S 68 U 100/94

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Auffahrunfall HWS-Distorsion andauernde Beschwerden Verletztenrente kein Kausalzusammenhang bei fehlendem Nachweis eines unmittelbaren organischen Körperschadens (Primärschadens) Notwendigkeit weiterer Beweiserhebung
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 68 U 100/94
Datum	21.05.1996

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 U 156/96
Datum	29.06.2000

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. Mai 1996 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente wegen der Folgen eines am 11. Juni 1989 erlittenen Arbeits-(Wege-)unfalles.

Die am 5. Februar 1942 geborene KlÃ¤gerin ist von Beruf Kinderkrankenschwester und als solche auf der Neugeborenenstation im U. R. -V. vollschichtig tÃ¤tig. Am 11.

Juni 1989 gegen 22.20 Uhr erlitt sie auf dem Heimweg von der SpÃ¤tschicht einen Verkehrsunfall, als sie mit ihrem Pkw Audi 80 die B. StraÃe in sÃ¼dlicher Richtung befuhr und an der Kreuzung R. StraÃe wegen rotem Ampellicht innerhalb einer Wagenkolonne anhalten musste. Ein aus der UnterfÃ¼hrung der B. StraÃe auftauchender Pkw Peugot erkannte die stehenden Fahrzeuge zu spÃ¤t und fuhr ungebremst auf das Fahrzeug der KlÃ¤gerin auf, welches durch die Wucht des Aufpralls auf den vor ihr stehenden Pkw BMW und dieses Fahrzeug wiederum auf den davor stehenden Pkw VW-Jetta aufgeschoben wurde. Das Fahrzeug der KlÃ¤gerin wurde hierbei erheblich an der Motorhaube und vor allem an der Heckpartie beschÃ¤digt. Die KlÃ¤gerin, die zur Zeit des Unfalls mit dem Sicherheitsgurt angeschnallt war, wurde von einem Rettungswagen der Feuerwehr in das St.-G. -Krankenhaus zur Behandlung gebracht. Dort wurden bei einer rÃ¶ntgenologischen Kontrolle der HalswirbelsÃ¤ule keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine Fraktur oder Luxation gefunden. Es zeigte sich bei der Untersuchung ein Druckschmerz der DornfortsÃ¤tze und der paravertebralen Muskulatur beidseits sowie ein Druckschmerz Ã¼ber dem mittleren Sternum, eine BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule in allen Ebenen bei einer unauffÃ¤lligen ausgedehnten neurologischen PrÃ¼fung. Als Diagnose wurde ein schweres HWS-Schleudertrauma gestellt und die KlÃ¤gerin mit einer SchanzÂ´schen Halskrawatte und mit einer Ampulle Diclofenac versorgt. Die Behandlung wurde zunÃ¤chst durch den Arzt fÃ¼r Allgemeinmedizin Prof. Dr. G. fortgesetzt, der die KlÃ¤gerin wegen auftretender diffuser Myalgien zum Durchgangsarzt Ã¼berwies. Am 20. Juli 1989 stellte sich die KlÃ¤gerin bei dem Chirurgen und Durchgangsarzt Dr. med. R. von der Unfallbehandlungsstelle der B. B. e.V. vor, der eine Zerrung der Halsnackenmuskulatur sowie eine abklingende HautverfÃ¤rbung am rechten Unterarm und den Knievorderseiten beidseits nach Prellung diagnostizierte. Hierbei berichtete die KlÃ¤gerin, dass nach dem Unfall weder Bewusstlosigkeit, ÃbelkeIt oder Erbrechen aufgetreten seien, jedoch Kopfschmerzen von wechselnder StÃ¤rke. ArbeitsunfÃ¤higkeit bestand bis zum 24. Juli 1989. Wegen weiterhin bestehender Beschwerden stellte sich die KlÃ¤gerin am 27. November 1989 erneut bei Dr. R. vor, der als Befund einen leichten Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der linken Halsmuskulatur mit ausstrahlenden Beschwerden in den Hinterkopf und zeitweiligen Kopfschmerzen bei nicht wesentlicher Behinderung der Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule und nicht sicherem Druckschmerz Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen erhob. Weiter fÃ¼hrte er aus, die Funktionsaufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule wÃ¼rden keinen Anhalt fÃ¼r knÃ¶cherne Verletzungen ergeben, jedoch zeigten sich mÃ¤Ãige degenerative VerÃ¤nderungen. Zur AbklÃ¤rung der Restbeschwerden erfolgte auf seine Veranlassung hin eine Untersuchung durch den Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. med. H â¦ Dieser fÃ¼hrte in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 5. Dezember 1989 aus, es sei schwierig abzugrenzen, ob es sich um ein Cervikalsyndrom auf Grund einer beginnenden degenerativen VerÃ¤nderung im Sinne einer rÃ¶ntgenologisch nachgewiesenen Osteochondrose oder um reine Unfallfolgen bei leichter VorschÃ¤digung handele. Eine Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) bestehe mit Sicherheit nicht, auch lÃ¤ge ArbeitsunfÃ¤higkeit nicht vor. Er empfahl eine krankengymnastische Behandlung, die dann im Februar 1990 endete.

Nach Zunahme der bei der KlÃ¤gerin seit vielen Jahren bestehenden rezidivierenden Lumbagobeschwerden erfolgte vom 11. Juni bis 27. Juli 1990 eine stationÃ¤re Behandlung in der Abteilung fÃ¼r Neurologie in der Nervenklinik Sp. , wo ein akutes Schmerzsyndrom bei Bandscheibenprolaps L5/S1 festgestellt wurde. BezÃ¼glich des Kopfes und der HalswirbelsÃ¤ule wurde bei der Aufnahmeuntersuchung ein bis auf eine nach rechts etwas schmerzhafte Bewegung unauffÃ¤lliger Befund erhoben. Bei der am 25. Juli 1990 durchgefÃ¼hrten EMG-Untersuchung wurden Zeichen eines leichten peripher-neurogenen Schadens im Segment C8 rechts, d.h. eine C 8-LÃ¤sion rechts festgestellt. Vom 8. August 1990 bis 5. September 1990 befand sich die KlÃ¤gerin zur Anschlussheilbehandlung in der Klinik B. , wo in der Abschlussuntersuchung eine HypermobilitÃ¤t bei Rechtsrotation in den Segmenten C6/C7, C7/TH1 im Vergleich mit den anderen Segmenten und bei Rechtsrotation Angabe von ausstrahlenden Schmerzen im Bereich der Trapeziusmuskulatur festgestellt wurden.

