L 31 U 336/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
31
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 622/98 W04
Datum
18.11.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 31 U 336/08
Datum
27.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Bedeutung des Ursachenzusammenhangs erfolgt nach der herrschenden Meinung in der medizinischen Wissenschaft i.S. eines tragfähigen (Teil-) Konsens.
2. Ärztliche Mindermeinungen können die Beurteilung eines Ursachenzusammenhangs als wesentliche nicht tragen.
Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. November 2004 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 01. August 1997 bis zum 31. Dezember 1998 eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. zu gewähren. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu einem Fünftel. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 v.H. ab 13. Dezember 1996.

Der 1949 geborene Kläger befand sich am 13. Dezember 1996 mit dem Auto auf dem Weg zu seinem Büro und stand an einer roten Baustellenampel, als ein anderer Pkw auf seinen stehenden Wagen auffuhr (Unfallanzeige vom 17. Dezember 1996). Der Kläger führte hierzu in seiner Vernehmung durch die Polizei am 28. Januar 1997 unter anderem aus, er habe im Innenspiegel gesehen, wie der PKW mit überhöhter Geschwindigkeit auf seinen Wagen zugefahren sei. Er könne nicht genau angeben, wie schnell der PKW gefahren sei, aber er meine doch, dass es überhöht gewesen sei. Dadurch, dass er das Fahrzeug von hinten gesehen habe, habe er sich entsprechend festhalten und abstützen können, denn er habe geahnt, dass es zum Auffahrunfall kommen würde. Im Durchgangsarztbericht der Fachärzte für Chirurgie Dres. St/T vom 17. Dezember 1996 wurden als Diagnosen eine Dornfortsatzfraktur HWK 6, die durch die Röntgenaufnahmen bestätigt worden war, sowie ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule genannt. In einem Zwischenbericht vom 23. April 1997 führten Dres. St/T aus, der Kläger klage weiterhin über starke Kopfschmerzen, Schmerzen der Nackenmuskulatur und über unfallfremde Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule. Die therapeutischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft, der Patient sei arbeitsfähig. Er bitte um eine schnellstmögliche Begutachtung zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Eine am 21. Mai 1997 durchgeführte Kernspintomographie ergab eine abgeflachte HWS-Lordose sowie mäßige osteochondrotische Segmentabflachungen im Bereich der unteren HWS sowie kräftige dorsomediane, osteophytär überbrückte Protrusionen in Höhe C 5/6 und insbesondere C 6/7. Es ergab sich insgesamt kein Nachweis eines größeren raumfordernden zervikalen Bandscheibenvorfalls. Auf der Grundlage von Uncovertrebralarthrosen ergab sich der Aspekt von Forameneinengungen rechts betont in Höhe C 5/6 sowie linksbetont bei C 6/7. Eine Beurteilung der bekannten Dornfortsatzfraktur von HWK 6 sei konventionell zu empfehlen. Kernspintomographisch ergab sich darüber hinaus kein Nachweis von posttraumatischen knöchernen oder Weichteilveränderungen. Am 6. Juni 1997 führte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie P ein EEG und am 10. Juni 1997 eine AEP- (akustisch evozierte Potentiale), eine VEP-Untersuchung (visuell evozierte Potentiale) sowie eine Dopplersonographie (extra- und transkraniell) durch. Neurologischerseits verneinte er eine Arbeitsunfähigkeit.

In einer gutachterlichen Stellungnahme vom 2. Juli 1997 führte der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des E Krankenhauses Dr. A nach Untersuchung des Klägers unter anderem aus, der Unfall vom 13. Dezember 1996 habe zu einem Beschleunigungstrauma im HWS-Bereich geführt. Hierbei sei es zu einem Dornfortsatzabriss am 6. Halswirbelkörper gekommen. Dieser sei inzwischen ohne wesentliche Fehlstellung wieder knöchern durchbaut, so dass er in den letzten Röntgenaufnahmen nicht mehr nachweisbar sei. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 13. Dezember 1996 und den festgestellten degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich bestünde nicht. Durch den Unfall sei es zu einer Verschlimmerung, respektiv zu einer Auslösung des jetzigen Beschwerdebildes gekommen. Aufgrund dessen sei eine Behandlung bis zum heutigen Tage durch die gesetzliche Unfallversicherung berechtigt, jedoch ab sofort gingen die Behandlungskosten zulasten der privaten Krankenversicherung. Die MdE schätzte er mit unter 10 v.H. ein.

Die Beklagte erkannte mit Bescheid vom 20. August 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Juli 1998 Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender, schicksalsbedingter Veränderungen der Wirbelsäule nach in guter Stellung knöchern fest verheiltem Dornfortsatzabrißbruch am 6. Halswirbelkörper und folgenlos verheilter Distorsion der Halswirbelsäule als Folge des Arbeitsunfalls vom 13. Dezember 1996 an, lehnte jedoch die Gewährung einer Rente ab und führte zur Begründung unter anderem aus, die Erwerbsfähigkeit sei nicht in rentenberechtigendem Grade gemindert. Ursache der noch bestehenden Beschwerden und damit verbundener Behandlungsbedürftigkeit seien die nachgewiesenen erheblichen degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Leistungsansprüche über den 31. Juli 1997 hinaus seien nicht gegeben.

Die anschließende Klage wies das Sozialgericht Berlin mit Gerichtsbescheid vom 13. Januar 2000 ab und führte zur Begründung unter anderem aus, die erhobene Klage sei wegen Verfristung unzulässig.

Auf die Berufung des Klägers hob das Landessozialgericht Berlin den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin mit Urteil vom 10. Juli 2001 auf und verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurück.

Das Sozialgericht holte einen Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Hi vom 30. Januar 2002 ein und vernahm den den Kläger behandelnden Dr. Su in der nicht-öffentlichen Sitzung vom 15. August 2002.

