S 3 U 74/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 74/97
Datum	07.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 80/00
Datum	15.01.2003

3. Instanz

Datum	22.05.2003

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.02.2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1955 geborene KlÃ¤ger erlitt am 11.11.1994 einen Autounfall. Nach seinen Angaben stand sein Fahrzeug, als es von dem ihm nachfolgenden Fahrzeug auf den davor stehenden Wagen geschoben wurde.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.K. vom Kreiskrankenhaus M. , berichtete, der KlÃ¤ger sei am 12.11.1994 gegen 10.3o Uhr im Krankenhaus eingetroffen. Er habe am 11.11.1994 gegen 13.55 Uhr einen Auffahrunfall als angeschnallter Pkw-Fahrer erlitten. Nach dem Unfall habe er sich nach Hause begeben. Jetzt bestÃ¼nden Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der 4. Rippe sowie Bewegungsschmerz der unteren HalswirbelsÃ¤ule, sonst freie Beweglichkeit. Periphere Durchblutung, Motorik und SensibilitÃ¤t seien ohne Befund. Dr.K. stellte die Diagnosen: HWS-Schleudertrauma, Fraktur 2. und 3. Rippe rechts. Bei der Nachuntersuchung am

07.12.1994 klagte der KlÃ¤ger Ã¼ber Schmerzen im unteren Brustbeindrittel und in der HalswirbelsÃ¤ule. Es bestanden eine nur endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS, ein lokaler Druckschmerz, die Nackenmuskulatur war nicht verhÃ¤rtet. RÃ¶ntgenaufnahmen der Rippen ergaben keinen Frakturhinweis. Dr.K. vertrat die Auffassung, es handele sich um eine Thoraxprellung. Bei weiteren Nachuntersuchungen vom 14.12.1994, 28.12.1994 und 27.01.1995 gab der KlÃ¤ger anhaltende Beschwerden an. Er trug auch im Januar 1995 noch hÃ¤ufig die Halskrawatte. Die Beschwerden waren nicht zu objektivieren. ArbeitsfÃ¤higkeit war laut Dr.K. ab 02.01.1995 gegeben.

Der Neurologe und Psychiater Dr.F. fÃ¼hrte im Bericht vom 02.12.1994 aus, der KlÃ¤ger gebe an, einige Stunden nach dem Unfall habe er starke Nackenschmerzen verspÃ¼rt. Diese Schmerzen bestÃ¼nden unverÃ¤ndert fort. Die neurologische Untersuchung habe auÃer einer schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkung des Kopfes keinerlei AusfÃ¤lle gezeigt. Die neurologischen Untersuchungen hÃ¤tten keine Befunde ergeben. Es handele sich um ein HWS-Schleudertrauma ohne Hinweise fÃ¼r eine umschriebene MuskellÃ¤sion oder eine SchÃ¤digung des Myelons. Auch am 10.02.1995 fanden sich keine Hinweise fÃ¼r eine LÃ¤sion.

Der Allgemeinarzt Dr.R. bestÃ¤tigte im Bericht vom 04.03. 1995 ArbeitsunfÃ¤higkeit vom 14.11. bis 30.12.1994, der OrthopÃ¤de Dr.H. bis 28.02.1995. Der Radiologe Dr.H. erklÃ¤rte nach Kernspintomographie der HalswirbelsÃ¤ule vom 10.03. 1995, es finde sich kein pathologischer Befund, insbesondere keine morphologisch fassbaren Traumafolgen.

Beigezogen sind die Unterlagen der AOK Kaufbeuren und der BKK der Bayerischen Staatsbauverwaltung. Daraus ergeben sich ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten wegen Lumboischialgie vom 28.07. bis 21.08.1987 und vom 15.02. bis 05.03.1993.

Der Chirurg Prof.Dr.B. kam im Gutachten vom 18.09.1995 zusammenfassend zu dem Ergebnis, beim KlÃ¤ger bestehe anlagebedingt ein fixierter kyphotischer RundrÃ¼cken der BrustwirbelsÃ¤ule. Durch das Unfallereignis sei es zu einem Beschleunigungstrauma der HalswirbelsÃ¤ule gekommen, Hinweise auf unfallbedingte Verletzungen hÃ¤tten sich aber nicht ergeben. Das Kernspintomogramm zeige ein regelrechtes Signalverhalten des RÃ¼ckenmarks, BandscheibenlÃ¤sionen hÃ¤tten ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Die RÃ¶ntgenaufnahmen vom 12.11.1994, spÃ¤tere Kontrollaufnahmen und die am 17.08.1995 gefertigten RÃ¶ntgenaufnahmen lieÃen knÃ¶cherne SchÃ¤den der cervikalen WirbelsÃ¤ule ausschlieÃen. BehandlungsbedÃ¼rftigkeit und ArbeitsunfÃ¤higkeit hÃ¤tten bis 01.01.1995 bestanden. Die MdE habe ab Feststellung der ArbeitsfÃ¤higkeit 0 v.H. betragen.

Mit Bescheid vom 20.12.1995 erkannte die Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall an, lehnte aber die GewÃ¤hrung einer Rente ab.

Zur BegrÃ¼ndung des Widerspruchs vom 12.01.1996 Ã¼bersandte der KlÃ¤ger ein Attest des Dr.R. vom 26.11.1995, in dem Dr.R. bestÃ¤tigte, der KlÃ¤ger sei in den letzten 15 Jahren nie wegen eines HalswirbelsÃ¤ulenleidens in Behandlung

gewesen. Die Beschwerden seien somit auf den Verkehrsunfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Dr.R. verwies auf eine vorbestehende chronische rezidivierende Intercostalneuralgie bei Kyphoskoliose der BrustwirbelsÃ¤ule. Die dadurch bedingten Beschwerden seien jedoch nicht identisch mit den unfallbedingten Beschwerden. Dr.K. attestierte dem KlÃ¤ger am 15.12.1994 eine MdE um 100 v.H. vom 11.11. 1994 bis 11.12.1994, danach bis 25.12.1994 um 50 v.H. und bis 31.01.1995 um 20 v.H â¦ Der KlÃ¤ger sei derzeit noch arbeitsunfÃ¤hig.