Am 12. Dezember 1991 stellte sich die KlÃ¤gerin erneut bei dem Durchgangsarzt Dr. R. vor und gab an, seit Beendigung der Behandlung im Februar 1990 von Seiten der HalswirbelsÃ¤ule nie beschwerdefrei gewesen zu sein. Dr. R. sah die geklagten Beschwerden nicht als Folge des Unfalls vom 11. Juni 1989 an, empfahl jedoch zum Ausschluss unfallbedingter VerÃ¤nderungen die Anfertigung eines Computertomogramms der HalswirbelsÃ¤ule. Auf den Verletztenrentenantrag der KlÃ¤gerin vom 8. Januar 1992 nahm die Beklagte ihre Ermittlungen auf und holte einen ausfÃ¼hrlichen Krankheitsbericht von dem behandelnden Allgemeinmediziner Prof. Dr. G. vom 17. Januar 1992 ein und zog die Epikrisen der Nervenklinik Sp. vom 10. August 1990 und der Klinik B. vom 8. Oktober 1990 sowie die Schwerbehindertenakte der KlÃ¤gerin mit dem Gutachten des OrthopÃ¤den Dr. med. Ho. vom 13. November 1991 bei. Im Auftrage der Beklagten erstellte zunÃ¤chst der Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Krankenhauses Moabit Prof. Dr. med. G. H. am 4. Dezember 1992 ein Gutachten. Hierbei fÃ¼hrte er aus, auch bei subtiler Untersuchung hÃ¤tten sich keine Hinweise fÃ¼r radikulÃ¤re StÃ¶rungen der SensibilitÃ¤t, insbesondere nicht fÃ¼r C8-Wurzelirritationen bei der KlÃ¤gerin finden lassen. Lediglich die HWS-Beweglichkeit sei bei Rotation nach rechts leicht schmerzhaft eingeschrÃ¤nkt und die paravertebrale Muskulatur wirke etwas verspannt. Die KlÃ¤gerin klage Ã¼ber wechselnde Kopfschmerzen ausgehend von der HalswirbelsÃ¤ule bis nach vorne zur Stirn sowie Ã¼ber dumpfe Schmerzen im Bereich des Nackens in die Schultern ziehend und auftretende TaubheitsgefÃ¼hle in beiden HÃ¤nden und allen Fingern. Die geklagten Beschwerden im Hinterkopf und im Bereich der HÃ¤nde seien fÃ¼r ein HWS-Schleudertrauma recht atypisch, der neurologische Befund sei vÃ¶llig regelrecht und ein Zusammenhang mit dem 1989 erlittenen HWS-Schleudertrauma kÃ¶nne nicht gesehen werden. In einem weiteren von der Beklagten eingeholten Zusammenhangsgutachten des Chefarztes der Unfallchirurgischen Abteilung im Martin-Luther-Krankenhaus Prof. Dr. med. P. H. vom 17. August 1993 fÃ¼hrte dieser nach Untersuchung der KlÃ¤gerin aus, neurologische AusfÃ¤lle seien nicht festzustellen. Die cervikalen CT-Untersuchungen vom 7. Juli 1992 sowie die kernspintomographische Untersuchung der HalswirbelsÃ¤ule vom 14. Juli 1992 hÃ¤tten eine mediale Bandscheibenprotrusion bei C4 bis C5 mit deutlicher Einengung des zentralen Subarachnoidalraumes sowie eine abgeflachte HWS-

Lordose mit angedeuteter Achsabknickung bei C3 bis C4 und regelrechter Darstellung des Myelons und des Spinalkanals ergeben. Die rÃ¶ntgenologische Untersuchung vom 29. Mai 1992 zeige mÃ¤Ãige osteochondrotische VerÃ¤nderungen der Grund- und Deckplatten sowie eine mÃ¤Ãige Uncovertebral-Gelenksarthrose. Hierbei handele es sich um degenerative VerÃ¤nderungen der HWS, die nicht in einem Zusammenhang mit dem im Juni 1989 erlittenen Trauma stÃ¼nden. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 1993 die GewÃ¤hrung von Verletztenrente mit der BegrÃ¼ndung ab, der Unfall vom 11. Juni 1989 habe nach dem Wegfall der ArbeitsunfÃ¤higkeit im Sinne der Krankenversicherung eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht hinterlassen. Die erlittene schwere HWS-Distorsion habe nur zu einer vorÃ¼bergehenden Verschlimmerung eines unfallunabhÃ¤ngigen, klinisch latenten Cervikalsyndroms bei beginnender degenerativer VerÃ¤nderung der HWS gefÃ¼hrt. Insbesondere hÃ¤tten sich bei den im Jahre 1992 durchgefÃ¼hrten bildgebenden Untersuchungen fÃ¼r HWS-Schleudertrauma typische reaktive VerÃ¤nderungen an der HWS nicht feststellen lassen. Als Unfallfolgen wurden festgestellt: "Zerrung der Halsnackenmuskulatur nach HWS-Schleudertrauma mit endgradiger EinschrÃ¤nkung der Drehbeweglichkeit des Kopfes".

Im folgenden Widerspruchsverfahren wies die KlÃ¤gerin darauf hin, Dr. H. habe nur leichteste â unwesentliche â degenerative VerÃ¤nderungen an der HWS festgestellt und sie selbst sei vor dem Unfall nie wegen HWS-Beschwerden in Behandlung gewesen. In Anbetracht der Schwere des Unfalls und der in der Nervenklinik Sp. festgestellten LÃ¤sion bei C8 rechts sowie der seit dem Unfall andauernden Beschwerden und BehandlungsbedÃ¼rftigkeit mÃ¼sse von einer unfallbedingten MdE im rechtenberechtigenden Grade ausgegangen werden. SchlieÃlich sei bei ihr wegen der HWS-SchÃ¤digung ein Grad der Behinderung von 40 festgestellt worden. Durch Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 1994 wies die Beklagte den Widerspruch gestÃ¼tzt auf die im Verwaltungsverfahren eingeholten Zusammenhangsgutachten zurÃ¼ck.

Mit der am 16. Februar 1994 beim Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat die KlÃ¤gerin ihr Begehren auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente weiter verfolgt und in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 21. Mai 1996 das Schadensgutachten des Kfz-SachverstÃ¤ndigen H. B. vom 16. Juni 1989 nebst Fotos vom Unfallwagen vorgelegt. Das SG hat den Abschlussbericht Ã¼ber die vom 28. September bis 26. Oktober 1993 wegen eines HWS- und LWS-Syndroms in der Kurklinik Am S. in B. W. durchgefÃ¼hrten Kur und die im Anschluss an eine Darmkrebsoperation vom 6. September bis 4. Oktober 1994 in der V. -Klinik in B. H. durchgefÃ¼hrte Anschlussheilbehandlung, den Erste-Hilfe-Bericht des St.-G. -Krankenhauses vom 11. Juni 1989 und die Krankenakten der Nervenklinik Sp. und der Klinik B. beigezogen. Weiterhin hat es einen Befund- und Behandlungsbericht von dem behandelnden OrthopÃ¤den Dr. H. vom 25. Oktober 1994 mit den Diagnosen "Lumboischialgie rechts bei Prolaps L5/S1 und Cervikobrachialgie beidseits bei Osteochondrose" eingeholt. Auf richterliche Beweisanordnung hat der Oberarzt der Neurochirurgischen Abteilung im Krankenhaus N. Dr. med. Re. am 4. Dezember 1995 ein medizinisches SachverstÃ¤ndigengutachten erstattet. Dr. Re. hat hierbei dargelegt, nach den Befunden der RÃ¶ntgenuntersuchung am Unfalltage sowie am

