

## L 9 U 1959/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 U 3906/05  
Datum  
28.03.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 9 U 1959/08  
Datum  
11.09.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 28. März 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt im vorliegenden Rechtsstreit die Gewährung von Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen von zwei Arbeitsunfällen vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998.

Der 1954 geborene Kläger wurde gemäß dem Bericht des Radiologen Dr. H. vom 4. Dezember 1979 an der Halswirbelsäule (HWS) untersucht. Im Bericht wurde "Zustand nach Distorsion (?) der Halswirbelsäule" vermerkt, Zeichen einer traumatischen Schädigung seien nicht abzugrenzen. Es fanden sich beginnende Gelenkflächensklerosierungen einzelner Zwischenwirbelgelenke im mittleren und unteren Cervikalbereich und nebenbefundlich ein Foramen arcuale am hinteren Atlasbogen, der Durchtrittsstelle der Arteria vertebralis.

Der bei der BG für Fahrzeughaltungen, inzwischen BG für Transport und Verkehr (im Weiteren Beklagte) als selbstständiger Unternehmer (Fahrlehrer) unfallversicherte Kläger erlitt am 26. Juni 1995 und am 15. Mai 1998 die streitgegenständlichen Unfälle, die als Versicherungsfälle anerkannt sind.

Wegen eines Arbeitsunfalles vom 6. September 2003 (Bizepssehnenruptur links beim Aufrichten eines Motorrads) ist noch ein weiteres Berufungsverfahren ([L 9 U 1995/09](#)) beim Senat anhängig, in welchem die Feststellung weiterer Unfallfolgen und Verletztenrente begehrt wird.

Bei dem Unfall am 26. Juni 1995 um 14:58 Uhr in Freiburg fuhr bei einer Fahrschulfahrt auf das wegen Rotlicht an einer Ampel stehende Fahrzeug des Klägers, der als Fahrlehrer auf dem Beifahrersitz saß, ein anderes Fahrzeug auf, wodurch er mit dem Hinterkopf gegen den Türmittelholm neben der Kopfstütze des Vordersitzes prallte. Der Unfall wurde nicht polizeilich aufgenommen. Der Kläger wickelte ihn mit der Unfallgegnerin selbst ab. Danach war er bis 11. Juli 1995 arbeitsunfähig. Auf Frage, ob er wegen anderer Arbeitsunfälle in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert sei, erklärte der Kläger in der Anlage zur Unfallanzeige vom 8. Juli 1995: "Keine Ahnung".

Am 15. Mai 1998 erlitt der Kläger ebenfalls einen Arbeitsunfall, als ein anderes Fahrzeug (PKW, Jaguar) auf den stehenden Fahrschulwagen (VW Golf II, Baujahr 1991), der nach Ende einer Rotphase die Kreuzung in Freiburg überquert hatte und wieder verkehrsbedingt anhalten musste, auffuhr. Nach diesem Unfall nahm der Kläger die Arbeit am 26. Mai 1998 wieder auf. Auf Frage, ob er wegen anderer Arbeitsunfälle in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert sei, erklärte der Kläger in der Anlage zur Unfallanzeige vom 5. Juni 1998: "Keine Ahnung".

Nach dem Unfall vom 26. Juni 1995 stellte sich der Kläger bei dem Allgemeinmediziner Dr. P. vor. Dieser überwies ihn an den Radiologen Dr. W. sowie an den Chirurgen Dr. G. Die bei Dr. W. erfolgte Röntgenuntersuchung (Funktionsaufnahme) der HWS ergab keine Knochenverletzung und keine Luxation, aber eine leichte BS-Verschmälerung C5/6 mit umschriebener ventraler Osteophytenbildung ventrokaudal bei C5, eine kleine vordere Längsbandverkalkung bei C3 und C4, eine Randsklerose der Intervertebralgelenke sowie eine Randausziehung an den Uncovertebralgelenken (Bericht vom 28. Juni 1995). Dr. G. erhob gemäß dem Durchgangsarztbericht (DAB) am 30. Juni 1995 eine deutliche Verspannung der Halsmuskulatur, besonders an der Basis und an der Schädelbasis. Die Drehbewegung des Kopfes war schmerzhaft und der Kläger klagte über Kopfschmerzen. Dr. G. stellte die Diagnose Distorsionstrauma der HWS (Schleudertrauma) und empfahl einen Schanz'schen Kragen, eine neurologische Untersuchung bei Dr. B. sowie eine eventuelle leichte Streichelmassage. Er ging

