L 9 U 1180/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 930/05
Datum
12.01.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 1180/06
Datum
21.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 12. Januar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob als Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. März 2002 Schwindel, kognitive und psychische Störungen, Schmerzsymptomatik der Wirbelsäule, Schlafstörung, Angstsymptomatik und ein instabiler Kiefer festzustellen sind.

Der 1946 geborene Kläger, der als Mitarbeiter eines Versandhauses im Außendienst tätig war, erlitt am 26. März 2002 gegen 14:30 Uhr auf dem Weg von einem Kunden in Reichenau zu der in K. M. 4, wohnenden Kundin D. in der B.-G.-S. in K. einen Unfall. Er musste wegen eines vor ihm fahrenden und nach links zur Fa. M. & M., B.-G.-S ... 28, abbiegenden Lkw sein Fahrzeug, einen Audi 100, anhalten; ein anderes Fahrzeug, ein VW Passat, fuhr dann, weil dessen Fahrer, der Unfallgegner Stier (St.), die Situation zu spät bemerkte, trotz Bremsung auf (Aussage des St. vom 9. Januar 2003 vor der Polizei in einem Ermittlungsverfahren gegen den Kläger wegen versuchten Betruges [doppelte Abrechnung von Unfallschäden]). Auf den Lkw wurde das Fahrzeug des Klägers nicht aufgeschoben. St. verspürte bei dem Auffahren einen "Ruck", die Fahrer stiegen aus, betrachteten den Schaden, der Kläger öffnete seinen Kofferraum und holte sein Warndreieck heraus (Aussage des St.). Der Kläger rief mit Mobiltelefon die Polizei, doch wurde bei deren Eintreffen von einer Anzeige abgesehen, da er sich mit St. hinsichtlich der Unfallregulierung bereits geeinigt hatte (eigene schriftliche Angaben des Klägers gegenüber der gegnerischen Haftpflichtversicherung). Der Unfallgegner war gerade aufgefahren und an seinem Fahrzeug waren größere Schäden aufgetreten (Stoßstange, Kühler, Beule im Motorhaube) als am Fahrzeug des Klägers, an dem sich eine Anhängerkupplung befand, so St. in seiner Aussage. Nach dem Aussteigen konnte St. am Fahrzeug des Klägers zwei Dellen erkennen. Das Fahrzeug des St. war nicht mehr fahrbereit (Kühlerschaden), wohingegen der Kläger seine Fahrt fortsetzen konnte. Im Gutachten des Kfz-Sachverständigen K.vom 30. März 2002 veranschlagte dieser die Reparaturkosten am Fahrzeug des Klägers auf 4.305,53 EUR incl. MwSt, indes ergab ein von der Staatsanwaltschaft Konstanz veranlasstes Gutachten des Dipl.-Ing. S. vom 1. August 2003, dass ein noch nicht vollständig reparierter Vorschaden aus einem Unfall vom 10. April 2001 noch Reparaturkosten in Höhe von 2.176,57 EUR incl. MwSt bedingte, die in dem vom Gutachter K. ermittelten Betrag enthalten waren. Das Ermittlungsverfahren wurde unter Absehen von einer öffentlichen Anklage gegen den Kläger gegen Zahlung von 1.000 EUR nach § 153 a Strafprozessordnung am 1. Dezember 2003 endgültig eingestellt.

Vor diesem Unfall hatte der Kläger am 21. Juni 2000 einen Arbeitsunfall erlitten, als ihm bei starkem Wind die Fahrertür seines Fahrzeuges gegen den linken Oberarm bzw. die linke Schulter geschlagen hatte. Die Beklagte hatte auf der Grundlage der Gutachten des Orthopäden Dr. K. (Untersuchungstag 12. September 2001) und des Orthopäden Dr. K. vom 30. Januar 2001 mit Bescheid vom 7. März 2002 einen ursächlichen Zusammenhang zwischen verschleißbedingten Veränderungen im Bereich der linken Schulter im Sinne eines Schulterengesyndroms und dem Unfall vom 21. Juni 2000 verneint, im Widerspruchsverfahren aber nach Einholung des Gutachtens des Orthopäden Dr. R. vom 3. Juli 2002 dem Widerspruch insoweit abgeholfen, als dem Kläger wegen einer Schultergelenkteileinsteifung links als Unfallfolge auch über den 31. Juli 2000 hinaus Anspruch auf Heilbehandlung zuerkannt wurde. Ein Anspruch auf Rente wurde verneint (Widerspruchsbescheid vom 12. September 2002).

Bereits vor dem Unfall vom 26. März 2002 litt der Kläger nach den vorliegenden Unterlagen insbesondere unter WS-Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindel und psychischen Beeinträchtigungen, so u. a. nach den Heilverfahren-Entlassungsberichten vom 16. April 1996 der Klinik J. (nervöse Unruhe und Schwitzen, morgens belegtes Gefühl im Hals sowie Einschlafstörungen; Diagnosen u.a. pseudoradikuläres Lumbalsyndrom, labiler Hypertonus, vegetative Dystonie; Aufnahmebefund u. a. endgradige Bewegungseinschränkung der HWS in allen

Ebenen, Druckschmerzhaftigkeit der Trapeziusmuskulatur) und vom 22. Januar 2001 der Hochwald-Kliniken (Diagnosen u. a. chronisch rezidivierendes degeneratives WS-Syndrom ohne Wurzelreiz, psycho-vegetativer Erschöpfungszustand), nach den Berichten des Orthopäden Dr. B. vom 20. April 1998 und 14. Dezember 2000 (Diagnosen: u. a. chronische Dorsalgie, chronische Lumbalgie, psychosomatisches Syndrom, Myogelosen), nach den Angaben des Klägers im Antrag auf Feststellung von Behinderungen vom 15. September 2000 (chronische Schmerzen im Bewegungsapparat, Schwindelattacken, psychische Erkrankungen und Kreislaufdepressionen), und dem Bescheid des Versorgungsamtes vom 7. Februar 2001 (Grad der Behinderung (GdB) von 30, Funktionsbeeinträchtigungen "Wirbelsäulenverformung, muskuläre Verspannungen; seelische Störung"), den Berichten der Ärztin für Neurologie Dr. T. vom 23. September 1999 (der Kläger klage, wie auch früher schon, über rechtsseitige Kopfschmerzen ohne begleitende vegetative Symptome, zunehmend bei Wetterwechsel und in Stresssituationen; klinisch-neurologisch einseitige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit bei Myogelose der Schultermuskulatur) und vom 29. Dezember 2000 (linksseitige Cervicobrachialgie, im CT der HWS jedoch außer einer leichten Steilstellung kein Diskus-Polaps), den Berichten des Allgemeinmediziners Hüther vom 8. und 9. Mai 2001 (u. a. "bekanntes HWS-Leiden", wegen dem die vorangegangene Reha durchgeführt worden sei, Cervicobrachialgie), und den Gutachten des Orthopäden Dr. K. vom September 2001 (vermehrte Beschwerden im Bereich der HWS; HWS im unterem Anteil druckschmerzhaft und WS beim Drehen und Seitneigen nach links endgradig eingeschränkt, in Höhe C 6/7 beim Drehen und Seitneigung nach links blockiert, nach rechts freie Beweglichkeit, Kinn-Brustbein-Abstand (KBA) 1/18 cm, Schulterhalsmuskulatur deutlich verspannt und spondylotische Ausziehungen an den Deck- und Trageplatten im Bereich der HWS; es bestehe ein Cervicalsyndrom mit endgradiger Bewegungseinschränkung), des Orthopäden Dr. K. vom 30. Januar 2002 (u. a. Osteochondrose leichte degenerative Veränderungen der HWS, Rundrücken sowie Cervicobrachialgien) und nach dem Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. V. vom 27. Februar 2002 (Beschwerden der linken Schulter, ausstrahlend vom linken Hals zur Schulter, Oberarm und Unterarm bis in die Hand).