Vom 01.02.1996 bis 29.02.1996 wurde der KlÃ¤ger in der Fachklinik E. stationÃ¤r behandelt. Festgestellt wurde ein chronisches Cervikal- und Thorakalsyndrom bei statodynamischer Dysbalance und Zustand nach HWS-Beschleunigungstrauma am 11.11. 1994. Es bestehe eine weitgehend freie Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule, eine leichte Schmerzangabe bei endgradiger Bewegung. Ein Anhalt fÃ¼r eine BÃ¤nderverletzung im Kopfgelenksbereich sei nicht gegeben. Es hÃ¤tten sich Hinweise fÃ¼r LÃ¤sionen langer Bahnen zu den unteren ExtremitÃ¤ten und zum linken Arm ergeben, dagegen kein Hinweis fÃ¼r eine radikulÃ¤re LÃ¤sion.

Vom 21.05. bis 20.06.1996 befand sich der KlÃ¤ger in der Neurologischen Klinik U. zur stationÃ¤ren Behandlung. Die Diagnosen lauteten: Cervikogener Kopfschmerz infolge HWS-Beschleunigungstrauma, leichte Bandscheibenprotrusion HWK 6/7, beginnendes Sulcus-ulnaris-Syndrom links, leichte motorische Polyneuropathie. Das aktuell angefertigte NMR der HalswirbelsÃ¤ule habe keine BefundÃ¤nderung im Vergleich zur Untersuchung vom MÃ¤rz 1995 und nur diskrete VerÃ¤nderungen ergeben. Im NMR der BrustwirbelsÃ¤ule zeige sich ebenfalls nur eine kleine subligamentÃ¤re Bandscheibenprotrusion zwischen BWK 4/5 und eine ausgeprÃ¤gte Kyphosierung ohne Hinweis fÃ¼r eine Affektion des Myelons. Der KlÃ¤ger habe bereits 1992 einen Auffahrunfall erlitten. Im Hinblick auf die Vorbefunde, insbesondere vom MÃ¤rz und Dezember 1993, sei davon auszugehen, dass bereits vor dem Unfall Anzeichen einer beginnenden Polyneuropathie bestanden hÃ¤tten. Die VerÃ¤nderungen seien nur diskret, so dass ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis eher fragwÃ¼rdig erscheine. Die geklagten ausgeprÃ¤gten Cervikobrachialgien seien durch die erhobenen Befunde nicht ausreichend zu erklÃ¤ren. Es bestÃ¼nden eine ausgeprÃ¤gte Selbstbeobachtung, Verdacht auf Aggravation sowie eine reaktiv depressive Verstimmung.

Ein MRT der BrustwirbelsÃ¤ule vom 05.06.1996 ergab keinen Hinweis fÃ¼r eine Myelomalazie, nur eine kleine Bandscheibenprotrusion bei BWK 4/5 und eine ausgeprÃ¤gte Kyphosierung der BrustwirbelsÃ¤ule. Ferner wurde der Verdacht auf einen Morbus Scheuermann geÃ¤uÃert. Im MRT der HalswirbelsÃ¤ule vom 18.06.1996 zeigten sich leichte degenerative VerÃ¤nderungen im HWK 6/7.

Der Beratungsarzt, der Chirurg Dr.B. , vertrat in der Stellungnahme vom 23.01.1997 die Auffassung, da die Kernspintomographie vom 10.03.1995 keinen pathologischen Befund ergeben habe und auch bei der Begutachtung am 17.08.1995 keine VerÃ¤nderungen fassbar geworden seien, kÃ¶nne man mit genÃ¼gender Sicherheit feststellen, dass es bei dem Unfall zu keiner nachhaltigen Verletzung gekommen sei. Es bestehe ein psychovegetatives Cervikalsyndrom, das wahrscheinlich vor dem Hintergrund einer bereits vorbestehenden Polyneuropathie zur Vorstellung

gebracht worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.02.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck.

Der KlÃ¤ger hat zur BegrÃ¼ndung der Klage vom 05.03.1997 auf ein Attest des Neurochirurgen Dr.M. vom 11.12.1996 verwiesen.

Es sei zu einer Ãberdehnung der BÃ¤nder bei C 4/C 5 gekommen, so dass hier eine GefÃ¼geinstabilitÃ¤t bestehe, die das Cervikalsyndrom verursache. Es werde eine operative Stabilisierung vorgeschlagen.

Am 10.03.1997 erfolgte eine Titanplattenosteosynthese in HÃ¶he C 4/C 5. Am 24.04.1997 wurde mitgeteilt, der KlÃ¤ger sei Ã¼ber das Verschwinden der Beschwerdesymptomatik, die er vor der Operation gehabt habe, sehr glÃ¼cklich. Das Tragen einer Halskrawatte sei nicht mehr erforderlich. Vom 03.04. bis 01.05.1997 wurde der KlÃ¤ger erneut in der Fachklinik E. stationÃ¤r behandelt. Er klagte Ã¼ber bewegungsabhÃ¤ngige Cervikalgien. Die Reklination und Inklination war im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule nur angedeutet mÃ¶glich, die Rotation etwa um die HÃ¤lfte eingeschrÃ¤nkt. Neurologische AusfÃ¤lle lieÃen sich nicht feststellen.

Der Radiologe Dr.V. stellte am 16. und 17.07.1997 im MRT der oberen HalswirbelsÃ¤ule eine Ruptur der Ligamenta alaria fest.