27. November 1989 und den Befundungen der erstbehandelnden Ãrzte im St.-G. -Krankenhaus sowie des Prof. Dr. G. und des Chirurgen Dr. R. habe sich kein Hinweis auf eine traumatologische SchÃ¤digung an dem Knochen- oder Bandapparat der HWS ergeben. Die ursprÃ¼ngliche Folge des Auffahrunfalls sei eine Distorsion der HWS in Folge einer Abknickverletzung ohne Kopfaufprall gewesen. Egal nach welchen Kriterien eine Klassifizierung der Schwere der Verletzung vorgenommen werde, habe es sich in jedem Fall nur um eine Distorsionsverletzung leichten AusmaÃes gehandelt. SchlieÃlich seien neurologische Symptome nicht nachgewiesen worden und bis zum folgenden Tag habe zumindest ein Intervall mit geringeren Beschwerden vorgelegen. Der anfÃ¤ngliche weitere Verlauf entspreche dieser EinschÃ¤tzung, da die ursprÃ¼nglichen starken Beschwerden sich soweit zurÃ¼ckgebildet hÃ¤tten, dass die KlÃ¤gerin am 25. Juli 1989 wieder arbeitsfÃ¤hig â wenn auch nicht beschwerdefrei â gewesen sei. Der weitere Verlauf der Erkrankung sei gekennzeichnet durch anhaltende und bewegungsabhÃ¤ngige Beschwerden im Bereich des Nackens verbunden mit Kopfschmerzen, ohne Nachweis einer segmentalen Fehlstellung oder Hinweis auf reparative SekundÃ¤rfolgen in einer RÃ¶ntgenuntersuchung vom 27. November 1989. Weder damals noch bei den Begutachtungen im Jahre 1992 noch bei der jetzigen Untersuchung sei eine radikulÃ¤re Symptomatik nachweisbar. Die im Krankenhaus Sp. getroffene Diagnose eines Wurzelirritationssyndroms C8 rechts sei nicht nachvollziehbar. Die kernspintomographische Zusatzbegutachtung der HWS mit Funktionsuntersuchung zeige im Wesentlichen degenerative VerÃ¤nderungen, jedoch keine posttraumatischen VerÃ¤nderungen. Selbst wenn ein traumatischer Weichteilschaden im Bereich der BÃ¤nder und Gelenke der HWS bei frÃ¼heren Untersuchungen Ã¼bersehen worden sei, mÃ¼ssten die reparativen Folgeerscheinungen sechs Jahre nach dem Unfall durch Verkalkung oder VerknÃ¶cherung erkennbar sein. Solche sekundÃ¤ren VerÃ¤nderungen seien aber in der kernspintomographischen Untersuchung vom 13. November 1995 nicht sichtbar geworden. Die krankhaften VerÃ¤nderungen der HalswirbelsÃ¤ule der KlÃ¤gerin seien zweifellos degenerativer Genese. Eine unfallbedingte MdE liege nicht vor.

Das SG hat durch Urteil vom 21. Mai 1996 die Klage mit der BegrÃ¼ndung abgewiesen, nach dem Ergebnis der medizinischen Beweisaufnahme sei es nicht wahrscheinlich, dass die bei der KlÃ¤gerin noch bestehenden gesundheitlichen StÃ¶rungen Folgen des Unfallgeschehens vom 11. Juni 1989 sind. So sei weder im Verwaltungs- noch im Gerichtsverfahren eine Ã¤rztliche Stellungnahme bekannt geworden, die eine Wahrscheinlichkeit beim Kausalverlauf bejahe. Dem behandelnden OrthopÃ¤den Dr. H. sei sogar das Unfallgeschehen wÃ¤hrend der DurchfÃ¼hrung seiner Behandlung nicht bekannt gewesen. Der hilfsweise nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der mÃ¼ndlichen Verhandlung gestellte Antrag sei wegen VerspÃ¤tung zurÃ¼ckzuweisen.

Gegen das ihr am 18. Juli 1996 zugestellte Urteil richtet sich die KlÃ¤gerin mit ihrer am 14. August 1996 beim Landessozialgericht Berlin eingelegten Berufung. Sie trÃ¤gt vor, entgegen der Auffassung des Sozialgerichts gebe es in der Medizin keine herrschende Lehrmeinung in Bezug auf den hier vorliegenden Fall eines leichten und klinisch stummen degenerativ bedingten Vorschadens und den Auswirkungen

eines Schleudertraumas hierauf. So werde in der Rechtssprechung des BSG (Urteil vom 4. Dezember 1991 â□□ 2 RU 14/91) ein klinisch stummer Vorschaden noch nicht mal als rechtlich wesentliche Mitursache angesehen. Die von Moorahrend und seiner Konsensgruppe vertretene Meinung, auf die sich auch Dr. Re. beziehe, stelle nur eine Stimme unter vielen in der Ã¼beraus kontroversen Diskussion Ã¼ber Schleudertrauma bei degenerativer VorschÃ¤digung der HWS dar. Eine dauernde GefÃ¼gestÃ¶rung kÃ¶nne nicht nur durch unfallbedingte Verletzungen an Knochen, Weichteilen und BÃ¤ndern, sondern nach Meinung vieler Schriften durch Mikrotraumata hervorgerufen werden. Mikrotraumatisierungen seien ziemlich hÃ¤ufig bei Distorsionen, sie wÃ¼rden aber weder rÃ¶ntgenologisch noch kernspintomographisch erkannt. Forscher hÃ¤tten bei Obduktionen von Unfalltoten zahlreiche Mikrotraumen feststellen kÃ¶nnen, die rÃ¶ntgenologisch nicht erkannt worden seien. Dass sie â□□ die KlÃ¤gerin â□□ einen solchen weitergehenden Schaden erlitten habe, ergebe sich aus dem Verlauf der Erkrankung sowie dem insoweit Ã¼berzeugenden Gutachten von Dr. med. F â□¦ So seien zwar die typischen Distorsionsschmerzen langsam verschwunden, die Kopfschmerzen bestÃ¼nden jedoch noch heute. Im Februar 1990 habe sie hinsichtlich der Behandelbarkeit ihrer andauernden HWS-Beschwerden resigniert, zumal Dr. R. ihr zu verstehen gegeben habe, dass weitere Therapieversuche auch nichts mehr bringen wÃ¼rden und die Behandlung abgebrochen habe. WÃ¤hrend des Aufenthaltes in der Nervenklinik Sp. hÃ¤tten die starken Schmerzen durch den Bandscheibenvorfall in der LendenwirbelsÃ¤ule im Vordergrund gestanden, so dass sie erst nach Besserung dieser Beschwerden in der Anschlussheilbehandlung auf eine gleichgewichtige Mitbehandlung der HWS geachtet habe. Im Ã□brigen sei die von Dr. Re. gegebene Unfallrekonstruktion nicht haltbar, es bedÃ¼rfe vielmehr der KlÃ¤rung des Unfallgeschehens durch einen technischen SachverstÃ¤ndigen. Die bei ihr seit dem Unfall bestehende Schmerzsymptomatik habe zu SchlafstÃ¶rungen und einer Verringerung ihrer Belastbarkeit gefÃ¼hrt. Deswegen kÃ¶nne sie auch nicht mehr Nachtschicht arbeiten. Es lÃ¤ge ein Fall der besonderen beruflichen Betroffenheit vor, denn sie sei in ihrem Beruf nicht mehr voll einsetzbar. Hierbei habe sie noch GlÃ¼ck, da sie auf einer Neugeborenenstation arbeite.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 21. Mai 1996 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. September 1993 und den Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 1994 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab dem 25. Juli 1989 wegen der Folgen des Unfalls vom 11. Juni 1989 eine Verletztenteilrente in HÃ¶he von 20 v. H. der Vollrente zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt einen Ursachenzusammenhang zwischen den von der KlÃ¤gerin geltendgemachten Beschwerden und dem Wegeunfall nicht fÃ¼r gegeben.

