
S 12 RA 691/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 RA 691/00
Datum	25.06.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 14 R 4142/01
Datum	20.10.2005

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 25. Juni 2001 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Die 1957 geborene Klägerin war beruflich als Bodenstewardess (Fluggastabfertigung) bei der D. AG tätig. Sie erlitt im Februar 1990 einen Verkehrsunfall (schwerer Auffahrunfall), bei dem es u.a. zu einer Schädelprellung und in der Folgezeit zu therapieresistenten neurophysiologischen Störungen (Schwindel, Seh- und Hörstörungen, Kopfschmerzen, Kraftabschwächung im rechten Arm) kam. Die Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (BG) erkannte einen Arbeitsunfall an und gewährte mit Bescheid vom 10.04.1992, gestützt auf verschiedene von ihr eingeholte Gutachten auf chirurgischem, neurologisch-psychiatrischem und HNO-ärztlichem Gebiet, Rente nach einer MdE von 20 v.H. bis 31.10.1990. Widerspruch und Klage, mit denen sich die Klägerin

auf ein im Zivilgerichtsverfahren gegen die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers vor dem Landgericht F. erstelltes neurootologisches Gutachten des Prof. Dr. C. vom 23.02.1994 (MdE 45%, aufgehobene Arbeitsfähigkeit) berief, blieben ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 04.07.1996 nach neurootologischem Gutachten des Prof. Dr. H. , klageabweisendes Urteil des SG München vom 17.11.1998 – S 8 U 553/96 – nach chirurgischem Gutachten des Dr. K. , Zurückweisung der Berufung durch BayLSG am 09.09.1999, Zurückweisung der Nichtzulassungsbeschwerde durch Beschluss des BSG vom 27.06.2000).

Nach (zunächst stundenweiser) Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und späterem Übergang zu Teilzeitarbeit kam es bei der Klägerin zu gehäuftesten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Trotz der Bemühungen des Arbeitgebers um mehrfache Arbeitsplatzumsetzung mit leichteren Tätigkeiten bestand ab März 1996 Arbeitsunfähigkeit auf Dauer.

Ab 17.09.1997 war die Klägerin beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet und bezog im Rahmen von [§ 105 a AFG](#) Arbeitslosengeld. Die Arbeitsamtsärztin und Sozialmedizinerin Dr.Z. hielt die Klägerin am 13.10.1997 wegen therapieresistenter Beschwerden bis zum Ende einer empfohlenen stationären Heilmaßnahme für nur unter halbschichtig leistungsfähig.

Die Klägerin stellte am 20.12.1996 bei der Beklagten zunächst Antrag auf medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation. Am 25.11.1997 beantragte sie daneben Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Die Beklagte führte nach Einholung von Gutachten zum Antrag auf Heilbehandlung auf allgemeinärztlichem, neurologisch-psychiatrischem und orthopädischem Gebiet (Gutachten Dr. B. vom 17.02.1997, Gutachten Dr. H. vom 24.06.1997: "cervikocraniales und cervicobrachiales Syndrom, funktionelle Störungen psychischen Ursprungs, relative Überwertigkeit des Beschwerdebildes, Heilverfahren dringend empfohlen"; Gutachten Dr. B. vom 13.10.1997) in der Zeit vom 21.05. bis 18.06.1998 ein stationäres orthopädisch orientiertes Heilverfahren durch, aus dem die Klägerin mit den Diagnosen: "Chronisches Cervicocephal- und Brachialsyndrom rechts/links und Dorsalsyndrom, pseudoradikulares Lumbalsyndrom links bei musk. Dysb." als arbeitsunfähig und mit der Beurteilung entlassen wurde, sie sei aus orthopädischer Sicht für leichte körperliche Arbeiten in regelmäßig wechselnder Körperhaltung ohne schweres Heben und Tragen, ohne länger andauernde Zwangshaltungen, insbesondere ohne vermehrte Belastungen der HWS-Schultergürtel- Region und der oberen Extremitäten, ohne Überkopfarbeiten und vermehrte Tätigkeiten am Bildschirm vollschichtig einsetzbar. Auf die konträr gegenüberstehende Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Klägerin durch Prof. C. aus neurootologischen Gesichtspunkten und auf die entsprechende Einstellung der Klägerin, die zum Heilverfahren geäußert hatte, "diese Veranstaltung" sei aus juristischen Gründen notwendig, aber eine Besserung von vornherein nicht zu erwarten gewesen, wurde ausdrücklich hingewiesen.

Die Beklagte zog einen Befundbericht des behandelnden Orthopäden Dr. K. vom

14.09.1998 ("konservative orthopädische Therapie absolut ausgereizt, keine Befundänderung in den letzten drei Jahren") sowie das neuroorthologische Gutachten des Prof. Dr. C. vom 23.02.1994 bei. Eine von ihr in Auftrag gegebene nervenärztliche Begutachtung durch Dr. M. lehnte die Klägerin als unnützlich ab.