Nach dem Unfall vom 26. März 2002 setzte der Kläger seine Fahrt fort und wollte zunächst noch die Kundin D. aufsuchen, sah dann aber wegen Beschwerden hiervon ab und stellte sich gegen 16:30 Uhr dem Orthopäden Dr. B. in K. vor.

Dr. B. erhob u. a. eine "rezidivierende" Blockierung der HWS und einen Druckschmerz im Bereich der 4. und 5. Rippe parascapulär, Beschwerden im Bereich der 2. und 3. Rippe im Ansatz links parasternal - hier möglicherW. durch Quetschung durch den Gurt - eine vermehrte Kyphose der cranialen BWS, eine seitengleiche grobe Kraft der Hände, eine Rotation der HWS rechts/links von 85-0-80 Grad, eine Neigung rechts/links von 35-0-35 Grad, leichten Schwindel, keine "eigentlichen" Kopfschmerzen, eine regelrechte Pupillenreaktion und einen KBA von 0/17 cm. Bei der Röntgenuntersuchung HWS 2 Ebenen und Funktionsaufnahmen in maximaler Re- und Inklination fanden sich keine HinW. für ossäre Läsionen oder Segmentinstabilität, jedoch zeigte sich nebenbefundlich eine deutlichere Arthrose im Bereich der Articulatio atlanto-axialis und eine vermehrte Spondylose C 4 bis C 7 ventral. Er diagnostizierte ein HWS-Schleudertrauma (HWS-ST) mit Zerrung der Halsreklinatoren, eine Zerrung/Distorsion parasternal links, eine Zerrung im lateralen Claviculabereich links und eine Zerrung im Schulterbereich links. Er verordnete eine Halskrawatte mit Thermosalbenapplikation und Analgetika/Antiphlogistika und schrieb den Kläger bis zum 12. April 2002 arbeitsunfähig. Am 15. April 2002 nahm der Kläger die Arbeit wieder auf.

Am 26. April 2002 stellte sich der Kläger bei dem Röntgenologen Prof. Dr. Z. vor. Das MRT der Hals- und oberen Thoraxregion links ergab ein diskretes Weichteilödem zwischen der 2. und 3. Rippe links ventral (nach anamnestisch angegebenem Verkehrsunfall mit angelegtem Gurt) und im Bereich der HWS und der seitlichen Halsweichteile links keine bildgebend fassliche Verletzung.

Am 17. Juni 2002 stellte Dr. B. eine rezidivierende Blockierung der HWS sowie einen Druckschmerz im Bereich der 4. und 5. Rippe parascapulär und Beschwerden wie bei einem DaCosta-Syndrom (somatoformer Symptomenkomplex mit belastungsabhängiger Hyperventilation, Tachycardie, Herzschmerzen) fest.

Am 3. Juli 2002 berichtete der Kläger anlässlich der Begutachtung wegen des Unfalls vom 21. Juni 2000 durch den Orthopäden Dr. R., er komme seit 20 Jahren mit dem Kopf nicht richtig runter, er habe Nackenschmerzen vom Genick in die linke Schulter ausstrahlend und in die Brustwand. Dr. R. fand u. a. eine mäßige Verspannung der HWS und der oberflächlichen Schichten der Nackenmuskulatur ohne flächigen Druckschmerz, keinen Schwindel und stellte die Diagnose eines degenerativen HWS-Syndroms bei teilfixiertem Hohlrundrücken.

Am 11. Juli 2002 klagte der Kläger bei der Neurologin Dr. T. über Nackenschmerzen bei Kopfneigung nach links und stechende Schmerzen im der linken oberen Thoraxapertur. Sie fand seitengleich auslösbare Reflexe, keine Paresen, Hypästhesie des linken Daumens, eine Druckschmerzhaftigkeit über dem linken Schultergelenk und dem Ansatz der 2. und 3. Rippe links sowie mäßige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und diagnostiziert einen Zustand nach HWS-Distorsion und Thoraxprellung.

Am 12. September 2002 wurde der Kläger von seinem Hausarzt H. an den Augenarzt Dr. F. und am 23.September 2002 an den Neurologen und Psychiater Dr. Adam überwiesen. Dr. F. hielt anamnestisch fest: seit Unfall vor 2 Jahren Hemikranie links zentral und Fallneigung nach links und schloss eine oculäre Genese der Cephalgie bzw. des Vertigo aus (Bericht vom 12. September 2002). Dr. Adam untersuchte den Kläger am 24. September 2002 in anamnestischem Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Juni 2000 nervenärztlich. Der Kläger klagte über immer noch auftretende ziehende Schmerzen vom oberen Drittel des linken Oberarms in Richtung Schulter und an der Vorderseite in Richtung Unterarm strahlend. Er bekomme bei bestimmten Bewegungen auch "Zucken" in der Oberarmmuskulatur und Schwindel sowie nach anstrengender Tätigkeit nicht auszuhaltende Schläfenkopfschmerzen. Dr. A. diagnostizierte einen Zustand nach Oberarmprellung links, reaktive schmerzhafte Schultersteife links und schmerzausgelösten "Schwindel" und empfahl eine berufsbegleitende ambulante Komplexbehandlung zur Rehabilitation.

Am 4. November 2002 führte Prof. Dr. Z. ein MRT des Thorax durch und berichtete unter dem 25. Februar 2003, dass die im Vorbefund beschriebene Prellmarke über dem ventralen Rippenthorax links auf Höhe der 2. bis 4. Rippe nicht mehr nachweisbar sei. Weiterhin kein Nachweis einer Fraktur oder inneren Verletzung.

Vom 5. bis 20. Dezember 2002 behandelte der Neurochirurg und Orthopäde Dr. R. den Kläger im Zentrum für ambulante Komplextherapie. Dieser berichtete, dass bei Therapiebeginn die HWS frei beweglich gewesen sei. Therapieziel sei eine Schmerzreduktion linker Oberarm, die Verbesserung der Beweglichkeit des Schultergürtelbereichs links und die Vermeidung einer chronifizierten Schmerzverarbeitung gewesen. Bei der Abschlussuntersuchung war die HWS weiterhin aktiv und passiv frei beweglich bei Angabe von Genickschmerzen links. Es bestand weder eine Funktionssperre noch ein Muskelhartspann. Der Kläger wurde als voll arbeitsfähig entlassen.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der DAK bei, die unter dem 10. April 2003 mitteilte, die Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 27. März bis 12. April 2002 seien Folge des Unfalls vom 26. März 2002 und die vom 23. September bis 19. Oktober 2002 sowie vom 5. bis 24. Dezember 2002 seien Folge des Unfalls vom 21. Juni 2000.

Der Kläger befand sich auch ab Februar 2003 bis Juli 2003 in der Behandlung von Dr. R. und klagte über Nacken-, Genick- und Kopfschmerzen. Dieser veranlasste eine Kernspintomographie der HWS durch die Praxis E/M/S/A vom 10. Februar 2003, welche keine altersdegenerative Veränderungen übersteigende Veränderungen nach Trauma ergab.

Die von Dr. B. veranlasste neurologische Untersuchung durch Dr. T. am 16. September 2003 zeigte eine allseitige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit bei ansonsten regelrechtem neurologischem Befund. Psychisch war der Kläger deutlich depressiv herabgestimmt. Dr. T. diagnostizierte Restbeschwerden bei Zustand nach HWS-Distorsion und Thoraxprellung und Verdacht auf Tietze-Syndrom.

