugen ist es, dass er "unersetzbar" ist, da er (nur) von ihm selbst wahrgenommene "vergangene" Tatsachen bekundet ([§ 414 ZPO](#)), während ein Sachverständiger in aller Regel gegen einen anderen gleichermaßen Sachkundigen ausgewechselt werden kann. Dieser Abgrenzung entsprechend ist ein Arzt sachverständiger Zeuge, wenn er über einen bestimmten, von ihm selbst ohne einen Zusammenhang mit einem gerichtlichen Gutachtenauftrag festgestellten Krankheitszustand (Befund) eines von ihm ärztlich untersuchten Patienten aussagt. Der Arzt ist hingegen (sachverständiger) Zeuge und Sachverständiger, wenn er zugleich die Auswirkungen der Krankheit aufgrund seiner besonderen (fach-)ärztlichen Sachkunde beurteilt (vgl. auch Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, a.a.O.). Letzteres trifft auf die vom Kläger benannten Prof. Dr. T., Dr. C ... Dr. J. und Prof. Dr. Dr. K. zu, da sie jeweils auf der Grundlage eines Gutachtensauftrags Wahrnehmungen gemacht, insbesondere Befunde beim Kläger erhoben und dann auch beurteilt haben. Eine Einvernahme der genannten Ärzte durch den erkennenden Senat ist schon deshalb nicht erforderlich, weil sie bereits untaugliche Beweismittel für das im Schriftsatz vom 05.11.2012 umrissene Beweisthema darstellen. Denn sie haben den Kläger - im Rahmen ihrer gutachterlichen Tätigkeit - erst untersucht, als die Erkrankung "inkomplette Querschnittslähmung" beim Kläger bereits längere Zeit (spätestens ab 1984) vorlag. Demzufolge können sie aus eigener Wahrnehmung keine Angaben zu etwaigen Brückensymptomen im Zeitraum davor bzw. zu unmittelbar nach dem Unfallgeschehen vom 13.06.1974 aufgetretenen Symptomen machen. Darüber hinaus sind die von den genannten Gutachtern erhobenen Befunde und die jeweiligen Beurteilungen in den erstatteten Gutachten enthalten und ihrerseits jeweils Gegenstand anderweitiger gutachterlicher Beurteilung geworden. Es ist auch weder ersichtlich, noch vom Kläger vorgetragen, dass die unterschiedliche Bewertung aufgrund abweichender Tatsachenwahrnehmungen beruhen (vgl. dazu BSG vom 27.08.2009, [B 13 R 177/09 B](#)), die einer Beweiserhebung durch Zeugeneinvernahme zugänglich wäre. Dabei verkennt der Senat nicht, dass unabhängig von der nach [§ 411 Abs. 3 ZPO](#) im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts liegenden Möglichkeit, das Erscheinen des Sachverständigen zum Termin von Amts wegen anzuordnen, jedem Beteiligten gemäß [§ 116 Satz 2 SGG](#), [§ 118 Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§§ 397, 402, 411 Abs 4 ZPO](#) das Recht zusteht, dem Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache für dienlich erachtet und dass dies auch dann gilt, wenn der Sachverständige ein Gutachten auf Antrag eines Beteiligten gemäß [§ 109 SGG](#) erstellt hat. Dabei müssen die dem Sachverständigen zu stellenden Fragen zwar nicht formuliert werden. Die erläuterungsbedürftigen Punkte müssen aber zumindest hinreichend konkret bezeichnet werden (vgl. BSG vom 27.08.2009, [B 13 R 185/09 B](#) juris Rn 15 f. m.w.N.). Daran fehlt es vorliegend. Klägerseits werden keine erläuterungsbedürftigen Punkte benannt, die ein Erscheinen von Sachverständigen zum Termin oder eine Vorlage weiterer Fragen an einen Sachverständigen nötig gemacht hätten. Der Senat war daher, worauf es entscheidend ankommt, objektiv nicht gehalten, den Sachverhalt zu dem von dem betreffenden Beweisantrag erfassten Punkt weiter aufzuklären (vgl. zu den entsprechenden Anforderungen zB BSG vom 07.04.2011, [B 9 SB 47/10 B](#) juris Rn 4 und vom 19.10.2011, [B 13 R 290/11 B](#) juris Rn 12; vom 07.04.2011, [B 9 SB 47/10 B](#)).

Sofern die gestellten Anträge als Anträge auf Einholung weiterer gutachterlicher Stellungnahmen zu verstehen sind, ergibt sich nichts anderes. Denn der Sachverhalt ist unter allen anderen Gesichtspunkten umfassend aufgeklärt. Die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens oder einer weiteren ergänzenden Stellungnahme war nicht geboten. Die Entscheidung darüber, ob ein weiteres - Gutachten eingeholt werden soll, steht im Rahmen der freien Beweiswürdigung im pflichtgemäßen Ermessen des Tatsachengerichts (vgl. u.a. BSG vom 17.02.2010, [B 6 KA 23/09 B](#)). Dieses Ermessen wird nur dann verfahrensfehlerhaft ausgeübt, wenn das Gericht von der Einholung eines - weiteren - Gutachtens absieht, obwohl die Notwendigkeit dieser weiteren Beweiserhebung sich ihm hätte aufdrängen müssen (BSG vom 26.06.2001, [B 2 U 83/01 B](#)). Das ist hier aus den genannten Gründen nicht der Fall; es geht auch nach dem klägerischen Vortrag vorrangig um die Frage der abweichenden Beurteilung der Kausalität. Insofern kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden.

Nach alledem war die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 26.07.2001 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-01-24