Nach präärztlicher Stellungnahme der Dr. P. vom 11.11.1998 lehnte die Beklagte den Rentenantrag mit Bescheid vom 19.11.1998 ab mit der Begründung, die Klägerin sei trotz Einschränkung der Erwerbsfähigkeit durch "HWS-Syndrom nach geklagten Kopfschmerzen und Schwindelattacken bei Zustand nach Schleudertrauma und Gehirnerschütterung im Februar 1990, Zustand nach Bruch des linken Handgelenks 1994 ohne relevante Funktionsbehinderung, Zustand nach Bänderriss am rechten Fußknöchel 1991, Bluthochdruck ohne nachgewiesene sekundäre Organkomplikation" in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt körperlich leichte Arbeiten nach möglichem Haltungswechsel ohne Zwangshaltungen, Überkopfarbeiten, nicht überwiegend an Bildschirmen und ohne Lärmbelastungen vollschichtig tätig zu sein.

Mit ihrem Widerspruch machte die Klägerin weiter geltend, es bestehe bei ihr Erwerbsunfähigkeit, zumindest aber Berufsunfähigkeit, denn sie genieße in ihrer bisherigen Tätigkeit als Bodenstewardess Berufsschutz.

Erneut verweigerte die Klägerin von der Beklagten veranlasste Untersuchungen auf orthopädischem und nervenärztlichem Gebiet durch Dr. S. und Dr. M. , unterzog sich aber einer weiteren Untersuchung durch den früheren behandelnden Arzt Dr. H. auf HNO-ärztlichem Gebiet. Dr. H. diagnostizierte einen rezidivierend auftretenden Schwindel mit subjektivem Tinnitus bds. und eine progrediente Innenohrschwerhörigkeit bds., rechts stärker als links. Er vertrat die Auffassung, die Klägerin könne noch leichte Arbeiten im Sitzen vollschichtig verrichten (Gutachten vom 16.06.1999).

Nach erneuter beratungsärztlicher Stellungnahme des Dr. J. vom 30.06.1999 ("keine so gravierenden Funktionsausfälle, die einer vollschichtigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Wege stehen") und Anforderung von Ausbildungsnachweisen der Klägerin (vorgelegt wurde ein "Zwischenzeugnis" der D. AG vom 06.03.2000 mit Erwähnung eines mehrwöchigen Einweisungslehrgangs zu Beginn der Tätigkeit sowie eine Stellenausschreibung "Fachkraft Fluggastdienste") wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 12.05.2000 zurück. Die Klägerin sei mit dem noch bestehenden vollschichtigen Leistungsvermögen weder berufs- noch erwerbsunfähig. Bei einer Ausbildung bis zu einem Jahr, die die Klägerin habe zu ihrer Ausbildung (nach dem Abitur) an einem mehrwöchigen betriebsinternen Einarbeitungslehrgang teilgenommen, kämen im Rahmen der Verweisung alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes für sie in Betracht, eine konkrete Verweisungstätigkeit müsse nicht benannt werden.

Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) machte die Klägerin geltend, auf Grund des Arbeitsunfalls von 1990 an einer chronischen Cervikalcephalgie sowie einer chronischen Schwindelsymptomatik und

multisensorischen neurootologischen Funktionsstörungen zu leiden. Sie verwies auf ihre Entlassung aus dem Heilverfahren 1998 als arbeitsunfähig und auf die Einschätzung einer unter halbschichtigen Leistungsfähigkeit durch den Gutachter Dr. B. im Gutachten vom 13.10.1997 sowie durch die Arbeitsamtsärztin Dr. Z.

Ferner berief sich die Klägerin auf den durch innerbetriebliche Ausbildung, gute Fremdsprachenkenntnisse und langjährige praktische Berufsausbildung erworbenen Berufsschutz einer Angelernten im oberen Bereich, der eine Verweisung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausschließe und die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit erforderlich mache.

Sie teilte mit, es sei von ihrem Arbeitgeber zum 31.12.2000 die außerordentliche Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen worden, und legte u.a. ein internes Schreiben der D. AG ohne Datum über die beabsichtigte Kündigung nach vielfältigen Bemühungen um Arbeitsplatzumsetzungen, die am "ständig präsenten Krankheitsbild" gescheitert seien, vor. Sie verwies auf das Ergebnis einer vorangegangenen betriebärztlichen Untersuchung des Dr. W. am 25.05.2000, wonach sie aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft nicht unter Zeitdruck, in Schicht, in Vollzeit, im Kundenkontakt und im Lärm eingesetzt werden könne; auch könne sie keine Überkopfarbeiten und mittelschweren Hebe- und Tragearbeiten ausführen sowie keine Tätigkeiten verrichten, die mit Bücken und ruckartigen Körperbewegungen verbunden seien.

Ferner brachte die Klägerin fünf Seiten des vom Oberlandesgericht F. eingeholten neurootologischen Ergänzungsgutachtens des Prof. Dr. C. vom 18.12.1997 bei.

Das SG forderte die Klägerin mit Schreiben vom 14.02.2001 auf, eine zur Beiziehung medizinischer Unterlagen im Rahmen der Sachaufklärung notwendige Entbindungserklärung abzugeben. Nachdem eine Antwort nicht einging, erfolgte mit weiterem Schreiben vom 09.05.2001 unter Fristsetzung bis 31.05.2001 eine Erinnerung an die Abgabe der Entbindungserklärung unter Hinweis auf die Folgen einer nicht ausreichend mündlichen Anspruchsüberprüfung und gleichzeitig die Anhörung der Klägerin zum Erlass eines anderenfalls beabsichtigten Gerichtsbescheides.