Vom 8. Oktober bis 12. November 2003 fand zu Lasten der Beklagten eine stationäre Behandlung in den Kliniken S. statt mit den Rehabilitationsdiagnosen "leichtgradige kognitive Leistungs- und Belastbarkeitsminderung, chronisch rezidivierende Cephalgie, cervikocephales Syndrom, Zustand nach HWS-ST" (Bericht Dr ..., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 12. November 2003). Der Kläger gab an, u. a. täglich unter Kopfschmerzen, einer Schwellung im Nacken sowie Gleichgewichts- und Konzentrationsproblemen zu leiden. Beim Abschlussgespräch äußerte der Kläger u. a., die Therapien hätten ihm gut getan, im Bereich der HWS seien - bis auf einmal nächtens, als die selbigen Schmerzen wieder gekommen seien - Erfolge eingetreten. Das Schlafen sei besser, er habe keine Träume mehr, traue sich aber noch nicht, den ganzen Tag wieder zu arbeiten bzw. Auto zu fahren. Auf Grund der Konzentrationseinschränkungen habe er Blockaden, gelegentlich bei Anstrengung auch Schwindelsensationen. Eine stufenW. Wiedereingliederung im Außendienst sei ihm nicht vorstellbar, möglicherW. könne man über eine Vorruhestandsregelung mit der Geschäftsleitung sprechen. Der Kläger wurde als arbeitsunfähig entlassen.

Ferner ging noch der Bericht des Dr. B. vom 20. November 2003 ein. Unter dem 2. Dezember 2003 berichtete Dr. T. über eine Untersuchung vom 27. November 2003 (vertebragene Kopfschmerzen bei Zustand nach HWS-Distorsion, psychisch sei der Kläger deutlich weniger herabgestimmt, als bei der letzten Untersuchung).

Die Beklagte holte ein unfallchirurgisches Gutachten des Prof. Dr. W. ein, das dieser in Zusammenarbeit mit Oberarzt Dr. B. am 28. Mai 2004 erstellte. Nach Untersuchung und Auswertung radiologischer Befunde sowie des Vorerkrankungsverzeichnisses gelangte er zum Ergebnis, bei dem Unfall sei es (anamnestisch) zu einem Heckanprall gekommen, wobei der Kopf nach rechts gedreht gewesen sei. Der unmittelbar nach dem Unfall untersuchende D-Arzt beschreibe eine Blockierung der HWS, wobei er das Adjektiv "rezidivierend" benutze, was aus der Zusammenhangslage nur schwer verständlich sei. Ferner würden Druckschmerzen über dem AC-Gelenk links, über dem Trapeziusrand sowie im Bereich der 4. und 5. Rippe sowie eine frei bewegliche HWS beschrieben. Der klinische Befund zeige bezüglich der HWS ein Störungsbild gemäß der Quebec Task Force-Klassifikation (QTF) zweiten Grades, wobei die musculoskelettalen Zeichen allenfalls gering ausgeprägt seien. Der radiologische Befund zeige die bereits in den Voraufnahmen erkennbaren degenerativen Veränderungen ohne objektivierbare zusätzliche knöcherne oder ligamentäre Verletzungen. Auch die Kernspintomographie vier Wochen nach dem Unfall zeige keine abgelaufenen knöchernen, ligamentären oder bandscheibenbedingten Verletzungen im Bereich der HWS. Nach dem Unfall habe sich eine Fluktuierung des Beschwerdebildes mit Verspannungszuständen, Kopfschmerzen, Thoraxbeschwerden mit Atemstörungen etc. entwickelt. Die multipel durchgeführten Abklärungen hätten keinen somatischen Körperschaden aufgezeigt, der auf den Unfall vom 26. März 2002 zurückzuführen wäre. Auch die im Jahr 2003 durchgeführten Behandlungen, inklusive des Heilverfahrens in den S.-Kliniken hätten keine Anhaltspunkte für die Behandlung unfallabhängiger Erkrankungen ergeben. Zwar seien zahlreiche subjektive Beschwerdeschilderungen zitiert, hierzu korrelierende objektive Befunde aber nicht festgestellt worden. Aus dem Vorerkrankungsverzeichnis ergäben sich bereits mehrfache Krankheitsepisoden wegen Nackenbeschwerden, so bereits im Jahr 2000 Einträge wegen Cervikalneuralgie. Objektivierbar lägen nach der klinischen Untersuchung ein ausgeprägter Hohlrundrücken mit belastungsabhängigen Funktionsstörungen der Rückenmuskulatur, rezidivierenden Blockierungen sowie Beschwerden im Bereich der ventralen Thoraxhälfte, degenerative Veränderungen der unteren BS-Segmente der HWS ohne Anzeichen einer wesentlichen Progredienz, eine diskrete Omarthrose und AC-Gelenksarthrose linksseitig, sowie ein Morbus Dupuytren beidseits vor, die sämtlich degenerativer Natur und nicht durch den Unfall verursacht seien. Auf Grund des im Erstbefund niedergelegten klinischen Status am Unfalltag sei von einem Störungsbild der QTF-Klassifikation Grad II und allenfalls von einer vorübergehenden unfallbedingten Muskelfunktionsstörung bei vorgeschädigter HWS auszugehen. Es könnten die entsprechenden Beschwerden und eine Arbeitsunfähigkeit bis 12. April 2002 als unfallbedingt angenommen werden. Eine weitere Behandlungsbedürftigkeit habe allenfalls für vier Wochen bestanden. Alle danach dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten und Behandlungen seien nicht objektivierbar auf das Unfallereignis, sondern auf anlagebedingte degenerative Erkrankungen zurückzuführen. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) habe nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit nicht vorgelegen. Hieran hielt der Gutachter abschließend am 6. September 2004 fest.

In einem neurologisch-psychiatrischem Zusatzgutachten vom 9. August 2004 gelangte Prof. Dr. S. unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers (es habe sich um einen schrägen Anprall gehandelt, der Kopf sei zum Zeitpunkt des Anstoßes nach rechts gewendet gewesen, eine Kopfverletzung habe er nicht erlitten, auch nicht erbrochen, ihm sei aber übel gewesen, er sei nicht bewusstlos gewesen und habe das Fahrzeug aus eigener Kraft verlassen sowie Arme und Beine normal gebrauchen können, er habe sich dann elend gefühlt, hingesetzt und sei möglicherweise kurz "weggetreten" gewesen, seit der Behandlung in den Klinken S. sei er arbeitsunfähig, er leide unter Schwindel, der immer auftrete, wenn er versuche, sich zu konzentrieren, Bewusstseinsstörungen seien seit dem Unfall nicht aufgetreten, er erlebe den [vorangegangenen] Tag in seinen Träumen wieder und habe das Gefühl, Tag und Nacht nicht recht unterscheiden zu können), zum Ergebnis, objektiv krankhafte Veränderungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet lägen nicht vor. Folgen des Unfalles hätten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet auch nicht vorgelegen. Eine Erklärung für die teilW. bizarr anmutenden vorgebrachten Beschwerden könne vom neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet nicht angeboten werden. Die von den Kliniken S. dokumentierten erheblichen Leistungseinschränkungen in fast sämtlichen untersuchten kognitiven Bereichen stünden im Widerspruch zu dem beobachteten Verhalten des Klägers und seien am ehesten auf mangelnde Anstrengungsbereitschaft zurückzuführen. Da das Unfallereignis zu keiner Hirnbeteiligung geführt habe, so habe weder eine Bewusstseinsstörung noch eine initiale neurologische Symptomatik vorgelegen, könne es sich auch nicht um die Folgen des Unfalles handeln. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 12. April 2002 bestanden. Eine weitere Behandlungsnotwendigkeit habe nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 13. April 2002 seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebietes nicht vorgelegen, auch keine weitere Arbeitsunfähigkeit und keine unfallbedingte MdE.

Am 3. November 2004 berichtete Dr. T. über ihre Untersuchung vom 2. November 2004 (vertebragene Kopfschmerzen bei Zustand nach HWS-Distorsion, reaktive Depression). Ferner wurde ein Attest des Orthopäden Dr. M. vom 6. Dezember 2004 vorgelegt (regelmäßige orthopädische Behandlung wegen chronischem cervico-cephalem Syndrom mit Cephalgien und Vertigo, Zustand nach Distorsion der HWS, Supraspinatustendopathie, rezidivierendes Thorakal-Syndrom, Morbus Dupuytren linke Hand).