Das SG hat Befundberichte von Dr.M. , Dr.R. und Dr.M. beigezogen, auÃerdem Gutachten und Ã¤rztliche Stellungnahmen aus dem Schwerbehindertenverfahren. Der Neurologe Dr.H. stellte fest, es bestÃ¼nde eine geringe Funktionsbehinderung der HalswirbelsÃ¤ule ohne radikulÃ¤re Symptomatik. Der Neurologe Dr.B. verwies darauf, die geklagten Beschwerden seien keineswegs mit den objektivierbaren Befunden zu erklÃ¤ren. Selbst wenn eine GefÃ¼gestÃ¶rung vorliegen sollte, habe diese zu keinerlei neurologischen AusfÃ¤llen gefÃ¼hrt. Der Chirurg Dr.P. erklÃ¤rte, Dr.M. habe zwar eine mittelgradige FunktionseinschrÃ¤nkung der HalwirbelsÃ¤ule festgestellt, Muskelverspannungen seien aber nicht beschrieben, auch hÃ¤tten sich keine motorischen oder sensiblen AusfÃ¤lle gefunden.

Der Neurochirurg Dr.B. vertrat im Schreiben vom 04.06.1998 die Auffassung, aufgrund einer nachgewiesenen Kapsel-Bandverletzung bestehe die Indikation fÃ¼r eine stabilisierende Operation. In der Schulthess-Klinik ZÃ¼rich wurde geÃ¤uÃert, ein Beweis fÃ¼r die Ursache der Beschwerden liege nicht vor. Immerhin seien sie derart, dass etwas unternommen werden mÃ¼sse. Am 05.11.1998 erfolgte eine Infiltration des Gelenkes C 1/2, am 06.11.1998 eine probatorische Verschraubung und am 13.11.1998 eine definitive Spananlagerung. Vom 27.04. bis 01.06.1999 wurde der KlÃ¤ger im Neurologischen Rehabilitationskrankenhaus Kliniken S. stationÃ¤r behandelt. Es hÃ¤tten nur geringgradige Verbesserungen erzielt werden kÃ¶nnen. Der Versuch, den KlÃ¤ger von der Halskrawatte zu entwÃ¶hnen, sei nur teilweise gelungen. Im Rahmen der Therapien sei es leicht zu Schmerzexacerbationen gekommen.

Der Neurochirurg Dr.G. hat im Gutachten vom 29.10.1999 die Auffassung vertreten, Anamnese und Befunde ergÃ¤ben die klassische Diagnose einer HalswirbelsÃ¤ulendistorsion Grad I bis II nach Erdmann. Es habe ein schmerzfreies Intervall von ein bis zwei Stunden bestanden, Schluckschmerzen seien nicht vorhanden gewesen, eine totale Insuffizienz der Kopfhaltemuskulatur ebenfalls nicht. Es habe sich eine schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule gezeigt, dagegen keine Schmerzen zwischen den SchulterblÃ¤ttern. Neurologische Defizite seien zu keinem Zeitpunkt festzustellen gewesen. Ein eindeutiger Kausalzusammenhang zwischen einer Verletzung der FlÃ¼gelbÃ¤nder und Beschwerden nach HWS-Distorsion sei bis jetzt medizinisch nicht belegt. Im Ãbrigen habe sich die Symptomatik auch nach der zweiten Operation nicht verbessert. Im Gegenteil bestehe jetzt eine nahezu vollstÃ¤ndige BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule, was zumindest bis 1996 nicht der Fall gewesen sei. Es sei daher davon auszugehen, dass beim KlÃ¤ger ein Cervikalsyndrom bestehe, das nicht mehr als unfallbedingt angesehen werden kÃ¶nne. Zu berÃ¼cksichtigen seien die vorbestehende Polyneuropathie und Fehlstellung bei HWK 4/5. Eine psychovegetative Ãberlagerung kÃ¶nne nicht ausgeschlossen werden. Die MdE betrage 0 v.H.

Der KlÃ¤ger hat einen Brief des Chirurgen Dr.K. vom 13.02.1998 Ã¼bersandt, in dem ausgefÃ¼hrt wird, eine Stabilisierung von C 0/C 2 sei nicht indiziert, auch wenn die Beschwerdesymptomatik erheblich sei. Eine Besserung nach Fusion sei fraglich, da die muskulÃ¤re Situation sich eher verschlechtern werde. Dr.B. hat im Attest vom 17.02.1999 darauf hingewiesen, die Operation habe keine wesentliche Besserung erbracht. Dr.M. hat am 14.05.1997, 12.06.1997, 02.03.1998 und 06.03.1998 geÃ¤uÃert, es bestehe der Verdacht, dass das Ligamentum alaria rechts durch den Unfall gerissen sei. Es habe sich um einen schweren Verkehrsunfall gehandelt.

Mit Urteil vom 07.02.2000 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der KlÃ¤ger habe am 11.11.1994 unstreitig eine Beschleunigungsverletzung der HalswirbelsÃ¤ule erlitten. Es habe sich aber nur um eine Distorsion Grad I bis II gehandelt. Der Kausalzusammenhang sei nicht dadurch bewiesen, dass sich die Beschwerden zeitlich nach dem Arbeitsunfall eingestellt hÃ¤tten. Zu berÃ¼cksichtigen seien die vorbestehende Polyneuropathie und eine Knickkyphose. Funktionelle EinschrÃ¤nkungen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, lÃ¤gen unfallbedingt nicht vor. Dr.M. beschreibe im Arztbrief vom 11.12.1996 eine endgradig zwar schmerzhafte, im Ãbrigen jedoch nicht eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule.