Nachdem eine Antwort nicht einging, wies das SG mit Gerichtsbescheid vom 25.06.2001 die auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, gerichtete Klage mit der Begründung ab, der Anspruch sei wegen mangelnder Mitwirkung der Klägerin nicht überprüfbar, die Klage sei nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast abzuweisen.

Mit der Berufung wiederholt die Klägerin ihr bisheriges Vorbringen und macht geltend, das Erstgericht habe fehlerhaft die notwendige Beweisaufnahme unterlassen; einer vorherigen Beiziehung von ärztlichen Unterlagen habe es nicht bedurft. Sie entband die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht und berief sich im übrigen darauf, dass sich durch neuere Untersuchungen des Neurochirurgen Dr. M. herausgestellt habe, dass sie bei dem Unfall einen Riss der

Ligamenta alaria beidseits erlitten habe, wodurch sich nunmehr eine ganz neue Dimension des Unfallschadens, nämlich eine ausgeprägte Instabilität der oberen HWS, ergebe. Durch eine Stabilisierungsoperation am Kopf-Hals-Übergang mit "Plattenverschraubung und transartikulärer C 1-2 Verschraubung" könne eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden, was aber mit einer Einschränkung der Kopfbeweglichkeit und der Gefahr von Lähmungen verbunden sei.

Vorgelegt wurde dazu ein entsprechender Bericht des Dr. M. vom 25.07.2001, in dem von einer ausgeprägten Instabilität der oberen Halswirbelsäule mit dringendem Verdacht auf einen Riss der Ligamenta alaria bds. die Rede war. Die Diagnose war auf Grund einer dynamischen Prüfung der HWS-Beweglichkeit unter Bildwandler-Kontrolle gestellt worden, wobei eine "ausgeprägte Translationsbewegung zwischen C 1 und C 2" beschrieben wurde, mit überstehenden Gelenkanteilen bei jeweiliger Seitneigung und einer "Änderung des Abstandes zwischen Dens und Massa lateralis von C 1 sowie Aufklaffen dieses Abstandes bei Seitneigung als Hinweis auf nicht funktionsfähige Ligamenta alaria" beschrieben wurde.

Beigebracht wurde weiterhin ein ärztlicher Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. K. vom 11.07.2001 ("therapieresistentes cervicocephales Syndrom, trotz intensiver orthopädisch-konservativer Therapie keine Besserung"), ein Bericht des Radiologen Dr. H. vom 16.08.2001 über durch Positronen-Emissions-Tomographie des ZNS festgestellte Veränderungen des Glukosestoffwechsels sowie ein "Behandlungsbericht mit gutachtlicher Stellungnahme" des HNO-Arztes Dr. M. vom 14.08.2001 über den Zusammenhang des Beschwerdebildes (Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Hörstörung) mit dem Unfallereignis und die von ihm u.a. erhobenen Befunde "Unterfunktion des rechten Perrotatorius und des linken Postrotatorius, deutlich pathologische Cervikalnystagmen".

Die Beklagte verwies diesbezüglich darauf, dass es wegen des Verhaltens der Klägerin nicht zu fachkompetenten Ermittlungen im Widerspruchsverfahren wie im Klageverfahren gekommen sei. Aus den vorgelegten Unterlagen sei mangels verwertbarer Funktionsaussagen nichts über die Leistungsfähigkeit der Klägerin zu entnehmen.

Weiterhin brachte die Klägerin einen MRT-Befund der oberen HWS in Rechts- und Linksneigung sowie der Kopfgelenksänder in Links- und Rechtsrotation durch den Radiologen Dr. V. vom 06.11.2001 in Vorlage, in welchem ein sog. "tanzender Dens" mit insgesamt mangelnder Füllung in der Gesamtgelenkkonstellation diagnostiziert wurde und zusätzlich eine nahezu Aufbrauchung des Subarachnoidalraumes mit Rückenmarkkontakt links angenommen wurde, so dass von einer traumatisch verursachten mangelhaften Füllung der densnahen Gelenkkapsel im Kapselbandapparat auszugehen sei. Im Bereich der Ligamenta alaria wurde eine "Ausdehnung der Faserstrukturen" im Bereich des rechten Bandes beschrieben und daraus ein "intraligamentäres Überdehnungstrauma" gefolgert.

Die KlÄgerin formulierte dazu, durch den RÄckenmarkkontakt bestehe bei ihr Lebensgefahr, sie habe mit diesem Risiko in Zukunft zu leben; die Verletzung der Bandstrukturen sei irreversibel. Daher dÄrfe sie z.B. nur noch mit schÄtzender HalsstÄtze Auto fahren.