Der als Sachverständiger bestellte Arzt für Orthopädie und Sportmedizin Dr. Ba hat in seinem Gutachten vom 29. Januar 2003 unter anderem ausgeführt, Gesundheitsstörungen als Folgen des Ereignisses vom 13. Dezember 1996 hätten beim Kläger nicht mehr festgestellt werden können. Unfallunabhängig bestünden bereits am Unfalltag nachweisbare degenerative Veränderungen im unteren Halswirbelsäulenbereich. Darüber hinaus bestehe ein ausgeprägter psychovegetativer depressiver Verstimmungszustand mit einem somatoformen Schmerzbild des gesamten Bewegungsapparates. Nach Auswertung der sehr umfangreichen Röntgenaufnahmen müsse von einem Beschleunigungstrauma I. Grades nach Erdmann ausgegangen werden, das mit Sicherheit im Mai 1997 abgeklungen gewesen sei. Es habe sich hierbei bereits um einen außerordentlich langen Krankheitsverlauf von fünf Monaten gehandelt, in dem ein einfaches Distorsionstrauma ausheile. Alle neurologischen Untersuchungen, insbesondere auch bei Dr. Hi, hätten keinen Hinweis für nervale Ausfälle ergeben. Nach der unfallärztlichen Behandlung bei Dr. Ta habe sich der Kläger dann in neurologisch-psychiatrische Behandlung zu Dr. H sowie in die schmerztherapeutische Behandlung zu Dr. S begeben. Bekanntermaßen bestehe zwischen Dr. H und dem Radiologen Dr. V in K eine Verbindung. Der Kläger sei von Dr. H zu der kernspintomographischen Untersuchung der Kopfgelenke zu Dr. V überwiesen worden. Die Untersuchung sei dort durchgeführt worden und es sei - wie nahezu immer in diesem Röntgeninstitut - eine Verletzung der Flügelbänder (Lig. alaria) festgestellt worden. Glücklicherweise seien keine operativen Maßnahmen empfohlen worden. Er habe sich mit Dr. H und Dr. V bereits in einem früheren Gutachten für das Sozialgericht Berlin in einem anderen Verfahren auseinandergesetzt. In diesem Zusammenhang weise er nochmals auf die Veröffentlichung von Ludolph hin: "Die Hypothesenfusion und das Schleudertrauma der Halswirbelsäule" Aktuelle Traumatologie 2000; 30. Jahrgang, Seite 203 bis 204. In dieser Veröffentlichung sei darauf hingewiesen worden, dass ausschließlich Dr. V Verletzungen der Flügelbänder bei 420 Patienten nachgewiesen habe, was jedoch einer exakten wissenschaftlichen Nachprüfung bisher in keiner Weise standgehalten habe. Wie häufig bei Halswirbelsäulenverletzungen sei bei dem Kläger eine erhebliche Fehlverarbeitung der im Prinzip leichten Wirbelsäulendistorsion eingetreten mit deutlicher sozialer Depravation. Der hoch intelligente Kläger sei durch eine vermeintliche Wirbelsäulenverletzung, die in der von ihm geklagten Form überhaupt nicht mehr nachweisbar sei, in eine sozial und psychologisch ausweglose Situation geraten mit einem jetzt somatoformen Schmerzbild im Sinne des "Ganzkörperschmerzes" unter Betonung der rechten Körperseite, was naturgemäß nicht auf die Verletzung der Halswirbelsäule zurückgeführt werden könne. Auch Dr. V habe in seinem kernspintomographischen Befund eindeutig festgestellt, dass eine irgendwie geartete Myelonverletzung am verlängerten Rückenmark und der Halswirbelsäule nicht nachgewiesen werden könne, was letzten Endes die geklagten Beschwerden nur hätte erklären können. Unfallärztlicherseits würden die bekannten psychischen Probleme bei einem Zustand nach Halswirbelsäulendistorsionstrauma nicht als mittelbare Unfallfolge angesehen. Dazu würden auch die geklagten Symptome wie Migräne, Tinnitus, Konzentrationsstörungen usw. gehören. Den Ausführungen von Dr. Hi in den gutachterlichen Stellungnahmen vom 11. März 1999, 18. April 2000 sowie 30. Januar 2002 könne er nicht zustimmen. Es sei nicht richtig, dass keine relevanten Vorschäden oder degenerativen Veränderungen im Halswirbelsäulenbereich am Unfalltage vorhanden gewesen seien. Eine neurologische Symptomatik - Kopfschmerzsyndrom, Schwindel, Sehstörungen im Rahmen eines cervico-enzephalen Syndroms mit Sensibilitätsstörungen - sei durch die vorhandenen objektiven Unterlagen nicht zu belegen. Es bestünden jetzt ein Psychosyndrom, ein chronischer Schmerzzustand und Hirnleistungsstörungen, die jedoch nicht als mittelbare Unfallfolgen anerkannt werden könnten. Eindeutige neurologische Defizite seien auch von Dr. Hi nicht festgestellt worden. Auch Dr. S habe in seiner Vernehmung keine eindeutigen posttraumatischen Veränderungen angegeben und aus seiner Sicht unkritisch die "Einrisse von zwei Bändern" (vermutlich der Lig. alaria) übernommen. Er habe die migräneartige Symptomatik sowie die Ohrgeräusche auf der rechten Seite mit chronischem Schmerzsyndrom als Unfallfolge anerkannt, was naturgemäß durch objektive Untersuchungen nicht zu belegen sei. Eine unfallbedingte MdE könne aus seiner Sicht nicht angegeben werden.

Den Antrag des Klägers vom 11. Februar 2003 den Sachverständigen Dr. Bartsch wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, wies das Sozialgericht Berlin mit Beschluss vom 3. April 2003 zurück. Die Beschwerde des Klägers hiergegen wies das Landessozialgericht Berlin mit Beschluss vom 24. Juni 2003 zurück.

Das Sozialgericht Berlin zog u. a. ein im Auftrag des Landgerichts Berlin erstelltes Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Sportmedizin Prof. Dr. W (H Universität B) vom 9. Januar 2001 bei. Dieser führte unter anderem aus, der vorliegende Unfall vom 13. Dezember 1996 könne prinzipiell zu einer Distorsion der Halswirbelsäule (HWS-Schleudertrauma) geführt haben. Problematisch bei der Bewertung sei, dass leichtere Verletzungen der Halswirbelsäule zwar subjektive Symptome hervorrufen würden, diese aber bis heute nicht objektiv zu erfassen seien. Die einerseits typischen Befunde und Symptome nach leichten und mittleren Distorsionen seien nicht spezifisch, d. h. beweisend, für ein derartiges Trauma. Die gleichen Symptome könnten auch ohne eine entsprechende Verletzung auftreten. Gerade Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule seien in der Bevölkerung häufig anzutreffen. Normalerweise würden sich die Beschwerden bei einer Distorsion innerhalb von einigen Wochen beziehungsweise Monaten zurückbilden, ansonsten würden zunehmend unfallfremde degenerative Veränderungen für die Symptomatik verantwortlich gemacht. Wie auch von Dr. Hi angeführt, werde die Bewertung des HWS-Schleudertraumas (HWS-Distorsion) auch weiterhin durchaus kontrovers diskutiert. Auf orthopädisch-traumatologischen Kongressen werde eine mehrjährige Symptomatik als Folge einer leichten bis mittleren Distorsion der Halswirbelsäule im Allgemeinen jedoch ausgeschlossen. Der Verletzungsmechanismus bei dem Unfall des Klägers entspreche prinzipiell dem eines HWS-Schleudertraumas. Je nach Kopfhaltung des Fahrers im Moment des Aufpralls und je nach Stoßrichtung kämen zu reinen translatorischen

Beschleunigungen zusätzlich rotative Kräfte. Der Zustand, der sich nach einem Schleudertrauma einstellen könne, sei dann das posttraumatische Zervikalsyndrom oder auch eine Brachialgie als posttraumatisches Cervicobrachialsyndrom. Die Bedeutung liege hier bei "könne", da Bewegungsabläufe in ähnlicher Weise im täglichen Leben häufig vorkommen würden, ohne dass sich Krankheitserscheinungen einstellen würden (vergleiche J. Krämer, Bandscheibenbedingte Erkrankungen, Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 1994, 3. überarbeitete Auflage). Unter ausführlicher Auseinandersetzung mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema führte Prof. Dr. Wo weiter aus, nach den heute vorliegenden und weitgehend akzeptierten Erkenntnissen könnten nach einem leichteren HWS-Schleudertrauma alle Beschwerden nur für maximal drei bis vier Monate auf den eigentlichen Unfall zurück geführt werden. Eine weiterhin bestehende Symptomatik sei dann zunehmend auf degenerative Vorschädigungen zurückzuführen. In Beantwortung der vom Landgericht gestellten Beweisfrage führte er unter anderem aus, der Kläger habe bei seinem Verkehrsunfall eine maximal mittelgradige Distorsion der Halswirbelsäule (HWS-Schleudertrauma II. Grades) erlitten. Auf den Röntgenaufnahmen, die ihm vorgelegen hätten, habe sich eine Fraktur beziehungsweise ein knöcherner Ausriss im Bereich des Dornfortsatzes von HWK 6 nicht nachweisen lassen. Es ergebe sich eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von fünf Monaten, eine anschließende MdE von 30 v.H. für weitere vier Monate, anschließend eine MdE von 20 v.H. bis zum Ende des ersten Jahres. Die weitere unfallbedingte MdE betrage 10 v.H. für maximal 12 weitere Monate.

Des Weiteren zog das Sozialgericht Berlin ein im Auftrag des Kammergerichts Berlin erstelltes Gutachten des Dipl.-Ing. L vom 10. November 2003 bei, der unter anderem ausführte, die Differenzgeschwindigkeit, die im vorliegenden Fall mit der Aufprallgeschwindigkeit identisch sei, habe zwischen 25 und 40 km/h gelegen. Daraus ergebe sich eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung zwischen 11 und 22 km/h, wenn das Beklagtenfahrzeug ein leichter VW Polo gewesen sei, und von etwa 16 bis 28 km/h, falls das Beklagtenfahrzeug ein schwerer VW Sharan gewesen sein sollte.