Hierauf anerkannte die Beklagte mit Bescheid vom 21. Dezember 2004 das Ereignis vom 26. März 2002 als Arbeitsunfall und entschied ferner, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und den angegebenen Beschwerden sowie den Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 23. September 2002 und der Behandlungsbedürftigkeit ab 11. Mai 2002 bestehe nicht. Es bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 10. Mai 2002 hinaus. Die Distorsion der HWS, die Distorsion neben dem Brustbein und die Zerrung des linken Schlüsselbeins und im Schulterbereich links habe eine Arbeitsunfähigkeit bis 12. April 2002 und eine Behandlungsbedürftigkeit bis maximal 10. Mai 2002 verursacht.

Dagegen erhob der Kläger am 10. Januar 2005 Widerspruch mit der Begründung, er sei aus gesundheitlichen Gründen nach dem Unfall nicht mehr in der Lage, auch leichte Tätigkeiten von sechs Stunden zu verrichten.

Die Beklagte zog vom Versorgungsamt die Schwerbehindertenakte des Klägers bei (u. a. Bericht Dr. T. vom 21. Oktober 2000 [u. a. Einschränkung der HWS-Beweglichkeit bei Myogelose der Nackenmuskulatur, kein fokales Defizit], Arztbriefe des Dr. B. vom 20. April 1998 und 14. Dezember 2000, auf die verwiesen wird, sowie des Orthopäden Dr. K. vom 11. Juli 2000 [u. a. Morbus Baastrup der LWS bei statischer Insuffizienz der WS] und Bescheide des Versorgungsamtes vom 7. Februar 2001 [Grad der Behinderung 30, Funktionsbeeinträchtigungen: Wirbelsäulenverformung, muskuläre Verspannungen, seelische Störung] sowie 25. Juli 2002 [GdB 40 seit 27. Dezember 2001, Funktionseinschränkungen: Wirbelsäulenverformung, muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzsyndrom, seelische Störung, BG Unfallfolgen, Gebrauchseinschränkung beider Hände; gutachterliche Stellungnahme: BG Unfallfolgen GdB 20, seelische Störung GdB 20 Wirbelsäulenverformung, muskuläre Verspannungen, Kopfschmerzsyndrom GdB 20]) bei.

Der Kläger legte das orthopädische Gutachten des Dr. M. zu seinem Antrag auf Rente bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vom 7. Oktober 2004 sowie Kopien des Ergebnisses einer Internet-Recherche zum HWS-ST vor. Hierauf gelangte der Chirurg und beratende Arzt Dr. G. am 18. Februar 2005 unter Berücksichtigung der weiteren ärztlichen Äußerungen zum Ergebnis, das Gutachten von Prof. Dr. W. erscheine schlüssig und dessen Bewertung der MdE sachgerecht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. März 2005 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück.

Deswegen hat der Kläger am 16. April 2005 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben und die Aufhebung der Entscheidung insoweit begehrt, als ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den von ihm angegebenen Beschwerden und den Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 23. September 2002 verneint und die Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 10. Mai 2002 hinaus versagt worden waren. Ferner hat er die Gewährung von Leistungen über den 10. Mai 2002 hinaus begehrt. Hierzu hat er geltend gemacht, der Unfallgegner sei nahezu ungebremst auf sein Fahrzeug aufgefahren. Er habe nach dem Unfall starke Übelkeit und Schwindel verspürt und es habe eine anterograde Amnesie von ca. ¼ Stunde bestanden. Im HWS- sowie im Thorax-Bereich habe er an der Unfallstelle heftige Schmerzen verspürt. Nach dem Aussteigen sei ihm schwindelig und schlecht gewesen und er habe sich bis zum Eintreffen der Polizei an den Straßenrad setzen müssen. Er habe danach versucht, die Fahrt fortzusetzen, jedoch kaum zu ertragende Schmerzen im Nacken links verspürt und überaus heftige Schmerzen im Brustbein gehabt. Darauf habe er sich bei Dr. B. vorgestellt. Der Aufprall des gegnerischen Fahrzeuges müsse trotz Bremsung "exorbitant" gewesen sein. Am 11. Juli 2002 habe er sich bei Dr. T. vorgestellt, da sich die Schmerzen nicht gebessert, sondern verschlimmert hätten. Durch die Unfallfolgen habe er seinen Beruf aufgeben müssen. Die Unfallfolgen seien keinesfalls bis zum 10. Mai 2002 folgenlos ausgeheilt gewesen. Im Hinblick auf die - beigefügten - Internet-Ausdrucke und sonstige Literatur handle es sich um ein geradezu klassisches Beschwerdebild für eine Auffahrkollision. Hierzu hat er u. a. zum Teil schon aktenkundige ärztliche Äußerungen, einen Aufsatz und Veröffentlichungen im Internet zum HWS-ST vorgelegt.

Mit Gerichtsbescheid vom 12. Januar 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden seien nicht ursächlich auf das Ereignis zurückzuführen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Gerichtsbescheid verwiesen.

Gegen den am 19. Januar 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 17. Februar 2006 Berufung eingelegt. Er trägt im Wesentlichen vor, das SG sei zu Unrecht von einer niedrigen Aufprallgeschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeuges ausgegangen mit der Begründung, die Unfallfolgen am Fahrzeug des Kläger seien eher gering gewesen und die Polizeibeamten hätten ihn nicht an der Weiterfahrt gehindert. Das Fahrzeug des Unfallgegners sei massiv beschädigt und fahruntauglich gewesen. Ferner habe das SG die vorgelegte Literatur zu den Folgen eines ST nicht gewürdigt. Sein rechts nach hinten gewandter Kopf sei durch die Wucht der Kollision ruckartig nach vorne und in Folge des angelegten Sicherheitsgurts wieder ruckartig nach hinten geschleudert worden. Auch wenn im HWS-Bereich degenerative Veränderungen vorgelegen hätten, habe sich die Symptomatik erst nach dem Unfall entwickelt. Die einwirkenden Kräfte seien stark genug gewesen, das von Dr. B. diagnostisierte HWS-ST mit Zerrung der Halsreklinatoren zu verursachen. Die nach dem Unfall aufgetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen seien nicht auf die degenerativen Veränderungen im HWS-Bereich zurückzuführen. Er habe eine kombinierte Beschleunigungsverletzung ohne Kopfaufpralltrauma erlitten, die als HWS-ST typisch für den von hinten unerwartet angefahrenen Geschädigten sei. Es liege ein atypischer Verlauf vor, bei dem sich die Symptomatik nicht mehr zurückbilde und eine Chronifizierung eingetreten sei. Seine Beschwerden stimmten zu 100 % mit den in der medizinischen Literatur beschriebenen Folgen eines ST überein. Hierzu hat er Lichtbilder der Unfallstelle, auf denen eine Öllache zum Nachweis von Schäden am auffahrendem Fahrzeug zu ersehen sei, sowie ein Gutachten zum Schaden an seinem Fahrzeug des Kfz-Sachverständigen K. vom 30. März 2002, u. a. mit Aufnahmen seines Fahrzeuges und eine Äußerung des Allgemeinmediziners H. gegenüber der gegnerischen Haftpflichtversicherung vom 22. Mai 2003 vorgelegt. Auch wenn erst ab September 2002 wieder eine Dokumentation über die Schwindelbeschwerden vorliege, rechtfertige sich nicht der Rückschluss, dass er zwischen März und September 2002 nicht unter Schwindel gelitten habe. Er habe zwar schon vor dem Unfall an vereinzelten Schwindelzuständen sowie unter Kopfschmerzen gelitten, doch sei es insoweit nach dem Unfall zu einer Intensivierung und Chronifizierung gekommen. Im Oktober 2003 sei eine leichte kognitive Störung hinzugetreten, was mit dem möglichen Verlauf eines HWS-ST vollständig korrespondiere. Zuletzt hat er noch Kopien medizinischer Literatur zu HWS-Verletzungen vorgelegt, u. a. ist ein Auffahrunfall mit einer Auffahrgeschwindigkeit von 90 km/h auf einen stehenden Pkw bei einer Verletzten beschrieben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 12. Januar 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. Dezember 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. März 2005 aufzuheben und festzustellen, dass Schwindel, kognitive und psychische Störungen, Schmerzsymptomatik der Wirbelsäule, Schlafstörung, Angstsymptomatik und ein instabiler Kiefer Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. März 2002 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuW.n.