Auf Anforderung des Senats hat die KlÃ¤gerin die OriginalrÃ¶ntgenaufnahmen vom

11. Juni 1989 sowie einen MRT-Befund der HalswirbelsÃ¤ule der Praxis Dres. med. T. und K. vom 19. Juni 1997 vorgelegt, in dem ein Ã¤lterer rechts-mediolateraler gedeckter Bandscheibenvorfall HWK 6 bis 7, eine mediale Protrusion bei HWK 4/5 und ein unauffÃ¤lliges cervikales Myelon beschrieben sind. Weiterhin hat der Senat die den Verkehrsunfall betreffende Akte des Amtsgerichts T. â Az: 309 Cs 537/89 â sowie das fÃ¼r die private Unfallversicherung der KlÃ¤gerin, die V. -V. AG, erstattete Gutachten des Arztes fÃ¼r OrthopÃ¤die und Unfallarztes Dr. G. Ri. vom 22. Juli 1991 beigezogen. Dr. Ri. hat hierin ausgefÃ¼hrt, Hinweise fÃ¼r eine knÃ¶cherne Verletzung, fÃ¼r Subluxation oder fÃ¼r Kalkeinlagerungen, die auf eine Verletzung der passiven Halteorgane schlieÃen lassen kÃ¶nnten, hÃ¤tten sich nicht gefunden. Insgesamt sei die Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule als gut zu bezeichnen. Die geringfÃ¼gige EinschrÃ¤nkung bei der Rechtsdrehung habe keinen Krankheitswert. Auch die gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen im Occipitalbereich dÃ¼rften nur einen geringen Krankheitswert haben. Aus orthopÃ¤discher Sicht sei eine Erwerbsminderung wegen der HWS als Folge des Unfalls nicht anzunehmen. Im Ãbrigen sei der spÃ¤ter festgestellte Bandscheibenvorfall der LWS auf degenerativ bedingte VerÃ¤nderungen im LendenwirbelsÃ¤ulenbereich und nicht auf Unfallfolgen zurÃ¼ckzufÃ¼hren. AnschlieÃend sind dem erstinstanzlichen SachverstÃ¤ndigen Dr. Re. die OriginalrÃ¶ntgenaufnahmen vom 11. Juni 1989 und 27. November 1989 sowie die weiteren beigezogenen Unterlagen zur ergÃ¤nzenden Stellungnahme vorgelegt worden. In seinen Stellungnahmen vom 25. Februar 1997, 6. Juli 1998 und 23. September 1998 hat Dr. Re. ausgefÃ¼hrt, eine segmentale InstabilitÃ¤t bzw. eine GefÃ¼gestÃ¶rung sei an Hand der RÃ¶ntgenaufnahmen vom Juni 1989 ausgeschlossen. Auch in den spÃ¤teren CT- und MRT-Befunden werde eine wie auch immer geartete GefÃ¼gestÃ¶rung nicht beschrieben. Auf Grund aller vorliegenden medizinischen Aufzeichnungen und der RÃ¶ntgenaufnahmen habe der primÃ¤re KÃ¶rperschaden im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule aus einem deutlichen Druckschmerz der DornfortsÃ¤tze und paravertebralen Muskulatur beidseits sowie einer BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS in allen Ebenen bestanden. Dies stelle eine Distorsionsverletzung der HWS leichten AusmaÃes dar. Zwar habe er in seinem Gutachten vom 4. Dezember 1995 auf das Fehlen eines kollisionsdynamischen SachverstÃ¤ndigengutachtens hingewiesen, jedoch fÃ¼hre nicht jeder Autounfall â auch bei groÃem Blechschaden â zu einer KÃ¶rperverletzung. Im Ãbrigen halte er jedoch den ersten Untersuchungsbefund fÃ¼r die Beurteilung des Zusammenhanges zwischen dem Unfall und den Beschwerden der KlÃ¤gerin fÃ¼r wesentlich, in dem eine objektive Verletzungsfolge nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit habe festgestellt werden kÃ¶nnen.

Auf den Antrag der KlÃ¤gerin hat der Senat nach Â§ 109 SGG ein weiteres SachverstÃ¤ndigengutachten von dem Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Landesklinik Teupitz Dr. med. F. eingeholt. Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 22. Juli 1999 einen Zustand nach HWS-Beschleunigungstrauma mit konsekutivem chronifiziertem Schmerzsyndrom und sensiblen Ausfallserscheinungen, assoziiert mit einem leichten motorischen Defizit, rezidivierenden Lumboischialgien bei Zustand nach Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts im Jahre 1990 und Zustand nach tiefwandiger Rektumresektion im Juli 1994 festgestellt. Er hat ausgefÃ¼hrt, die von

der KlÃ¤gerin geschilderte Symptomatik, die leichte Absinktendenz im Armhalteversuch rechts sowie die sensiblen Defizite auch im Gesichtsbereich und die F-Wellen-Latenzen lieÃen auf eine proximale, rÃ¼ckenmarksnahe LÃ¤sion schlieÃen. In der bildgebenden Diagnostik einschlieÃlich Kernspintomographie finde sich hierfÃ¼r kein entsprechendes Korrelat, so dass auf eine rein funktionelle LÃ¤sion im Sinne einer Schmerzchronifizierung geschlossen werden kÃ¶nne. So seien objektive Messergebnisse in Bezug auf ein HWS-Beschleunigungstrauma schwierig zu gewinnen, jedoch werde Ã¼bereinstimmend von der MÃ¶glichkeit langfristiger persistierender Beschwerden ausgegangen und diese seien auch durch experimentelle Ergebnisse der Schmerzforschung objektiv belegbar. Im Hinblick auf die fortdauernden Beschwerden und die klinisch stummen vorbestehenden degenerativen VerÃ¤nderungen der HWS mÃ¼sse von einer posttraumatischen Symptomatik ausgegangen werden. Die im Verlauf hinzugekommenen morphologisch objektivierbaren VerÃ¤nderungen an der HalswirbelsÃ¤ule in Form von leichten Bandscheibenprotrusionen wie auch die lumboischialgieformen Schmerzen und der 1990 aufgetretene Bandscheibenvorfall LWK 5/S1 seien nicht als Unfallfolgen anzusehen. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung sei von einer MdE fÃ¼r das Gesamtgebiet des Erwerbslebens von 20 v. H. auszugehen, eine retrospektive Staffelung sei unmÃ¶glich. Auf Nachfrage des Senats hat Dr. F. in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 19. August 1999 bestÃ¤tigt, ihm sei eine retrospektive EinschÃ¤tzung der MdE fÃ¼r die Zeit ab dem 25. Juli 1989 unmÃ¶glich, da er den Gesundheitszustand der KlÃ¤gerin zu diesem Zeitpunkt nicht aus eigener Anschauung kenne und er in Bezug auf die Problematik des vorliegenden Falles eine EinschÃ¤tzung nach Aktenlage nicht treffen mÃ¶chte.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin ist gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG Dr. F. Gelegenheit gegeben worden, zu der im Schriftsatz vom 11. Oktober 1999 von der Beklagten geÃ¤uÃerten Kritik an seinem Gutachten ergÃ¤nzend Stellung zu nehmen. In seiner Stellungnahme vom 20. MÃ¤rz 2000 hat sich Dr. F. im Wesentlichen auf seine Darlegungen im zuvor erstatteten Gutachten und die darin zitierte wissenschaftliche Literatur bezogen. Er hat weiterhin geÃ¤uÃert, die AusfÃ¼hrungen der Beklagten seien im Ganzen unqualifiziert und der Sache nicht dienlich. Sie verkenne, dass der menschliche Organismus auch funktionelle Defizite bzw. SchÃ¤digungen aufweisen kÃ¶nne, die sich dem bildgebenden Nachweis entziehen wÃ¼rden. Die von ihm diagnostizierten LeitungsstÃ¶rungen bei der KlÃ¤gerin seien zwar nicht mit 100prozentiger, jedoch mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Eine zentralmotorische LeitungsstÃ¶rung sei typischerweise nicht mit den immer wieder zitierten degenerativen VerÃ¤nderungen der HalswirbelsÃ¤ule kompatibel. Eine Differenzierung der HWS- und LWS-Beschwerden sei fÃ¼r die Beurteilung unerheblich, weil die LWS-Beschwerden nicht in die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs eingegangen seien.