Der mit der Erstellung eines röntgenologischen Zusatzgutachtens beauftragte Sachverständige Prof. Dr. T, dem neben verschiedenen Röntgenaufnahmen unter anderem auch die MRT-Aufnahmen der oberen HWS und des kraniozervikalen Übergangs aus der Praxis Dr. V vom 12./13. Januar 1998 vorlagen, führte in seinem Gutachten vom 9. Februar 2004 unter anderem aus, es seien lediglich degenerative Veränderungen nachgewiesen worden, die das altersgerechte Maß nicht überschreiten würden. Es werde kein traumatisch bedingter Körperschaden in der Kopfgelenksebene (Weichteilläsion bzw. Weichteilzerrung) nachgewiesen. Der Nachweis von Weichteilläsionen und Weichteilzerrungen gelinge am ehesten mit Hilfe einer Magnetresonanztomographie. Mit den vorliegenden Untersuchungen sei es nicht möglich, feine beziehungsweise geringe Veränderungen, wie sie von Dr. V behauptet worden sein, nachzuweisen. Die Schichtdicken seien mit 4 mm zu groß und die Kontraste zu gering, um die beschriebenen Veränderungen nachzuweisen. Die Ligamenta alaria seien schlichtweg nicht ausreichend sicher dargestellt worden. Ebenso wenig sei von ihnen ausgehendes oder darin enthaltenes Narbengewebe sichtbar. Die zu fordernde Darstellungsqualität zur Beurteilung der Kopfgelenksbänder werde nicht erreicht. Das verwendete offene MRT-Gerät erreiche eine Feldstärke von 0,2 Tesla. Entsprechend müssten für eine sichere Ortsauflösung längere Messzeiten in Kauf genommen werden. Die heutzutage am weitesten verbreiteten so genannten Hochfeld-MRT-Geräte hätten eine Feldstärke von 1,5 Tesla. Aber selbst bei optimaler Ausnutzung heutiger MRT-Technik und Untersuchungsmöglichkeiten seien Weichgewebsverletzungen auf Höhe der Kopfgelenksebene ohne Bandzerreißungen nicht nachweisbar. Hinzu komme selbst bei höchster Auflösung die große Variabilität der Form, Durchmesser, des Verlaufes und des Kontrastverhaltens der Kopfgelenkbänder. Es sei im Übrigen darauf hinzuweisen, dass die Untersuchung nicht die Qualitätsanforderungen der MRT-Leitlinien der Bundesärztekammer vom Januar 1999 oder der MRT-Richtlinien der kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Oktober 2000 erfüllen würde. Die Funktionsuntersuchungen mit Kopfwendungen und Seitwärtsneigung der Halswirbelsäule seien lediglich geeignet, als Beleg dafür angeführt zu werden, dass keine Motilitätsstörung in Höhe des Kopfgelenkes bestehe. Die Knochen- und die Weichteilstrukturen des menschlichen Kopfgelenkes seien einer starken Normvariabilität unterworfen. Eine Symmetrie der Strukturen und ein genau seitengleicher Bewegungsablauf seien eher eine große Ausnahme. Aus diesem Grunde erfülle die (Zitat aus dem Befund von Dr. Vo Seite 1 unten) "leichte Abstandsvergrößerung zwischen Dens und HWK 1 entsprechend der Rotationsposition, insbesondere nach links" nicht die Qualitätskriterien, die an eine sichere Diagnose gestellt würden. Sie sei für keinen der drei hinzugezogenen Kollegen nachvollziehbar als pathologisch zu erkennen gewesen.

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage mit Urteil vom 18. November 2004 abgewiesen und sich zur Begründung im Wesentlichen auf die eingeholten Gutachten der Sachverständigen Dr. B und Prof. Dr. Tgestützt.

Gegen dieses ihm am 21. Januar 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Februar 2005 Berufung bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingelegt. Er ist weiterhin der Ansicht, die bei ihm vorliegenden Beschwerden seien hinreichend wahrscheinlich Folge des Arbeitsunfalls vom 13. Dezember 1996. Er rügt die Verletzung rechtlichen Gehörs, da der von ihm benannte sachverständige Zeuge Dr. H nicht gehört worden sei. Weiter rügt er, das Sozialgericht sei seinen Beweisanträgen aus dem Schriftsatz vom 11. Februar 2003, mit denen er beantragt habe, weiteren Beweis zu erheben durch Einholung eines neuropsychologischen, eines algesiologischen sowie eines nervenärztlichen Gutachtens nicht gefolgt. Dr. B sei von einem falschen Unfallhergang ausgegangen. Sein Kopf Klägers sei beim Zurückschleudern nicht von der Kopfstütze abgefedert worden, sondern an dieser Kopfstütze vorbei nach hinten stark überdehnt worden, weshalb es zu den Verletzungen des Bänderapparates gekommen sei mit den heute noch vorhandenen Beschwerden. Ergänzend übersandte der Kläger zwei MRT-Befunde der HWS vom 23. Juni 2005 (Dr. T/Dr. Kl), einen Arztbrief des Facharztes für Neurologie Dr. B vom 20. Juni 2005, eine ärztliche Stellungnahme des Dr. S vom 28. Februar 2006 (hinsichtlich des Inhalts dieser ärztlichen Stellungnahme wird auf Blatt 477 bis 484 der Gerichtsakte) sowie eine Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H vom 27. Juli 2009 (hinsichtlich des Inhalts dieser 316 Seiten umfassenden Stellungnahme sowie der dazu mitübersandten Anlagen wird auf die Beiakte verwiesen).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. November 2004 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 20. August 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Juli 1998 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 13. Dezember 1996 eine Verletztenteilrente nach einer Minderung der Erwerbsunfähigkeit von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und sieht sich durch die im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen weiter bestätigt.

Das Gericht hat ein im Auftrag des Kammergerichts Berlin erstelltes Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. H vom 16. November 2005 beigezogen, der unter anderem ausführte, zusammenfassend sei festzuhalten, dass die vom Kläger vorgebrachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus seiner Sicht durchaus in Teilen einen organischen Basisbefund aufweisen würden, der aber im Gegensatz zur Beweisführung des Klägers als vorbestehend einzuordnen sei. Inwieweit es durch das Unfallgeschehen zu einer Dekompensation oder Manifestation gekommen sei, lasse sich so viele Jahre nach dem Ereignis nicht sichern. Unfallunabhängig hätten bereits radiologisch gesichert zum Zeitpunkt des Unfallereignisses degenerative Veränderungen der Wirbelsäule vorgelegen. Die jetzt nachgewiesenen Befunde im Sinne einer leichten Wurzelirritation C6 und C7 seien nicht Unfallfolge, sondern Ausdruck der in dieser Höhe lokalisierten Vorschädigungen. Die vorliegenden Beeinträchtigungen und Beschwerden seien insoweit überwiegend wahrscheinlich durch diese vorbestehenden Erkrankungen ausgelöst.

