S 11 RA 41/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Rentenversicherung
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 RA 41/97
Datum	13.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 RA 121/99
Datum	09.11.2000

3. Instanz

Datum	30.10.2001

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 13. April 1999 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist die GewÃ¤hrung von Rente wegen ErwerbsunfÃ¤higkeit, hilfsweise wegen BerufsunfÃ¤higkeit, "nach MaÃgabe der gesetzlichen Vorschriften" (Rentenantrag vom 08.02.1993).

Die am 1971 geborene KlÃ¤gerin stand mit kÃ¼rzeren Unterbrechungen vom 01.08.1987 bis 10.03.1992 im Erwerbsleben, neun Monate als Friseuse (Auszubildende), dann als Schwesterhelferin und "Krankenschwester". Nach ihren ausdrÃ¼cklichen Angaben (im Formularbogen B zum Rentenantrag) hat sie von 1989 bis 1991 eine Ausbildung als Krankenschwester durchlaufen und mit PrÃ¼fung abgeschlossen. Danach war sie rund drei Monate als "Nachtwache" bei der Dr.L. Einrichtung (BehindertenwerkstÃ¤tte) bis zur ArbeitsunfÃ¤higkeit ab 29.01.1992 tÃ¤tig (Lohnfortzahlung bis 10.03.1992).

Sie hatte am 14.12.1990 einen Arbeitswegeunfall erlitten und stand deswegen wiederholt in stationÃ¤rer Behandlung. Nach Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit vom 14.12.1990 bis 13.01.1991, 07. bis 28.09.1991 und 23. bis 30.10.1991 war sie wieder seit 29.01.1992 (zunÃ¤chst wegen Schwangerschaft) arbeitsunfÃ¤hig und bezog dann zu Lasten des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbands (GUVV) Verletztengeld vom 09.10.1992 bis 31.07. 1995 (14.878,83 DM vom 11.03. bis 31.12.1992 und 3.161,40 DM fÃ¼r Januar/Februar 1993). Anerkannt als Unfallfolgen bei einer MdE um 30 v.H. wurden "Schleudertrauma der HalswirbelsÃ¤ule mit nachfolgender Segmentlockerung im Bereich der HalswirbelkÃ¶rper 4/5 und anschlieÃ□ender Spondylodese und Durchtrennung des Nervus occipitalis rechts; SchÃ¤delprellung; stumpfes Bauchtrauma mit Bauchdeckenerguss; Prellung beider Kniegelenke; BlutungsstÃ¶rungen im Bereich der GebÃ¤rmutter" (Bescheid des GUVV vom 25.07.1996 zur UnfallrentengewÃ¤hrung ab 14.01.1991).

Am 08.02.1993 stellte die KlÃ¤gerin bei der Beklagten Antrag auf Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit. Ohne Einholung eines Ã¤rztlichen Gutachtens plante die Beklagte zunÃ¤chst, befristete Rente wegen einer von Januar 1992 bis voraussichtlich Januar 1994 dauernden ErwerbsunfÃ¤higkeit zu gewÃ¤hren (rund 1.035,00 DM monatlich ab 01.01.1993 ohne BerÃ¼cksichtigung von Verletztengeld und Verletztenrente laut Probeberechnung), sah aber davon bereits deswegen ab, weil wegen Zahlung von Verletztengeld kein Rentenanspruch bestehe (Aktenvermerk vom 27.09.1993). Nach Beiziehung Ã¤rztlicher Unterlagen, darunter auch Berichte fÃ¼r den GUVV und der Abschlussbericht Ã¼ber die vom 01.12.1992 bis 09.02.1993 durchgefÃ¼hrte medizinische RehabilitationsmaÃ□nahme in der Klinik B. , holte die Beklagte die Gutachten des Dr.S. , Chirurg und Unfallchirurg sowie Sozialmediziner, vom 21.09.1995 und der Dr.K. , Ã□rztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, vom 13.10.1995 ein.

Dr.S. diagnostizierte halswirbelsÃ¤ulenabhÃ¤ngige Beschwerden bei geringer GefÃ¼gelockerung HWK 3/4, Zustand nach operativer Verblockung des 4. und 5. HalswirbelkÃ¶rpers wegen GefÃ¼gelockerung (Mai 1993) und lendenwirbelsÃ¤ulenabhÃ¤ngige Beschwerden bei leichter WirbelsÃ¤ulenfehlhaltung. Er war der Ansicht, das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin werde durch wirbelsÃ¤ulenabhÃ¤ngige Beschwerden vermindert. Sie kÃ¶nne aber vollschichtig mittelschwere und gelegentlich schwere kÃ¶rperliche TÃ¤tigkeiten, auch als Krankenschwester, verrichten. Dr.K. diagnostizierte Zustand nach Spondylodese HWK 4/5, Zustand nach Durchtrennung des Nervus occipitalis major rechts und anhaltendes HWS-Syndrom. Bei der Untersuchung hÃ¤tten sich eine schmerzhaft fixierte HalswirbelsÃ¤ule und eine diffuse leichte Kraftminderung gefunden. Sensomotorische StÃ¶rungen habe die KlÃ¤gerin umschrieben, aber radikulÃ¤re AusfÃ¤lle und manifeste StÃ¶rungen des Myelons seien nicht nachweisbar gewesen; subjektiv bestÃ¼nden leichtere vegetative BeeintrÃ¤chtigungen mit SchwindelgefÃ¼hl und erschwerter Miktio. Die KlÃ¤gerin sei in ihrem bisherigen Beruf als Krankenschwester im Stationsdienst nur noch wenige Stunden einsetzbar. TÃ¤tigkeiten im Wechselrhythmus ohne Beanspruchung der kÃ¶rperlichen Belastbarkeit und ohne Zwangshaltung kÃ¶nne sie noch vollschichtig durchfÃ¼hren, z.B. sei es denkbar, dass sie mit entsprechender

Weiterbildung als Unterrichtsschwester oder in aufsichtsfÃ¼hrenden Positionen tÃ¤tig werde.

Mit streitgegenstÃ¤ndlichem Bescheid vom 02.11.1995 lehnte die Beklagte die GewÃ¤hrung einer Rente ab, weil die KlÃ¤gerin trotz ihrer GesundheitsstÃ¶rungen noch in der Lage sei, in der zumutbaren BeschÃ¤ftigung als Mitarbeiterin in Ã¶ffentlichen Blutzentralen, GesundheitsÃ¤mtern, vertrauensÃ¤rztlichen Dienststellen, technischen Untersuchungsstellen und im Labor vollschichtig tÃ¤tig zu sein.

Mit dem hiergegen erhobenen Widerspruch machte die KlÃ¤gerin geltend, sie kÃ¶nne nicht mehr in ihrem Beruf als Krankenschwester arbeiten, da entsprechende Arbeitsversuche negativ verlaufen seien, und behauptete, auch nur auf Kosten ihrer Gesundheit in den genannten Verweisungsberufen tÃ¤tig sein zu kÃ¶nnen. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Rechtsbehelf mit Widerspruchsbescheid vom 17.01.1997 zurÃ¼ck.

Im anschlieÃenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Regensburg wurden Ã¤rztliche Befundberichte beigezogen und wurde Dr.M. mit der Erstellung eines Gutachtens nach vorheriger Untersuchung der KlÃ¤gerin beauftragt. In dem "Sitzungsgutachten" vom 17.02.1998 vertrat der SachverstÃ¤ndige die Auffassung, der KlÃ¤gerin sei eine regelmÃ¤Ãige Arbeitsleistung leichter kÃ¶rperlicher Art, ohne schweres Heben und Tragen und ohne Zwangshaltung, noch vollschichtig mÃ¶glich und zumutbar. Als Krankenschwester im Stationsdienst sei sie nicht mehr einsetzbar; es gebe aber im Krankenpflegebereich auch TÃ¤tigkeiten, wie in Sanatorien, deren Anforderungen sie gewachsen sei. Diese Beurteilung gelte ab Antragstellung vom 08.02.1993.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beauftragte das Sozialgericht den die KlÃ¤gerin behandelnden Unfallchirurgen Dr.H. mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens. Dieser untersuchte die KlÃ¤gerin ebenfalls â RÃ¶ntgenaufnahmen konnten wegen einer Schwangerschaft der KlÃ¤gerin im fÃ¼nften Monat nicht gefertigt werden â und vertrat in seinem Gutachten vom 26.10.1998 die Auffassung, die KlÃ¤gerin sei als Krankenschwester nicht mehr einsetzbar und kÃ¶nne auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine regelmÃ¤Ãige Arbeitsleistung von tÃ¤glich zwei bis drei Stunden erbringen. Sie sei den Anforderungen eines gleichartigen Berufs nicht gewachsen. TÃ¤tigkeiten, welche eine besondere KonzentrationsfÃ¤higkeit und Nervenkraft, insofern auch eine Ã¼berdurchschnittliche Leistungsbereitschaft, erforderten, kÃ¶nne sie nicht mehr ausÃ¼ben.

Das Gericht holte daraufhin gemÃ¤Ã Â§ 106 SGG ein weiteres Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.H. vom 01.02.1999 ein. Dieser fÃ¼hrte u.a. aus, soweit die Befunde bisher einer Beurteilung auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet unterlegen hÃ¤tten, so seien Ã¼ber Hinterhauptkopfschmerzen hinaus offensichtliche Funktionsdefizite als Folge des erlittenen Unfalls oder des dann erfolgten operativen Eingriffs nicht festgestellt worden, und sie seien auch jetzt nicht zu sichern gewesen. BehandlungsbedÃ¼rftigkeit in der Vergangenheit habe sich offensichtlich