Die Beklagte hat hierzu eine von ihr selbst von dem gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Dr. Re. eingeholte Stellungnahme vom 12. Juni 2000 vorgelegt. Darin hat Dr. Re. ausgefÃ¼hrt, dass es bei der KlÃ¤gerin zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit Kopf- und Nackenschmerzen ohne morphologisches Substrat gekommen sei. Dies kÃ¶nne jedoch, mangels Objektivierung eines Erstschadens, nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 1989 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden.

Auch Dr. F. habe einen solchen Beweis nicht fÃ¼hren kÃ¶nnen. Allein die Ergebnisse einer neurophysiologischen Untersuchung, die auf eine rÃ¼ckenmarksnahe LÃ¤sion schlieÃen lasse, ergÃ¤ben keinen Nachweis. Die bei diesen Untersuchungen gewonnenen objektiven Messergebnisse hÃ¤tten keine Aussagekraft hinsichtlich der Ursachen einer eventuell gemessenen StÃ¶rung.

Die KlÃ¤gerin hat die Einholung dieser ergÃ¤nzenden Stellungnahme von Dr. Re. durch die Beklagte kritisiert und in der mÃ¼ndlichen Verhandlung den Beweisantrag gestellt, die Stellungnahme von Dr. Re. nach Â§ 109 SGG Herrn Dr. F. zur ergÃ¤nzenden Stellungnahme vorzulegen.

Zur BegrÃ¼ndung hat sie ausgefÃ¼hrt, die Stellungnahme von Dr. Re. enthalte insofern etwas Neues, als Dr. Re. bestreite, dass durch experimentelle Ergebnisse der Schmerzforschung langfristig persistierende Beschwerden objektiv belegt seien. Sonstige BeweisantrÃ¤ge hat sie ebensowenig wie einen Antrag auf Ablehnung des SachverstÃ¤ndigen Dr. Re. wegen Besorgnis der Befangenheit nicht gestellt werden.

Hinsichtlich der nÃ¤heren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten SchriftsÃ¤tze sowie den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten (2 BÃ¤nde), der Verwaltungsakte der Beklagten und der beigezogenen Patientenakten der Nervenklinik Sp. und der Klinik B. , der Strafakte des Amtsgerichts T. (Az.: 309 Cs 537/89) und der Rehabilitationsakte der BfA (Vers.Nr.), die sÃ¤mtlichst Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die frist- und formgerecht (Â§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig (Â§ 143 SGG), jedoch unbegrÃ¼ndet.

Der KlÃ¤gerin steht ein Anspruch auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente wegen der Folgen eines am 11. Juni 1989 erlittenen Arbeits- (Wege-)Unfalles nicht zu.

MaÃgeblich fÃ¼r die Beurteilung der Sach- und Rechtslage sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) Ã¼ber die gesetzliche Unfallversicherung. Die am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) finden gemÃ¤Ã Â§Â§ 212, 214 Abs. 3 SGB VII keine Anwendung, weil der Versicherungsfall vor dem 1. Januar 1997 eingetreten ist und Rentenleistungen fÃ¼r den Zeitraum vor In-Kraft-Treten des SGB VII geltend gemacht werden.

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden gemÃ¤Ã Â§ 547 RVO nach Eintritt eines Arbeitsunfalls gewÃ¤hrt. GemÃ¤Ã Â§ 550 Abs. 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch ein Unfall auf einem mit einer der in den Â§Â§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten TÃ¤tigkeiten zusammenhÃ¤ngenden Weg nach und von dem Ort der TÃ¤tigkeit. Verletztenrente wird gewÃ¤hrt, wenn die zu entschÃ¤digende Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) Ã¼ber die 13. Woche hinaus andauert (Â§

580 Abs. 1 RVO) und die ErwerbsfÃ¤higkeit um wenigstens ein FÃ¼nftel (20 v.H.) gemindert ist (Â§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Erforderlich ist somit zunÃ¤chst, dass ein Unfall vorliegt, d.h. ein von auÃen her auf den Menschen einwirkendes kÃ¶rperlich schÃ¤digendes Ereignis. Weiter ist zur GewÃ¤hrung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlich, dass zwischen der unfallbringenden TÃ¤tigkeit und dem Unfallereignis ein innerer ursÃ¤chlicher Zusammenhang besteht. Dieser ursÃ¤chliche Zusammenhang muss auch zwischen dem Unfallereignis und der GesundheitsschÃ¤digung bestehen. Ursache im Rechtssinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist nur dasjenige Ereignis, welches mit Wahrscheinlichkeit fÃ¼r den geltend gemachten Erfolg die wesentliche Bedingung gesetzt hat (Ricke in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, vor Â§ 548 RVO Rdnr. 2 unter Bezug auf die stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts -BSG-), d.h. der nach den Anschauungen des tÃ¤glichen Lebens die wesentliche Bedeutung fÃ¼r den eingetretenen Erfolg zukommt (stÃ¤ndige Rechtsprechung seit BSGE 1,150, 156; siehe auch BSG in SozR 2200 Â§ 548 Nr. 13). Dabei mÃ¼ssen das Unfallereignis und die GesundheitsstÃ¶rungen nachgewiesen sein, wÃ¤hrend es fÃ¼r die Feststellung des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der GesundheitsstÃ¶rung ausreicht, wenn eine "Wahrscheinlichkeit" vorliegt, weil es im Regelfall nicht mit einer jeden Zweifel ausschlieÃenden vollkommenen Sicherheit mÃ¶glich sein wird, die KausalitÃ¤t nachzuweisen. Die bloÃe MÃ¶glichkeit eines ursÃ¤chlichen Zusammenhanges genÃ¼gt jedoch nicht. Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei AbwÃ¤gung der fÃ¼r den Zusammenhang sprechenden ErwÃ¤gungen diese so stark Ã¼berwiegen, dass darauf die Ãberzeugung der entscheidenden Stellen gegrÃ¼ndet werden kann.