Sie trägt im Wesentlichen vor, aus der Zeugenvernehmung des St. vom 9. Januar 2003 im Rahmen des Ermittlungsverfahrens gegen den Kläger wegen Betrugsversuchs ergebe sich, dass er keine auffälligen offensichtlichen Beschädigungen am Fahrzeug des Klägers festgestellt habe. Eine mehrfach vorgetragene Bewegung des Kopfes zunächst nach vorne, dann nach hinten ließe sich allenfalls erklären, wenn der Kläger den Anprall erwartet hätte. Zwar könne man zu Gunsten des Klägers unterstellen, dass die kinetische Energie des Aufpralls theoretisch geeignet gewesen sei, eine stärkere Zerrung der HWS zu verursachen, doch könne hiervon mangels medizinisch nachgewiesener Brücken- und Erstsymptomatik nicht ausgegangen werden. Die Gutachten von Prof. Dr. W. und Prof. Dr. S. seien schlüssig und nicht zu beanstanden. Hierzu sei auf die Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie - Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule vom 10. März 2003 - und die Ausführungen in der Fachliteratur zu verweisen. Die Arbeitsunfähigkeit ab 23. September 2002 sei nicht mehr auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Das vorgelegte Gutachten des Dr. Merkelbach befasse sich nicht mit dem Ursachenzusammenhang. Hinsichtlich der geltend gemachten Schwindelbeschwerden habe der Kläger solche frühestens im September 2002 geltend gemacht, obwohl er in einschlägiger neurologischer und durchgangsärztlicher Behandlung gewesen sei. Bereits im Jahr 2000 seien im Antrag auf Feststellung von Behinderungen Schwindelattacken, psychische Erkrankungen und Kreislaufdepressionen angegeben worden. Im Jahr 2000 seien auch Kopfschmerzen, Bewegungseinschränkungen und eine Myogelose der Nackenmuskulatur beschrieben worden. Die Angabe einer Amnesie finde sich in keinem einzigen oder primären Bericht, selbst bei der Begutachtung vom 28. Mai 2004 finde sich nichts von Erinnerungslücken oder ähnlichen Zuständen unter den Angaben des Klägers. Eine Amnesie sei deswegen nicht zu unterstellen. Ergänzend hat die Beklagte weitere Unterlagen vorgelegt, u. a. von der DAK beigezogene Aufzeichnungen über Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten und Leitlinien zur Beurteilung von Beschleunigungstraumata der HWS. Ferner hat sie die von der BfA beigezogenen Heilverfahren-Entlassungsberichte vom 16. April 1996 der Klinik J. und der H.-Kliniken vom 22. Januar 2001, auf die verwiesen wird, sowie weitere Arztberichte vorgelegt.

Der Senat hat die Akten der Staatsanwaltschaft Konstanz (Ermittlungsverfahren gegen den Kläger wegen versuchten Betrugs), u. a. mit der Aussage des St. und Gutachten zu Schäden am Fahrzeug des Klägers nach dem Unfall sowie zur Abgrenzung von Schäden, die vor dem Unfall bestanden, beigezogen. Ferner hat der Senat das Vorerkrankungsverzeichnis der DAK mit Erkrankungen ab 1996 beigezogen und die behandelnden Ärzte, den Allgemeinmediziner H. sowie die Dres. B., A., E. und R., zu den nach dem Unfall von ihnen erhobenen Befunden und den durchgeführten Behandlungen schriftlich als sachverständige Zeugen gehört.

Dr. R. hat in der Auskunft vom 29. Oktober 2008 angegeben, er habe den Kläger vom 30. September 2002 bis Juli 2003 und von Februar 2007 bis Mai 2007 behandelt. Am 2. April 2007 habe er dem Kläger in einem Gespräch noch einmal klarzumachen versucht, dass 2002 keine maßgebliche Verletzung der HWS abgelaufen sei und dass seine Beschwerden aus der Verschleisserkrankung und deren Folgen resultierten, die auch 2002 schon radiologisch sehr deutlich gewesen seien. Dieses Bemühen sei ohne erkennbare Resonanz geblieben (Eintrag vom 4. April 2007).

Dr. Adam hat unter dem 12. November 2008 mitgeteilt, der Kläger sei ihnen durch Auftragsuntersuchungen seit Oktober 1995 bekannt. In der Zusammenschau hätten auf seinem Fachgebiet keine Erklärungen für die vom Kläger geklagten Beschwerden objektiviert werden können.

Der Hausarzt H. hat in der Auskunft vom 24. November 2008 ausgeführt, da die Angaben des Klägers sehr eindrücklich gewesen seien und ihn arbeitsunfähig gemacht hätten, seien sämtliche Symptome genau untersucht und sei der Kläger zu Fachärzten überwiesen worden, mit deren Hilfe habe bewiesen werden können, dass es einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. März 2002 und den verschiedenen Beschwerden gebe.

Der Facharzt für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie Dr. Dr. E. hat am 13. November 2008 mitgeteilt, er habe beim Kläger am 12. September 2003 und sodann wieder ab Juli 2005 ausgeprägte Gesichtsmyalgien mit Ausstrahlung in den Armbereich festgestellt.

Dr. B. hat unter dem 30. November 2008 über die in den Jahren 2002 bis 2004 durchgeführte Behandlung berichtet und eine eingehende Befundung der am 26. März 2002 durchgeführten Röntgenaufnahmen vorgelegt.

Außerdem hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. vom 21. Mai 2007 mit - nach Einwänden und Fragen des Klägers - ergänzender Stellungnahme vom 25. Februar 2008 sowie - nach Anhörung behandelnder Ärzte über Behandlungen seit dem Unfall - weiterer ergänzender Stellungnahme vom 20. Februar 2009 eingeholt.

Der Sachverständige ist im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, es fänden sich mäßiggradige druckschmerzhafte zervikale Myogelosen und die HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen endgradig eingeschränkt, mit Angabe von Schmerzen bei forcierter Rotation nach rechts und nach links. Ansonsten bestehe kein Wirbelsäulendruck- oder -klopfschmerz. Beim Kläger seien, auch beim Auskleiden und beim Überkopfstreifen des T-Shirts, keine schmerzbedingten Beeinträchtigungen erkennbar gewesen. Er berichte zwar im Zusammenhang mit dem Unfall von einer anterograden kurzzeitigen Amnesie, könne sich aber bei genauem Nachfragen an alle Einzelheiten detailgenau erinnern. Eine Amnesie sei nicht fassbar. Zwischenfragen beantworte der Kläger prompt und könne danach den verlorenen Gesprächsfaden wieder aufnehmen, womit eine relevante Störung der Gedächtnisfunktion nicht erkennbar sei. Die Stimmungslage sei insgesamt ausgeglichen und nicht depressiv herabgesetzt. Es bestehe ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen phobischen Schwankschwindel sowie eine mögliche leichtgradige und mittlerweile abgeklungene posttraumatische Belastungsstörung (PTB)