immer wieder wegen chronisch therapieresistenter "HalswirbelsÃ¤ulen- und Cervikalsyndrome" ergeben. Lege man aber die tatsÃ¤chlich objektivierbaren Befunde zugrunde, so erscheine der gesamte Verlauf doch mehr als erstaunlich und illustriere darÃ¼ber hinaus auch Ã¤rztliche Ratlosigkeit angesichts nicht sicher zuordnungsfÃ¤higer Symptomatik. EntsprÃ¤che ein solcher Verlauf nach monosegmentaler Spondylodese der Regel, so wÃ¤ren sicherlich sÃ¤mtliche operativen Eingriffe im HalswirbelsÃ¤ulenbereich kompromittiert. Der dokumentierte Verlauf und auch die jetzt gesicherten bildgebenden Befunde gÃ¤ben aber medizinisch keine begrÃ¼ndete Veranlassung, hier die Abweichung vom Regelverlauf anzunehmen. Lege man die gesicherten und als Grundlage der Beurteilung dienenden klinisch-funktionellen Befunde zugrunde, so lasse sich zunÃ¤chst feststellen, dass diejenigen an oberen und unteren ExtremitÃ¤ten und auch fÃ¼r den Ã¼berwiegenden Anteil des Achsorgans weitgehend der Norm entsprÃ¤chen. Auch die Befunddaten von Brust- und LendenwirbelsÃ¤ule belegten hier, soweit probandenunabhÃ¤ngig zu prÃ¼fen, eine durchaus befriedigende Funktion. Zweifel ergÃ¤ben sich bei der von der KlÃ¤gerin demonstrierten eingeschrÃ¤nkten Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule. Die vÃ¶llig weiche HalswirbelsÃ¤ulenmuskulatur spreche gegen einen dauernd unterhaltenen und auch jetzt wiederum durch die Betroffene geltend gemachten Beschwerdezustand. Die bildgebenden Befunde zeigten eine feste Spondylodese des Segments C 4/5 und eine Ausziehung im Zwischenwirbelraum von C 5 und C 6, darÃ¼ber hinaus lasse sich der Befund als normgerecht bezeichnen. Orientiere man sich an den geÃ¤uÃerten Beschwerden und den ihnen gegenÃ¼ber zu stellenden objektiven Befunden, so stÃ¼tze hinsichtlich der geÃ¤uÃerten Beschwerden der Verlauf die Auffassung, dass latente Somatisierungstendenzen begÃ¼nstigt wÃ¼rden, eine Symptomatik also unter dem Einfluss psychosozialer Belastungen unterhalten werde, durch objektive Befunde aber nicht zu erklÃ¤ren sei. Insgesamt gesehen lasse sich eine EinschrÃ¤nkung des quantitativen LeistungsvermÃ¶gens bei der Betroffenen weder im Bezugsberuf noch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt begrÃ¼nden. Lege man die bestehenden FunktionseinbuÃen an der HalswirbelsÃ¤ule zugrunde, so sei mit diesen die als leicht bis allenfalls mittelschwer einzustufende TÃ¤tigkeit als Krankenschwester durchaus mÃ¶glich und ohne hinnehmbares Risiko fÃ¼r die KlÃ¤gerin auch zulÃ¤ssig. Durch die bestehende EinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit nach Versteifung des Segments C 4/5 lasse sich begrÃ¼nden, dass der KlÃ¤gerin Arbeiten in Zwangshaltungen nicht mehr zumutbar seien.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 13.04.1999 ab, weil der KlÃ¤gerin kein Anspruch auf Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit zustehe. Es ging davon aus, dass die KlÃ¤gerin den Beruf einer Krankenschwester erlernt und ausgeÃ¼bt habe und demnach im Rahmen des vom Bundessozialgericht entwickelten Dreistufenschemas in die erste Gruppe der Angestellten mit lÃ¤ngerer Ausbildung (von mehr als zwei Jahren) einzustufen sei. Aufgrund ihrer GesundheitsstÃ¶rungen kÃ¶nne sie schwere kÃ¶rperliche Arbeiten nicht mehr leisten, so dass ein Teil der TÃ¤tigkeiten im Stationsbereich fÃ¼r sie nicht mehr in Frage komme. Dagegen seien ihr noch TÃ¤tigkeiten mÃ¶glich, wie sie im Ablehnungsbescheid vom 02.11.1995 beschrieben worden seien, z.B. als Mitarbeiterin in Ã¶ffentlichen Blutzentralen, GesundheitsÃ¤mtern,

vertrauensÃ¤rztlichen Dienststellen, technischen Untersuchungsstellen und im Labor (vgl. BayLSG vom 20.01.1982 â L 13 An 67/81, LSG Baden-WÃ¼rttemberg vom 14.04. 1988 â L 10 An 252/87, LSG Nordrhein-Westfalen vom 22.09.1989 â L 4 An 177/88 LSG NRW, LSG Niedersachsen vom 26.07.1989 â L 1 An 15/89, LSG Rheinland-Pfalz vom 16.07.1992 â L 5 An 11/91, BayLSG vom 15.06.1993 â L 11 An 133/91).

Mit dem Rechtsmittel der Berufung verfolgt die KlÃ¤gerin ihr Rentenbegehren weiter.

Der Senat hat einen Befundbericht des praktischen Arztes Dr.P. eingeholt und 50 RÃ¶ntgenaufnahmen von acht Ãrzten bzw. Kliniken beigezogen, auÃerdem Kopien aus der Unfallstreitsache der KlÃ¤gerin beim Sozialgerichts Regensburg (S 3 U 172/97) und den Unfallakten des GUVV fertigen lassen. Der Chirurg Dr.H. hat mitgeteilt, dass er einen aktuellen Befundbericht nicht erstellen kÃ¶nne, da sich die KlÃ¤gerin bei ihm zuletzt im April 1999 wegen eines Bagatell-Abszesses der rechten Leiste vorgestellt habe.

Mit der Erstellung eines Gutachtens ist Dr.M. , Arzt fÃ¼r OrthopÃ¤die, Chirotherapie und Unfallarzt, beauftragt worden. Dieser wies in seinem Gutachten vom 17.04.2000 vorweg darauf hin, dass die KlÃ¤gerin entgegen ihren frÃ¼heren Angaben den Beruf einer Krankenschwester, der eine Ausbildungszeit von drei Jahren erfordere, nicht erlernt habe, sondern lediglich Ã¼ber eine einjÃ¤hrige Ausbildung als Krankenschwesterpflegehelferin verfÃ¼ge. Diese TÃ¤tigkeit kÃ¶nne sie auch jetzt wieder vollschichtig verrichten, weil es innerhalb der letzten zwei Jahre zu einer weiteren Befundbesserung gekommen sei. Die KlÃ¤gerin leide an einer mÃ¤Ãigen FunktionsbeeintrÃ¤chtigung der HalswirbelsÃ¤ule ohne objektivierbar neurologische AusfÃ¤lle nach operativer Einsteifung des Segmentes C 4/C 5. Bei Beckenschiefstand sei eine leichte Fehlhaltung der LendenwirbelsÃ¤ule zu erkennen, die keine sozialmedizinische Relevanz habe. Ferner liege eine mÃ¤Ãige InstabilitÃ¤t des linken Kniegelenks ohne bedeutsame BeeintrÃ¤chtigung der kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit vor. Im Vergleich zu dem Termingutachten des Dr.M. vom 17.02.1998 sei eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erkennen. Diese beziehe sich auf die sozialmedizinische Beurteilung, da greifbare und vergleichbare klinische Befunde in diesem Gutachten nicht konkretisiert seien. Im Vergleich zu dem orthopÃ¤dischen Gutachten vom 01.02.1999 sei keine wesentliche BefundÃ¤nderung eingetreten. Das gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG erstellte chirurgische Gutachten des Dr.H. vom 26.10.1999 sei insbesondere in seiner sozialmedizinischen WÃ¼rdigung nicht schlÃ¼ssig. Eine segmentale Untersuchung der HalswirbelsÃ¤ule werde in diesem Gutachten nicht dokumentiert. Hinweise auf die erwÃ¤hnten "Cervikobrachialgien mit Wurzelirritationen der Nervenaustrittspunkte der unteren HalswirbelsÃ¤ule" fÃ¤nden sich unter den dokumentierten Untersuchungsbefunden nicht. Ein "Schleudertrauma" der HalswirbelsÃ¤ule habe nicht vorgelegen (Im Dezember 1990 sei eine Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule erfolgt, im MÃ¤rz 1993 daraufhin die operative Verblockung zweier HalswirbelkÃ¶rper.). Ferner sei es mittlerweile zu einer deutlichen Besserung der Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule gekommen, bei einer Versteifung der HalswirbelsÃ¤ule nur in einem Segment sei nicht von einer erheblichen

EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit auszugehen.

Die KlÃ¤gerin werde in ihrer TÃ¤tigkeit als Krankenschwesterpflegehelferin in geringem Umfang beeintrÃ¤chtigt. Auch fÃ¼r TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts liege eine geringe BeeintrÃ¤chtigung der kÃ¶rperlichen LeistungsfÃ¤higkeit vor. Der KlÃ¤gerin seien leichte und mittelschwere und gelegentlich auch schwere Frauenarbeiten, auch aus dem Bereich der Pflegeberufe, noch zuzumuten. Vermieden werden mÃ¼ssten stÃ¤ndige Ãberkopfarbeiten mit der Notwendigkeit der Ãberstreckung der HalswirbelsÃ¤ule. Die KlÃ¤gerin sei auch fÃ¼r TÃ¤tigkeiten in KrankenhÃ¤usern geeignet; selbstverstÃ¤ndlich gelte dies fÃ¼r Arbeiten in Kurheimen, Sanatorien und Reha-Kliniken. Zur FÃ¼hrung von Patientenkurven und Krankenakten (so die Beweisfrage wegen der Annahme, die KlÃ¤gerin sei Krankenschwester) sei sie aufgrund ihrer fehlenden Ausbildung nicht geeignet; dasselbe gelte fÃ¼r die Ausgabe von Medikamenten. Eine VerwendungsfÃ¤higkeit bestehe ferner im Untersuchungsdienst von GesundheitsÃ¤mtern, VersorgungsÃ¤mtern und in Arztpraxen. Die Beurteilung der LeistungsfÃ¤higkeit gelte ab MÃ¤rz 1992, wobei vorÃ¼bergehend auch eine weitergehende Minderbelastbarkeit mÃ¶glich gewesen sei, z.B. zur Zeit der operativen Verblockung des Segments C 4/C 5 im Mai 1993. StationÃ¤re HeilmaÃnahmen seien sinnlos, berufsfÃ¶rdernde MaÃnahmen derzeit nicht zweckmÃ¤Ãig (Erziehungsurlaub). Weitere fachÃ¤rztliche Gutachten seien nicht erforderlich.

Der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte nahm hierzu dahingehend Stellung, dass der SachverstÃ¤ndige selbst keine "Vermessungen" vorgenommen habe, so dass dessen Messergebnisse nur abgeschrieben seien. DarÃ¼ber hinaus falle auf, dass der Gutachter "Glaubensbekenntnisse" ("theologische AusfÃ¼hrungen") abgegeben habe. Die KlÃ¤gerin sei nicht in der Lage, die gesetzliche LohnhÃ¤lfte zu verdienen, so dass zumindest BerufsunfÃ¤higkeit vorliege. Aufgrund der BeeintrÃ¤chtigungen der KlÃ¤gerin mÃ¼sse angenommen werden, dass ihr der Arbeitsmarkt verschlossen sei. Auch in solchen FÃ¤llen mÃ¼sse selbst bei Ungelernten die konkrete Benennung einer VerweisungstÃ¤tigkeit erfolgen.

Der Senat hat die Berufung mit Urteil vom 09.11.2000 zurÃ¼ckgewiesen, weil bei der KlÃ¤gerin weder ErwerbsunfÃ¤higkeit noch BerufsunfÃ¤higkeit bestehe, und die Revision nicht zugelassen. Auf die hiergegen eingelegte erfolgreiche Nichtzulassungsbeschwerde hat das Bundessozialgericht im anschlieÃenden Revisionsverfahren mit Urteil vom 30.10.2001 â B 4 RA 49/01 R die zweitinstanzliche Entscheidung aufgehoben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurÃ¼ckverwiesen. BegrÃ¼ndet worden ist dies mit einem in Abweichung von der bisherigen Rechtsprechung angenommenen Verfahrensmangel (Ablehnung des Terminsverlegungsantrags unter konkreten UmstÃ¤nden â rechtliches GehÃ¶r).