Der Senat wandte sich wegen aktueller Befundberichte an die von der KlÄgerin benannten Ärzte Dr. M. , Dr. H. und Dr. M. , die jedoch lediglich die bereits bekannten Berichte Äber ihre jeweils einmalige ambulante Diagnostik Äbersandten. AuÄerdem wurde ein aktueller Befundbericht des behandelnden OrthopÄden Dr. K. vom 24.04.2002 eingeholt und wurden die Akten der Berufsgenossenschaft fÄr Fahrzeughaltungen (BG), die Unfallstreitsache S 24 U 553/96 des Sozialgerichts MÄnchen und die Schwerbehindertenakte der KlÄgerin beim Amt fÄr Versorgung und FamilienfÄrderung R. (GdB 70 seit 22.02.2002) beigezogen.

Der Senat beauftragte im Wege der Beweisaufnahme den OrthopÄden Dr. F. und anschlieÄend den Nervenarzt Dr. K. mit der Begutachtung der KlÄgerin. Diese wandte sich gegen die ihres Erachtens unnÄtliche orthopÄdische Untersuchung, da sich orthopÄdische MessblÄtter ihres KÄrpers bereits in den Akten befinden wÄrden und ein OrthopÄde die MRT-Bilder des Dr. V. nicht bewerten kÄnne, was hier allein erforderlich sei. Bildwandler-Aufnahmen und MRT, wie von Dr. M. durchgefÄhrt, nicht aber ungenaue RÄntgenaufnahmen seien vorliegend die richtigen Diagnosetechniken. Sie beantragte die Verwertung der vorhandenen Aufnahmen im Wege des Urkundsbeweises.

Die KlÄgerin fÄgte ihrem Vorbringen u.a. fÄnf BÄligen MRT Einzelskans und eine Diskette mit Aufnahmen des Dr. V. sowie Atteste des behandelnden Arztes Dr. K. vom 12.03.2002 Äber die Notwendigkeit des Tragens einer CervikalstÄtze und die Notwendigkeit einer Begleitperson wegen der MÄglichkeit des Bewusstseinsverlustes in Extremsituationen infolge des durch MRT nachgewiesenen Aufbrauchs des Subarachnoidalraumes mit RÄckenmarkkontakt bei Nickbewegungen und RÄckwÄrtsneigung bei. Sie forderte, zumindest mÄsse Dr. F. bei der Bewertung der MRT-Bilder einen Radiologen hinzuziehen.

Dr. F. konnte in seinem Gutachten vom 05.02.2003 unter eingeschrÄnkten Untersuchungsbedingungen â die KlÄgerin trug eine Äberlagernde MetallkopfstÄtze, die sie mit dem Hinweis, das sei zu gefÄhrlich, nicht abnahm; sie konnte sich entsprechend nur eingeschrÄnkt bewegen â keine altersatypischen degenerativen VerÄnderungen erheben. Die KlÄgerin klagte bei der Untersuchung Äber Beschwerden wie Kopfschmerzen, SchweiÄausbrÄche, Tinnitus, HÄrstÄrungen, BewusstseinsstÄrungen und Herzrasen, die sie auf eine InstabilitÄt der Kopfgelenke mit RÄckenmarkkontakt zurÄckfÄhrte. Schmerzen auÄerhalb der Kopfgelenke verneinte sie. GesundheitsstÄrungen, die die ErwerbsfÄhigkeit der KlÄgerin auf orthopÄdischem Gebiet beeintrÄchtigten, waren nach allem fÄr Dr. F. , der auch die im frÄheren orthopÄdischen Gutachten Dr. B. vom 13.10.1997 erhobenen RÄntgenbefunde heranzog, nicht nachweisbar. Der Gutachter hielt alle Äblichen Frauenarbeiten acht Stunden tÄglich fÄr mÄglich, auch die zuletzt von der KlÄgerin ausgeÄbte TÄtigkeit

als Bodenstewardess. Er empfahl eine psychiatrische Begutachtung.

Der mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens beauftragte Nervenarzt Dr. K. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 08.08.2003 nach ausföhrlicher Auseinandersetzung mit der umfangreichen Vorgeschichte einen Zustand nach Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ohne fassbares strukturelles Defizit sowie eine Somatisierungsstörung. Nach den objektiven Untersuchungsbefunden ergab sich keine neurologische Ausfallsymptomatik. Der psychiatrische Befund war nach den Ausführungen des Gutachters gekennzeichnet durch eine kämpferisch-sthenische Einstellung der Klägerin, die eine psychiatrische Diagnose strikt ablehnte.

Dr. K. hielt die Klägerin aus nervenärztlicher Sicht noch für in der Lage, leichte und fallweise auch mittelschwere Tätigkeiten aus wechselnden Ausgangspositionen in einem zeitlichen Umfang von acht Stunden tätig zu verrichten. Wegen der subjektiv angegebenen Schwindelbeschwerden, für die sich allerdings ein organisches Korrelat nicht finden lasse, seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie an gefahrgeneigten Arbeitsplätzen zu vermeiden. Die Umstellungsfähigkeit der Klägerin für entsprechende Arbeiten sei gegeben.