Zur BegrÃ¼ndung der Berufung vom 28.02.2000 Ã¼bersandte der KlÃ¤ger einen Bericht der Fachklinik E. Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung vom 08.12. bis 29.12.1999. Der Verlauf sei sehr problematisch gewesen, da bei fast jeder Therapieform die konsequente DurchfÃ¼hrung abgelehnt worden sei. Dr.B. Ã¤uÃerte im Bericht vom 02.02.2000, man mÃ¼sse davon ausgehen, dass trotz der operativen Eingriffe eine mechanisch relevante Stabilisierung bei primÃ¤r nachgewiesener InstabilitÃ¤t der oberen HWS-Segmente noch nicht erreicht worden sei. Es werde daher vorgeschlagen, das Segment C 0/1 zusÃ¤tzlich operativ zu

immobilisieren.

Der auf Antrag des KlÃ¤gers gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤de Dr.O. fÃ¼hrte im Gutachten vom 05.03.2001 aus, eine strukturelle Verletzung, die mit bildgebenden Verfahren sichtbar gemacht werden kÃ¶nnte, kÃ¶nne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Diese fehlende objektive Nachweisbarkeit gelte jedoch auch schon fÃ¼r die unmittelbar dem Unfall folgende Zeit, in der aber alle Ãrzte ohne den geringsten Zweifel eine unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit angenommen hÃ¤tten. Eine ausgeprÃ¤gte chronifizierte Schmerzkrankheit mit mittleren bis schweren neuropsychologischen FunktionsausfÃ¤llen sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die von Prof.Dr.B. angefÃ¼hrte unfallunabhÃ¤ngige Vorerkrankung im Sinne einer Kyphose sei nicht in der Lage, derartige Beschwerden, wie sie beim KlÃ¤ger bestÃ¼nden, hervorzurufen. AuÃerdem habe der KlÃ¤ger diese WirbelsÃ¤ulenform schon seit Jahren gehabt, ohne unter Beschwerden zu leiden. Die zweimalige ArbeitsunfÃ¤higkeit wegen LendenwirbelsÃ¤ulenbeschwerden habe keine Bedeutung im Sinne einer konkurrierenden KausalitÃ¤t. Wenn Dr.G. von einer psychovegetativen Ãberlagerung spreche, so sei ihm entgegenzuhalten, dass er diesen Befund nicht geklÃ¤rt habe. UnfallunabhÃ¤ngige Ursachen fÃ¼r die nunmehr eindeutig vorhandene Schmerzkrankheit mit mittleren bis schweren neuropsychologischen FunktionsausfÃ¤llen hÃ¤tten nicht aktenkundig gemacht werden kÃ¶nnen. Nach Beenden der ArbeitsunfÃ¤higkeit am 31.12.1994 sei eine MdE von 40 v.H. verblieben. 1995 seien ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten vom 23.02. bis 28.02., vom 16.05. bis 26.05., vom 19.06 bis 23.06. und vom 17.10. bis 27.10. eingetreten. 1996 seien die Behandlung in der Fachklinik E. erfolgt sowie Krankschreibungen und der Versuch einer Wiedereingliederung bis zum 31.08.1996. FÃ¼r diese Zeit sei eine 100 %ige MdE anzunehmen. Bis zum Beenden der BerufstÃ¤tigkeit, d.h. dem letzten Arbeitstag am 07.03.1997, sei eine MdE von 80 v.H., ab da 100 v.H. anzunehmen.

Der Diplompsychologe Dr.V. Ã¤uÃerte im Gutachten vom 04.01. 2001, beim KlÃ¤ger lÃ¤gen mittelschwere bis schwere neuropsychologische BeeintrÃ¤chtigungen vor. Eine allgemeine Aggravationsneigung sei unwahrscheinlich. Hinsichtlich der Verursachung der neuropsychologischen Defizite kÃ¶nne ein Zusammenhang mit dem HWS-Schleudertrauma als wahrscheinlich angesehen werden. Folgen des zweiten HWS-Schleudertraumas von 1996 oder Interaktionen mit dem ersten Trauma kÃ¶nnten nicht vollstÃ¤ndig separiert werden. Eine Verschlimmerung der Symptomatik sei aufgrund der Aktenlage nicht sicher auszuschlieÃen.

Der vom Senat zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Neurologe und Psychiater Dr.K. kam im Gutachten vom 20.11.2001 zusammenfassend zu dem Ergebnis, klinisch-neurologische AusfÃ¤lle hÃ¤tten beim KlÃ¤ger nie vorgelegen. AuffÃ¤llig sei, dass der KlÃ¤ger die HalswirbelsÃ¤ule auch nach Ablegen der Halskrawatte nicht aktiv bewegt habe, bei dem Versuch, sie passiv zu bewegen, aber sofort heftigen aktiven Widerstand entgegengesetzt habe. Am 11.11.1994 sei es lediglich zu einer leichten Distorsionsverletzung der HalswirbelsÃ¤ule