Die KlÃ¤gerin hat zwar am 11. Juni 1989 auf einem versicherten Heimweg einen Arbeitsunfall in Gestalt eines Wegeunfalles erlitten. Gemessen an den zuvor genannten Kriterien steht zur Ãberzeugung des Senats jedoch fest, dass dieser Arbeitsunfall nicht die wesentliche Bedingung fÃ¼r die bei der KlÃ¤gerin bestehenden VerschleiÃerscheinungen im HWS-Bereich mit andauernder Fehlhaltung und Funktionsbehinderung der HalswirbelsÃ¤ule sowie das chronifizierte Kopf-Hals-Nacken-Schmerzsyndrom ist und die nach Herstellung der ArbeitsfÃ¤higkeit noch bestehende geringe Restsymptomatik nach HWS-Distorsionstrauma keine MdE in rentenberechtigendem Grade bedingt. Die diesbezÃ¼gliche Ãberzeugung des Senats grÃ¼ndet sich auf alle im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gewonnenen medizinischen Erkenntnisse, insbesondere aber auf das wÃ¤hrend des Gerichtsverfahrens von dem Oberarzt der Neurochirurgischen Abteilung im Krankenhaus N. Dr. med. Re. am 4. Dezember 1995 erstellte Gutachten und die ergÃ¤nzenden Stellungnahmen vom 25. Februar 1997, 6. Juli 1998 und 23. September 1998. Der Senat hat keine Zweifel, dass die darin getroffenen Feststellungen und SchluÃfolgerungen in vollem Umfang zutreffen. Der SachverstÃ¤ndige ist dem Senat seit vielen Jahren als sorgfÃ¤ltiger und sachkundiger Neurochirurg mit groÃer gutachterlicher Erfahrung bekannt. DarÃ¼ber hinaus ist sein Gutachten sachlich, schlÃ¼ssig und frei von WidersprÃ¼chen. Er hat sich Ã¤uÃerst sorgfÃ¤ltig mit den verschiedenen, zum Teil voneinander abweichenden Befunden der behandelnden und begutachtenden Ãrzte auseinandergesetzt und unter eingehender AbwÃ¤gung der einzelnen

Argumente begrÃ¼ndete SchluÃfolgerungen gezogen. Auch hat er die von den behandelnden Ãrzten der KlÃ¤gerin erhobenen Befunde nicht kritiklos Ã¼bernommen, sondern anhand der vorhandenen Unterlagen und seinen medizinischen Erfahrungen einer kritischen WÃ¼rdigung unterzogen. Danach hat die KlÃ¤gerin bei dem Unfall vom 11. Juni 1989 eine Distorsionsverletzung der HWS leichten AusmaÃes erlitten. Weitere unfallbedingte Verletzungen lieÃen sich nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen. So sind weder aus den RÃ¶ntgenaufnahmen vom 11. Juni 1989, 20. Juni 1989 und 27. November 1989 noch aus den spÃ¤ter gefertigten CT- und MRT-Aufnahmen bzw. -Befunden Verletzungen an dem Knochen- oder Bandapparat der HWS, GefÃ¼gestÃ¶rungen und/oder segmentale InstabilitÃ¤ten erkennbar bzw. beschrieben. Die in den ersten, kurze Zeit nach dem Unfall gefertigten RÃ¶ntgenbilder zu sehende Steilstellung der HWS stellt keine Verletzung dar, sondern ist Folge des stark erhÃ¶hten reflektorischen Muskeltonus nach der Distorsion. Eine radikulÃ¤re Symptomatik oder sonstige neurologische AuffÃ¤lligkeiten konnten weder bei den (Erst-)Untersuchungen am 11. Juni 1989 im St. G. -Krankenhaus und am 12. Juni 1989 von dem Hausarzt Prof. Dr. G. noch am 20. Juni 1989 von dem Durchgangsarzt Dr. R. festgestellt werden. Es fanden sich lediglich ein deutlicher Druckschmerz der DornfortsÃ¤tze und der paravertebralen Muskulatur beidseits, ein Druckschmerz am mittleren Sternum und eine BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS in allen Ebenen am 11. Juni 1989 (Erste-Hilfe-Bericht des St. G. Krankenhaus), eine stark ausgeprÃ¤gte Myalgie der Mm. sternocleidomastoidei und des Platysma sowie wechselnde Kopfschmerzen am 12. Juni 1989 (Krankheitsauskunft von Prof. Dr. G. vom 17. Januar 1992), eine beim RÃ¼ckbeugen zur HÃ¤lfte schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit des Kopfes, eine endgradig schmerzhaft behinderte Seitneigung und Drehung des Kopfes sowie eine Verspannung der Nacken- und der oberen RÃ¼ckenmuskulatur bei der Untersuchung am 20. Juni 1989 durch den Durchgangsarzt Dr. R. sowie ein leichter Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der linken Halsmuskulatur mit ausstrahlenden Beschwerden in den Hinterkopf und zeitweiligen Kopfschmerzen und eine nicht wesentlich behinderte Beweglichkeit der HWS sowie kein sicherer Druckschmerz Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen bei der Untersuchung durch Dr. R. am 27. November 1989. FÃ¼r eine von der KlÃ¤gerin geltend gemachte "Mikrotraumatisierung" der Weichteile in Kopf-Nacken-Bereich fehlt es an einem entsprechenden Nachweis. Zwar werden Mikrotraumatisierungen bei HWS-Beschleunigungstraumen in der medizinischen Wissenschaft diskutiert; auch sind wohl bei Verletzten, die direkt nach einem Unfall traumabedingt gestorben sind, im Rahmen von Autopsien derartige Verletzungen festgestellt worden (vgl. Dr. Re. in seiner Stellungnahme vom 6. Juli 1998 mit Hinweis auf die Untersuchung von K.-S. Saternus). Jedoch bestehen â wie auch die KlÃ¤gerin selbst anfÃ¼hrt â derzeit keine medizintechnischen MÃ¶glichkeiten, solche Mikrotraumatisierungen und ihre Auswirkungen konkret bei einem â den Unfall Ã¼berlebenden â Verletzten nachzuweisen. Abgesehen davon unterliegen auch Mikrotraumatisierungen den kÃ¶rpereigenen HeilungsvorgÃ¤ngen ohne nachhaltige Verletzungsfolgen. Ein traumatischer Weichteilschaden im Bereich der BÃ¤nder und Gelenke lieÃ sich ebenfalls nicht objektivieren. Selbst wenn ein solcher Weichteilschaden bei den frÃ¼hen Untersuchungen zunÃ¤chst Ã¼bersehen worden sein sollte, mÃ¼ssten spÃ¤ter die reparativen Folgeerscheinungen durch Verkalkung oder VerknÃ¶cherung erkennbar sein. Solche sekundÃ¤ren

VerÃ¤nderungen lieÃen sich aber bei der kernspintomographischen Untersuchung vom 13. November 1995 nicht nachweisen.