In dem weitergefÃ¼hrten Berufungsverfahren macht der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte geltend, im Unfallstreitverfahren S 5 U 172/97 vor dem Sozialgericht Regensburg habe Dr.H. ein unfallchirurgisches Gutachten gefertigt; dessen Feststellungen (mittelgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule bei Versteifung des

Segmentes HWK 4/5, schmerzhafte Muskeldefizit im Schulternackenbereich, SensibilitÃ¤tsverlust im Ausbreitungsgebiet des rechten Nervus occipitalis major, subjektive Beschwerden wie z.B. belastungsabhÃ¤ngige Kopfschmerzen) stimme nicht mit denen des Dr.M. (mÃ¤Ãïige FunktionsbeeintrÃ¤chtigung der HalswirbelsÃ¤ule ohne objektivbare neurologische AusfÃ¤lle nach operativer Einsteifung des Segmentes C4/C5) Ã¼berein. AuÃerdem habe Dr.H. die von der KlÃ¤gerin geschilderten und auf unfallchirurgischem Gebiet nicht verifizierbaren SchmerzzustÃ¤nde fÃ¼r glaubhaft gehalten und den Schluss gezogen, dass ein psychologisches Gutachten einzuholen sei. Die Richtigkeit der Gutachten der Dres.H. und M. werde bestritten. Die beklagten Beschwerden "Schmerzen im HWS-Bereich, Brennen und Kribbeln in beiden HÃ¤nden, Kopfschmerzen, jetzt auch in der linken SchÃ¤delhÃ¤lfte und unfallbedingte Perspektivelosigkeit" wÃ¼rden auch von Dr.P. in seinem fÃ¼r das Sozialgericht Regensburg erstellen Gutachten als glaubhaft eingestuft. Was den psychosomatischen Bereich angehe, befinde er sich insoweit in voller ÃbereinstimmungÂ mit Dr.H â¦

Der Senat hat die bereits einmal vorliegenden Akten und RÃ¶ntgenfilme beigezogen, weiterhin die zwischenzeitlich angewachsene Prozessakte S 3 U 172/97 des Sozialgerichts Regensburg. Der Unfallchirurg Dr.H. hat in dem dort gestellten Gutachten vom 25.02.2001 eine in allen Ebenen eingeschrÃ¤nkte und endgradig unter leichter schmerzhafter Spannungsangabe (mittelgradige) BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule bei Versteifung des Segments HWK 4/5, ohne dass neurologisch-funktionelle AusfÃ¤lle bestanden haben oder bestehen, festgestellt, weiterhin ein schmerzhaftes Muskeldefizit im Schulter-Nacken-Bereich, einen SensibilitÃ¤tsverlust im Ausbreitungsgebiet des rechten Nervus occipitalis major und subjektive Beschwerden wie z.B. belastungabhÃ¤ngige Kopfschmerzen. Die von der KlÃ¤gerin angegebenen Schmerzen wÃ¼rden von ihm, dem SachverstÃ¤ndigen, nicht bezweifelt, unterlÃ¤gen aber bekanntermaÃen einer individuellen Verarbeitung und Interpretation, was die empfundene IntensitÃ¤t und das AusmaÃ betreffe; dahingehend aber biete sich auch ein therapeutischer Ansatz. Eine berufliche Wiedereingliederung sei unbedingt erforderlich, neben BerufsfindungsmaÃnahmen eine psychisch-motivierende UnterstÃ¼tzung nach vorangehender Analytik unbedingt anzustreben. Die MdE betrage 30 v.H. und ab 16.02. 2001 20 v.H. Die Einholung eines psychologischen Gutachtens ist von Dr.H. â entgegen dem Vorbringen der Klagepartei â nicht empfohlen worden.

In dem im Unfallrechtsstreit weiterhin eingeholten, realativ kurzgehaltenem Gutachten des Prof.Dr.P. vom 10.12.2001 fÃ¼hrte dieser aus, betroffen vom ehemaligen Unfall sei jetzt ausschlieÃlich noch die HalswirbelsÃ¤ule der KlÃ¤gerin, die in der Beweglichkeit massiv eingeschrÃ¤nkt sei; es bestÃ¼nden keine sensiblen oder motorischen Ausfallserscheinungen, kein Kraftverlust und keine muskulÃ¤ren Atrophien der Armes. Die Beurteilung des komplexen Geschehens mÃ¼sse zwangslÃ¤ufig auch in den psychosomatischen Bereich hineinfÃ¼hren, da vor allem bei chronifizierten Schmerzen und therapeutischen Aktionen, die fÃ¼r den Patienten zumindest aus subjektiver Sicht frustran seien, eine permanentes und auch auf Dauer therapieresistentes Beschwerdebild entstehen kÃ¶nne. Die MdE betrage 40 v.H., eine Notwendigkeit fÃ¼r weitere Begutachtungen auf orthopÃ¤dischem, neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet werde nicht

gesehen.

Der Senat hat daraufhin noch das Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.F. vom 02.10.2002 und des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 24.09.2002 eingeholt. Ersterer diagnostizierte eine operative herbeigefÃ¼hrte Fusion zwischen C4 und C5, eine Fehlhaltung der HalswirbelsÃ¤ule, eine leichte Lumbalskoliose, eine geringe Iliosakralgelenksarthrose eine minimale Retropatellararthrose links und lockere SenkspreizfÃ¼Ãe. In Vergleich zu den Vorgutachten sei eine entscheidende Ãnderung nicht eingetreten, wenn die KlÃ¤gerin auch die HalswirbelsÃ¤ule laut Gutachten vom 17.04.2000 besser bewegen habe kÃ¶nnen. Hinzugekommen sei zwischenzeitlich eine geringfÃ¼gige BÃ¤nderlockerung am linken Knie. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne keine schweren kÃ¶rperlichen Arbeiten mehr verrichten. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen der HalswirbelsÃ¤ule, Arbeiten auf Treppen und Leitern, Treppen steigen und Arbeiten am FlieÃband. Die Beurteilung gelte fÃ¼r die Zeit ab MÃ¤rz 1992. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne unter Einhaltung der genannten Bedingungen vollschichtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und als Pflegehelferin tÃ¤tig sein, wobei die bisher ausgeÃ¼bte TÃ¤tigkeit in einer psychiatrischen Abteilung sich eigne, weil hier mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit schwerbettlÃ¤gerige Patienten nicht behandelt werden mÃ¼ssten.

Bei Dr.K. (Gutachten vom 24.09.2002) gab die KlÃ¤gerin als Beschwerden vor allem Kopfschmerzen links und Ã¼berwiegend bewegungsabhÃ¤ngigen Drehschwindel an. Der SachverstÃ¤ndige stellte auf psychiatrischem Gebiet keine Befunde von Krankheitswert fest und fÃ¼hrte aus, er habe bei seiner Untersuchung auch keine Hinweise im Sinne einer cervicalen Wurzelirritation oder gar einer cervicalen WurzellÃ¤sion oder ein Engpass-Syndrom (Carpaltunnel-Syndrom oder Sulcus ulnaris-Syndrom) gefunden, wie dies bereits auch frÃ¼her der Fall gewesen sei. Bei den Klagen Ã¼ber Missempfindungen an den Fingern, die sich im Laufe des Tages verlieren wÃ¼rden, handele es sich mit groÃer Wahrscheinlichkeit â bei fehlenden fassbaren Befunden â um harmlose, Lage- oder BewegungsabhÃ¤ngige Beschwerden, die jedem bekannt seien (z.B. Einschlafen des kleinen Fingers bei lÃ¤ngerem Sitzen mit gebeugtem Ellenbogen, Einschlafen eines FuÃes bei langem Sitzen mit Ã¼bereinandergeschlagenen Beinen). Es bestÃ¼nden noch Beschwerden im Sinne eines linksseitigen Cervicalsyndroms, ohne dass damit neurologische AuffÃ¤lligkeiten einhergingen. Die Aufrechterhaltung von subjektiven Beschwerden im Rahmen einer sich langhinziehenden EntschÃ¤digungsprozesses sei normal psychologisch nachvollziehbar, ohne dass sich hieraus schon eine psychiatrische Erkrankung ableiten lasse. Dr.K. diagnostizierte einen Zustand nach operativer Spondylodese C4/C5 im Jahre 1993 bei Zustand nach leichter HalswirbelsÃ¤ulendistorsionsverletzung (der Begriff "Schleudertrauma" sei aufgrund des Unfallmechanismus nicht korrekt) mit persistierenden Beschwerden im Sinne eines linksseitigen Cervicalsyndromes ohne damit einhergehende neurologische AusfÃ¤lle sowie einen Zustand nach Durchtrennung des rechten Nervus occipitalis major, ebenfalls einhergehend ohne funktionelle bedeutsame neurologische AusfÃ¤lle. Auf nervenÃ¤rztlichem Gebiet lÃ¤gen keine eigenstÃ¤ndigen FunktionsausfÃ¤lle und Behinderungen vor. Unzumutbar seien der KlÃ¤gerin schwere Arbeiten (einschlieÃlich des Hebens und Tragens schwerer Lasten) sowie Arbeiten, die mit erheblicher einseitiger Belastung der HalswirbelsÃ¤ule

einhergingen. FÃ¼r andere, z.B. hirnorganisch oder psychoreaktiv bedingte EinschrÃ¤nkungen, ergÃ¤ben sich keine Anhaltspunkte. Unter den genannten Voraussetzungen kÃ¶nne die KlÃ¤gerin vollschichtig als Pflegehelferin oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingesetzt werden.

Einer Aufforderung zur Stellungnahme zu den Gutachten binnen eines Monats unter dem Hinweis, dass der Senat die Beweisaufnahme fÃ¼r abgeschlossen halte, kam der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte nicht nach (vgl. Schreiben des Gerichts vom 21.10.2002). Die Mahnung um alsbaldige Erledigung (gerichtliches Schreiben vom 12.12.2002) blieb unbeantwortet. Erst mit Schriftsatz vom 28.03.2003 meldete sich der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte mit der Ãuâerung, er erspare sich (noch) jeden Kommentar zu der Doppelgesundschreibung durch die Herren Dres.K. und F. , und vertrat die Ansicht, entgegen der Annahme des Senats sei die Beweisaufnahme noch lange nicht abgeschlossen; das Parallelverfahren vor dem Bayer. Landessozialgericht in Unfallstreitsachen (L 2 U 264/02) dÃ¼rfte bekannt sein. In diesem Verfahren seien noch weitere Erkenntnisse zu erwarten. Beantragt werde die Einholung eines Gutachtens gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG vom Privatdozenten Dr.I â¦

Der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte ist darauf hingewiesen worden, dass in dem "vermeintlichen Parallelverfahren" nicht zu Fragen der BerufsunfÃ¤higkeit und ErwerbsunfÃ¤higkeit Beweis erhoben wÃ¼rde und der Antrag gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG verspÃ¤tet gestellt worden sei (Schreiben vom 14.04.2003). AuÃerdem werden Kopien der Akte L 2 U 264/02 zum Berufungsverfahren beigezogen. Dier KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte meint, hieraus ergebe sich eine Entwicklung, die im Rentenrechtsstreit bisher keine Beachtung gefunden habe. Die Erforschung der" psychischen Komponente" mÃ¼sse abgewartet werden.