Zu den Feststellungen des Prof. Dr. C. äußerte Dr. K., dieser wage sich als HNO-Arzt weit auf das neurologische Fachgebiet vor, von neurologischer Seite seien seine nicht dem Stand der Schulmedizin entsprechenden Erkenntnisse in der Regel nur schwer nachzuvollziehen; er verwies dazu auf eine Stellungnahme des Dr. F. Bl. 311 ff der BG-Akten, ferner auf eine grundsätzliche Kritik des emeritierten Ordinarius für Neurologie der Technischen Hochschule A., Prof. Dr. P. in "Medizinischer Sachverständiger" 95 Nr.6. Die Kombination Prof. Dr. C. â Dr. M. â Dr. M. â Dr. V. sei in der gutachtlichen Praxis als geläufige Kombination bekannt. Auch die Befunde des Dr. V. zum intraligamentären Überdehnungstrauma seien mittlerweile hinlänglich bekannt und hielten in der Regel einer kritischen gutachtlichen Überprüfung nicht stand; es habe sich mittlerweile herausgestellt, dass derartige Signalveränderungen im Bereich der Ligamenta alaria sehr häufig seien, auch bei Probanden, die nie einen Unfall erlitten hätten. Ähnliches gelte für die Befunde des Dr. H. â; Auch hier habe sich herausgestellt, dass Auffälligkeiten betreffend die Glukose-Utilisation völlig unspezifisch seien.

Die Klägerin wandte gegen die Gutachten des Dr. K. und des Dr. F. ein, sie sei nicht im Stande, regelmässige Arbeiten zu verrichten. Die Gutachter hätten keine hinreichende Kompetenz für die abschließende Bewertung der von ihr vorgelegten MRT-Unterlagen, auch sei aus den Gutachten nicht ersichtlich, ob und in welcher Weise die von ihr beigebrachten bildgebenden Befunde Berücksichtigung gefunden hätten. Die fachliche Auswertung kernspintomographischer Aufnahmen sei von dafür zugelassenen Radiologen vorzunehmen, die Bewertung der vorliegenden HWS-Störungen falle in das neuroradiologische bzw. neurochirurgische Fachgebiet. Sie beantragte weitere Sachaufklärung, insbesondere durch einen Neurochirurgen (Obergutachten), sowie die Ladung der bisherigen Gutachter zur mündlichen Verhandlung zur

Erläuterung ihrer Gutachten, ebenso die persönliche Anhörung des Dr. M. und des Dr. V. als sachverständige Zeugen.

Die Klägerin warf dem Gutachter Dr. F. Animositäten gegenüber Dr. M./Dr. V. vor; seine Auffassung sei veraltet, er setze auf Röntgenaufnahmen, die vorliegend keine Aussagekraft hätten.

Sie legte eine zusammenfassende kritische Stellungnahme des Dr. M. vom 05.02.2003 vor. Darin ging dieser weiterhin von einer Instabilität der HWS aus, allerdings wurde eine lebensgefährliche Verletzung verneint, eine Cervikalstütze als "nützlich" und eine Begleitperson als "wünschenswert" bezeichnet. Außerdem hieß es, die Klägerin sei für jegliche Tätigkeiten nicht mehr belastbar, da sie immerfort darauf angewiesen sei, sich hinzulegen, um durch die Entspannung die entstandenen Schmerzen und Sensationen zu beseitigen.

Auf Antrag der Klägerin erstellte Dr. M. auf Grund einer Untersuchung am 25.04.2004 ein "ausführliches fachneurochirurgisches Gutachten" ohne Datum (Umfang knapp 6 Seiten), das am 01.06.2004 einging. Nach klinischer und neurologischer Untersuchung der HWS, Prüfung der Koordination und "dynamischer Prüfung der HWS-Beweglichkeit unter Bildwandlerkontrolle" formulierte Dr. M., es handle sich bei der Klägerin um zervikozephal und zervikoenzephal Symptome auf Grund einer Instabilität der oberen Halswirbel, die die Erwerbsfähigkeit der Klägerin massiv beeinträchtigt hätten. Sie sei wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit und wegen enorm geminderter körperlicher Belastbarkeit "praktisch" nicht im Stande, körperliche Arbeiten zu verrichten. Bei der Zurücklegung von Wegen sei sie auf eine Begleitperson angewiesen.

Mit Schreiben vom 19.01.2005 ergänzte Dr. M. auf Antrag des Bevollmächtigten der Klägerin sein Gutachten dahin, dass die durch Verletzung, Überdehnung und Fehlfunktion der Bandscheiben eingetretenen Instabilitäten im oberen HWS-Bereich "diverse Symptome" und eine Beeinträchtigung der Sinnesorgane und der Koordinationsfähigkeit verursachten, was schließlich zu einer Erwerbsunfähigkeit führe. Seiner Beurteilung hätten die eigene Untersuchung unter Bildwandler (dynamische Prüfung der Halswirbelbeweglichkeit und Beobachtung des Bewegungsablaufs im Bereich der oberen HWS), die funktionelle MRT-Untersuchung durch Dr. V. vom 06.11.2001, der Untersuchungsbefund des Dr. H. sowie der Befundbericht des Dr. M. zugrundegelegen.