gekommen. Eine Verletzung diskoligamentÃ¤rer Strukturen sei auszuschlieÃen. Denn eine Verletzung des Bandapparates gehe ebenso wie eine LÃ¤sion der FlÃ¼gelbÃ¤nder obligat mit einer klinischen Sofortsymptomatik einher und sei mit einem symptomfreien Intervall, wie es der KlÃ¤ger stets geschildert habe, nicht zu vereinbaren. Im Ãbrigen seien derartige Komplikationen in den ersten Jahren nach dem Unfall von keinem Untersucher festgestellt worden. Wenn eine ligamentÃ¤re Verletzung stattgefunden hÃ¤tte, hÃ¤tte zumindest die Kernspintomographie vom 18.06.1996 SekundÃ¤rerscheinungen sichtbar machen mÃ¼ssen. Beim KlÃ¤ger liege eine sehr lange subjektive Beschwerdesymptomatik vor, die nur bedingt durch objektive Befunde erklÃ¤rbar sei. Bis zur Untersuchung durch Dr.M. hÃ¤tten nur objektive Befunde vorgelegen, die eine traumatisch bedingte InstabilitÃ¤t mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschlieÃen wÃ¼rden. Die von Dr.M. festgestellte InstabilitÃ¤t kÃ¶nne nicht mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden, ebenso wenig die Entscheidung zu den Operationen. Die von Dr.V. Ã¼bermittelten Befunde, die er in unzulÃ¤ssiger Weise interpretiere, wÃ¼rden einer kritischen ÃberprÃ¼fung nicht standhalten. Der Stellenwert der Kernspintomographie, die an sich ein hoch sensibles Verfahren darstelle, sei bei der Distorsionsverletzung der HalswirbelsÃ¤ule noch nicht ausreichend definiert. LeistungseinbuÃen bei einer neuropsychologischen Testuntersuchung kÃ¶nnten eine HirnlÃ¤sion nicht beweisen. Sie seien stark von der Kooperation des Untersuchten abhÃ¤ngig, von der Stimmungslage, der Tageszeit und den sonstigen psychischen Befindlichkeiten. Aus psychiatrischer Sicht habe sich kein als krankhaft zu bewertender Befund gezeigt. Der KlÃ¤ger sei lediglich auf die KausalitÃ¤t seiner Beschwerden mit dem Unfallereignis fixiert. Neurologische Folgen des Unfalles vom 11.11.1994 lÃ¤gen nicht vor, insofern sei eine MdE nicht zu begrÃ¼nden.

Der vom SG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤de Dr.F. hat im Gutachten vom 26.11.2001 zusammenfassend ausgefÃ¼hrt, da an der HalswirbelsÃ¤ule immerhin vier Bewegungssegmente noch erhalten und auch die Wirbelgelenke nur vereinzelt verschleiÃgeschÃ¤digt seien, erklÃ¤re sich die vom KlÃ¤ger gezeigte komplette Versteifung nicht ausreichend. Ein schmerzfreies Intervall von 1 1/2 Stunden, wie es der KlÃ¤ger schildere, sei mit einer Zerrung der HalswirbelsÃ¤ule des Schweregrades 1 zu vereinbaren, obwohl in der neueren medizinischen Literatur ein schmerzfreies Intervall grundsÃ¤tzlich als verletzungsatypisch bezeichnet werde. Im Ãbrigen habe der KlÃ¤ger die Fahrt nach Hause fortsetzen kÃ¶nnen. Auch dies spreche gegen ein schwereres Unfallereignis. Es seien keine Schluckschmerzen beschrieben, keine Haltungsinsuffizienz, kein steifer Hals, keine Schmerzen zwischen den SchulterblÃ¤ttern und keine primÃ¤ren ParÃ¤sthesien. Die HalswirbelsÃ¤ule sei trotz Bewegungsschmerzhaftigkeit frei beweglich gewesen. Die RÃ¶ntgenaufnahmen des Durchgangsarztes zeigten eine Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule in Form einer Kyphose, auÃerdem degenerative VerÃ¤nderungen, die also schon am Unfalltag bestanden hÃ¤tten. Die Fehlhaltung kÃ¶nne nicht als spezifisches Verletzungszeichen aufgefasst werden, da sie auch ohne Ã¤uÃere EinflÃ¼sse auÃerordentlich hÃ¤ufig vorliege. Auch am 17.12.1994 sei nur eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule gefunden worden. Die Nackenmuskulatur sei nicht verhÃ¤rtet gewesen. Noch am 28.12.1994 habe freie Beweglichkeit bestanden. Erstmals im Bericht vom 27.01.1995 werde ein

Crescendoeffekt beschrieben. Klinisch seien die Beschwerden allerdings nicht zu objektivieren gewesen. Neurologisch, szintigraphisch und durch ein CT des SchÃ¤dels hÃ¤tten morphologische StrukturverÃ¤nderungen ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Auch im Februar 1995 sei die HalswirbelsÃ¤ule von Dr.H. als frei beweglich beschrieben worden. Die Kernspintomographie vom 10.03. 1995 habe keinen pathologischen Befund erbracht. Die bei den kernspintomographischen Untersuchungen vom 05.06.1996 und 18.06.1996 festgestellten Protrusionen seien im Alter des KlÃ¤gers nicht als eindeutiger pathologischer Befund zu identifizieren, zumal diese Diagnose erst in erheblichem zeitlichen Abstand zum Unfallgeschehen gestellt worden sei. Die Kernspintomographie vom 17.07.1997 interpretiere Dr.V. dahin, dass eine Traumatisierung der Kopfgelenke festzustellen sei. Es sei jedoch nicht nachvollziehbar, dass eine derartige Verletzung mit der anfÃ¤nglich geringfÃ¼gigen Symptomatik, einer sich rasch einstellenden freien Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule und einem spÃ¤teren Crescendoeffekt zu vereinbaren wÃ¤re. Leider sei aus dieser Diagnose die Indikation zu mehrfachen operativen Behandlungen abgeleitet worden, mit dem bekannten ungÃ¼nstigen Resultat. Aufgrund des eindeutigen klinischen Verlaufs und der in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen durchgefÃ¼hrten technischen Untersuchungen sei eine Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule des Schweregrades 1 als Unfallfolge gegeben. Distorsionen des Schweregrades 1 heilten innerhalb weniger Wochen folgenlos aus. Eine unfallbedingte messbare MdE sei weder auf neurologischem noch orthopÃ¤dischem Gebiet gegeben.

Der KlÃ¤ger erklÃ¤rte im Schriftsatz vom 17.01.2002, die Folgen fehlerhaften Ã¤rztlichen Handelns â□□ die nach Auffassung von Dr.G. , Dr.K. und Dr.F. nicht indizierten Operationen â□□ seien mittelbare Unfallfolgen. Es werde beantragt, Dr.K. und Dr.F. zur ErlÃ¤uterung ihrer Gutachten vorzuladen.