Der als Sachverständiger bestellte Chefarzt der neurochirurgischen Klinik des H Klinikum B Prof. Dr. K führte in seinem Gutachten vom 24. Oktober 2006 unter anderem aus, ausgehend von den Angaben des Klägers bestehe eine Radikulopathie der Wurzel C6 rechts ohne sicher nachgewiesene Paresen oder Reflexdifferenzen. Weiterhin bestünden ausgeprägte paravertebrale Muskelverspannungen im Bereich der gesamten Halswirbelsäule, die keinem Wirbelsäulensegment eindeutig zugeordnet seien. Diese C6-Radikulopathie und die diffusen paravertebralen Muskelverspannungen im Bereich der HWS seien durch die altersentsprechenden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS ausreichend erklärt und durch den Unfall vom 13. Dezember 1996 nicht wesentlich verschlimmert worden. Eine MdE durch den Unfall liege nicht vor. Ein Dornfortsatzabriss am 6. HWK sei nicht zweifelsfrei nachgewiesen. Die MRT aus der Praxis Dr. V hätten zur Erstellung des Gutachtens nicht vorgelegen. Jedoch würden die aktuellen MRT vom 12. Juli 2006 in Übereinstimmung mit dem ausgesprochen detaillierten Gutachten des Dr. T vom 9. Februar 2004 keinerlei Hinweise auf solche traumatischen Veränderungen ergeben. Im Gegensatz zu den Befunden bei der Erstvorstellung am 9. Oktober 1997 in der Praxis von Dr. H habe sich bei der jetzigen Untersuchung eine deutlich stärker eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Bewegungsrichtungen gezeigt, wobei die Untersuchung durch Dr. H sieben Monate nach dem Unfallereignis stattgefunden habe. Dies bedeute, dass es später zu diesen Beschwerden gekommen sei. Allerdings stehe diese massive Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule bei der jetzigen Untersuchung im krassen Widerspruch zu der vollkommen physiologischen Haltung der Halswirbelsäule in den MRT-Untersuchungen und Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule vom 12. Juli 2006. Den Ausführungen des Dr. S könne er nicht folgen. Dieser setze sich mit dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Ba vom 29. Januar 2003 auseinander und spreche Dr. Ba hierin in teilweise polemischer Form die Fachkompetenz zur fachorthopädischen Beurteilung einer HWS-Verletzung ab. In der ärztlichen Stellungnahme von Dr. Su vom 28. Februar 2006 seien fünf Krankheitsbilder beschrieben, die sich nach dem Aufprallunfall entwickelt hätten. Hierbei sei das unter 1. genannte Kompressionssyndrom der rechten A. vertebralis nicht belegt. Die unter 5. genannten Hirnstammschädigungen würden nicht durch eindeutige Untersuchungsergebnisse belegt. Die elektrophysiologische Zusatzuntersuchung durch Dr. Be vom 16. Juni 2005 belege lediglich leichtgradige chronische neurogene Veränderungen in den Segment in C6 und C7 rechts, sowie ein leichtes Kompressionssyndrom der N. ulnaris im Ellenbogen, so genanntes Sulcus-ulnaris-Syndrom, bei normaler Erhältlichkeit der sensiblen Nervenpotenziale des kleinen Fingers. Die Untersuchung mache eine Läsion des rechten Plexus brachialis unwahrscheinlich. Eine Störung der linksseitigen sensiblen evozierten Potenziale des N. tibialis könne im Hinblick auf die Lokalisation nicht näher eingeordnet werden. Lediglich aufgrund der anamnestischen Angaben werde eine Läsion der aufsteigenden Nervenbahnen im Halswirbelsäulenbereich des Rückenmarks als durchaus wahrscheinlich vermutet. Den sehr weit reichenden und nicht eindeutig belegten Schlussfolgerungen des Dr. Su könne er daher nicht folgen. Die elektrophysiologischen Befunde von Dr. Pe stünden in Übereinstimmung mit denen von Dr. Be. Die Befunde, die auf eine Affektion der oberen cervikalen Wurzeln oder des Tractus spinalis nervi trigemini hinweisen würden, hätten in den von ihm durchgeführten beiden klinisch-neurologischen Untersuchungen nicht reproduziert werden können. Die im Befund von Dr. Ta am 23. Juni 2005 festgestellten Bandscheibenvorfälle bei HWK 5/6 und HWK 6/7 sowie die beschriebene diskrete Gliannarbenbildung bei HWK 5/6 intramedullär könnten nicht nachvollzogen werden, es handle sich um knöcherne spondylophytäre bzw. uncarthrotische Veränderungen. Der befundete "auffällig enge Sagittaldurchmesser des Spinalkanals bei HWK 5/6" beschreibe nicht die wirkliche klinische Signifikanz eines solchen Befundes. Auf den ihm vorliegenden Bildern lägen keine signifikante Einengung des Wirbelkanals oder gar intramedulläre Myelopathiezeichen vor.

Der gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) als Sachverständiger bestellte Arzt für Orthopädie Dr. Op hat in seinem Gutachten vom 8. Oktober 2007 und einer ergänzenden Stellungnahme vom 30. April 2009 unter anderem ausgeführt, der Kläger leide unter einem chronischen myofaszialen Schmerzsyndrom mit Beschwerden im Sinne eines cervicocephalen Syndroms mit begleitenden Sekundärphänomenen entsprechend Grad 3 der Klassifikation von Gerbershagen. Für den unbestreitbaren Tatbestand der hohen Rate von Defektheilungen nach derartigen physikalischen Bagatelltraumen sei eine Weichteilläsion in der Schulter-Nacken-Muskulatur medizinisch die momentan plausibelste Erklärung. Ein medizintechnischer Beweis für eine derartige Verletzung sei beim Lebenden derzeit regelmäßig nicht möglich. Eine Verletzung beziehungsweise Narbenbildung im Ligamentum alare halte er weder für rechts noch links nachgewiesen. Diese Gesundheitsstörung im Sinne eines myofaszialen Schmerzsyndroms sei im Sinne der erstmaligen Entstehung auf den Unfall vom 13. Dezember 1996 zurückzuführen. Eine wesentliche Verschlimmerung eines unfallunabhängigen Leidens könne aus kategorischen Gründen nicht eingetreten sein, da der Kläger vor dem Unfall ein altersgemäß gesunder Mann ohne realisierte Krankheitsrisiken gewesen sei. Insofern könne ein nicht vorhandenes Leiden auch nicht verschlimmert werden. Wenn nicht die physikalischen Belastungen des Unfalls vom 13. Dezember 1996 bzw. reflektorische Muskelaktionen für die damals schlagartig begonnene Patientenkarriere des Klägers angenommen werden sollten, müsse er grade als fachkundiger Arzt und Gutachter unter aktiver Ausblendung der epidemiologischen Forschungsergebnisse von medizinisch völlig unerklärlichen Phänomenen für die seitdem zweifelsfrei beeinträchtigte Gesundheit des Klägers ausgehen. Die altersentsprechenden Normvarianten/-veränderungen auf den Röntgenbildern seien zunächst absolut ungeeignet, die am Unfalltag bei dem Kläger einsetzenden Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich mit den gravierenden Schlafstörungen und dem rapiden Abfall der Leistungsfähigkeit medizinisch ursächlich zu erklären. Des Weiteren seien diese Befunde völlig ungeeignet, die über den 13. Mai 1997 beziehungsweise 1. August 1997 anhaltenden Beschwerden und Symptome medizinisch ursächlich zu erklären. Die in den Akten vorliegenden Informationen zur praetraumatischen Biografie des Klägers würden beweisen, dass ein manifester Vorschaden ausgeschlossen sei. Konkrete Hinweise, dass so genannte leicht ansprechbare Anlagen zur Entwicklung eigenständiger Gesundheitsstörungen vorgelegen hätten, seien bei dem Kläger nach den Normen des Sozialrechts nicht nur nicht nachgewiesen, sondern ausgeschlossen. Da sowohl ein manifester gesundheitlicher Vorschaden wie eine sozialmedizinisch relevante Krankheitsanlage mit mehr als hinreichender Sicherheit ausgeschlossen seien, könne hierdurch keine Beeinflussung der Unfallfolgen/des tatsächlichen Gesundheitszustandes des Klägers bewirkt worden sein. Die Unfallfolgen hätten am 1. August 1997 keine Änderung erfahren, sondern würden unverändert in Arbeitsunfähigkeit