Die Klagepartei beantragt, die zum 15.05.2003 terminierte mÃ¼ndliche Verhandlung zu vertagen und das gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG beantragte Gutachten einzuholen, und in der Hauptsache, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts vom 13.04.1999 und des Bescheids der Beklagten vom 02.11.1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.01.1997 zu verurteilen, eine Erwerbs- bzw. BerufsunfÃ¤higkeitsrente nach den gesetzlichen Vorschriften zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestands wird â insbesondere hinsichtlich der Ã¤rztlichen Unterlagen und des Vortrags der Beteiligten â hierauf sowie auf die zu Beweiszwecken beigezogenen Akten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig (Â§Â§ 143, ff., 151 SGG), in der Hauptsache aber nicht begrÃ¼ndet.

Auch der Senat ist zu der Ãberzeugung gekommen, dass bei der KlÃ¤gerin Erwerbs- oder BerufsunfÃ¤higkeit bzw. verminderte ErwerbsfÃ¤higkeit nicht

vorliegt. BerufsunfÃ¤hig sind Versicherte, deren ErwerbsfÃ¤higkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die HÃ¤lfte derjenigen von kÃ¶rperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit Ã¤hnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und FÃ¤higkeiten gesunken ist. Der Kreis der TÃ¤tigkeiten, nach denen die ErwerbsfÃ¤higkeit von Versicherten zu beurteilen ist, umfasst alle TÃ¤tigkeiten, die ihren KrÃ¤ften und FÃ¤higkeiten entsprechen und ihnen unter BerÃ¼cksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen BerufstÃ¤tigkeit zugemutet werden kÃ¶nnen. BerufsunfÃ¤hig ist nicht, wer eine zumutbare TÃ¤tigkeit vollschichtig ausÃ¼ben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen (Â§ 43 Abs.2 Satz 1, 2 und 4 des Sozialgesetzbuches Teil VI â SGB VI in der bis 31.12.2000 geltenden Fassung). ErwerbsunfÃ¤hig sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃerstande sind, eine ErwerbstÃ¤tigkeit in gewisser RegelmÃ¤Ãigkeit auszuÃ¼ben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das monatlich 630,00 DM Ã¼bersteigt â¦ ErwerbsunfÃ¤hig ist nicht, wer â¦ eine TÃ¤tigkeit vollschichtig ausÃ¼ben kann; dabei ist die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen (Â§ 44 Abs.2 SGB X in den vom 01.01.1992 bis 21.12.2000 geltenden Fassungen).

Teilweise erwerbsgemindert ist der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit auÃer Stande ist, unter den Ã¼blichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein, und voll erwerbsgemindert der Versicherte, der unter den gleichen Voraussetzungen auÃer Stande ist, mindestens drei Stunden tÃ¤glich erwerbstÃ¤tig zu sein (Â§ 43 Abs.1 Satz 2 und Abs.2 Satz 2 SGB VI in der ab 01.01.2001 geltenden Fassung). Eine Rente wegen teilweiser ErwerbsfÃ¤higkeit erhÃ¤lt auch der Versicherte, der vor dem 02.01.1961 geboren und berufsunfÃ¤hig ist (Ãbergangsvorschrift des Â§ 240 Abs.1 SGB VI n.F.).

Diese Voraussetzungen fÃ¼r eine Rente sind bei der KlÃ¤gerin, zumindest seit Januar 1993, nicht erfÃ¼llt. Nur fÃ¼r die Zeit frÃ¼hestens ab 01.01.1993 kann â antragsabhÃ¤ngig (Â§ 99 Abs.1 SGB VI) â ein Anspruch auf Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit in Frage kommen, so dass es im vorliegenden Rechtsstreit unerheblich ist, ob die KlÃ¤gerin vorher â zeitweise wegen Folgen des Wegeunfalls am 14.12.1990 â berufsunfÃ¤hig (oder erwerbsunfÃ¤hig) gewesen ist.

Im Vordergrund ihrer GesundheitsstÃ¶rungen stehen BewegungseinschrÃ¤nkungen der HalswirbelsÃ¤ule und HalswirbelsÃ¤ulen-abhÃ¤ngige Beschwerden. Bis zur operativen Verblockung der HalswirbelkÃ¶rper 3 und 4 im Mai 1993 bestand noch eine geringe GefÃ¼gelockerung. Der Gesamtzustand hat sich im Laufe der Jahre gebessert. Die von der KlÃ¤gerin anlÃ¤Ãlich ihres Unfalls erlittenen GesundheitsstÃ¶rungen erscheinen nur auf den ersten Blick gravierend. TatsÃ¤chlich war sie nach dem Wegeunfall nicht gehindert, ihre kurz vorher am 01.10.1990 begonnene Ausbildung fortzusetzen und noch erwerbstÃ¤tig zu sein. Es bestanden nach dem 14.12.1990 lediglich kÃ¼rzere Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit.

Die lange Zeit der ArbeitsunfÃ¤higkeit vom 29.01.1992 bis 31.07.1995 erscheint zwar beeindruckend. ZunÃ¤chst ist aber hier zu sehen, dass sie auch auf Schwangerschaft, einem LendenwirbelsÃ¤ulen-Syndrom und einer Operation (Brustverkleinerung) beruhte. Im Ãbrigen erscheint diese Zeit der ArbeitsunfÃ¤higkeit dem Senat Ã¼berzogen, was allerdings keiner nÃ¤heren BegrÃ¼ndung bedarf; denn die ArbeitsunfÃ¤higkeit bezieht sich auf die zuletzt konkret ausgeÃ¼bte ErwerbstÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin und darf nicht mit BerufsunfÃ¤higkeit (oder ErwerbsunfÃ¤higkeit) gleichgesetzt werden.

Einen zeitnahen Einblick in die GesundheitsstÃ¶rungen der KlÃ¤gerin ab Januar 1993 gibt der Bericht der Klinik B. vom 10.02.1993 zu dem vom 01.12.1992 bis 09.02.1993 durchgefÃ¼hrten Heilverfahren. Die dort gefertigten Funktionsaufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule zeigten â wie bereits frÃ¼her â nur eine leichte GefÃ¼gelockerung bei geringer Unkovertebralarthrose auf, die RÃ¶ntgenaufnahmen eine Steilstellung der HalswirbelsÃ¤ule ohne Fraktur und ohne Bandscheibenprolaps bei normal weitem Spinalkanal. Die BewegungseinschrÃ¤nkungen der HalswirbelsÃ¤ule konnten laut Bericht leicht gebessert werden und ergaben bei Entlassungsuntersuchung folgende Werte: Inklination/Reklination 40-0-20 Grad; Lateralflexion rechts/links 20-0-20 Grad und Rotation rechts/links 30-0-40 Grad. Die Patientin klagte weiterhin Ã¼ber rezidivierende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, kurzzeitige KribbelparÃ¤sthesien und ein TaubheitsgefÃ¼hl im dritten bis fÃ¼nften Finger der rechten Hand sowie Ã¼ber Schwindelerscheinungen (Die KlÃ¤gerin, als "Krankenschwester" gefÃ¼hrt, wurde als arbeitsunfÃ¤hig entlassen.).

Die von der KlÃ¤gerin geÃ¤uÃerten Beschwerden an der HalswirbelsÃ¤ule blieben in der Folgezeit in etwa dieselben. Die BewegungseinschrÃ¤nkungen selbst zeigten sich Ã¼ber Jahre hinweg zunÃ¤chst mit einer Tendenz zur Besserung in den Jahren 1999 und 2000, um dann in der Folgezeit wieder auf einen Stand von 1993 abzusinken. gleich (vgl. Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. vom 27.04.1995: Inklination/Reklination frei-15 Grad; Lateralflexion 20-0-20 Grad; Rotation 40-0-40 Grad. Vgl. Gutachten Dr.S. vom 21.09.1995: Abstand Kinnspitze Brustbein 6-14 cm; Lateralflexion 20-0-20 Grad; Rotation rechts/links 30-0-30 Grad) oder besser (vgl. Gutachten Dr.H. vom 01.02.1999: Reklination/Inklination jeweils 50 Grad; Lateralflexion 30-0-30 Grad; Rotation bei verschiedenen Kopfhaltungen in Inklination/Reklination 50/40/40 Grad rechts und 45, 40, 35 Grad links. Vgl. Gutachten des Dr.M. vom 17.04.2000: Inklination/Reklination 40-0-50 Grad; Lateralflexion rechts/links 40-0-45 Grad; Rotation in Neutralstellung der HalswirbelsÃ¤ule rechts/links 60-0-70 Grad. Vgl. Gutachten des Dr.F. vom 02.10.2002 und des Prof.Dr.P. vom 10.12.2001, jeweils mit gleichen Werten: Reklination/Juklination jeweils 30 Grad, Seitneigung jeweils 30 Grad, Rotation rechts/links 20-0-20 Grad).

In den Jahren ab 1993 lag also eine mittelgradige, dann eine leichtgradige ("leichtgradig" nach Dr.H. , "mÃ¤Ãig" nach Dr.M.) und dann wieder eine mittelgradige BewegungseinschrÃ¤nkung (so ausdrÃ¼cklich Dr.H. und bestÃ¤tigend Dr.F. wegen Verschlechterung gegeÃ¼ber den Befunden im Vorgutachten des Dr.M.) vor. Die Bewertung des Prof.Dr.P. mit "massiver

EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit der HWS" erscheint â bei Feststellung der gleichen BewegungseinschrÃ¤nkungen wie Dr.F. â Ã¼berzogen. Herangezogen zu einem Vergleich kÃ¶nne hierbei die Durchschnittswerte fÃ¼r unbehinderte BewegungsaumaÃe, wie sie sich aus den MeÃblÃ¤ttern zu orthopÃ¤dischen und chirurgischen Gutachen ergeben ("Normalwerte": Vorneigung 35-45 Grad, RÃ¼ckneigung 45- 70 Grad, Seitneigung beidseits 45 Grad, Rotation rechts/links 60-80 Grad).

Soweit die KlÃ¤gerin Differenzen zwischen den Gutachten des Dr.H. und des Dr.H. rÃ¼gt, so ist dies ohne weiteres daraus zu erklÃ¤ren, dass die GesundheitsstÃ¶rungen bezÃ¼glich der HalswirbelsÃ¤ule in den Jahren 1999 und 2000 sich besser darstellen als in den Jahren 2001 und 2002, wie der Vergleich der Gutachten der Dres.H. und M. einerseits und der Gutachen der Dres.F. und H. und P. andererseits ergibt; die BewegungseinschrÃ¤nkungen waren schwÃ¤cher ausgeprÃ¤gt, und entsprechend dazu erwies sich die Halsmuskulatur als weich, wohingegen spÃ¤ter (2001/2002) â in etwa auf dem gleichen Stand wie vor 1999 â sich MuskelverhÃ¤rtungen zeigten. Diese rezidivierend auftretenden VerhÃ¤rtungen mit entsprechenden Beschwerden und Auswirkungen liegen in der Natur von wiederkehrenden Cervicalsyndromen, wie sie von der KlÃ¤gerin auch bei Dr.F. vorgetragen worden sind. Ingesamt gesehen ergibt sich aber aus den seit 1993 bestehenden Schwankungen keine Ãnderung in der soziamedizinischen Beurteilung der ErwerbsfÃ¤higkeit.