Die Beklagte wies im Schreiben vom 06.02.2002 darauf hin, dass nach dem 01.01.1995 Unfallfolgen nicht mehr vorgelegen hÃ¤tten, so dass spÃ¤tere Behandlungen nicht mehr in Unfallzusammenhang zu sehen sein.

In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 22.04.2002 erklÃ¤rte Dr.O. , eine falsche Behandlung des Schleudertraumas kÃ¶nne es nicht geben, da entsprechende Therapiempfehlungen fehlten. Die von Erdmann 1973 vorgeschlagene und teilweise auch aktuell noch verwandte Klassifikation habe die Probleme nicht lÃ¶sen kÃ¶nnen. Aus der primÃ¤ren Bezeichnung des Schweregrades eines Schleudertraumas, egal nach welchem Schema, resultiere keine bestimmte Beschwerdeentwicklung. Wichtig seien die Befunde bei den Nachuntersuchungen, die als Bindeglied zwischen Unfall und spÃ¤teren Beschwerden dienten. Die AusfÃ¼hrungen Dr.F. zu den regelhaft harmlosen Verletzungsmustern und gÃ¼nstigen posttraumatischen VerlÃ¤ufen seien zutreffend. Es seien aber auch gravierende AusnahmeverlÃ¤ufe zu beklagen. Dr.F. nehme an, nach 7 Wochen habe keine ArbeitsunfÃ¤higkeit mehr bestanden, d.h. also nach 35 Tagen, ab dem 17.12.1994; ArbeitsunfÃ¤higkeit sei aber bestÃ¤tigt bis 31.12.1994.

Im Befundbericht vom 28.07.2002 berichtete der Allgemeinmediziner Dr.R. , der KlÃ¤ger sei wegen eines Traumas vom 10.08.1996 zunÃ¤chst bis 14.08.1996 im

Kreiskrankenhaus M. behandelt worden. Es sei eine Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule festgestellt worden. Dadurch sei es zu einer Verschlechterung der vorbestehenden HWS-Beschwerden gekommen.

In der ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 12.08.2002 erklÃ¤rte Dr.K. , die entscheidende Frage der KausalitÃ¤t werde von Dr.O. nicht berÃ¼hrt. Er gehe nicht auf das primÃ¤re Verletzungssubstrat ein, auf die initiale Beschwerdefreiheit und die objektiven Befunde. Eine Schmerzkrankheit im Unfallzusammenhang sei nur dann gegeben, wenn der Unfall zu einer schwerwiegenden SchÃ¤digung der HalswirbelsÃ¤ule gefÃ¼hrt hÃ¤tte. Dies sei aber nach allen vorliegenden Unterlagen nicht der Fall. Zu einer Ausweitung der Schmerzkrankheit sei es offensichtlich durch die beiden Operationen, die nicht im Unfallzusammenhang zu sehen seien, gekommen. Die von Dr.O. festgestellten neuropsychologischen FunktionsstÃ¶rungen seien im Unfallzusammenhang nicht erklÃ¤rbar. Es bestÃ¼nden keine begrÃ¼ndeten Zweifel daran, dass die Beschwerden auch im Rahmen der Begutachtung aggraviert wÃ¼rden. Das heiÃ□t, dass bei einem durchaus nicht zu leugnenden organischen Kern eine zielgerichtete und nicht unbewusste Ã□bertreibung der subjektiven Symptomatik vorliege. Jedenfalls sei eine schwerwiegende Verletzung der HalswirbelsÃ¤ule, die in der Lage wÃ¤re, ein andauerndes Beschwerdebild zu erklÃ¤ren und zu den Operationen zu fÃ¼hren, definitiv auszuschlieÃ□en.

Der KlÃ¤ger hat hierzu im Schreiben vom 19.09.2002 eingewandt, das Gutachten Dr.K. sei nicht verwertbar. Hilfsweise hat er beantragt, Dr.K. zur ErlÃ¤uterung seines Gutachtens zu laden. Weiter hat er beantragt, Dr.F. um Stellungnahme zum Gutachten des Dr.O. sowie um Beantwortung der im Schreiben vom 17.01.2002 gestellten Fragen zu bitten.

Er Ã¼bersandte Unterlagen des Landgerichts Kempten zum Rechtsstreit des KlÃ¤gers gegen die G.-Versicherungs AG. Bei der Einvernahme als Zeuge erklÃ¤rte Dr.H. , wegen HalswirbelsÃ¤ulenbeschwerden sei der KlÃ¤ger erstmals am 06.02.1995 behandelt worden. Er habe bei der Untersuchung an diesem Tag einen Muskelhartspann festgestellt bei ansonsten freier Bewegung der HalswirbelsÃ¤ule. Bis zum Ende des Jahres 1995 habe sich keine Verschlechterung ergeben, aber auch keine befriedigende Verbesserung. Die HalswirbelsÃ¤ule sei schon 1993 gerÃ¶ntgt worden; sie sei endgradig bewegungseingeschrÃ¤nkt gewesen, und es habe ein mÃ¤Ã□iger Hartspann bestanden. Es treffe zu, dass dieser Befund kein anderer sei als 1995. 1995 seien aber noch die subjektiven Beschwerden hinzugekommen. Dr.R. gab als Zeuge an, vor dem Unfall sei der KlÃ¤ger nicht wegen HWS-Beschwerden behandelt worden. Die HWS-Problematik habe sich nach der weiteren Verletzung vom 10.08.1996 zeitweise verschlechtert.