bewirkender Ausprägung fortbestehen. Wenn der 1. August 1997 aus formalen Gründen aufgrund der Untersuchung bei Dr. A vom 13. Mai 1997 zu dem Datum ernannt werden solle, in dem das Verletztengeld in eine Dauerrente umgestellt werden solle, so sei die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen der Folgen des Unfalls vom 13. Dezember 1996 anhaltend mit 100 v.H. einzuschätzen. Eine unfallunabhängige Erkrankung, die mit einer Diagnose aus dem ICD 10 benannt werden und den Tatbestand der seitdem anhaltenden Nichterwerbstätigkeit erklären könne, sei nicht sichtbar. Dem Gutachten des Dr. A könne er nicht folgen, soweit dieser davon ausgehe, dass ab 13. Mai 1997, dem Tag der Begutachtung, ein Symptomwechsel stattgefunden habe. Hierfür gebe es keinen Anhalt. Die Aufnahmetechnik und die Befundinterpretation des Dr. V seien unter Radiologen derzeit nicht konsensfähig. Die Ausführungen des Dr. H würden die unaufgeregten und realistischen Darstellungen eines engagierten Arztes darstellen, einen anhaltend symptomatischen Verlauf nach einer Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule zutreffend zu beschreiben. Dass derartige Patienten diese komplexe Symptomatik aufweisen könnten und diese komplexe Symptomatik mitunter jeglicher ärztlicher Therapie trotze, sei leider traurige Gewissheit und Dr. H gestehe einfach ein, dass es ihm mit seinen therapeutischen Möglichkeiten nicht gelungen sei, den Kläger erfolgreich zu behandeln. Diese selbstkritische ärztliche Haltung sei prinzipiell begrüßenswert und nicht nur den spezifischen gesundheitlichen Problemen des Klägers angemessen. Die Unterstellung, ein Gefälligkeitsgutachten gefertigt zu haben, sei unverständlich, da Dr. H lediglich beschreibe, dass er den Kläger nicht erfolgreich habe behandeln können und er für die Symptomatik auch über den Mai 1997 hinaus nicht näher spezifizierte/spezifizierbare Folgen des Unfalls vom 13. Dezember 1996 verantwortlich mache. Das Gutachten des Dr. Ba stelle eine unreflektierte Nacherzählung des erkennbar fehlerhaften Vorgutachtens des Dr. A dar. Auch Dr. Ba bleibe aufgefordert, den medizinischen Befund vom 13. Mai 1997 zu benennen, der einen Wechsel der medizinischen Wesensgrundlage für die ansonsten unveränderte Symptomatik und Krankheit des Klägers vermuten lassen könnte. Wenn Dr. B ausführe, dass unfallärztlicherseits die bekannten psychischen Probleme bei anhaltend symptomatischen Halswirbelverletzungen nicht als unmittelbare Unfallfolge angesehen werden könnten, so sei dies im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung schlicht und ergreifend falsch. In der gesetzlichen Unfallversicherung seien auch alle psychischen Folgeprobleme eines Unfalls unter Schutz gestellt, so dass Dr. B aufgefordert gewesen wäre, ein entsprechendes Fachgutachten zu veranlassen. Dass Dr. S generell aus langwieriger Kenntnis derartiger Krankheitsbilder und speziell langjähriger Betreuung des Klägers bei diesem ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychopathologischem Korrelat im Stadium III nach Gerbershagen diagnostiziere, sei seiner Ansicht nach der derzeitigen Kenntnis derartiger Unfallbelastungen, der Aktenlage sowie dem jetzigen Zustand des Klägers angemessen und die derzeit bestmögliche ärztliche Erklärung für die tatsächliche posttraumatische Biografie des Klägers, die insofern der typischen und regelmäßigen Chronologie im Falle eines Ausnahmeverlaufs entspreche. Auch Prof. Dr. Wbeschreibe keinen Befund, der einen Wechsel der medizinischen Ursache für die seit dem 13. Dezember 1996 anhaltende Krankheit des Klägers auch nur nahe legen würde. Auch dem neurochirurgischen Gutachten des Prof. Dr. K könne nicht entnommen werden, aus welchen medizinischen Gründen bei dem Kläger abrupt am 13.12.1996 eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit eingesetzt habe. Mit seiner diagnostischen Leidensbezeichnung - einer Radikulopathie der Nervenwurzel C6 rechts - führe er eine weitere Krankheit an, die sich entsprechend der zweifelsfreien Aktenlage erst nach längerer Arbeitsunfähigkeit im späteren posttraumatischen Krankheitsstadium hinzugesellt habe. Dieser viel später einsetzende Krankheitsanteil könne daher keinesfalls unter anderem für die unfallnahen Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen verantwortlich gemacht werden. (Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Inhalts des Gutachtens des Sachverständigen Dr. Op vom 8. Oktober 2007 wird auf Blatt 538 bis 632 und hinsichtlich der ergänzenden Stellungnahme vom 30. April 2009 auf Blatt 915 bis 942 der Gerichtsakten verwiesen).

Nachdem der Senat den Facharzt für Orthopädie Dr. To zum Sachverständigen bestellt hat, hat der Kläger diesen mit Schreiben vom 28. Januar 2008 wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Dieser Antrag ist mit Beschluss vom 3. November 2008 zurückgewiesen worden.

Der Sachverständige Dr. To hat in seinem Gutachten vom 8. Dezember 2008 unter anderem ausgeführt, der Kläger leide unter starken/massiven inkonsistenten Beweglichkeitsstörungen der Halswirbelsäule bei Zustand nach Halswirbelsäulendistorsion am 13. Dezember 1996 und radiologisch verifizierbaren leichten bis mäßigen degenerativen Veränderungen, leichten bis mäßigen Funktionsstörungen der Brust- und Lendenwirbelsäule bei muskulärer Dysbalance und leichten degenerativen Veränderungen, einer initialen Coxarthrose beidseits, rechts symptomatisch, mit leichten Funktionsstörungen, leichten bis mäßigen Funktionsstörungen des rechten Schultergelenkes bei radiologisch verifizierbarer AC-Gelenkarthrose beidseits und klinischem Impingementsyndrom rechts sowie einer Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung. Eine Weichteilläsion im Kopfgelenksbereich beziehungsweise eine Verletzung oder Narbenbildung in den Ligamenta alaria rechts und links hätten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vorgelegen und seien auch nicht nachgewiesen. Die Untersuchungsergebnisse von Dr. Vo seien durch andere Wissenschaftler bis dato nicht bestätigt worden. Er verweise an dieser Stelle auf das aussagekräftige Gutachten von Professor Te. Zum Zeitpunkt der Kernspintomographie durch Dr. V im Januar 1998 sei es mit den damaligen Geräten überhaupt nicht möglich gewesen, die Ligamenta alaria darzustellen, geschweige denn partielle Läsionen derer nachzuweisen. Zudem sei zu ergänzen, dass die Ligamenta alaria wirklich tiefe anatomische Strukturen darstellen würden. Eine Peitschenbewegung, die die Ligamenta alaria schädigen würden, jedoch Haut, Unterhaut, obere Muskelschicht, tiefere Muskelschicht, Bänder der Wirbelgelenke, das hintere und vordere Längsband an der Wirbelsäule usw. intakt lassen würden (und dies bei vorbereiteter Muskulatur), sei bisher in der Literatur (mit Ausnahme von Dr. V) nicht nachgewiesen worden. Werde trotzdem angenommen, dass die Ligamenta alaria tatsächlich eine Läsion im Rahmen des Unfalls vom 13. Dezember 1996 erfahren hätten, so bedeute dies keinesfalls, dass diese Läsion zu den anhaltenden Beschwerden des Klägers geführt habe. Der medizinische Beweis dafür könne jedenfalls nicht erbracht werden. Im Sinne der erstmaligen Entstehung sei es im Rahmen des Auffahrunfalls zu einer Halswirbelsäulendistorsion/Halswirbelsäulenverstauchung gekommen. Dabei dürften partiell Muskelfasern und Bandfasern gezerrt worden seien. Keinesfalls dürfte diese Halswirbelsäulendistorsion zu anhaltend massiven Beweglichkeitseinschränkungen der Halswirbelsäule geführt haben, wie diese aktuell bestünden und auch in der Vergangenheit in unterschiedlichem Ausmaß gutachterlich festgestellt worden seien. Keinesfalls sei die Wirbelsäulendistorsion vom 13. Dezember 1996 im Zusammenhang mit den geäußerten Beschwerden im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule, des rechten Hüftgelenkes und des rechten Schultergelenkes und auch nicht mit später festgestellten neurologischen Ausfällen im Bereich des rechten Armes zu sehen. Unfallunabhängig müsse davon ausgegangen werden, dass der Kläger zum Zeitpunkt des Auffahrunfalls vom 13. Dezember 1996 zumindest leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule aufgewiesen habe. Dass dies mit Sicherheit zutreffe, habe die Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 21. Mai 1997 bewiesen. Es seien hier mäßige osteochondrotische Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule sowie kräftige osteophytäre Protrusionen C5/C6, insbesondere im C6/C7-Segment beschrieben worden. Zudem sei eine Uncovertebralarthrose im C5/C6- und im C6/C7-Segment sowie eine Foraminastenose im C5/C6 Segment rechts und links ebenso beschrieben worden. Dies seien sicherlich degenerative Veränderungen, die zum einen im Alter von 47 Jahren keinen ungewöhnlichen Befund darstellen würden und zum anderen durchaus in diesem Alter auch ohne Verletzungen/Unfälle symptomatisch werden könnten. Für die Entstehung des Halswirbelsäulenleidens spreche sicherlich die Tatsache, dass