nach dem Unfall. Zum Zeitpunkt der ersten neurologischen Untersuchung nach dem Unfall durch Dr. T., vier Monate nach dem Unfallereignis, seien keine eindeutigen neurologischen Defizite nachweisbar gewesen. Es sei durch den Unfall zu einer HWS-Beschleunigungsverletzung, die zu Nackenschmerzen, Muskelhartspann und reduzierter HWS-Beweglichkeit geführt habe, gekommen. Diese Symptomatik sei einer Halswirbelsäulenverletzung QTF zweiten Grades zuzuordnen. Neurologische Defizite seien sowohl nach Angaben des Klägers als auch auf Grund der vorliegenden Aktenlage nicht aufgetreten. Wie schon Prof. Dr. W. festgestellt habe, sei bei einer solchen HWS-Beeinträchtigung im längsten Fall mit einer Arbeitsunfähigkeit von etwa vier Wochen und weiteren Behandlungsbedürftigkeit von weiteren vier Wochen zu rechnen. Die angegebenen Gefühlsstörungen seien radikulär nicht zu erklären und eher auf den Unfall aus dem Jahr 2000 als auf das Ereignis vom März 2002 zurückzuführen, weil eine radikuläre Symptomatik verursachende Veränderungen im Bereich der HWS kernspintomographisch nicht nachweisbar seien. Die länger anhaltenden und im Verlauf sogar zunehmenden Beschwerden von Seiten der HWS seien aus dem Unfallereignis nicht erklärbar. Vielmehr sei von einem auf die bereits vorbestehenden und schon am ersten Unfalltag dokumentierten degenerativen Veränderungen zurückzuführenden atypischen Verlauf auszugehen. Im Laufe der Zeit sei von einer sogenannten Verschiebung der Wesensgrundlage insofern auszugehen, als die berufliche Situation des Klägers bereits vor dem Unfall durch erhebliche Unsicherheiten gekennzeichnet gewesen sei, was sich nach dem Unfallereignis weiter verstärkt habe und so im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu einer Verstärkung der Symptomatik geführt habe. Der geschilderte Schwindel habe zu keiner Zeit zu irgendeiner objektivierbaren Veränderung geführt. Die kernspintomographischen Aufnahmen seien unauffällig gewesen, so dass auch dieser Schwindel mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne, sondern im Sinne eines phobischen Schwankschwindels der insgesamt problematischen psychosozialen Situation des Klägers zuzurechnen sei. Nach den anamnestischen Angaben seien dies am ehesten die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die schon vor dem Unfallereignis bestanden hätten und sich infolge der Beeinträchtigung unmittelbar nach dem Unfallereignis noch deutlich verstärkt hätten. Zusammenfassend könne dementsprechend keiner der aufgeführten psychischen Symptomkomplexe mit ausreichender Wahrscheinlichkeit dem Unfall zugerechnet werden. Die Symptome einer PTB seien erst jetzt ausführlich berichtet und z. B. im ersten neurologischen Bericht der Dr. T. nicht aufgeführt worden und deshalb zwar möglich, eine ausreichende Sicherheit hierfür liege jedoch nicht vor. Auf neurologischem Fachgebiet hätten zu keinem Zeitpunkt Körperschäden vorgelegen, die auf den am 26. März 2002 erlittenen Unfall mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen wären. Den Gutachten von Prof. Dr. W. und Prof. Dr. S. stimme er sowohl inhaltlich als auch in der Einschätzung einer eventuellen MdE zu. Im Bericht der S.-Kliniken sei zwar detailliert aufgeführt, welche kognitiven Störungen vorgelegen hätten, dem Arztbrief sei jedoch nicht zu entnehmen, inwieweit hier ein eindeutiger Unfallzusammenhang gesehen worden sei. Im Hinblick darauf, dass die kognitiven Störungen über einen Zeitraum von immerhin 1 ½ Jahren von keinem anderen Arzt hinreichend klar dokumentiert bzw. noch im Juli 2002 von der behandelnden Neurologin nicht gesehen worden seien, sei es unwahrscheinlich, dass sie unfallbedingt seien. Sämtliche vorliegenden nervenärztlichen Befunde bestätigten, dass keine neurologisch objektivierbaren Ausfälle bestünden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten sowie die beigezogenen Akten der Staatsanwaltschaft Konstanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung ist unbegründet. Die Beklagte hat zu Recht entschieden, dass eine Behandlungsbedürftigkeit ab dem 11. Mai 2002 wegen der Folgen des Arbeitsunfalles nicht mehr bestanden hat und Arbeitsunfähigkeitszeiten ab 23. September 2002 nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren nur noch die Feststellung der im Antrag aufgeführten Unfallfolgen beantragt hat , ist sein Begehren als Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß § 55 Abs 1 Nr 3 SGG zulässig. Danach kann mit der Klage die Feststellung begehrt werden, ob eine Gesundheitsstörung oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Dieses Rechtsschutzinteresse liegt beim Kläger vor, denn neben möglichen aus der Feststellung ableitbaren Leistungsansprüchen besteht auch wegen etwaiger Folgeschäden ein berechtigtes Interesse an einer Feststellung von vorliegenden Unfallfolgen (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Januar 1989, L 7 U 1249/87 in Breithaupt 1989, 554).

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach § 7 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2,3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Gemessen daran hat der Kläger einen versicherten Arbeitsunfall erlitten, der als solcher auch von der Beklagten anerkannt ist. Streitig ist indes, welche Folgen der Unfall beim Kläger hinterlassen hat.

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und auch ihrer Berücksichtigung bei der Gewährung von Leistungen, insbesondere auch Heilbehandlung und Verletztengeld, ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) und dem Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Einwirkung und dem Gesundheitserstschaden sowie dem Gesundheitserstschaden und fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden. Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch

verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn (vgl. hierzu das grundlegende Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr 17= BSGE 96, 196-209).

Die hier vorzunehmende Kausalitätsbeurteilung hat im Übrigen auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt die Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet war, eine bestimmte körperliche Störung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - aaO).

Gemessen daran sind weitere Unfallfolgen nicht festzustellen.

Zunächst stellt der Senat fest, dass der Kläger in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit am 26. März 2002 um 14.30 Uhr einen Verkehrsunfall erlitten hat, als der Unfallgegner auf das verkehrsbedingt hinter einem Lkw anhaltende, stehende Fahrzeug des Klägers auffuhr. Der Senat entnimmt den Angaben des Unfallgegners gegenüber der Polizei und den Feststellungen der Sachverständigen K. und S., dass es sich um einen harten Anstoß handelte, wobei dieser durch die am Fahrzeug des Klägers befindliche Anhängerkupplung an die Längsträger des Fahrzeugs weitergegeben wurde. Allerdings wurde das Fahrzeug des Klägers durch den Aufprall nicht derart angestoßen, dass es auf den vor ihm befindlichen Lkw aufgeschoben worden wäre. Andererseits wurde aber das Fahrzeug des Unfallgegners erheblich beschädigt und war nicht mehr fahrbereit, während am Fahrzeug des Klägers keine wesentlichen Beschädigungen erkennbar waren und dieses auch nach dem Unfall weiter fahrbereit war. Durch diesen Unfallhergang wirkten nicht unerhebliche Kräfte auf den Kläger, der bei dem Unfall den Kopf nach rechts zur Seite gewandt hatte, ein, die grundsätzlich geeignet waren, Verletzungen im Bereich der HWS zu verursachen.