Der KlÃ¤ger stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 07.02.2000 aufzuheben und die Beklagte unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 20.12.1995 in Gestalt des Widerspuchsbescheides vom 05.02.1997 zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des KlÃ¤gers zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, sachlich aber nicht begrÃ¼ndet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und Ã¼ber einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wÃ¤re (Â§Â§ 212, 214 Abs.3 SGB 7 i.V.m. Â§ 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemÃ¤Ã Â§ 548 Abs.1 RVO einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den Â§Â§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten versicherten TÃ¤tigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein Ã¤uÃeres Ereignis, d.h. einen von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den KÃ¶rperschaden verursacht hat (vgl. BSGE 23, 139, 141). Das Ã¤uÃere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit rechtlich wesentlich zusammenhÃ¤ngen. Dabei bedÃ¼rfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie mÃ¼ssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl.BSGE 45, 285). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit als der ursÃ¤chliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten TÃ¤tigkeit zuzurechnenden und zum Unfall fÃ¼hrenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t zwischen dem Arbeitsunfall und der maÃgebenden Verletzung stehen muss (vgl. Krasney, VSSR 1993 81, 114).

Der Arbeitsunfall des KlÃ¤gers vom 11.11.1994 hat Ã¼ber den 31.12.1994 hinaus keine bleibenden GesundheitsstÃ¶rungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen wÃ¼rden, zurÃ¼ckgelassen. Dies ergibt sich zur Ãberzeugung des Senats aus den schlÃ¼ssigen Gutachten der Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen Dr.F. , Dr.K. und Dr.G. sowie aus dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Prof.Dr.B. und der Stellungnahme des Dr.B. , die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Unstreitig hat der KlÃ¤ger am 11.11.1994 einen Arbeitsunfall erlitten. Ebenso ist ArbeitsunfÃ¤higkeit bis zum 31.12.1994 unstreitig. Wie Dr.F. erlÃ¤utert hat, ist bei einer HalswirbelsÃ¤ulendistorsion, wie sie der KlÃ¤ger erlitten hat, von einer ArbeitsunfÃ¤higkeit von 6 bis 7 Wochen auszugehen. Der Zeitraum vom 11.11.1994 bis 31.12.1994 betrÃ¤gt 7 Wochen und einen Tag. Auch Dr.G. ist bei seiner EinschÃ¤tzung der ArbeitsunfÃ¤higkeitszeit nur unwesentlich von den EinschÃ¤tzungen der anderen Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen abgewichen, wenn er eine sechswÃ¶chige ArbeitsunfÃ¤higkeitszeit fÃ¼r gegeben hielt. Nicht Ã¼berzeugen kÃ¶nnen insofern die AusfÃ¼hrungen von Dr.O. , eine siebenwÃ¶chige ArbeitsunfÃ¤higkeitszeit wÃ¼rde nur 35 Tage, also nur bis zum

17.12.1994 gedauert haben; zu Recht haben die anderen SachverstÃ¤ndigen die ArbeitsunfÃ¤higkeit nach Kalenderwochen berechnet. Ãber den 31.12.1994 hinaus waren aber keine Unfallfolgen gegeben.

Der KlÃ¤ger hat am 11.11.1994 eine Halswirbeldistorsion des Grades 1 erlitten. Das medizinische Schrifttum ist bemÃ¼ht, die HalswirbelsÃ¤ulenverletzungen nach Schweregraden zu klassifizieren. Die zuerst von Erdmann beschriebene Gliederung in drei Stufen vermeidet Ãberschneidungen, die bei einer stÃ¤rkeren Differenzierung auftreten (vgl. Schoenberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S.514). Bei den leichten FÃ¤llen des Schweregrades 1 sind die BÃ¤nder und Teile des Kapselbandapparates lediglich gezerrt oder gedehnt, haben aber im Ãbrigen ihren mechanischen Zusammenhalt im Wesentlichen behalten. In den schweren FÃ¤llen sind die BÃ¤nder vollkommen durchgerissen und die Gelenkskapseln gesprengt, der mechanische Zusammenhalt des passiven Halteapparates ist total liquidiert. Dazwischen schieben sich die mittelschweren FÃ¤lle mit mikrostrukturellen WeichteillÃ¤sionen, einer hieraus resultierenden HÃ¤matombildung mit eventueller temporÃ¤rer Raumforderung (vgl. Schoenberger- Mehrtens-Valentin a.a.O.).

Wie Dr.F. in Ãbereinstimmung mit der herrschenden medizinischen Lehrmeinung ausgefÃ¼hrt hat, ist ein schmerzfreies Intervall von eineinhalb Stunden â teilweise hat der KlÃ¤ger auch mehrere Stunden angegeben â nur mit einer Zerrung der HalswirbelsÃ¤ule des Schweregrades 1 bis hÃ¶chstens 2 zu vereinbaren. In der neueren Literatur wird ein schmerzfreies Intervall sogar als verletzungsatypisch bezeichnet. Im Hinblick auf die Erstsymptomatik, die von Dr.K. am 12.11.1994 erhoben wurde, sind keine Zeichen einer Distorsion, die den Schweregrad 1 Ã¼berschreiten wÃ¼rde, gegeben. Der KlÃ¤ger gab keine Schluckbeschwerden an, keine Haltungsinsuffizienz, keinen steifen Hals, keine Schmerzen zwischen den SchulterblÃ¤ttern und keine primÃ¤ren ParÃ¤sthesien. Die HalswirbelsÃ¤ule war trotz Bewegungsschmerzhaftigkeit frei beweglich. Zudem konnte der KlÃ¤ger, wie er selbst angegeben hat, nach dem Unfall im eigenen Wagen die Fahrt nach Hause fortsetzen und suchte erst am nÃ¤chsten Tag gegen 10.3o Uhr das Kreiskrankenhaus M. auf.