Soweit die KlÃ¤gerin die abweichenden "Feststellungen" ihrer GesundheitsstÃ¶rungen in den Gutachten des Dr.H. und des Dr.M. bemÃ¤ngelt, so muss zum einen gesehen werden, dass der Chirurg Dr.H. (im Gegensatz zum OrthopÃ¤den Dr.M.) die neurologische Diagnose "Kopfschmerzen" miteinbezogen hat. Im Ãbrigen hat auch Dr.M. den SensibilitÃ¤tsverlust im Bereich des Nervus occipitalis major (operative Durchtrennung des Hinterhauptvervus) in seinem Gutachten erwÃ¤hnt; ein AnfÃ¼hrung bei den orthopÃ¤dischen Diagnosen konnte auch deswegen unterbleiben, weil aus diesem neurologischem Befund keine EinschrÃ¤nkungen der ErwerbsfÃ¤higkeit abzuleiten ist. Im Ãbrigen waren beide Gutachter der Auffassung, dass aus der unfallbedingten Verletzung der HalswirbelsÃ¤ule keine neurologischen Ausfallerscheinungen mehr abzuleiten sind. Dies- liegt bei der KlÃ¤gerin ein MissverstÃ¤ndnis vor, was unter "neurologische Ausfallserscheinungen" zu subsummieren ist, und des mÃ¼sste immer der gesamte Zusammenhang innerhalb eines Gutachtens gesehen werden, nicht nur vereinzelte Textpassagen miteinander verglichen werden.

Eine Nervenbeteiligung infolge HWS-Verletzung lag und liegt nicht vor, wird von der Durchtrennung des Hinterhauptnervens (Operation am 09.06.1994) rechts abgesehen, wodurch sich das Beschwerdebild laut Arztbriefen und Unterlagen in der Unfallakte des GUVV deutlich â auf Kosten der normalen Hautempfindlichkeit des rechten Hinterkopfes â gebessert hat. Seit dem Unfall der KlÃ¤gerin sind zahlreiche Untersuchungen einschlieÃlich Kernspintomographie durchgefÃ¼hrt worden. Hier ergaben sich stets freie Nervenaustrittspunkte, keine BeeintrÃ¤chtigung des Duralsacks, keine intraspinale Raumforderung und ein regelrechter Verlauf des RÃ¼ckenmarks. Gerade wegen der von der KlÃ¤gerin

vorgebrachten Beschwerden sind in mehreren KrankenhÃ¤usern auch grÃ¼ndlich radiologische, neurochirurgische und neurologische Befunde erhoben worden. Weder die "technischen" noch die klinischen Untersuchungen haben im Laufe der Jahre Anhaltspunkte fÃ¼r eine Nervenwurzelkompression oder Nervenwurzelreizung ergeben. DemgemÃ¤Ã konnte auch Dr.K. in ihrem Gutachten vom 13.10.1995 maÃgebende GesundheitsstÃ¶rungen auf neurologischem Gebiet nicht objektivieren, ebensowenig die neurologisch orientierte Untersuchung der chirurgischen und orthopÃ¤dischen SachverstÃ¤ndigen. Das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 24.09.2002 erbrachte nunmehr eine (an sich nicht mehr erforderliche) BestÃ¤tigung. AnzufÃ¼gen bleibt, dass die von der KlÃ¤gerin einige Jahre nach dem Unfall vorgebrachten Kopfschmerzen (vgl. Gutachten des Dr.S. vom 21.09.1995: vom Nacken gelegentlich Schmerzausstrahlung in den SchÃ¤del linksseitig mit auftretenden Kopfschmerzen. Vgl. Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. vom 20.12.1993: Nacken-Kopfschmerzen nach schwerer Anstrengung, wie z.B. bei Krankengymnastik fÃ¼r ca. eine Stunde) seit 1995 weitgehend entfallen sind. So klagte die Versicherte z.B. bei den Untersuchungen in der Berufsgenossenschaftlichen Klinik M. am 27.04.1995 und bei den Dres.K. , H. und H. nicht mehr Ã¼ber Kopfschmerzen, nur noch Ã¼ber Beschwerden im Nackenbereich.

Wenn die KlÃ¤gerin nunmehr erneut in den Jahren 2001/2002 wiederholt auftretende Kopfschmerzen vorbringt (siehe Gutachten des Dr.H. vom 25.02.2001 und Gutachten des Dr.K. vom 24.09.2002: Hinterhaupt-Kopfschmerzen, die vom Nacken hochziehen und zum Teil bis in die Stirne vordringen, vor allem linksseitig empfunden), so ist dem Senat ein besonderer Krankheitswert nicht ersichtlich. Wie die KlÃ¤gerin bei beiden der genannten Kopfschmerzen regelmÃ¤Ãig beim Chirurgen Dr.H. in Behandlung (Infusionen, Quaddeln usw.), und eine ggf. (zusÃ¤tzliche) psychosomatische "Perpetuierung" von Kopfschmerzen beinhaltet bei der KlÃ¤gerin, wie Dr.K. ausgefÃ¼hrt hat, keinen eigenstÃ¤ndigen bzw. erheblichen Befunde und Auswirkungen fehlen. ErgÃ¤nzend hierzu fÃ¼gt der Senat an, dass von der KlÃ¤gerin auch kein besonderer Leidensdruck geschildert wurde oder sich aus dem Akteninhalt ergibt; so hat sie nach ihrer anamnestischen Schilderung im Jahre 2002 ihren Hausarzt nur wegen ErkÃ¤ltungskrankheiten und einen Nervenarzt nur zweimal aufgesucht. Eine chirurgischerseits bescheinigte Glaubhaftigkeit von Beschwerden fÃ¼hrt aber noch keineswegs dazu, dass von kompetenter neurologisch-psychiatrischer Seite her qualitative oder quantitative EinschrÃ¤nkungen des ErwerbsvermÃ¶gens zu folgern wÃ¤ren.

Der Ursache einer weiteren Beschwerde der KlÃ¤gerin seit ihrem Wegeunfall, ein Kribbeln in den Fingerspitzen der rechten Hand bzw. Missempfindungen an Zeige-, Mittelfinger und Ringfinger der rechten Hand, haben sozialmedizinisch keine Relevanz. Der Befund ist mÃ¶glicherweise der HalswirbelsÃ¤ule zuzuordnen (z.B. funktionelle Beschwerden bei ungÃ¼nstiger Schlafhaltung), wenn auch neurologische Untersuchungen insoweit kein positives Ergebnis (fehlendes Wurzelreizsyndrom) erbrachten, jedenfalls kein pathologisches Krankheitsbild ergaben; fÃ¼r mÃ¶gliche andere Ursachen wie ein Carpaltunnelsyndrom gibt es zuwenig Anhaltspunkte, wie Dr.M. und Dr.K. dargelegt haben. Eine "bedenkliche" StÃ¶rung, wie von der KlÃ¤gerin vorgetragen, sowie auch erhebliche Auswirkungen

auf die ErwerbsfÃ¤higkeit sind nicht ersichtlich. Eine weitere Ursachenforschung erÃ¼brigt sich. Liegt auch ein Carpaltunnelsyndrom (so die KlÃ¤gerin Ã¼ber die Vermutung ihres Chirurgen gegenÃ¼ber Dr.M.) vor, wenn auch Dr.M. auf Bl.11 seines Gutachtens eine Reihe von GrÃ¼nden aufgezÃ¤hlt hat, die gegen das Vorliegen eines solchen Syndroms sprechen. Bedeutsam im Rentenversicherungsrecht sind nicht die Ursachen von GesundheitsstÃ¶rungen, sondern die funktionellen Auswirkungen im Hinblick auf das Erwerbsleben. Insoweit liegen relativ belanglose Auswirkungen vor, nachdem die KlÃ¤gerin wiederholt angegeben hat, die Missempfindungen trÃ¤ten morgens beim Aufwachen auf und hielten nur kurz, ca. eine Minute, an. Hierdurch wird aber das AusÃ¼ben einer versicherungspflichtigen ErwerbstÃ¤tigkeit nicht behindert. Dasselbe â im Bezug auf das Erwerbsleben â gilt entsprechend fÃ¼r Schwindelerscheinungen, die im Liegen bzw. im Schlafen oder bei Belastungen manchmal auftreten, laut Angaben der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber Dr.H. bei forcierter Flexion der HalswirbelsÃ¤ule, was aber bei der Untersuchung nicht provozierbar gewesen ist (Nachschaubericht des Dr.H. vom 24.07.2002).

Insgesamt ist der Senat nach Auswertung aller Ã¤rztlichen Unterlagen vor allem der Befundung der Dres.S. , H. , M. , F. und K. (und den daraus zu ziehenden SchlÃ¼ssen im Hinblick auf die EinschrÃ¤nkungen der ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin) gefolgt. Diese SachverstÃ¤ndigen haben ein eingehendes Aktenstudium betrieben und ihre Ergebnisse schlÃ¼ssig und Ã¼berzeugend begrÃ¼ndet. Im Gegensatz hierzu stand das gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG erstellte Gutachten des Dr.H â¦ Hier muss zunÃ¤chst darauf hingewiesen werden, dass dieser SachverstÃ¤ndige bereits die Krankenvorgeschichte nicht richtig gelesen oder zumindest nicht richtig wiedergegeben hat. So wird aus der von verschiedenen Ãrzten durch Funktionsaufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule dokumentierten und ausgewerteten geringen GefÃ¼gelockerung im Bereich der HalswirbelkÃ¶rper 4/5 bei Dr.H. eine erhebliche GefÃ¼gelockerung (S.4 des Gutachtens vom 26.10.1998). Auf den Seiten 8 und 9 des Gutachtens fÃ¼hrt Dr.H. aus, dass sich bei der Untersuchung der KlÃ¤gerin Erkrankungen wie "Cervikobrachialgien mit Wurzelirritationen der Nervenaustrittspunkte der unteren HalswirbelsÃ¤ule und entsprechender Schmerzsymptomatik am Arm" fanden. Zu bemÃ¤ngeln ist â mit Dr.M. â hieran, dass eine segmentale Untersuchung der HalswirbelsÃ¤ule im Gutachten des Dr.H. ebensowenig dokumentiert ist wie Hinweise auf die Cervikobrachialgien mit Wurzelirritationen. Zudem ist aus dem gesamten Verlauf der Krankheitsgeschichte keine durch Befunderhebung gesicherte Wurzelirritation ersichtlich. Vielmehr wurden eine NervenschÃ¤digung wie auch eine Nervenwurzelkompression oder -irritation sowie eine SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarks selbst immer ausgeschlossen.