Das bei der KlÃ¤gerin zwar bestehende Kopf-Hals-Nacken-Schmerzsyndrom nebst eingeschrÃ¤nkter Beweglichkeit der HWS und die Bandscheibenerkrankung der HWS (rechts medio-lateraler gedeckter Bandscheibenvorfall HWK 6/7, mediale Protrusion bei HWK 4/5) sind jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 11. Juni 1989 verursacht worden. So fehlt es â wie zuvor dargelegt â schon am Nachweis eines unmittelbaren organischen KÃ¶rperschadens (PrimÃ¤rschadens), der fÃ¼r die geklagte â fortbestehende â Schmerzsymptomatik ursÃ¤chlich sein kÃ¶nnte. Denn eine, wie bei der KlÃ¤gerin festzustellende Distorsionsverletzung, hinterlÃ¤sst in der Regel keine DauerschÃ¤den, sondern heilt innerhalb weniger Wochen und Monate ab. Dies wird auch im vorliegenden Fall durch den Verlauf der Erkrankung und der Behandlung deutlich. Die ursprÃ¼nglich starken Beschwerden, die zur BehandlungsbedÃ¼rftigkeit und ArbeitsunfÃ¤higkeit fÃ¼hrten, bildeten sich soweit zurÃ¼ck, dass die KlÃ¤gerin am 25. Juli 1989 wieder arbeitsfÃ¤hig â wenn auch nicht beschwerdefrei â war. Zwar wurde auf Anregung des Neurologen Dr. H. Ende 1989/Anfang 1990 eine krankengymnastische Behandlung zu Lasten der Beklagten durchgefÃ¼hrt und die Behandlung im Februar 1990 â nach Schilderung der KlÃ¤gerin wegen Therapieresistenz der Beschwerden â von dem Durchgangsarzt Dr. R. abgeschlossen. Jedoch handelte es sich nach den dokumentierten Befunden nur noch um eine geringe Restsymptomatik. So hatte Dr. R. bei der Untersuchung am 27. November 1989 einen leichten Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der linken Halsmuskulatur mit ausstrahlenden Beschwerden in den Hinterkopf und zeitweiligen Kopfschmerzen sowie eine nicht wesentlich behinderte Beweglichkeit der HWS diagnostiziert. Dr. H. fand bei seiner Untersuchung am 5. Dezember 1989 ebenfalls keine neurologischen AuffÃ¤lligkeiten, sondern nur eine nach rechts eingeschrÃ¤nkte Drehbeweglichkeit des Kopfes sowie links reflektorische Verspannungen der Muskulatur mit Druckempfindlichkeit. Ansonsten war die Kopfbeweglichkeit weitgehend frei. Auch im Aufnahmebefund der Nervenklinik Sp. vom 11. Juni 1990 sind neurologische AuffÃ¤lligkeiten hinsichtlich der HalswirbelsÃ¤ule und des SchÃ¤dels sowie der oberen ExtremitÃ¤ten nicht beschrieben worden, die Kopfbeweglichkeit war frei, lediglich nach rechts etwas schmerzhaft. Bei der Aufnahmeuntersuchung in der Reha-Klinik B. schilderte die KlÃ¤gerin keine Beschwerden von Seiten der HWS, es wurde eine um ein Drittel eingeschrÃ¤nkte DrehfÃ¤higkeit des Kopfes nach rechts festgestellt mit ansonsten neurologisch unauffÃ¤lligem Befund (Krankheitsbericht, gerichtet an die V. Versicherung AG, vom 4. MÃ¤rz 1991). Erst im Verlauf der Heilbehandlung traten verstÃ¤rkt Beschwerden der HWS auf, die in der Reha-Klinik entsprechend mitbehandelt wurden. Der OrthopÃ¤de Dr. Ri. fand bei seiner Untersuchung am 16. Juli 1991 im Rahmen der fÃ¼r die V. Versicherung AG durchgefÃ¼hrten Begutachtung eine normale Kopfhaltung sowie eine bei der Rechtsdrehung des Kopfes geringe BewegungseinschrÃ¤nkung um ca. 10Â° bei normaler Drehung nach links. Bei der Flexion ergab sich ein Kinn-Brustbeinabstand von etwa einem Querfinger, die Extensionen waren im normalen AusmaÃ mÃ¶glich. Bei Durchtastung der nuchalen Muskulatur wurde diese links wie rechts als vergleichsmÃ¤Ãig empfindlich angegeben. Die neurologische PrÃ¼fung ergab

keine negativen Befunde. Eine SchÃ¤digung der Nervenwurzel C 8 durch den Unfall vom 11. Juni 1989 ist weder erwiesen noch wahrscheinlich. So konnte die in der Nervenklinik Sp. getroffene Diagnose eines leicht peripher-neurogenen Schadens im Rahmen einer C 8-LÃ¤sion rechts weder von Dr. Re. nach von dem Neurologen Prof. Dr. G. H. nachvollzogen bzw. in der klinischen Untersuchung bestÃ¤tigt werden. Auch ist eine traumabedingte Nervenwurzelirritation bei C 8 im Hinblick auf die bei den Untersuchungen seit dem Unfall durchgehend erhobenen unauffÃ¤lligen neurologischen Befunde unwahrscheinlich. Dagegen hat sich zwischenzeitlich â wie von allen medizinischen SachverstÃ¤ndigen Ã¼bereinstimmend dargelegt â schicksalsmÃ¤Ãig die bereits in den RÃ¶ntgenaufnahmen vom Jahre 1989 erkennbare unfallunabhÃ¤ngige Bandscheibendegeneration der HalswirbelsÃ¤ule im Laufe der Jahre fortentwickelt. So zeigten sich in den RÃ¶ntgenaufnahmen von 1989 eine mÃ¤Ãige Uncovertebralarthrose besonders in den Etagen C 4/5 und C 5/6 sowie altersadÃ¤quate beginnende osteochondrotische Deformierungen der Grund- und Deckplatten. In der cervikalen CT-Untersuchung vom 7. Juli 1992 fand sich schon in HÃ¶he HWK 4/5 eine ca. 4 bis 5 mm starke VorwÃ¶lbung zentral im Sinne der Bandscheibenprotrusion. Im MRT-Zusatzgutachten vom 13. November 1995 zeigte sich eine deutliche Impression des subarachnoidalen Liquorraumes in HÃ¶he der Bandscheibenetagen C 3/4, 4/5, 5/6 und C6/7 mit Betonung der Etage C 4/5 bei ausgeprÃ¤gten dorsalen Kantenausziehungen der HWS in den angegebenen Etagen und im MRT-Befund vom 19. Juni 1997 dann zusÃ¤tzlich ein Bandscheibenvorfall bei HWK 6/7. Auch leidet die KlÃ¤gerin an weiteren WirbelsÃ¤ulenerkrankungen degenerativer Art, wie der erheblichen schon vor dem Unfall wiederholt behandlungsbedÃ¼rftigen bandscheibenbedingten Erkrankung der unteren LendenwirbelsÃ¤ule und einem Restzustand nach Morbus Scheuermann in der oberen LendenwirbelsÃ¤ule. Insbesondere die degenerativen HalswirbelsÃ¤ulenverÃ¤nderungen kommen als Beschwerden auslÃ¶send fÃ¼r die bei der KlÃ¤gerin immer wieder behandlungsbedÃ¼rftigen Cervikobrachialgien in Betracht. Der Hinweis der KlÃ¤gerin, vor dem Unfall von Seiten der HalswirbelsÃ¤ule beschwerdefrei gewesen zu sein, vermag zu keiner anderen Zusammenhangsbeurteilung zu fÃ¼hren. Denn allein aus dem zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und der von der KlÃ¤gerin geschilderten â im Laufe der Jahre sich verstÃ¤rkenden â persistierenden Schmerzsymptomatik lÃ¤sst sich eine KausalitÃ¤t des Unfallgeschehens hierfÃ¼r im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung noch nicht begrÃ¼nden, wenn es â wie zuvor dargelegt â an einem objektivierbaren schwereren PrimÃ¤rschaden fehlt und die nachgewiesenen Unfallfolgen sich regelhaft zurÃ¼ckgebildet haben.