Des weiteren stellt der Senat fest, dass der Kläger bereits vor dem Unfall unter behandlungsbedürftigen Beschwerden im Bereich der HWS sowie unter psychischen Beeinträchtigungen und Schwindel litt. Schon während des Heilverfahrens in der Klinik J. im Jahr 1996 hatte der Kläger angegeben, unter nervöser Unruhe, Schwitzen und Einschlafstörungen zu leiden. Der Orthopäde Dr. B. hatte in Berichten vom 20. April 1998 und 14. Dezember 2000 psychosomatische Störungen erwähnt und der Kläger selbst hatte bei seinem Antrag auf Feststellung von Behinderungen vom 15. September 2000 chronische Schmerzen im Bewegungsapparat und Schwindelattacken geltend gemacht, worauf vom Versorgungsamt im Bescheid vom 7. Februar 2001 ein Grad der Behinderung (GdB) von 30 und als Funktionsbeeinträchtigungen "Wirbelsäulenverformung, muskuläre Verspannungen; seelische Störung" festgestellt wurden. Die Ärztin für Neurologie Dr. T. hatte am 23. September 1999 berichtet, der Kläger klage, "wie auch früher schon", über rechtsseitige Kopfschmerzen ohne begleitende vegetative Symptome, zunehmend bei Wetterwechsel und in Stresssituationen, wobei sich klinisch-neurologisch eine einseitige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit bei Myogelose der Schultermuskulatur finde. Wie der Kläger gegenüber Dr. R. anlässlich der Begutachtung wegen des Unfalles vom 21. Juni 2000 angegeben hatte, war ein stationäres Heilverfahren vom 28. November bis 23. Dezember 2000 in den H.-Kliniken von Dr. B. wegen der chronischen HWS-Problematik angeregt worden. Rehabilitationsdiagnose war gemäß dem Heilverfahren-Entlassungsbericht vom 22. Januar 2001 u. a. auch ein psychovegetativer Erschöpfungszustand. Der Kläger hatte während des Heilverfahrens auch angegeben, er sei auf Grund beruflichen Stresses stark erschöpft und Ziel sollte u. a. die Möglichkeit von Arbeiten am PC ohne Kopfschmerzen sein. Ferner hatte der Kläger angegeben, er leide unter rezidivierenden Ein- und Durchschlafstörungen. Am 29. Dezember 2000 hatte Dr. T. eine linksseitige Cervicobrachialgie diagnostiziert, das CT der HWS hatte jedoch außer einer leichten Steilstellung der HWS keinen Diskus-Prolaps und einen im Wesentlichen altersentsprechenden Befund ergeben. Der Allgemeinmediziner H. hatte am 8. und 9. Mai 2001 über ein "bekanntes HWS-Leiden", wegen dem die vorangegangene Reha durchgeführt worden sei, und ein HWS-Syndrom sowie eine Cervicobrachialgie berichtet. Im Rahmen der Ermittlungen wegen des früheren Arbeitsunfalls vom 21. Juni 2000, bei dem dem Kläger die Fahrertür bei starkem Wind gegen den linken Oberarm bzw. die Schulter geschlagen war, hatte der Orthopäde Dr. K. in einem Gutachten vom September 2001 u. a. vermerkt, es bestünden vermehrte Beschwerden im Bereich der HWS und der Kläger habe angegeben, er sei wegen HWS-Beschwerden schon zweimal in Reha-Behandlung gewesen. Die HWS war im unterem Anteil als druckschmerzhaft bezeichnet worden und die WS war beim Drehen und Seitneigen nach links endgradig eingeschränkt, die WS in Höhe C 6/7 war beim Drehen und Seitneigen nach links blockiert, nach rechts frei beweglich und es bestand ein KBA von 1/18 cm, die Schulterhalsmuskulatur war deutlich verspannt, und bei der HWS hatten sich in der Seitenansicht spondylotische Ausziehungen an den Deck- und Trageplatten gezeigt. In einem orthopädischem Gutachten vom 30. Januar 2002 hatte der Orthopäde Dr. K. u. a. eine Osteochondrose der HWS diagnostiziert und das altersübliche Maß etwas überschreitende degenerative Veränderungen im HWS-Bereich, einen Rundrücken sowie Cervicobrachialgien links bei leichten degenerativen Veränderungen der HWS festgestellt. Gemäß dem Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. A. vom 27. Februar 2002 hatte sich der Kläger am 21. Februar 2002 vorgestellt und Beschwerden der linken Schulter, ausstrahlend vom linken Hals zur Schulter, zum Oberarm und Unterarm bis in die Hand angegeben.

Durch den Auffahrunfall hat der Kläger, neben einer Thoraxprellung durch den angelegten Gurt, zur Überzeugung des Senats als Primärschaden eine HWS-Beschleunigungsverletzung mit Störungen des Schweregrades II der QTF erlitten. Dies entnimmt der Senat vorrangig den Befunden, die der Orthopäde Dr. B. am Unfalltag beim Kläger erhoben hat. Bezogen auf die HWS fand er eine "rezidivierende", also am Unfalltag wiederholt aufgetretene Blockierung der HWS, eine Rotation der HWS rechts/links von 85-0-80 Grad, eine Neigung rechts/links von 35-0-35 Grad, und einen KBA von 0/17 cm. Bei der Röntgenuntersuchung HWS in 2 Ebenen und Funktionsaufnahmen in maximaler Re- und Inklination fanden sich keine Hinweise für ossäre Läsionen oder Segmentinstabilität, jedoch zeigte sich nebenbefundlich eine deutlichere Arthrose im Bereich der Articulatio atlanto-axialis und eine vermehrte Spondylose C 4 bis C 7 ventral. Er diagnostizierte ein HWS-Schleudertrauma (HWS-ST) mit Zerrung der Halsreklinatoren, eine Zerrung/Distorsion parasternal links, eine Zerrung im lateralen Claviculabereich links und eine Zerrung im Schulterbereich links.

Weitergehende organische Schäden im Sinne einer Primärschädigung wurden auch nicht durch das MRT der Hals- und oberen Thoraxregion links vom 26. April 2002 nachgewiesen. Prof. Dr. Z. erhob ein diskretes Weichteilödem zwischen der 2. und 3. Rippe links ventral (nach anamnestisch angegebenen Verkehrsunfall mit angelegtem Gurt), welches im MRT vom 4. November 2002 nicht mehr nachweisbar war, und im Bereich der HWS und der seitlichen Halsweichteile links keine bildgebend fassliche Verletzung. Auch Dr. T., die den Kläger nach dem Unfall erstmals am 11. Juli 2002 neurologisch untersuchte, fand bei einer mäßigen Einschränkung der HWS-Beweglichkeit seitengleich auslösbare Reflexe und keine Paresen.

Angesichts dieser Primärbefunde haben Prof. Dr. W. und Dr. B. in dem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten vom 28. April 2004 schlüssig und nachvollziehbar ein Störungsbild des Schweregrads II der QTF-Klassifikation festgestellt, wobei die musculoskelettalen Zeichen (Bewegungseinschränkung und palpatorische Überempfindlichkeit) allenfalls gering ausgeprägt waren. Die für die Annahme eines Störungsbildes nach Schweregrad III der QTF-Klassifikation erforderlichen neurologischen Befunde, z. B. Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit, sensible und motorische Ausfälle, Paresen, lagen zu keinem Zeitpunkt vor. Entsprechend der Einstufung in Schweregrad II sind bei vorgeschädigter HWS vorübergehende Beschwerden in Form von Muskelfunktionsstörungen für die Dauer von 22-45 Tagen anzunehmen, sodass hierauf - wie von der Beklagten anerkannt - die Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. April 2002 und eine weitere Behandlungsbedürftigkeit bis zum 10. Mai 2002 gestützt werden kann. Für diesen Verlauf spricht auch, dass Dr. R. im Dezember 2002 weder bei der Aufnahme- noch bei der Schlussuntersuchung Bewegungseinschränkungen der HWS, eine Funktionssperre oder einen Muskelhartspann feststellen konnte.

Demgegenüber sind die von Prof. Dr. W. und Dr. B. objektivierten Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet, ein ausgeprägter Hohlrundrücken mit belastungsabhängigen Funktionsstörungen der Rückenmuskulatur, rezidivierenden Blockierungen sowie Beschwerden im Bereich der ventralen Thoraxhälfte, degenerative Veränderungen der unteren Bandscheibensegmente der HWS ohne Anzeichen einer wesentlichen Progredienz, eine diskrete Omarthrose und AC-Gelenksarthrose linksseitig, sowie ein morbus Dupuytren sämtlich degenerativer Natur und nicht durch den Unfall bedingt. Dieser Beurteilung hat sich auch Dr. R. angeschlossen, wenn er ausweislich seines Eintrags vom 4. April 2007 dem Kläger zum wiederholten Male klarzumachen versuchte, dass am 26. März 2002 keine maßgebliche Verletzung der HWS abgelaufen ist und dass die Beschwerden des Klägers aus der Verschleißkrankheit und deren Folgen resultieren, die auch im Unfallzeitpunkt radiologisch schon sehr deutlich waren.