der Kläger bis zum Unfallzeitpunkt asymptomatisch gewesen sei. Weder in der Akte noch aus der Anamnese heraus fänden sich Hinweise für eine vorbestehende symptomatische Halswirbelsäulenerkrankung. Allerdings seien die Bemühungen, ein Krankheitsverzeichnis vor 1996 zu erhalten, bisher erfolglos gewesen. Nahezu sämtliche Angaben würden auf der eigenen Darstellung des Klägers basieren. In diesem Sinne sei der Unfall zunächst als eine Gesundheitsstörung aufzufassen, die zu einem Auftreten eines bis dato asymptomatischen Halswirbelsäulensyndroms bei radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen als Gelegenheitsursache beigetragen habe. Zum Auftreten von Symptomen hätten sicherlich die leicht ansprechbare Anlage beziehungsweise die vorhandenen degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule beigetragen. Insgesamt hätten diese Schäden in Kombination mit der mehrwöchigen Ruhigstellung mittels Zervikalstütze und möglicherweise in Kombination mit den Erwartungen des Klägers auf Wiedergutmachung zu persistierenden/anhaltenden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule geführt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die anhaltenden Beschwerden auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen seien, sei sehr groß. Die Wahrscheinlichkeit, dass strukturelle Schäden zur Aufrechterhaltung der Beschwerden beitragen würden, sei dagegen sehr vernachlässigbar. Es habe mit Sicherheit ein Vorschaden im Sinne von vorhandenen degenerativen Veränderungen bestanden. Er könne sich medizinisch nur dahingehend festlegen, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt degenerative Veränderungen aufgewiesen habe. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese degenerativen Veränderungen von überragender Bedeutung gewesen seien und damit alleinige Ursache, sei mindestens genauso groß wie die Wahrscheinlichkeit, dass der Kläger durch die annähernd zweimonatige Schonung in der Zervikalstütze und durch seine Erwartungshaltung auf Wiedergutmachung anhaltende Beschwerden beschrieb und entwickelte und zunehmend in die Schmerzchronifizierung entgleiste. Der Kläger sei mehrere Jahre lang sportlich aktiv gewesen. Es spreche mehr dafür als dagegen, dass der Kläger eventuelle degenerative Schäden durch eine gut trainierte Muskulatur vollständig kompensieren konnte. Die Wahrscheinlichkeit sei ebenso groß, dass bei abnehmender muskulärer Stabilisierung Wirbelsäulenbeschwerden aufgetreten seien, wie auch bei zunehmender Schmerzchronifizierung. Tatsache sei es, dass der Kläger eine Halswirbelsäulendistorsion erfahren habe. Ebenso als Tatsache dürfte gelten, dass der Kläger keine nennenswerte strukturelle Schädigung im Bereich der Ligamenta alaria beziehungsweise im Bereich der Halswirbelsäule erfahren habe. Tatsache sei auch, dass der Kläger zu diesem Zeitpunkt altersentsprechende degenerative Veränderungen aufgewiesen habe. Als sehr wahrscheinliche Hypothese betrachte er auch die vom Kläger erwartete Wiedergutmachung. Mit großer Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass die Wirbelsäulendistorsion binnen 2 bis 3 Monaten ausheile. Die darüber hinaus anhaltenden/bestehenden Beschwerden mit entsprechender Progredienz dürften nicht dem Unfall vom 13. Dezember 1996 zugeordnet werden und seien höchstwahrscheinlich anderen, zum Beispiel psychosozialen Ursachen zuzuordnen. Spätestens soweit eine konsequente Physiotherapie (Kräftigung der Wirbelsäulenmuskulatur) und eine schmerztherapeutische Behandlung (durch Dr. S im Juni 1997) eingeleitet worden seien, dürfte der Kläger auch eine entsprechende Besserung aufweisen. Eine solche sei jedoch nicht aufgetreten. Dementsprechend seien die anhaltenden Beschwerden des Klägers spätestens seit Sommer 1997 mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine bis dato latent vorhandene psychische Comorbidität zurückzuführen. Das Auftreten einer psychischen Überlagerung ab diesem Zeitpunkt erscheine dementsprechend sehr wahrscheinlich und kennzeichnend für den weiteren Verlauf. Der Kläger habe in einem Bericht vom 7. August 1997 ausgeführt, dass mehrere Ärzte ihn in seiner Auffassung bestärkt hätten, dass mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei und dass seine Beschwerden kausal auf den Unfall zurückzuführen seien. Aus diesem Blickwinkel heraus sei sicherlich die Entwicklung einer Beschwerdefixierung/Schmerzchronifizierung nachvollziehbar. Erst im Oktober 1997 habe die erste Konsultation bei Dr. Hi stattgefunden. Der Kläger sei durch die Behandlung bei Dr. Hi und insbesondere durch den kernspintomographischen Befund von Dr. Vo Anfang Januar 1998 in seiner Auffassung bestärkt worden, dass er eine ernsthafte strukturelle Schädigung der Kopfgelenkbänder erfahren habe, die dann die alleinige Ursache für das Persistieren seiner Beschwerden darstellen würde. Dass eine Schädigung der Ligamenta alaria rein wissenschaftlich zu diesem Zeitpunkt mit großer Wahrscheinlichkeit nicht vorgelegen habe und überhaupt kernspintomographisch nicht hätte nachgewiesen werden können, habe Prof. T in seiner Begutachtung eindeutig und nachvollziehbar dargestellt. Im Jahr 1997/1998 habe sich der Kläger jedoch in einer Schmerzchronifizierung befunden und auch in der Entwicklung seiner psychosomatischen Comorbidität. Betrachte man den Kläger von Seiten der objektiven klinischen Untersuchung, so sei zunächst zu erwähnen, das objektive klinische Befunde nach der Neutral-Null-Methode weder in der Arztpraxis von Dr. S/Dr. T erhoben worden seien noch bei der Begutachtung durch Dr. A. Dr. H führe in seinem Schreiben vom 11. März 1999 aus, dass der Kläger am 9. Oktober 1997 eine leicht eingeschränkte Rotation und Seitneige aufgewiesen habe. Bei allen nachfolgenden Untersuchungen durch Dr. B im Jahr 2003, durch Prof. W im Dezember 2000 und auch durch ihn habe eine stark eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit festgestellt werden können. Diese stark eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit dürfte dem Kläger sicherlich das "normale Fahren" eines PKW in der Vergangenheit erheblich erschwert haben. Es sei deshalb wenig nachvollziehbar, dass der Kläger mit einem neu gekauften Pkw und normalem Ganggetriebe auch zu dieser Zeit selbst Fahrten zu seinen Ärzten absolviert habe. Von einer besseren Beweglichkeit im Alltag, als dies bei den gezielten Untersuchungen während der Begutachtungen der Fall gewesen sei, bedürfe daher ausgegangen werden. Klinisch und neurophysiologisch beschreibe Dr. Pe (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) im Jahr 2003 und 2004 eine C7-Läsion sowie eine gering ausgeprägte C6-Läsion, führe diese Schädigungen auf den Unfall von 1996 zurück, begründe dies jedoch nicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerden des Klägers im Bereich der Lendenwirbelsäule, des rechten Hüftgelenkes sowie des rechten Schultergelenkes mit vom Kläger angegebener deutlich reduzierter Gebrauchsfähigkeit und Einsatzfähigkeit des rechten Armes dem Unfall vom 13. Dezember 1996 kausal zuzuordnen seien, sei zu vernachlässigen. Zum einen seien diese Beschwerden zu späterer Zeit aufgetreten, zum anderen sprächen der Unfallmechanismus und der Unfallverlauf stark dagegen, dass diese Gesundheitsstörungen unfallbedingt sein könnten. Solche ärztlichen Äußerungen seien sicherlich nicht korrekt und hätten den Kläger in seiner Auffassung bestärkt, dass quasi alle seine Beschwerden auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Kläger selbst habe es auf den Punkt gebracht: Sein Leben habe sich von heute auf morgen verändert. Die unfallbedingte MdE infolge des Arbeitsunfalls vom 13. Dezember 1996 schätze er für die Zeit ab 1. August 1997 bis zum 31. Dezember 1998 auf 20 v. H. ein. (Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Inhalts des Gutachtens des Sachverständigen Dr. To wird auf Blatt 774 bis 898 der Gerichtsakten verwiesen.) Der Kläger hat dazu ein von ihm veranlasstes Gutachten des Dr. H vom 27. Juli 2009 vorgelegt.