Der Senat holte im Hinblick auf dieses Gutachten eine ergänzende Stellungnahme des Dr. F. vom 01.07.2004 ein. Dieser sah sich nicht zu einer Änderung seiner Beurteilung veranlasst. Die behauptete Instabilität der HWS sei weiterhin nicht nachgewiesen, die Beschreibung einer Gelenkkapselüberdehnung C 1/2 sei für ihn nicht nachvollziehbar. Soweit sich aus den Papierabzügen vom 25.07.2001 eine leichte seitliche Abweichung des Dens axis nach links oder rechts ergebe (bei fehlender Seitenbezeichnung), handle es sich um eine Formvariante, die häufig auch ohne irgendwelche vorangegangenen Verletzungen anzutreffen sei. Der Versuch, Kapselläsionen am Übergang von der Schädelbasis zur HWS zu

rekonstruieren, sei eine häufige Praxis immer der gleichen Gutachter zur Rekonstruktion von Unfallfolgen, die niemals abgelaufen seien. Ein verwertbares Röntgendokument werde dabei nicht vorgelegt. Auch geringfügige Randspornbildungen an der mittleren HWS stellten im Hinblick auf das Lebensalter der Klägerin keinen pathologischen Befund dar.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 17.09.2004 wies Dr. F. Voreingenommenheit gegenüber Dr. M. zurück und legte an Hand von Zitaten aus der aktuellen Standardliteratur zur Problematik der Diagnosen von Läsionen der Ligamenta alaria auf Grund von kernspintomographischen Aufnahmen dar, dass sich sein Gutachten in voller Übereinstimmung damit befinde. Im Übrigen verwies er darauf, dass sich die gutachtliche Bewertung der sich auf die körperliche Belastbarkeit auswirkenden Gesundheitsstörungen auf Funktionsdaten und objektivierbare morphologische Strukturveränderungen zu beziehen habe, nicht aber auf Kausalitätsprobleme. Generell ließen sich durch orthopädische Gesundheitsstörungen an der HWS im Prinzip keine quantitativen, sondern nur qualitative Einschränkungen begründen.

Ein neurochirurgisches Gutachten hielt Dr. F. vorliegend für entbehrlich, da die neurologische Problematik bereits von Dr. K. ausführlich begutachtet worden sei und sich daraus keine anderen fachlichen Beurteilungskriterien ergeben könnten.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.03.2005 wies Dr. K. auf die Widersprüche im Gutachten Dr. M. hin. Bei den dort beschriebenen Auffälligkeiten (Schwankungen beim Rombergchen Versuch, Unsicherheit beim Auf-der-Stelle-Treten mit offenen Augen etc.) komme es auf die 100%ige Mitarbeit des Probanden an, er selbst habe bei seiner Untersuchung der Klägerin diesbezügliche Befunde auch erhoben, ohne dass diese allerdings mit einem objektiven Befund korrelierten. Würde man den Befunden des Dr. M. folgen, so müsste sich mittels bildgebender Verfahren ein entsprechendes Korrelat ergeben, eine fassbare anatomische Schädigung entweder im Bereich des Kleinhirns oder im Bereich des Hirnstamms, sonst sei die Symptomatik nicht zu erklären. Dies sei durch sämtliche bisher durchgeführten bildgebenden Verfahren widerlegt. Dr. M. vertrete Thesen, die einer objektiven Beurteilung nicht stand hielten. Abschließend stellt Dr. K. noch einmal heraus, dass bei der Klägerin mit Sicherheit funktionell bedeutsame neurologische Ausfälle nicht vorliegen. Die zutage getretenen Auffälligkeiten seien Ausdruck einer nicht bewusstseinsfern ablaufenden psychischen Überlagerung des Krankheitsbildes.

Die Klägerin legt die inzwischen im Zivilrechtsstreit vor dem Landgericht F. und dem Oberlandesgericht F. ergangenen Urteile vom 20.06.1995 und vom 10.09.2003 vor. Letzterem sei zu entnehmen, dass es keine Anhaltspunkte dafür gebe, dass die Klägerin ihre Beschwerden simuliere, um in den Genuss von Versicherungsleistungen zu kommen; auch eine sog. Begehrensneurose sei nicht angenommen worden, wohl aber eine dauernde Erwerbsunfähigkeit als Unfallfolge.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des

Sozialgerichts München vom 25.06.2001 sowie des Bescheides vom 19.11.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.05.2000 zu verpflichten, ihr ab Antragstellung Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, hilfsweise wegen Berufsunfähigkeit, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge, die beigezogene Rentenakte und Rehaakte der Beklagten sowie auf die ebenfalls beigezogenen Akten des Versorgungsamts Würzburg Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz](#) - SGG -) ist zulässig, erweist sich aber nicht als begründet.

Die ablehnende Entscheidung des Erstgerichts erweist sich auch nach Durchführung einer umfangreichen Beweisaufnahme in der Berufungsinstanz im Ergebnis, wenn auch nicht mehr in der Begründung, als zutreffend.

Ein Anspruch auf Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit nach den hier noch anzuwendenden [§§ 43, 44](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) a.F., aber auch nach [§§ 43, 240 SGB VI](#) n.F., ist auch nach Auffassung des Senats nicht gegeben. Das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen ist nach derzeitigen Sach- und Streitstand zu verneinen.