Das Gutachten des Dr.H. erschien dem Senat daher nicht zuverlÃ¤ssig. Hinzu kam, dass die Messwerte des Dr.H. entweder wegen ihrer Richtigkeit in Zweifel zu ziehen oder â als seltene Momentaufnahme â nicht reprÃ¤sentativ sind. So hatte Dr.H. die Inklination/Reklination des Kopfes mit 15-0-20 Grad beschrieben, die Lateralflexion rechts/links mit 15-0-15 Grad und die Rotation mit 20-0-20 Grad; unter Bezugnahme hierauf hat die KlÃ¤gerin in ihrer BerufungsbegrÃ¼ndung die weitaus besseren Werte im Gutachten des Dr.H. als nicht nachvollziehbar gerÃ¼gt.

Die RÃ¼ge muss sich nach Ãberzeugung des Senats richtigerweise an die Adresse des Dr.H. richten, sollte mit dessen Messwerten nicht ein vorÃ¼bergehendes akutes HalswirbelsÃ¤ulen-Syndrom gekennzeichnet sein, das den Verlauf der anhaltenden Behinderungen der KlÃ¤gerin nicht wesentlich geprÃ¤gt hat; denn sowohl vor als auch nach der Untersuchung des Dr.H. sind wiederholt die BewegungseinschrÃ¤nkungen der HalswirbelsÃ¤ule gemessen und bessere Werte â wie bereits dargestellt â festgestellt worden.

Das Gutachten des Dr.H. erscheint ferner bei Beantwortung der Frage 7 der Beweisanordnung (Welche herausgehobenen TÃ¤tigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, z.B. die Ã¼berdurchschnittliche Leistungsbereitschaft, Gewissenhaftigkeit, besonderes Verantwortungsbewusstsein, Nervenkraft, natÃ¼rliche AutoritÃ¤t oder Wendigkeit erfordern, kann die KlÃ¤gerin unter BerÃ¼cksichtigung ihrer GesundheitsstÃ¶rungen ausÃ¼ben?) unschlÃ¼ssig. Der Senat sieht hier zwar, dass sich die Frage primÃ¤r an einen Neurologen oder Psychiater richtet, im Rahmen eines Gutachtensauftrags fÃ¼r einen OrthopÃ¤den oder Chirurgen generell fehl am Platze ist. Wenn aber Dr.H. dennnoch auf diese Frage eingeht, und zwar dahingehend, dass die KlÃ¤gerin TÃ¤tigkeiten nicht mehr verrichten kÃ¶nne , welche besondere KonzentrationsfÃ¤higkeit, Nervenkraft, insofern auch eine Ã¼berdurchschnittliche Leistungsbereitschaft erforderten, so muss er dies auch begrÃ¼nden. Das ist aber nicht geschehen. Hinsichtlich entsprechender GesundheitsstÃ¶rungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet ist keine Befunderhebung des Dr.H. ersichtlich, ebensowenig die Diagnose einer einschlÃ¤gigen GesundheitsstÃ¶rung. Die vorausgehende Krankengeschichte ist insoweit leer. Es bestehen â auch im Hinblick auf den Vortrag der KlÃ¤gerin â keinerlei Anhaltspunkte fÃ¼r ein krankheitswertiges Geschehen, das die KonzentrationsfÃ¤higkeit oder Nervenkraft einschrÃ¤nken kÃ¶nnte.

Insgesamt gesehen weist das Gutachten des Dr.H. gravierende MÃ¤ngel auf, so dass es der Senat nicht seiner Beurteilung zugrunde legen konnte. Wenn die KlÃ¤gerin ihrerseits das Gutachten des Dr.M. in Zweifel zieht, so wurden hierfÃ¼r zureichende GrÃ¼nde von ihr nicht vorgetragen. Die Behauptung, Dr.M. selbst habe keine "Vermessungen" vorgenommen, so dass seine Messergebnisse nur abgeschrieben seien, disqualifiziert sich bereits dadurch, dass die Messwerte des Dr.M. mit allen anderen in den Aktenunterlagen vorhandenen Werten nicht Ã¼bereinstimmen, also damit nicht von einem Dritten Ã¼bernommen worden sein kÃ¶nnen. Im Ãbrigen hat Dr.M. auf Seiten 8 bis 10 seines Gutachtens ausfÃ¼hrlich und genau Messwerte dargelegt; die GrÃ¼ndlichkeit â z.B. ist die Rotation des Kopfes in Neutralstellung der HalswirbelsÃ¤ule mit "Mehrfachtestung" gekennzeichnet und die Inklination/Reklination (Vor- und RÃ¼ckwÃ¤rtsneigung) nicht nur mit GradmaÃen (40-0-50) angegeben, sondern auch mit dem Kinn-Jugulum (Drosselgrube)-Abstand (3 cm und 16 cm) gekennzeichnet â lassen beim Senat keine Zweifel daran, dass die Werte vom Gutachter selbst erhoben worden sind.

Die weitere Behauptung, die KlÃ¤gerin kÃ¶nne den Kopf nur unter Einsatz der Schulter nach hinten drehen, dies habe Dr.M. verkannt, ist mehrdeutig, hÃ¤ngt davon ab, was unter "hinten" verstanden wird. Richtig ist jedenfalls, dass die

Drehbeweglichkeit des Kopfes â□□ diese wird immer ohne "Mitnahme" des Rumpfes gemessen, sich bei Dr.M. als sehr gut erwies und auch nach dem Inhalt anderer Gutachten und Arztberichte in eingeschrÃ¤nktem MaÃ□e mÃ¶glich gewesen ist. Bei Dr.H. hat die KlÃ¤gerin anfangs im Sitzen eine nahezu vollstÃ¤ndig aufgehobene Drehbeweglichkeit bzw. eine Drehung unter Mitnahme des Rumpfes demonstriert, was sich aber schon deswegen als lediglich vorgegeben und unrichtig erwiesen hat, weil die PrÃ¼fung der globalen Seitneigung im Liegen bis 20 Grad links und rechts mÃ¶glich gewesen ist, bevor die KlÃ¤gerin einer weitergehenden Drehung Widerstand leistete, und weil die Rotation in Mittelstellung (im Liegen) bis 60 Grad links und rechts gemessen worden ist.

Mithin ist nicht das Ergebnis des Gutachtens des Dr.M. , das mittelbar durch das des Dr.H. eine BestÃ¤tigung findet, zu beanstanden. Im Ã□brigen hat der Senat bereits oben darauf hingewiesen, dass sich das Cervicalsyndroms mit Muskelverspannungen und Bewegungsbehinderungen zeitweise besser und dann wieder schlechter darstellt. Nur nebenbei wird noch auf den merkwÃ¼rdigen Umstand hingewiesen, dass die KlÃ¤gerin trotz ihrer angeblich so gravierenden EinschrÃ¤nkungen in der Lage gewesen ist, (laut Kostenakte) zweimal 125 km von ihrem Wohnort zur Untersuchung bei Dr.M. mit dem PKW zu fahren.

In unbegrÃ¼ndeter Weise hat die KlÃ¤gerin am Gutachten des Dr.M. auch gerÃ¼gt, der SachverstÃ¤ndige habe Glaubensbekenntnisse anstelle klarer medizinischer Schlussfolgerungen abgegeben. Angesprochen sind Seite 16 unten und Seite 17 des Gutachtens: "Ich glaube nicht, dass ein solches Carpaltunnelsyndrom, das zu Missempfindungen an den Fingern d 1 bis d 3 fÃ¼hrt, bei der Versicherten vorliegt. Die heutige klinische Untersuchung sprach gegen diese BefÃ¼rchtung. Das von der Versicherten heute angegebene Beschwerdebild erschien trotz des jahrelangen Verlaufs mittlererweise moderat. Dem entspricht auch der erhebbare klinische Befund. Zu der Bemerkung des Dr.M. auf S.16 des Gutachtens weist der Senat darauf hin, dass es sich um eine Meinung des SachverstÃ¤ndigen handelt, fÃ¼r die jener anschlieÃ□end mehrere GrÃ¼nde anfÃ¼hrt. Soweit eine letzte â□□ positive oder negative â□□ Gewissheit wegen Fehlens einer neurologischen Untersuchung nicht vorhanden war und Dr.M. daher das Wort "scheint" verwendet, war der SachverstÃ¤ndige â□□ ebenso, wie bereits dargelegt der Senat â□□ der Ansicht, dass dies fÃ¼r die Beurteilung der geminderten ErwerbsfÃ¤higkeit nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein kÃ¶nne. Die Richtigkeit der Ansicht des Dr.M. ist im Ã□brigen durch das Ergebnis des Gutachtens des Dr.K. bestÃ¤tigt worden.

Auf S.18 hat der SachverstÃ¤ndige Dr.M. nicht "Ã¼ber Erscheinungen berichtet", wie die KlÃ¤gerin vorgetragen hat, sondern Ã¼ber seinen Eindruck von dem vorgebrachten Beschwerdebild, das den durch Untersuchung objektivierbaren mÃ¤Ã□igen Befunden entspricht. Es handelt sich hier erkenntlich um eine zulÃ¤ssige Ã¤rztliche Wertung und nicht, wie der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin meinte, um theologische AusfÃ¼hrungen.

Auch die BegrÃ¼ndung einer Fehlbeurteilung damit, dass Dr.M. entgangen sei, dass die KlÃ¤gerin nur noch geringe Lasten, maximal 5 kg, heben dÃ¼rfe, liegt neben der Sache. Der BevollmÃ¤chtigte sieht hier nicht, dass eine solche Beurteilung,

wenn sie Ã¼berhaupt in der Zeit ab 01.01.1993 zutreffend gewesen ist, nicht fÃ¼r alle Zeiten festgeschrieben werden kann. Der KlÃ¤gerin waren im Laufe der Jahre wieder leichte und mittelschwere sowie gelegentlich auch schwere Frauenarbeiten zuzumuten; das Heben und Tragen nur leichter Lasten, ein Unterfall der Zumutbarkeit lediglich leichter kÃ¶rperlicher TÃ¤tigkeiten, bezieht sich im Ãbrigen primÃ¤r auf die Beine und LendenwirbelsÃ¤ule, die belastet werden, und nicht die HalswirbelsÃ¤ule. Hinsichtlich der LendenwirbelsÃ¤ule hat â ehemals bei geringfÃ¼gigen objektiven Befunden â ein LendenwirbelsÃ¤ulen-Syndrom bei der KlÃ¤gerin vorgelegen. Zu Recht hat Dr.M. darauf hingewiesen, dass bei den Behinderungen der KlÃ¤gerin an der HalswirbelsÃ¤ule nur stÃ¤ndige Ãberkopfarbeiten und die Ãberstreckung der HalswirbelsÃ¤ule (Zwangshaltungen) nicht mehr zumutbar seien, wenn auch seit Rentenantrag vorÃ¼bergehend (und daher nicht relevant im Bereich der Rentenversicherung) eine weitergehende Minderbelastbarkeit mÃ¶glich gewesen sei; zuzustimmen ist auch Dr.K. , der wegen der HalswirbelsÃ¤ule stÃ¤ndiges einseitiges Tragen fÃ¼r unzumutbar hielt, weil hierdurch eine Zwangshaltung hervorgerufen werden kann.