Hinsichtlich der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nur teilweise begründet. Der Kläger hat einen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. lediglich für die Zeit vom 01. August 1997 bis zum 31. Dezember 1998, denn Folgen des Unfalls vom 13. Dezember 1996, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. bedingen, liegen über diesen Zeitpunkt hinaus nicht mehr vor.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist § 56 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die sechsundzwanzigste Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Unstreitig hat der Kläger am 13. Dezember 1996 einen Arbeitsunfall erlitten. Als dessen Folgen hat die Beklagte Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbestehender, schicksalsbedingter Veränderungen der Wirbelsäule nach in guter Stellung knöchern fest verheiltem Dornfortsatzabrißbruch am 6. Halswirbelkörper und folgenlos verheilter Distorsion der Halswirbelsäule anerkannt.

Zur Überzeugung des Senates sind keine weiteren Arbeitsunfallfolgen festzustellen, dies gilt insbesondere auch für die von dem Kläger geklagten weiterhin andauernden Beschwerden der Halswirbelsäule. Die bereits anerkannten Arbeitsunfallfolgen sind lediglich für die Zeit vom 01. August 1997 bis zum 31. Dezember 1998 mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten.

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Arbeitsunfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises - also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit - nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltendenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit – nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (ständige Rechtsprechung, vgl. nur BSG Urteil vom 02. Mai 2001, Az. B 2 U 16/00 RSozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 16 m.w.N.). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass die richterliche Überzeugung hierauf gestützt werden kann (BSG, Urteil vom 06. April 1989, Az. 2 RU 69/87, zitiert nach juris; Urteil vom 02. Februar 1978, Az. 8 RU 66/77, BSGE 45, 285, 286).

Die Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem schädigenden Ereignis und einem Gesundheitsschaden besteht, ist in erster Linie nach medizinischen Gesichtspunkten zu beurteilen. Im Rahmen seiner richterlichen Überzeugungsbildung hat das Gericht alles erforderliche zu tun, um diese Frage zu klären (§§ 103, 128 SGG), wobei es sich des Urteils fachkundiger Sachverständiger zu bedienen hat, um mit deren Hilfe festzustellen, ob nach den einschlägigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen das angeschuldigte Ereignis die wahrscheinliche Ursache des bestehenden Gesundheitsschadens ist. Maßgebend ist hierfür grundsätzlich die herrschende medizinische Lehrmeinung, soweit sie sich auf gesicherte Erkenntnisse stützen kann. Andererseits ist es nicht Aufgabe des Gerichts, sich mit voneinander abweichenden medizinischen Lehrmeinungen im Einzelnen auseinanderzusetzen und darüber zu entscheiden, welche von ihnen richtig ist (BSG, Urteile vom 20. September 1977, Az: 8 RU 24/77, vom 12. November 1986, Az: 9b RU 76/86 und vom 26. Februar 1997, Az. 9 BV 221/96, zitiert nach Juris).

Der Senat ist unter Berücksichtigung dieser Grundsätze nach Auswertung und Würdigung der vielfältigen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren erstatteten umfangreichen Gutachten zu der Überzeugung gelangt, dass bei dem Kläger Unfallfolgen des am 13. Dezember 1996 erlittenen Auffahrunfalls lediglich bis zum 31. Dezember 1998 festzustellen sind.

Als Unfallfolge liegt zunächst eine folgenlos ausgeheilte Distorsion der Halswirbelsäule vor, wie sich aus den Gutachten des im Verwaltungsverfahren gehörten Dr. A sowie den im Klage- und Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen Dr. Ba und Dr. T und den aus einem beim Kammer- bzw. Landgericht Berlin geführten Rechtsstreit beigezogenen Gutachten der dort zu Sachverständigen ernannten Prof. Dr. W und Dr. H ergibt. Übereinstimmend haben diese bestätigt, dass der Kläger durch den Auffahrunfall ein Schleudertrauma bzw. eine HWS-Distorsion I. bis maximal II. Grades nach Erdmann erlitten hat, die jedoch – auch insoweit von diesen Sachverständigen bzw. Gutachtern übereinstimmend bestätigt – in der Regel nach kurzer Zeit folgenlos ausheilt. Auch der ursprüngliche Dornfortsatzabrißbruch am 6. Halswirbelkörper ist in guter Stellung knöchern fest verheilt.

Das von dem Sachverständigen Dr. O diagnostizierte chronische myofasziale Schmerzsyndrom mit Beschwerden im Sinne eines cervicocephalen Syndroms mit begleitenden Sekundärphänomenen entsprechend Grad 3 der Klassifikation von Gerbershagen lässt sich zur Überzeugung des Senates dagegen - jedenfalls nach dem 31. Dezember 1998 - nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. Dezember 1996 zurückführen. Soweit Dr. O hierzu ausführt, für den unbestreitbaren Tatbestand der hohen Rate von Defektheilungen nach derartigen physikalischen Bagatelltraumata sei eine Weichteilläsion in der Schulter-Nacken-Muskulatur medizinisch die momentan plausibelste Erklärung, überzeugt dies den Senat nicht, denn er führt weiter aus, dass ein medizintechnischer Beweis für eine derartige Verletzung beim Lebenden derzeit regelmäßig nicht möglich sei, er eine Verletzung beziehungsweise Narbenbildung im Ligamentum alare beim Kläger weder rechts noch links für nachgewiesen halte, diese Gesundheitsstörung im Sinne eines myofaszialen Schmerzsyndroms jedoch trotzdem im Sinne der erstmaligen Entstehung auf den Unfall vom 13. Dezember 1996 zurückzuführen sei.

Die Feststellung von Unfallfolgen hat jedoch unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu erfolgen. Allgemein gilt, dass es nicht Aufgabe der Gerichte ist, durch die Auswahl von Sachverständigen oder die juristische Bewertung von medizinischen Lehrmeinungen für die eine oder andere Position Partei zu ergreifen oder durch Gutachtenaufträge den Fortschritt der medizinischen Erkenntnis voranzutreiben; ausreichend ist, ob ein wissenschaftlicher (Teil)Konsens festgestellt werden kann, der eine Entscheidung zu tragen geeignet ist, mögen auch einzelne anerkannte Wissenschaftler eine andere Lehrmeinung vertreten (BSG, Urteile vom 27. Juni 2006, Az.: B 2 U 20/04 R, und vom 06. Oktober 1999, Az.: B 1 KR 13/97 R, zitiert nach juris.de). Dies gebietet schon die Berücksichtigung des allgemeinen Gleichstellungsgrundsatzes des Artikels 3 Grundgesetz. Denn der Ausgang eines Rechtsstreites darf nicht davon abhängen, welchen Sachverständigen das Gericht mit der Begutachtung betraut. Denn das Gericht ist mangels eigener Sachkunde regelmäßig nicht in der Lage, eine medizinisch-wissenschaftliche Lehrmeinung zu bewerten. Es hat als Grundlage seiner Entscheidung daher festzustellen, ob die vom Sachverständigen seinem Gutachten zugrunde gelegte wissenschaftliche Auffassung i. S. der herrschenden Meinung tragfähig ist.

Der Senat hat die Unfallfolgen damit nicht nach den Auffassungen eines einzelnen Sachverständigen zum Kausalverlauf in einem Einzelfall festzustellen, sondern hat zu prüfen, ob dessen Auffassungen einer tragfähigen herrschenden Meinung in der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Die Kausalitätsbeurteilung hat dann auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung

hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, Az.: B 2 U 1/05 R). Danach kann nicht in Zweifel gezogen werden, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss. Die jedenfalls noch herrschende Meinung geht jedoch nach wie vor davon aus, dass für dauerhafte Schäden nach einer HWS Distorsion im Rahmen eines so genannten Beschleunigungstraumas auch ein morphologisches Substrat bestehen muss.