Dies steht für den Senat auf Grund der in zweiten Instanz durchgeführten Beweisaufnahme fest.

Der mit der Erstellung eines Gutachtens auf orthopädischem Gebiet beauftragte Gutachter Dr. F. konnte bei der erst 48-jährigen Klägerin keine wesentlichen altersatypischen Gesundheitsstörungen erheben, die ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würden. Allerdings war ihm eine klinische Untersuchung nur eingeschränkt möglich (nur im Sitzen, die Klägerin nahm die angelegte Metallkopfstütze nicht ab). Eine von der Klägerin als unnötig abgelehnte radiologische Untersuchung erfolgte überhaupt nicht. Insbesondere die Prüfung der HWS, der mittleren BWS und der LWS konnte damit nicht stattfinden. Insoweit legte der Gutachter jedoch an Hand der seit dem früheren orthopädischen Gutachten des Dr. B. vom 13.10.1997 vorhandenen Röntgenbefunde dar, dass wesentliche Verschleißerscheinungen an den Bandscheiben bei der Klägerin nicht gefunden wurden, es hatte sich lediglich eine Verschleißschädigung der Haken Gelenke gezeigt; auch die rechte Schulter habe sich unauffällig dargestellt.

Ein pathologischer Befund ergab sich bei der Untersuchung durch Dr. F. auch an den oberen und unteren Extremitäten nicht. Es kam lediglich zu einer unvollständigen aktiven Bewegung der rechten Schulter mit Schmerzäußerung,

während sich bei passiver Bewegung so gut wie kein Funktionsdefizit zeigte. Die geklagte motorische Schwäche am rechten Arm ließ sich nicht belegen. Nach Darlegung des Gutachters wäre eine motorische Läsion auch nicht damit zu vereinbaren, dass der rechte Arm durchgehend muskelstärker war als der linke. Weiter bestand außer mäßigen X-Beinen und lockeren Spreiz-Senkfüßen kein wesentlicher krankhafter Befund.

Die Feststellungen der Neurochirurgen/Neurologen zur Instabilität des Kopfgelenkes bezeichnete Dr. F. als höchst umstritten und verwies darauf, dass diese schon von der BG nicht akzeptiert worden seien. Es handle sich dabei um unspezifische bildtechnische Apparatebefunde. Die festgestellten Verletzungen hätten sich bei fachradiologischen Überprüfungen nicht bestätigen lassen. Da auch die Klägerin ihrerseits nicht über Beschwerden von Seiten der übrigen Gelenke und der Wirbelsäule klagte bzw. solche auf Befragen verneinte, kam der Gutachter zu dem für den Senat nachvollziehbaren Ergebnis, dass die Klägerin alle üblichen Frauenarbeiten ohne zeitliche oder qualitative Einschränkung acht Stunden täglich verrichten könne.

Die wesentlichen Gesundheitsstörungen liegen bei der Klägerin auch nach Auffassung des Senats jedoch auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet.

Der dazu befragte Gutachter Dr. K. wies daraufhin, dass es in der vorliegenden Rentenstreitsache um eine finale und nicht um eine kausale Begutachtung gehe, was von Seiten der Klägerin in ihrem Kampf um das ihr vermeintlich zustehende Recht auf Entschädigung aus dem seinerzeitigen Unfall und um Anerkennung der Unfallfolgen offenbar nicht immer ganz auseinandergehalten wurde. Der Gutachter setzte sich ausführlich mit der medizinischen Vorgeschichte und den früheren Befunden auseinander, insbesondere auch mit denen der Unfallklinik M. aus dem Jahre 1990, wo sich neurologische Unfallfolgen bzw. funktionell bedeutsame Ausfälle nicht gezeigt hatten; wohl aber zeigte die Klägerin bereits damals psychogene Symptome und tauchten auch gewisse Zweifel an ihren Angaben zu Lähmungserscheinungen auf; eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wurde nur bis 18.03.1990 bzw. 24.04.1990 angenommen, eine Kopfgelenksverletzung fand keine Erwähnung.

Die von Prof. C. 1994 im Rahmen des Zivilrechtsstreits gegen die gegnerische Versicherung erhobenen erheblichen neuro-otologischen Funktionsstörungen lehnte Dr. K. unter Hinweis auf grundsätzliche Kritik in der Literatur zu solchen von Prof. Dr. C. immer wieder erhobenen Befunden als nicht nachvollziehbar ab. Die angewandten Verfahren seien nicht standardisiert und nicht auf Validität überprüft. Die im Jahre 1996 im Rahmen der Prüfung durch die BG erfolgte gutachterliche Untersuchung durch den Otologen Prof. H. habe außer einer (funktionell nicht relevanten) Schwerhörigkeit keine fassbaren Befunde ergeben. Auch die von Dr. V. erhobenen Befunde bezeichnete der Gutachter als inzwischen fachlich hinlänglich bekannte, wiederholt erhobene, aber unspezifische Befunde, die von Dr. V. als traumatisch angesehen würden, sich aber auch bei Personen ohne Unfallgeschehen zeigten. Ebenso hätten sich die Befunde des Dr. H. betreffend die Glukose-Utilisation inzwischen als völlig unspezifisch herausgestellt,

sie hielten in der Regel einer gutachterlichen Überprüfung nicht stand.