von einer Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis 7. Juli 1995 aus. Gemäß dem Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. über die Untersuchung vom 4. Juli 1995 stellte dieser die Diagnosen Zustand nach HWS-Schleudertrauma (Grad I) und posttraumatisches Zervikalsyndrom. Der Kläger sei als Beifahrer (Fahrlehrer) mit der rechten Kopfseite gegen den Türholm gestoßen. Eine Bewusstseinsstörung sei nicht angegeben, äußere Verletzungen am Schädel fänden sich nicht. Mit kurzer Latenz nach dem Unfall seien vorübergehend Dysästhesien aufgetreten. Weitergehende neurologische Symptome habe der Kläger verneint. Zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung hätten sich die Beschwerden spontan weiter gebessert gehabt, wenngleich noch zervikale Beschwerden mit Bewegungseinschränkung angegeben worden seien. Neurologisch sei die aktive und passive Kopfbeweglichkeit endgradig schmerzbedingt eingeschränkt. Eine Kopfwangshaltung bestehe nicht, die Nervenaustrittspunkte seien frei. Auch die Hirnnerven zeigten keine Ausfälle. Hinsichtlich der Motorik habe sich keine periphere oder zentrale Parese gefunden. Die Koordination sei ungestört bei seitengleichen Muskeleigenreflexen und ohne pathologische Reflexe. Sensibel seien keine Ausfälle objektivierbar. Hinsichtlich der Psyche bestehe bezogen auf das Unfallereignis keine antro- oder retrograde Amnesie und kein Hinweis auf eine traumatisch bedingte Leistungsschwäche. Auch das EEG habe keinen pathologischen Befund erbracht. Unter Kenntnis des augenblicklich diskret neurologischen Befundes und der bekannten Unfallanamnese sei von einem leichtgradigen HWS-Schleudertrauma auszugehen. Primär- oder sekundär-neurologisch seien Komplikationen nicht nachzuweisen. Mit einer spontanen und vollständigen Rückbildung der Symptome sei neurologischerseits zu rechnen, weitergehende diagnostische Maßnahmen seien nicht erforderlich. Dr. P. bescheinigte am 11. Juli 1995 Arbeitsunfähigkeit ab 27. Juni 1995 ("festgestellt am 28. Juni 1995") bis 11. Juli 1995 sowie Behandlungsbedürftigkeit bis zum selben Tag. Bei einer augenärztlichen Untersuchung erhob Dr. S. rechts und links jeweils einen unauffälligen Augenvorderwandabschnitt und Fundus, eine Sehschärfe von 1,0 sowie im Übrigen einen Normalbefund. Nach einer Untersuchung in der Universitäts-Augenklinik Freiburg berichtete Prof. Dr. K. am 20. Juli 1995, die vom Kläger beklagten Sehbeschwerden seien ohne objektives Korrelat, ein Schleudertrauma könne seines Erachtens nicht als gesichert angesehen werden.

Die Beklagte gewährte dem Kläger Verletztengeld bis 11. Juli 1995 (Bescheid vom 27. Juli 1995).

Am 19. Dezember 1995 verordnete Dr. P. dem Kläger noch 6 x Massage und Fango wegen rezidivierendem WS-Syndrom, was allerdings der Beklagten nicht zur Kenntnis gegeben wurde.

Nach dem Unfall vom 15. Mai 1998 suchte der Kläger am 18. Mai 1998 Dr. P. auf, der ihn an Dr. G. überwies. Dieser erhob am 20. Mai 1998 einen deutlichen Hartspann der Muskulatur im HWS-Bereich bei schmerzhafter Drehbewegung des Kopfes. Grobneurologisch fanden sich keine Ausfälle. Dr. G., demgegenüber der Kläger eine Röntgenuntersuchung sowie eine neurologische Untersuchung ablehnte, stellte die Diagnose Schleudertrauma der HWS und ging von einer Arbeitsunfähigkeit von voraussichtlich acht Tagen aus. Bei der auf Veranlassung von Dr. P. am 20. Mai 1998 erfolgten Röntgenuntersuchung der HWS mit Funktionsaufnahmen erhob Prof. Dr. B. bzw. Dr. Müller eine Fehllagerung der HWS mit angedeuteter Kyphosierung. Die Wirbelkörper (WK) waren normal hoch und an der vorderen Begrenzung der WK 3, 4 und 5 fanden sich spondylotische Randappositionen. Eine Verschmälerung der Zwischenwirbelräume HWK 4/5 und 5/6, geringer auch 6/7 fand sich dorsal. Anhaltspunkte für eine stattgehabte knöcherne Verletzung im Bereich der HWS ergaben sich nicht. Die Ventral- und vor allem Dorsalflexionen waren erheblich eingeschränkt und es bestand der Verdacht auf eine Gefügestörung zwischen HWK 5 und 6 mit geringer Ventralverschiebung des 5. gegenüber dem 6. HWK (Bericht an Dr. P. vom 26. Mai 1998, nachrichtlich an Dr. G.).