Diesem Erkenntnisstand entsprechen die Gutachten des Dr. B des Dr. des Dr. T des Prof. Dr. K des Prof. Dr. W und des Dr. Hir, die im wesentlichen übereinstimmend davon ausgegangen sind, dass Folgen einer HWS-Distorsion jedenfalls über den 31. Dezember 1998 nicht mehr nachweisbar sind. Dr. O und Dr. H haben in der umfangreichen Darstellung des Streitstandes in ihren Gutachten ausgeführt, dass die von ihnen angenommenen beim Kläger vorhandenen und den heutigen Gesundheitszustand begründenden Strukturläsionen durch bildgebende Verfahren nicht nachweisbar sind, sondern dass es hierfür einer Operation oder Obduktion, so Dr. H in seinem Gutachten vom 27. Juli 2009, Seite 25 wörtlich, bedürfe. Soweit Dr. H jedoch davon ausgeht, die Beklagte bzw. Dr. T müsse beweisen, dass diese Strukturläsionen nicht vorliegen würden, irrt er. Soweit festgestellt werden soll, dass bei dem Kläger unfallbedingte Strukturläsionen vorliegen, diese sich jedoch nicht nachweisen lassen, mag dies auch daran liegen, dass einen solchen Nachweis gegenwärtig aufgrund fehlender technischer bzw. medizinischer Möglichkeiten niemand führen kann, geht diese Nichterweislichkeit einer für den Kläger günstigen Tatsache zu seinen Lasten, denn nach den Grundsätzen der objektiven Beweislast geht die Nichterweislichkeit einer anspruchsbegründenden Tatsache zulasten desjenigen, der daraus ein Recht herleiten will (so u. a. BSG Urteil vom 04. Mai 1999, Az. B 2 u 18/98 R).

Soweit sowohl Dr. O auch Dr. H ausführen, dass in etwa 5 bis 20 % der Fällen einer HWS-distorsion I. Grades, anders als in der unfallrechtlichen Literatur z. B. bei Schönberger beschrieben, schwere chronische Verläufe zu beobachten seien, folgt hieraus für den Senat nicht zwingend, dass diese schweren chronischen Verläufe ihre wesentliche Ursache in dem jeweiligen Unfallgeschehen hatten. Ähnlich liegt der Fall ja auch hier, in dem ein Unfallgeschehen auf degenerative Vorbefunde trifft und im Anschluss an den Unfall auch psychische bzw. wie von Dr. To beschrieben psychosoziale Komponenten eine Rolle spielen. Statistische und epidemiologische Erkenntnisse, so zutreffend sie auch sein mögen, ersetzen nicht die medizinisch schlüssige Argumentation im Einzelfall.

Der Senat hat hier nicht zu beurteilen, ob die herrschende Meinung, dass eine HWS-Distorsion in einem Zeitraum von sechs bis acht Wochen bzw. zwei bis drei Monaten ausheilt, zutreffend ist, oder sich in Zukunft erweisen könnte, dass die Auffassung der Dr. O und Dr. Hi, dass auch nach leichten Auffahrunfällen schwere chronische Verläufe ihre Ursache im Unfall haben, richtig ist. Dies kann schon deshalb nicht Aufgabe des Gerichts sein, weil ihm dazu der medizinische Sachverstand fehlt. Die Infragestellung bisheriger medizinischer Erkenntnisse ist Aufgabe des medizinischen Diskurses in der Wissenschaft. Ein Sozialgerichtsverfahren hat hierzu nichts beizutragen. Dass die von Dr. O und Dr. H vertretende Auffassung nicht der herrschenden Meinung entspricht, räumt Dr. Hi u. a. auf Seite 239 seines Gutachtens selbst ein. Daran ändert sich auch dadurch nicht, dass Dr. H die Auffassungen der herrschenden Meinung für ideologisch, interessengesteuert und wissenschaftlich nicht begründet hält. Es ist für den Senat auch nicht im Ansatz ersichtlich, dass Dr. Ba Dr. A Dr. T Prof. Dr. K Prof. Dr. W und Dr. Hr ihre Gutachten interessengesteuert und nach ideologischen Gesichtspunkten abgefasst haben.

Nach alledem steht zur Überzeugung des Senates fest, dass der Kläger zunächst eine HWS-Distorsion Typ Erdmann I erlitten hat und nunmehr unter HWS-Beschwerden sowie einer Schmerzchronifizierung Stadium III nach Gerbershagen mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, die sich lediglich in zeitlicher, nicht aber in ursächlicher Folge des Unfalls entwickelt haben, leidet. Dass diese auf degenerativen Prozessen bzw. einer Comorbidität beruhenden Beschwerden nicht eingetreten wären, wenn es den Unfall nicht gegeben hätte, ist reine Spekulation.

Weitere als die von der Beklagten bereits anerkannten Arbeitsunfallfolgen liegen bei dem Kläger nach alledem nicht vor. Diese sind zur Überzeugung des Senates mit einer MdE von 20 v. H. für die Zeit vom 01.August 1997 bis zum 31. Dezember 1998 zu bewerten.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bezeichnet den durch die körperlichen, seelischen und geistigen Folgen des Versicherungsfalles bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 SGB VII). Steht die unfallbedingte Leistungseinbuße fest, so ist zu bewerten, wie sie sich im allgemeinen Erwerbsleben auswirkt (BSG, Urteil vom 29. November 1956, Az: 2 RU 121/56, BSGE 4, 147, 149; Urteil vom 27. Juni 2000, Az: B 2 U 14/99 R, SozR 3-2200 § 581 Nr. 7; Urteil vom 02. Mai 2001, Az: B 2 U 24/00 R, SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Dabei sind die medizinischen und sonstigen Erfahrungssätze ebenso zu beachten wie die Gesamtumstände des Einzelfalles (vgl. BSG Urteil vom 02. Mai 2001, SozR 3-2200 § 581 Nr. 8).

Wie weit die Unfallfolgen die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Versicherten beeinträchtigen, beurteilt sich in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Um die MdE einzuschätzen sind die Erfahrungssätze zu beachten, die die Rechtsprechung und das versicherungsrechtliche sowie versicherungsmedizinische Schrifttum herausgearbeitet haben. Auch wenn diese Erfahrungssätze das Gericht im Einzelfall nicht binden, so bilden sie doch die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis (BSG, Urteil vom 26. Juni 1985, Az: 2 RU 60/84, SozR 2200 § 581 Nr. 23; Urteil vom 26. November 1987, Az: 2 RU 22/87, SozR 2200 § 581 Nr. 27; Urteil vom 30. Juni 1998, Az: B 2 U 41/97 R, SozR 3-2200 § 581 Nr. 5; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 56 SGB VII Rn. 10.3). Sie sind in Rententabellen oder Empfehlungen zusammengefasst und bilden die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle Betroffenen nach einheitlichen Kriterien begutachtet und beurteilt werden. Insoweit bilden sie ein geeignetes Hilfsmittel zur Einschätzung der MdE (vgl. BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000, Az: B 2 U 49/99 R, HVBG-INFO 2001, 499, 500 ff.).

Die Erfahrungswerte bei HWS-Distorsionen sind wiedergegeben in Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Berlin 2010, Kapitel 8.3.4.5, Seite 472). Danach bedingt eine HWS-Distorsion II. Grades (nach QTF) eine MdE von 20 v. H. für drei bis sechs Monate. Auch eine HWS-Distorsion III. Grades bedingt lediglich für sechs Monate, die am 01. August bereits abgelaufen waren, 30 v. H., sodann für weitere sechs bis 18 Monate, also bis zum 30. Juni 1998 eine MdE von 20 v. H ... Eine Dauer-MdE in diesem Fall kann 10 bis 20 v. H. betragen. Dem folgend hat Prof. Dr. W die MdE bestimmt, Dr. T hielt sogar für 24 Monate eine MdE von 20 v. H. für gegeben. Dem folgt der Senat zugunsten des Klägers.

Nach alledem ist auf die Berufung des Klägers das Urteil des Sozialgerichts Berlin lediglich für die Zeit bis zum 31. Dezember 1998 zu ändern, im Übrigen ist die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung findet ihre Grundlage in § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keiner der in § 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG genannten Gründe vorliegt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2010-06-24