Demzufolge ist festzustellen, dass auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet keine weiteren Unfallfolgen festzustellen sind und jedenfalls in der Zeit ab 11. Mai 2002, weder eine durch Unfallfolgen bedingte Behandlungsbedürftigkeit noch eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Daher kommt auch die Feststellung einer Schmerzsymptomatik der Wirbelsäule als Folge des Arbeitsunfalls vom 26. März 2002 nicht in Betracht.

Unfallbedingte Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet lagen und liegen, wie Prof. Dr. Stevens ausgeführt hat und was der Senat auch dem Sachverständigengutachten des Dr. W. entnimmt, nicht vor. Das zeitweilige Vorliegen eine PTB hält der Sachverständige Dr. W. allenfalls "möglich", er kann sie aber ebenso wie der Senat nicht als nachgewiesen ansehen. Bei der PTB handelt es sich um eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde und deren typische Merkmale u. a. das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten, sind (vgl. Definition in ICD-10-GM F43.1). Entsprechende Beschwerden wurden weder in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Kläger beschrieben, noch wurden von den behandelnden Ärzten Befunde erhoben, die diese Diagnose rechtfertigen würden.

Die geltend gemachten Gesundheitsstörungen wie Schwindel, kognitive und psychische Störungen, Schlafstörung und Angstsymptomatik können nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 26. März 2002 bzw. die hierbei erlittene Primärschädigung an der HWS zurückgeführt werden. Dies entnimmt der Senat den vorliegenden ärztlichen Unterlagen und dem überzeugenden Sachverständigengutachten des Dr. W. und dessen ergänzenden Stellungnahmen, in denen er auch auf Einwände des Klägers eingegangen ist und die weiteren Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte nach dem Unfall ebenso ausgewertet hat, wie bereits in Akten dokumentierte Vorerkrankungen.

Aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergibt sich, dass die ab September 2002 geklagten Schwindel- und Kopfschmerzbeschwerden weder von den seinerzeit behandelnden Ärzten noch - zunächst - vom Kläger selbst auf den Unfall vom 26. März 2002 zurückgeführt wurden. Der Augenarzt Dr. F., der am 12. September 2002 nach einer Genese der Schwindelerscheinungen und Kopfschmerzen auf seinem Fachgebiet suchte, hielt anamnestisch fest, dass der Kläger seit dem Unfall vor 2 Jahren (also dem Unfall vom 21. Juni 2000) über einen einseitigen Kopfschmerz links zentral und eine Fallneigung nach links klage. Der Neurologe und Psychiater Dr. A. untersuchte den Kläger am 24. September 2002 ebenfalls in anamnestischem Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Juni 2000, wobei der Kläger über immer noch auftretende ziehende Schmerzen vom oberen Drittel des linken Oberarms in Richtung Schulter und an der Vorderseite in Richtung Unterarm strahlend klagte. Er bekomme bei bestimmten Bewegungen auch "Zucken" in der Oberarmmuskulatur und Schwindel sowie nach anstrengender Tätigkeit nicht auszuhaltende Schläfenkopfschmerzen.

Dr. W. hat überzeugend dargelegt, dass sich die geklagte Schmerz- und Schwindelsymptomatik angesichts des dargestellten Ausmaßes der Beschleunigungsverletzung und der unauffälligen kernspintomographischen Befunde aus dieser nicht erklären lasse, da bei einem solchen Schweregrad ein langsames Abklingen der Beschwerden im Laufe von Wochen anzunehmen ist. Die geschilderte Crescendo-Symptomatik in Bezug auf das Schmerzgeschehen weist auf eine unfallunabhängige Ursache im Sinne einer Verschiebung der Wesensgrundlage hin. Nach den anamnestischen Angaben des Klägers sind dies am ehesten die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die schon vor dem Unfallereignis bestanden und sich infolge der Beeinträchtigung unmittelbar nach dem Unfallereignis noch deutlich verstärkten. Mithin rechnet der Sachverständige auch die Schwindelerscheinungen im Sinne eines phobischen Schwankschwindels der insgesamt problematischen psychosozialen Situation des Klägers zu.

Auch in Bezug auf die kognitiven und sonstigen psychischen Störungen ist ein Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 26. März 2002 zu verneinen. Zwar wurde im Bericht der Schmieder-Kliniken detailliert aufgeführt, welche kognitiven Störungen dort vorlagen und die von Dr. W. nicht verifiziert werden konnten, dem Arztbrief ist jedoch nicht nachvollziehbar zu entnehmen, inwieweit hier ein eindeutiger Unfallzusammenhang gesehen wurde und dass hier alle für die Beurteilung der Kausalität relevanten Umstände berücksichtigt wurden. Im Hinblick darauf, dass kognitive Störungen über einen Zeitraum von immerhin 1 ½ Jahren nach dem Unfall von keinem anderen Arzt hinreichend klar dokumentiert bzw. von der behandelnden Neurologin nicht gesehen wurden, ist es - so Dr. W., dem der Senat folgt - unwahrscheinlich, dass sie auf den Unfall zurückzuführen sind.

Der Senat hat keine Veranlassung, an den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. W. zu zweifeln. Dies auch deshalb, weil

der Kläger schon vor dem Unfall unter Schwindelattacken, psychovegetativer Erschöpfung, Schlafstörungen und weiteren psychischen Beeinträchtigungen gelitten hat, wie in den Akten dokumentiert ist. Dagegen sind nach dem Unfall Schwindelerscheinungen vor September 2002 und kognitive Störungen nicht vor Oktober 2003 nachgewiesen. Soweit der Kläger noch medizinisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen vorgelegt hat, ist denen sachbezogen nichts zu entnehmen, was zu einer anderen Einschätzung führen würde.

Schließlich können auch die von Dr. Dr. E. erstmals am 12. September 2003 (also fast 1 1/2 Jahre nach dem Unfall) festgestellten Gesichtsmyalgien, die sodann ab Juli 2005 zu einer fortdauernden Behandlung durch diesen Arzt führten, schon mangels eines zeitlichen Zusammenhangs nicht auf die bei dem Unfall erlittene Primärschädigung zurückgeführt werden. Auch ist den zeitnahen Unterlagen kein Hinweis auf eine Schädigung des Kiefers durch das Unfallgeschehen zu entnehmen.

Soweit sich der Kläger durch die sachverständige Zeugenaussage seines Hausarztes vom 24. November 2008 in seinem Begehren bestätigt sieht, übersieht er, dass Dr. H. lediglich behauptet hat, dass mit Hilfe der Fachärzte, an die er den Kläger überwiesen hat, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. März 2002 und den verschiedenen Beschwerden des Klägers bewiesen worden sei. Dies ist aber - unabhängig davon, ob Dr. H. sich bei seiner Aussage an den dargestellten Grundsätzen der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätsbeurteilung orientiert hat - nachweislich nicht der Fall, wie sich insbesondere aus der Bekundungen von Dr. R. und dessen Eintrag vom 4. April 2007, von Dr. F. und von Dr. A. ergibt.

Soweit der Kläger schließlich noch Literatur zur Entstehung von Verletzungen der HWS bei Auffahrunfällen vorgelegt hat und sich dadurch bestätigt sieht, führt dies zu keinem anderen Ergebnis, da vorliegend allein über den Ursachenzusammenhang zwischen seinen Erkrankungen und dem Unfallereignis vom 26. März 2002 zu entscheiden ist. Im Übrigen handelte es sich bei den zuletzt vorgelegten Unterlagen um ein Ereignis, bei dem der Unfallgegner auf den Geschädigten mit einer Geschwindigkeit von 90 km/h auffuhr, also um ein dem Unfall des Klägers auch nicht annähernd vergleichbares Ereignis, bei dem der Unfallgegner innerorts auffuhr und bei dem das Fahrzeug des Klägers auf den vor ihm befindlichen Lkw nicht aufgeschoben wurde und auch keine wesentlichen Schäden am Heck des Fahrzeuges des Kläger erkennbar waren.

Damit hat das SG im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen. Der Senat weist deshalb die Berufung zurück. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2009-08-03