Hinsichtlich der LendenwirbelsÃ¤ule besteht eine diskrete skoliotische Fehlhaltung, ansonsten kein wesentlicher Befund, nicht einmal rÃ¶ntgenologische VerschleiÃerscheinungen (vgl. zuletzt Gutachten des Dr.F. vom 02.10.2002. Die KlÃ¤gerin hatte gelegentlich Ã¼ber Schmerzen in der LendenwirbelsÃ¤ule geklagt (so gegenÃ¼ber Dr.S. , aber nicht bei den Dres.M. und H.), oder nur angegeben, diese Beschwerden seien "nicht tragisch" bzw. "nicht so schlimm" (so bei Dr.H. und Dr.M.). Eine Verspannung der Lendenmuskulatur ist von keinem der Gutachter vermerkt worden, eine geringe/leichte EinschrÃ¤nkung der Beweglichkeit nur bei Dr.S. (Finger-Boden-Abstand von 15 cm im Gegensatz zu 3 cm bei Dr.M.) und im Ãbrigen bei 5 cm bei Dr.H â¦

Durch die leichte Fehlhaltung der WirbelsÃ¤ule kann es â insbesondere bei andauernd kÃ¶rperlich schweren Arbeiten, z.B. beim Heben und Tragen von Lasten â zu einem vorÃ¼bergehenden LendenwirbelsÃ¤ulen-Syndrom kommen und, wie bei der KlÃ¤gerin anlÃ¤sslich der Arbeitserprobung im Jahre 1995 geschehen (vgl. Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. vom 27.04. 1995), kÃ¶nnen kÃ¼rzere Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit eintreten. Bei den minimalen Befunden liegt aber eine wesentliche EinschrÃ¤nkung der ErwerbsfÃ¤higkeit nicht vor; unzumutbar sind deswegen nur stÃ¤ndige schwere kÃ¶rperliche Arbeiten.

Auch hinsichtlich der Kniegelenke der KlÃ¤gerin liegt ein relativ belangloser Befund vor. Die von ihr vorgebrachten Beschwerden waren sehr unterschiedlich; zeitweise â insbesondere gegenÃ¼ber den behandelnden Ãrzten â wurde auch nichts hierzu vorgetragen. In den Jahren 1992/93 erwÃ¤hnte die KlÃ¤gerin nebenbei ein gelegentliches Stechen im rechten Kniegelenk beim Treppen steigen (Bericht zum Heilverfahren 1992/93). Bei Dr.S. (Gutachten vom 21.09.1995) gab sie an, an den Gelenken der unteren ExtremitÃ¤ten keine Beschwerden zu haben, bei Dr.H. (Gutachten vom 26.10.1998) Schmerzen in beiden Kniegelenken vor allem belastungsabhÃ¤ngig und teilweise Schwellungen, bei Dr.H. Schmerzen im linken Knie bei lÃ¤ngerem Stehen und Treppen steigen (Gutachten vom 01.02.1999); Dr.M. hat in seinem Gutachten vom 17.04.2000 entsprechende Beschwerden nicht

vermerkt. Im Gutachten des Dr.F. vom 01.10.2002 ist wiederum ein Stechen im linken Knie beim Treppensteigen vermerkt.

Im Jahre 1997 ist kernspintomographisch ein Einriss am Innenband des linken sowie ein kleiner Meniskusriss gesichert worden, zeitweise bestand eine MuskelverschmÃ¤chtigung des linken Oberschenkels (bei Dr.H. bis zu 4 cm, bei Dr.H. bis zu 2 cm, bei Dr.M. und Dr.F. nicht mehr augenscheinlich). Funktionell bedeutsame Behinderungen waren bei keiner der Untersuchungen der SachverstÃ¤ndigen erkennbar. So war die Beweglichkeit beider Kniegelenke nicht oder nur gering eingeschrÃ¤nkt (am stÃ¤rksten bei der Messung des Dr.H. mit 0-0-140 Grad rechts und 0-0-130 Grad links), eine Kapselverdickung oder ein Gelenkerguss hat sich zu keiner Zeit objektivieren lassen, und mehr als eine diskrete anteromediale InstabilitÃ¤t links und ein leichtes retropatellares Knacken als Dauerfolgen eines zeitlich nicht nÃ¤her bestimmten Traumas waren nicht festzustellen. Im Hinblick auf die Kniegelenke sind wesentliche EinschrÃ¤nkungen der ErwerbsfÃ¤higkeit nicht zu begrÃ¼nden; allenfalls sind der KlÃ¤gerin Arbeiten auf Treppen und Leitern sowie stÃ¤ndiges Treppen steigen nicht mehr zumutbar.

Mit ihrem eingeschrÃ¤nkten ErwerbsvermÃ¶gen war sie zumindest seit 1995 (belegt durch das Gutachten des Dr.S. vom 21.09.1995) â in der Lage, vollschichtig leichte und mittelschwere Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts zu verrichten, ohne Zwangshaltungen der HalswirbelsÃ¤ule, ohne Arbeiten auf Leitern und GerÃ¼sten und ohne Treppensteigen. FÃ¼r die Zeit von Januar 1993 bis etwa August 1995 ist der KlÃ¤gerin einzurÃ¤umen, dass stÃ¤rkere EinschrÃ¤nkungen vorlagen. So geht der Senat davon aus, dass ein vollschichtiges LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin nur fÃ¼r kÃ¶rperlich leichte Arbeiten (mit dem Heben und Tragen nur leichter Lasten) mÃ¶glich gewesen ist. Die Arzt- und Krankenhausberichte zeichnen fÃ¼r diese Jahre ein stÃ¤rkeres Beschwerdebild, wenn auch zu berÃ¼cksichtigen ist, dass nicht jede akute Symptomatik in die Bewertung einflieÃen kann; ein akutes HalswirbelsÃ¤ulen- und Cervikalsyndrom z.B. mag einige Monate der ArbeitsunfÃ¤higkeit herbeifÃ¼hren, ist aber bei der KlÃ¤gerin nicht durchgehend Ã¼ber einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten feststellbar, gilt danach als "vorÃ¼bergehend" und stellt keine "anhaltende" Behinderung dar, die wenigstens befristete Rente begrÃ¼nden kÃ¶nnte (Argument aus Â§ 101 Abs.1 in Verbindung mit 102 Abs.2 Nr.1 SGB VI).

Bei der Beurteilung des LeistungsvermÃ¶gens der KlÃ¤gerin hat sich der Senat im Wesentlichen den Gutachten der Dres.S. , H. , M. , F. und K. angeschlossen. Die Auffassung des Dr.H. konnte der Senat aus den bereits oben genannten GrÃ¼nden nicht teilen; im Ãbrigen erscheint es auch nicht nachvollziehbar, warum â bei Unterstellung der von Dr.H. angenommenen Grundlagen fÃ¼r eine Leistungsbeurteilung â das LeistungsvermÃ¶gen der KlÃ¤gerin in zeitlicher Hinsicht eingeschrÃ¤nkt sein sollte.

Die Arbeitserprobung im Jahre 1995, anlÃ¤Ãlich der die KlÃ¤gerin Ã¼ber vermehrte Beschwerden klagte, spricht jedenfalls nicht dafÃ¼r. Es ist zu berÃ¼cksichtigen, dass die KlÃ¤gerin nicht â wie ehemals nach dem Unfall â als Nachtwache fÃ¼r psychisch behinderte Kinder eingesetzt war, sondern im

Stationsdienst eines Krankenhauses. Hier ist nicht nur mit leichten und mittelschweren Arbeiten zu rechnen, sondern zeitweise â□□ z.B. beim Umbetten von Patienten â□□ mit kÃ¶rperlich schwerer TÃ¤tigkeit. Soweit die KlÃ¤gerin bis ca. Juli 1995 damit Ã¼berfordert gewesen ist, steht dies aber der FÃ¤higkeit fÃ¼r die Verrichtung leichter Arbeiten nicht entgegen. FÃ¼r die Zeit ab September 1995 ist â□□ wie bereits dargelegt â□□ von einer weitaus geringer eingeschrÃ¤nkten ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin auszugehen. FÃ¼r diesen Zeitraum konnte der Senat dem Gutachten der Dr.K. nicht folgen und insoweit von der FÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin nur fÃ¼r leichte Arbeiten vollschichtig ausgehen. Die BegrÃ¼ndung der Dr.K. bezieht sich vor allem auf einen Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin, wie er in der Vergangenheit vorgelegen hat. MaÃ□gebende GesundheitsstÃ¶rungen auf neurologischem Fachgebiet hat die SachverstÃ¤ndige nicht feststellen kÃ¶nnen, so dass ihre Beurteilung fÃ¼r die Zeit ab Herbst 1995 Ã¼berzogen erscheint. Im Ã□brigen hat Dr.K. ihrer Beurteilung fÃ¼r die Zukunft zugrunde gelegt, dass eine nachhaltige Besserung der Symptomatik noch offen sei, also eingerÃ¤umt, dass sich der Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin bei Untersuchung im Gegensatz zu frÃ¼heren Jahren besser dargestellt hat. Der Senat ist aber nicht gehalten, eine in frÃ¼heren Jahren abgegebene vorlÃ¤ufige EinschÃ¤tzung fÃ¼r die Zeit ab 1995 beizubehalten, sondern kann und muss den seit 1995 durchgehend besseren Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin, wie er sich nach allen Ã¤rztlichen Befunden im Gutachten erwiesenermaÃ□en darstellt, seiner Beurteilung zugrunde legen.

Mit ihrer eingeschrÃ¤nkten ErwerbsfÃ¤higkeit ist die KlÃ¤gerin seit 1993 nicht berufsunfÃ¤hig. Von Beruf ist sie Pflegehelferin, sofern sie â□□ den Nachweis ist sie im Rentenverfahren schuldig geblieben â□□ ihre Ausbildung mit Erfolg abgeschlossen hat. Sie hat ihre im Rentenantrag vom Februar 1993 unrichtig angegebene dreijÃ¤hrige Ausbildung zur Krankenschwester â□□ nicht fÃ¼r jedermann offensichtlich â□□ im Antrag auf KontenklÃ¤rung vom September 1993 mittelbar dadurch berichtigt, dass sie hier zum "zuletzt ausgeÃ¼bten Beruf" die Bezeichnung KPH angegeben hat, womit Krankenpflegehelferin gemeint war. AuÃ□erdem hat die KlÃ¤gerin der Beklagten nicht Nachweise Ã¼ber eine von 1989 bis 1991 dauernde Ausbildung vorgelegt, sondern im August 1993 einen Ausbildungsvertrag zur Ausbildung fÃ¼r den Beruf einer Pflegehelferin vom 01.10.1990 fÃ¼r die Dauer eines Jahres. Damit decken sich die von der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber Dr.M. gemachten Berufsangaben und auch die Entgelte im Versicherungsverlauf, die vor dem 01.10.1990 wesentlich hÃ¶her waren und ab diesem Zeitpunkt fÃ¼r ein Jahr erheblich absanken. Zuletzt hat die KlÃ¤gerin â□□ anamnestisch â□□ auch bei der Befragung durch Dr.F. und Dr.K. eingerÃ¤umt, dass sie lediglich eine einjÃ¤hrige Ausbildung zur Pflegehelferin absolviert hat.