Deswegen vermochte der Senat auch nicht der Beurteilung des SachverstÃ¤ndigen Dr. F. , wonach ein bei der KlÃ¤gerin bestehendes chronifiziertes Schmerzsyndrom mit sensiblen Ausfallerscheinungen assoziiert mit einem leichten motorischen Defizit auf das Unfallereignis vom Juni 1989 zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, zu folgen. SchlieÃlich konnte Dr. F. bei seiner Untersuchung und nach Auswertung der vorgelegten RÃ¶ntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen wie schon die behandelnden Ãrzte und die Vorgutachter zuvor keine Zeichen einer strukturellen â objektivierbaren â Verletzung des Knochen- oder des Bandapparates sowie der Weichteile der HalswirbelsÃ¤ule feststellen. Die von ihm durchgefÃ¼hrte neurologische PrÃ¼fung der Hirnnerven ergab keinen krankhaften Befund. Es wurde

lediglich eine leichte HypÃ¤sthesie am rechten Arm ohne eindeutigen segmentalen Bezug sowie eine schmerzbedingte Kraftminderung am rechten Arm und eine leichte Absinktendenz im Armhalteversuch rechts wahrgenommen. Die elektroneurographische Untersuchung ergab den Hinweis fÃ¼r ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom links (unfallunabhÃ¤ngig) und Hinweise fÃ¼r eine proximal gelegene LÃ¤sion rechts bei verzÃ¶gerten F-Wellen-Latenzen, die jedoch nicht beweisend fÃ¼r eine singulÃ¤re Wurzelreizsymptomatik sind. Wenn der SachverstÃ¤ndige aus diesen geringgradigen und nicht eindeutig zuordenbaren Befunden sowie der Beschwerdeschilderung der KlÃ¤gerin bei der Untersuchung auf eine proximale, rÃ¼ckenmarksnahe â rein funktionelle â LÃ¤sion im Sinne einer Schmerzchronifizierung schlieÃt und diese auf das Unfallereignis zurÃ¼ckfÃ¼hrt, so ist diese SchluÃfolgerung nicht Ã¼berzeugend. Sie vermag nicht mit Wahrscheinlichkeit einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem von ihm 10 Jahre spÃ¤ter bei der KlÃ¤gerin diagnostizierten chronischen Schmerzsyndrom mit sensiblen und motorischen StÃ¶rungen zu begrÃ¼nden. Zwar stÃ¼tzt Dr. F. sich auf die neueren AnsÃ¤tze der Schmerzforschung, die hierfÃ¼r theoretische Konzepte (Kortikalisierung chronischer Schmerzen im Sinne neuronaler Lernprozesse) bieten wÃ¼rden. Weiterhin verweist er darauf, dass in der Schmerzforschung die MÃ¶glichkeit langfristiger persistierender Beschwerden nach HWS-Beschleunigungstrauma ohne objektivierbare Unfallfolgen durch experimentelle Ergebnisse belegt worden sei. Abgesehen davon, dass auch der SachverstÃ¤ndige nur von der MÃ¶glichkeit einer Chronifizierung von Schmerzen nach HWS-Beschleunigungstrauma spricht, entbindet die Bezugnahme auf experimentelle Ergebnisse in der Schmerzforschung noch nicht von einer konkreten BeweisfÃ¼hrung in dem zu beurteilenden Einzelfall. Dr. F. setzt sich aber weder mit der in den zahlreichen vorliegenden medizinischen Unterlagen dokumentierten Beschwerdeentwicklung bei der KlÃ¤gerin und dem Behandlungsverlauf noch den sonstigen bei der KlÃ¤gerin bestehenden Erkrankungen auseinander. Er Ã¼bernimmt unkritisch die Beschwerdeschilderung der KlÃ¤gerin, ohne den Versuch zu unternehmen, die pauschal beschriebenen Schmerzen der KlÃ¤gerin im Hinblick auf die vielfÃ¤ltigen Arten und VerursachungsmÃ¶glichkeiten von Kopf- und Nackenschmerzen nÃ¤her zu analysieren und abzugrenzen. Die von ihm ergÃ¤nzend eingeholte Stellungnahme vom 20. MÃ¤rz 2000 erbrachte hierzu keine weiteren Erkenntnisse.

Da die nach Wiederherstellung der ArbeitsfÃ¤higkeit am 25. Juli 1989 bei der KlÃ¤gerin aufgetretenen GesundheitsstÃ¶rungen und Beschwerden im Kopf-Hals-Nacken-Bereich keine Arbeits-(Wege-) Unfallfolgen sind, liegt bei der KlÃ¤gerin auch keine, einen Anspruch auf Verletztenrente begrÃ¼ndende Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit vor. Selbst wenn von einer Ã¼ber die 13. Woche nach dem Unfall, d. h. Ã¼ber den 9. September 1989 hinausgehenden HWS-Distorsionsbedingten Restsymptomatik in Form einer endgradigen schmerzhaften BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule und gelegentlichen Kopfschmerzen fÃ¼r einen vorÃ¼bergehenden Zeitraum ausgegangen wird, wÃ¼rde diese â wie von Dr. H. in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 5. Dezember 1989 und von Dr. Ri. in seinem Gutachten vom 22. Juli 1991 zutreffend dargelegt â noch keine MdE von 10 v. H. bedingen. Die Voraussetzungen fÃ¼r eine von der KlÃ¤gerin angesprochene ErhÃ¶hung der MdE wegen einer besonderen

beruflichen Betroffenheit im Sinne von Â§ 581 Abs. 2 RVO liegen schon deswegen nicht vor, weil die KlÃ¤gerin weiterhin vollschichtig in ihrem erlernten und schon seit Jahren vor dem Unfall auf einer Neugeborenenstation ausgeÃ¼bten Beruf als Kinderkrankenschwester tÃ¤tig sein kann. Einzelne BeschrÃ¤nkungen im TÃ¤tigkeitsbereich, wie hier der auf Grund des allgemeinen Gesundheitszustandes der KlÃ¤gerin bestehende Ausschluss vom Nachdienst, reichen nicht aus, um eine besondere berufliche Betroffenheit zu begrÃ¼nden.

Der Senat sah im Hinblick auf die umfangreichen Ermittlungen zum Unfallgeschehen sowie zum Erkrankungs- und Behandlungsverlauf und auf die eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten keinen Anlass zu weiteren Ermittlungen, sondern hÃ¤lt den Sachverhalt fÃ¼r umfassend geklÃ¤rt. Der Einholung eines von der KlÃ¤gerin wiederholt angeregten kollisionsdynamischen SachverstÃ¤ndigengutachtens bedurfte es vorliegend schon deswegen nicht, weil entscheidungserheblich nicht die kollisionsdynamische Belastung des betroffenen Fahrzeuges bzw. der darin sitzenden KlÃ¤gerin war, sondern die von den erstbehandelnden Ãrzten erhobenen Befunde und der danach festzustellende KÃ¶rperschaden. Gleichfalls sah der Senat keinen Anlass, dem im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung am 29. Juni 2000 gestellten Beweisantrag gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG nachzugehen. So war dem SachverstÃ¤ndigen Dr. F. bereits wiederholt Gelegenheit gegeben worden, ergÃ¤nzend zu seinem Gutachten Stellung zu nehmen. Zudem kam es im vorliegenden Fall auf die Frage, ob in der Schmerzforschung durch experimentelle Ergebnisse die MÃ¶glichkeit langfristig persistierender Beschwerden objektiv belegt worden ist, nicht entscheidend an. Denn, wie zuvor dargelegt, sind fÃ¼r die Beurteilung des Kausalzusammenhanges nicht in erster Linie allgemeine wissenschaftliche Forschungsergebnisse, sondern eine BeweisfÃ¼hrung an Hand der dokumentierten Befunde im konkreten Einzelfall maÃgeblich.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil ZulassungsgrÃ¼nde nach Â§ 160 Abs. 2 SGG nicht ersichtlich sind.

Erstellt am: 08.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024