AuffÃ¤llig ist, worauf Dr.F. ebenso wie Dr.K. und Dr.G. hinweist, der weitere Verlauf der Verletzungsfolgen, der zeigt, dass sich zunÃ¤chst keine Leidensverschlimmerung einstellte. Der behandelnde Arzt Dr.H. hat als Zeuge vor dem Landgericht Kempten bestÃ¤tigt, dass die Beschwerden zumindest bis Ende 1995 gleichblieben. Ein Crescendoeffekt hat, wie Dr.F. erlÃ¤utert, danach begonnen. In diesem Zusammenhang ist auch daran zu erinnern, dass bereits in der Neurologischen Klinik U. im Rahmen des Heilverfahrens vom 21.05. bis 20.06. 1996 Aggravationstendenzen auffielen.

Im Hinblick darauf, dass neurologisch, szintigraphisch und durch CT s des SchÃ¤dels morphologische StrukturverÃ¤nderungen ausgeschlossen werden konnten und neurologische Unfallfolgen niemals festgestellt wurden, kÃ¶nnen wesentliche Unfallfolgen nicht wahrscheinlich gemacht werden. Die von Dr.M. und Dr.V. diagnostizierte Traumatisierung der Kopfgelenke ist mit der zunÃ¤chst bestehenden

geringfÃ¼gigen Symptomatik, der festgestellten freien Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule und dem spÃ¤teren Crescendoeffekt nicht zu vereinbaren.

Insofern kann die Beurteilung durch Dr.O. nicht Ã¼berzeugen. Die von ihm vermuteten neuropsychologischen Befunde sind nicht unfallabhÃ¤ngig. LeistungseinbuÃen bei einer neuropsychologischen Testuntersuchung sind nicht in der Lage, eine HirnlÃ¤sion zu beweisen. Sie sind, wie Dr.K. betont, stark von der Kooperation des Untersuchten abhÃ¤ngig. Wenn die neuropsychologischen Befunde, wie sie Dr.O. unterstellt, tatsÃ¤chlich vorlÃ¤gen, so hÃ¤tte es durch den Unfall vom 11.11.1994 zu einer HirnlÃ¤sion kommen mÃ¼ssen, die aber nach allen Ã¼bermittelten Befunden mit Sicherheit nicht eingetreten ist. Die von Dr.O. diagnostizierte chronifizierte Schmerzkrankheit wÃ¤re, so Dr.K. , nur dann im Unfallzusammenhang zu sehen, wenn der Unfall zu einer schwerwiegenden SchÃ¤digung der HalswirbelsÃ¤ule gefÃ¼hrt hÃ¤tte. Dies ist aber nach den vorliegenden Befunden ebenfalls nicht der Fall, insbesondere nicht unter BerÃ¼cksichtigung der Initialbefunde und der neurologischen Untersuchungsbefunde. Zu einer Ausweitung der Schmerzkrankheit ist es offensichtlich durch die beiden Operationen gekommen. Es handelt sich hierbei nicht um mittelbare Unfallfolgen, da, wie Dr.F. , Dr.K. , Dr.G. und Prof.Dr.B. sowie Dr. B. Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt haben, Unfallfolgen nach dem 31.12.1994 nicht mehr gegeben waren. Zu Recht weist das Bundessozialgericht (vgl. BSG vom 05.08.1993, SozSich 1995, 35 f.) auf das Erfordernis der wesentlich sachlichen oder kausalen VerknÃ¼pfung zwischen dem Arbeitsunfall und dem Zweck eines zur GesundheitsstÃ¶rung fÃ¼hrenden Ã¤rztlichen Eingriffs hin. Dieser Zweck ergibt sich aus der Handlungstendenz des Arztes und den sie bestÃ¤tigenden objektiven UmstÃ¤nden des Falles (vgl. BSG a.a.O.). Da Dr.M. , der die operative Stabilisierung vorgeschlagen hat, aber weder einen Durchgangsarzt einschaltete noch die Beklagte Ã¼ber die von ihm vorgesehene Behandlung informierte, fehlt es an jeglichen, eine etwaige auf Unfallfolgen bezogene Handlungstendenz objektivierenden UmstÃ¤nden. Daher kommt ein mÃ¶glicher Kunstfehler oder eine Ã¼berhaupt verfehlte Behandlung nicht als mittelbare Unfallfolge in Betracht.

Im Hinblick auf die vorliegenden Ã¼berzeugenden Ã¤rztlichen Feststellungen, insbesondere von Dr.F. , Dr.K. und Dr.G. , sind weitere Ermittlungen nicht mehr erforderlich. Die vom KlÃ¤ger angeregte ergÃ¤nzende Befragung der SachverstÃ¤ndigen ist nicht geboten. Auf die Folgen der ihrer Meinung nach nicht indizierten Operationen kommt es hier nicht an, da die Operationen und der durch sie eingetretene Gesundheitszustand weder unmittelbare noch mittelbare Unfallfolgen sind. Ob die Operationen indiziert waren oder nicht und welche MdE durch die Operationen eingetreten ist, ist ebenfalls nicht von entscheidungserheblicher Bedeutung, wenn man berÃ¼cksichtigt, dass Unfallfolgen nach dem 31.12.1994 nicht mehr festzustellen waren. Zum Gutachten von Dr.O. haben sowohl Dr.F. als auch Dr.K. bereits Stellung genommen. Dass sie eine Ãnderung der Gradeinteilungen nach Erdmann nicht fÃ¼r erforderlich halten, geht aus ihren Gutachten klar hervor. Was die in den Gutachten zitierte Fachliteratur betrifft, so sind nÃ¤here Angaben nicht erforderlich. Die Frage, ob in der Fachliteratur AusfÃ¼hrungen vorliegen, dass 20 % der Unfallopfer auch nach leichten HWS-Distorsionen Ã¼ber langwierigen Beschwerden klagen, ist fÃ¼r den

vorliegenden Fall, in dem es um die konkreten Unfallfolgen des KlÃ¤gers geht, nicht entscheidungserheblich.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 03.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024