Mit ihrem Beruf ist die KlÃ¤gerin im Rahmen des vom Bundessozialgericht entwickelten Berufsgruppenschemas in den unteren Bereich der zweiten Gruppe der "Angelernten" (Angelernte mit einer Anlern- oder Einarbeitungszeit von Ã¼ber drei Monaten bis hin zu den Ausgebildeten mit einer Ausbildungszeit von hÃ¶chstens zwei Jahren) einzustufen und â□□ soweit sie ihren Beruf nicht zumutbar ausÃ¼ben konnte und kann â□□ auf ErwerbstÃ¤tigkeiten in der unteren Gruppe ("Ungelernte" mit einer Einarbeitungs- oder Anlernzeit bis zu drei Monaten) verweisbar. Ein gewisser sozialer Abstieg ist der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã□ Â§ 43 Abs.2

SGB VI zumutbar, sofern allereinfachste TÃ¤tigkeiten von niedrigem Rang (z.B. SpÃ¼lerin) ausgeschlossen werden.

Damit ist die KlÃ¤gerin auf ungelernte TÃ¤tigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in der gesamten Bundesrepublik verweisbar. Ein Verweisungsberuf ist ihr auch fÃ¼r die Zeit nicht zu benennen, in der sie nur noch vollschichtig leichte Arbeiten verrichten konnte (Urteil des GroÃen Senats des BSG vom 19.12.1996 â GS 2/95 in SozR 2600 Â§ 44 Nr.8). Auch unter BerÃ¼cksichtigung der EinschrÃ¤nkungen seitens der HalswirbelsÃ¤ule liegen weder eine Summierung ungewÃ¶hnlicher EinschrÃ¤nkungen noch eine schwere spezifische Behinderung â wie z.B. bei wesentlicher EinschrÃ¤nkung der Armbeweglichkeit oder EinÃ¤ugigkeit â vor. Im Ãbrigen gilt, dass derjenige nicht berufsunfÃ¤hig ist, der eine ihm zumutbare TÃ¤tigkeit vollschichtig ausÃ¼ben kann, wobei die jweilige Arbeitsmarktlage nicht zu berÃ¼cksichtigen ist (Â§ 43 Abs.2 letzter Satz SGB VI).

Der Senat weist im Ãbrigen darauf hin, dass der KlÃ¤gerin ein breites Spektrum im Bereich des erlernten Berufs nicht verschlossen ist, auch wenn sie im Stationsdienst von KrankenhÃ¤usern zeitweise nicht einsetzbar gewesen ist oder kÃ¼nftig sein wird. Wie bereits frÃ¼her darauf hingewiesen worden ist â und dies hat auch Dr.M. aus seinen Erfahrungen fÃ¼r den Beruf der Pflegehelferin bestÃ¤tigt -, besteht z.B. die Einsetzbarkeit in Kurheimen, Sanatorien und im Untersuchungsdienst der GesundheitsÃ¤mter, VersorgungsÃ¤mter und Arztpraxen, bei der kÃ¶rperlich schwere TÃ¤tigkeiten entfallen. Darauf, dass insoweit das Arbeitsangebot im Wohnortsbereich der KlÃ¤gerin mÃ¶glicherweise ungÃ¼nstig ist oder sie mit Haushalt und Kindererziehung bereits hinreichend belastet ist, kann sie sich nicht berufen.

Da die Voraussetzungen der BerufsunfÃ¤higkeit nicht vorliegen, besteht um so weniger ErwerbsunfÃ¤higkeit, weil diese noch stÃ¤rkere EinschrÃ¤nkungen des ErwerbsvermÃ¶gens voraussetzt, erst recht waren die in zeitlicher Hinsicht strengeren Voraussetzungen des ab 01.01.2001 geltenden Â§ 43 SGB VI erfÃ¼llt. Demzufolge war die Berufung zurÃ¼ckzuweisen. Der Senat musste nicht mehr darauf eingehen, inwieweit durch den Bezug des Verletztengelds und der Verletztenrente eine Rente wegen verminderter ErwerbsfÃ¤higkeit nach den Â§Â§ 93 ff. SGB VI in den seit 1992 mehrfach geÃ¤nderten Fassungen ein Rentenanspruch zeitweise ausgeschlossen wÃ¤re oder sich eine Rente wegen Berufs- oder ErwerbsunfÃ¤higkeit verringert hÃ¤tte.

Der Senat sah sich nicht an einer Entscheidung in der Hauptsache gehindert. Der Antrag der KlÃ¤gerin auf AnhÃ¶rung des SachverstÃ¤ndigen Prof.Dr.P. war nicht stattzugeben, weil er aus grober NachlÃ¤ssigkeit verspÃ¤tet gestellt worden ist. Nach Beweiserhebung hatte der Senat dem ehemaligen Anwalt der KlÃ¤gerin das Gutachten mit der Aufforderung Ã¼bersandt, hierzu binnen eines Monats Stellung zu nehmen und damit â bei rechtskundiger Vertretung der KlÃ¤gerin â zu erkennen gegeben, dass sie "EinwÃ¤nde" hiergegen innerhalb der gesetzten angemessenen Frist erheben oder mit anderen Mitteln, z.B. mit einem Antrag gemÃ¤Ã Â§ 109 Abs.1 SGG, gegen das fÃ¼r sie offensichtlich ungÃ¼nstige Ergebnis der Beweisaufnahme angehen kÃ¶nne.

Das Gutachten des Dr.M. ist dem ehemaligen BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin laut Posteingangsstempel der Kanzlei am 26.04.2000 zugegangen (vgl. Schriftsatz der Klagepartei vom 30.10.2000); dennnoch wurde hierauf ein halbes Jahr lang nicht reagiert und dann erst â nachdem die KlÃ¤gerin die Ladung am 11.10.2000 zum Termin am 09.11.2000 erhalten hatte, mit Telefax vom 02.11. 2000, sieben Tage vor der Verhandlung und drei Wochen nach Zugang der Ladung â Antrag gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG gestellt.

Das lange Zuwarten â nach der Rechtsprechung wird bereits eine Frist von sechs Wochen als zu lange angesehen â ist nicht nur als nachlÃ¤ssig, sondern als grob nachlÃ¤ssig anzusehen. Auch fÃ¼r einen Laien, geschweige denn fÃ¼r einen Rechtsanwalt, war ersichtlich, dass nach gerichtlicher Aufforderung Handlungsbedarf bestand und dass die Sachlage nach Erhalt der RechtsausfÃ¼hrungen im angefochtenen Urteil und des Gutachtens des Dr.M. erkennbar fÃ¼r die KlÃ¤gerin ungÃ¼nstig war.

Ein objektives Hindernis fÃ¼r das VersÃ¤umnis der Klagepartei ist nicht ersichtlich. Dahingestellt kann bleiben, ob der KlÃ¤gerin oder ihrem frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten oder beiden ein prozesswidriges Verhalten zur Last fÃ¤llt. Das Verschulden des BevollmÃ¤chtigten steht dem Verschulden der Partei gleich (Â§ 85 Abs.2 der Zivilprozessordnung â ZPO â in Verbindung mit Â§ 73 Abs.4 SGG), und die Kenntnis oder das KennenmÃ¼ssen tatsÃ¤chlicher UmstÃ¤nde seitens des BevollmÃ¤chtigten ist dem Vollmachtgeber zuzurechnen (Â§ 166 Abs.1 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch).

Die Klagepartei hat nach Aufhebung des Urteils vom 09.11.2000 nicht mehr auf einen gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG einzuholenden Gutachten des Prof.Dr.P. bestanden, vielmehr â nachdem der Senat wegen groÃen Zeitablaufs die Gutachten des Dres.F. und K. veranlasst hatte, den Privatdozenten Dr.I. zum Arzt des Vertrauens der KlÃ¤gerin benannt (Schriftsatz vom 28.03.2003). Wenn der Senat gleichwohl auf den ersten Antrag eingeht, so geschah dies vor allem in Hinblick darauf, dass auch der zweite Antrag gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG unter Ã¤hnlichen Vorzeichen verspÃ¤tet gestellt worden ist, obwohl der Klagepartei bereits ausdrÃ¼cklich zusÃ¤tzliche Hinweise gegeben worden sind. Die Aufforderung zur Stellungnahme binnen eines Monats nach erneuter Begutachtung erfolgte mit Schreiben vom 21.10.2002, wobei hier erneut mitgeteilt worden ist, der Senat sehe die Beweisaufnahme fÃ¼r abgeschlossen an. Eine Mahnung blieb ohne Erfolg. Erst mit Telefax vom 29.03.2003 wurde antrag gemÃ¤Ã Â§ 109 (Dr.I.) gestellt, der aus denselben GrÃ¼nden wie der erste als verfristet abzulehnen war.

Einen Grund zur Vertagung bzw. Absetzung des Termins und nochmaliger Eintritt in die Beweisaufnahme sieht der Senat auch nicht deswegen, weil ein zweites Berufungsverfahren in einer Unfallsache anhÃ¤ngig ist. FÃ¼r den Rentenstreit wesentliche Gesichtspunkte vermag der Senat nicht zu erkennen. In der Unfallstreitsache hat der dortige Senat auf die entsprechende RÃ¼ge der KlÃ¤gerin, der in erster Instanz tÃ¤tig gewesene SachverstÃ¤ndige Dr.S. sei bei EinschÃ¤tzung einer MdE um 20 v.H. nach der Erdmann-Tabelle verfahren, wobei neurologische Auswirkungen sowie psychosomatische unfallbedingte StÃ¶rungen nicht erfasst

wÃ¼rden, bei dem Gutachter rÃ¼ckgefragt und zur Antwort erhalten, dass es sich hierbei lediglich um eine MdE-Bewertung auf unfallchirurgischem Gebiet handele. Damit ist keine "Wende" im Rentenrechtsstreit eingetreten. Vielmehr ist hier durch das Gutachen des Dr.K. bereits abgeklÃ¤rt worden, dass die ErwerbsfÃ¤higkeit erheblich einschrÃ¤nkende "neurologische Ausfallserscheinungen" oder ein krankheitswertiges psychosomatisches Geschehen nicht vorgelegen oder vorliegen. Gerade ein Gutachten auf neurologisch-psychosomatischem Gebiet erschien dem Senat geeignet, organische und psychische Komponenten, auf die OrthopÃ¤den und Chirurgen nur Hinweise geben und MÃ¶glichkeiten aufzeigen konnten, in fachkompetenter Weise abzuklÃ¤ren.

Daher war die Berufung mit der Kostenfolge aus Â§ 193 SGG zurÃ¼ckzuweisen. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 04.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024