Hinweise auf eine neurologische Ausfallsymptomatik fand Dr. K. bei seiner Untersuchung "gemäß den objektiven Untersuchungsbefunden" nicht, wohl aber eine Aggravationstendenz (ohne eigenständigen Krankheitswert) – wie sie auch schon von Dr. H. 1997 und auch von Prof. Dr. C. beschrieben worden war. Er berichtet über Unstimmigkeiten bei der Überprüfung des Hörvermögens (gutes Verstehen von leiser Umgangssprache auch bei Abnahme der mit Hörgeräten kombinierten Brille), des Gangbildes (erhebliche Gangunsicherheit im Untersuchungszimmer, nicht aber auf dem Weg zum Taxistand nach der Untersuchung). Auch bei der Überprüfung der Hirnnerven und der Sensibilität ergaben sich psychogene Symptome.

In psychiatrischer Hinsicht war eine gründliche Exploration nicht möglich, da die Klägerin sich allen entsprechenden Erörterungen verschloss, eine psychiatrische Diagnose strikt ablehnte und sich auch bei Versuchen des Gutachters, gewisse Widersprüche anzusprechen, verschlossen zeigte. Der Gutachter erlebte eine eher sthenische, kämpferische, nicht depressive Klägerin, die auch Aufklärungsversuchen darüber, dass es im Renten- und Unfallrecht nicht nur auf bildgebende Verfahren ankomme, nicht zugänglich gewesen sei. Dr. K. diagnostizierte eine somatoforme Störung, die die multiple subjektive Beschwerdesymptomatik umfasse, welche zu vielfältigen organischen Untersuchungen geführt habe, die allesamt ohne fassbaren Befund geblieben seien. Letztlich seien die Beschwerden Ausdruck eines psychiatrischen bzw. psychosomatischen Krankheitsbildes. Daneben bestehe eine deutliche verfahrensbezogene Überlagerung der Beschwerden, ferner eine teilweise histrionische Persönlichkeitsstruktur. Er hielt die Klägerin für in der Lage, leichte und fallweise auch mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Ausgangsposition, auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Bodenstewardess, vollschichtig zu verrichten.

Der Senat hält die Ausführungen der langjährigen und erfahrenen Gerichtsgutachter Dr. F. und Dr. K. für schlüssig und nachvollziehbar. Er hat keine Bedenken, sie seiner Entscheidung zugrunde zu legen. Dem nach [§ 109 SGG](#) erstellten Gutachten des Dr. M. konnte er sich dagegen nicht anschließen. Dieses Gutachten, das als Befunde vor allem die Angaben der Klägerin mitteilt und letztlich auf einer einzigen apparatetechnischen Untersuchung basiert, gibt keine ausreichende nähere und nachvollziehbare Begründung für die pauschale Formulierung einer vollkommen aufgehobenen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Klägerin. Es entspricht in seiner Kürze und pauschalen Beurteilung eher nicht dem üblichen Standard sozialmedizinischer Gutachten. Darüber hinaus bestehen für den Senat nach den kontroversen Erörterungen zwischen den Gutachtern Dr. F. und Dr. K. und dem Bevollmächtigten der Klägerin erhebliche Zweifel an der Aussagefähigkeit des darin erhobenen Untersuchungsbefundes.

Dr. M. als sachverständigen Zeugen. An diesen zu stellende Fragen über Wahrnehmungen ergeben sich aus seinem Gutachten nicht. Im übrigen wurde Dr. M. bereits Gelegenheit gegeben, die zur Klarstellung und Verdeutlichung

formulierten Zusatzfragen des Bevollmächtigten der Klägerin schriftlich zu beantworten.

Für die beantragte Einvernahme des Radiologen Dr. V. , dessen Befunde beigezogen wurden, sieht der Senat keinerlei Veranlassung. Auch die persönliche Anhörung der Gutachter Dr. F. und Dr. K. hält der Senat nicht für veranlasst. Die Sachverständigen konnten sich in ergänzenden Stellungnahmen zu den zwischenzeitlich aufgeworfenen Fragen ausführlich äußern.

Eine weitere medizinische Sachaufklärung war aus Sicht des Senats nicht geboten. Zusätzliche Begutachtungen, insbesondere auch auf neurochirurgischem Gebiet, wurden auch von den beiden Sachverständigen Dr. F. und Dr. K. nicht für erforderlich gehalten. Trotz der Vielfalt der von der Klägerin angeführten (subjektiven) Beeinträchtigungen bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte für die Erwerbsfähigkeit in relevantem Umfang beeinträchtigende Gesundheitsstörungen etwa auf internistischem, augenärztlichem oder HNO-Fachgebiet.

Bei dieser Sachlage konnte die Berufung keinen Erfolg haben. Sie war mit der Kostenfolge aus [Â§ 193 SGG](#) zurückzuweisen. Gründe für die Zulassung der Revision gem. [Â§ 160 Abs.2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 07.12.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024