Auf Grund der ihr zum Unfall vom 15. Mai 1998 zugegangenen ärztlichen Unterlagen (DAB von Dr. G. vom 22. Mai 1998 und Bescheinigung des Dr. P. vom 16. Juni 1998 [Arbeitsunfähigkeit wegen HWS-Schleudertrauma und Behandlung bis 25. Mai 1998]) gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 1. Juli 1998 Verletztengeld bis 25. Mai 1998.

Mit Schreiben ("Ärztliches Attest") vom 14. März 2001 stellte Dr. P. - unter Angabe der Aktenzeichen der Beklagten zu den Unfällen vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 - namens des Klägers "den Antrag auf Berufsunfähigkeit wegen Verschlimmerung seines Krankheitsbildes". Eine fachärztliche Begutachtung sollte umgehend durchgeführt werden. Dem fügte er den Arztbrief des Dr. B., Praxis für Wirbelsäulenerkrankungen und Chirotherapie, vom 25. Januar 2001 bei (Diagnose: "Massive posttraumatische Atlasblockade beidseits mit Irritation der Arteria vertebralis einschließlich Cephalgie, Vertigo, Tinnitus und drop-attacks. Erhebliche Verspannung des M. Levator scapulae auf beiden Seiten").

Im Rahmen der hierauf von der Beklagten aufgenommenen Ermittlungen übersandte Dr. G. den Bericht der Radiologen Prof. Dr. B./Dr. M. vom 26. Mai 1998.

Auf Wunsch des Klägers beauftragte die Beklagte Prof. Dr. G. mit der Erstellung eines Gutachtens, das dieser mit Assistenzarzt B. und Oberarzt Dr. P. nach einer Untersuchung vom 21. August 2001 am 28. Februar 2002 erstattete und zu dem er eine ergänzende Stellungnahme am 14. Mai 2002 abgab. Er kam u. a. zum Ergebnis, nach den klinischen und radiologischen Befunden sowie dem Beschwerdeverlauf nach den Unfällen habe der Kläger Beschleunigungsverletzungen der HWS Grad I bis II (Unfall vom 26. Juni 1995) bzw. Grad I (Unfall vom 15. Mai 1998) erlitten. Bei dem ersten Unfall sei es zusätzlich auch noch zu einem Anpralltrauma des rechten Hinterkopfes gegen den Türrahmen gekommen. Bei den nachfolgenden Untersuchungen und bildgebenden Verfahren hätten sich aber keine Hinweise auf Zerreißen von Bändern oder Frakturen von Knochen ergeben. Auch neurologisch hätten sich einige Tage nach dem Unfall keine Ausfälle feststellen lassen. Der Kläger habe den Unfall ohne Mithilfe der Polizei selbstständig abgewickelt. Die Schmerzen sowie der später geklagte Tinnitus seien erst mit einiger Latenz aufgetreten. Bei einer Beschleunigungsverletzung ersten bis zweiten Grades sei bei durchschnittlichem Verlauf nach übereinstimmender Literaturmeinung von einer Arbeitsunfähigkeit bis zu sechs Wochen und im Weiteren von einer vollständigen körperlichen Ausheilung auszugehen. Das subjektive Beschwerdebild sei allerdings häufig sehr bunt und auch häufig in seiner Dauer deutlich über die genannten sechs Wochen hinausgehend. Es sei zu keiner ersichtlichen Verletzung von knöchernen Strukturen und zu keiner Zerreißen von Bändern gekommen. In allen, auch in den aktuellen, erhobenen Befunden hätten sich keine Instabilitäten im Bereich der HWS, die auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten, ergeben. Beschrieben seien dagegen degenerative Veränderungen, die durchaus auch einem spontanen Verlauf einer HWS-Degeneration entsprechen könnten. Auch die im Funktions-CT aufgezeigte Minderbeweglichkeiten im Kopf-Hals-Übergangsbereich könnten auf Basis der degenerativen Veränderungen betrachtet werden. Ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 26. Juni 1995 und den jetzt geklagten Beschwerden sei nicht feststellbar, zumal sie in dieser Form erst Jahre nach dem Unfall aufgetreten seien. Auch bei dem HWS-Beschleunigungstrauma vom 15. Mai 1998 sei unter Berücksichtigung des Herganges sowie der geklagten Beschwerden und der Befunde von einer Beschleunigungsverletzung der HWS Grad I auszugehen. Dazu passe auch der Röntgenbefund, der keine Hinweise auf eine knöcherne Verletzung oder eine Verletzung

von Bandstrukturen zeige. Die Gefügestörung sei offensichtlich nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen, denn dann hätte der Radiologe eine Bandverletzung mit Instabilität diagnostiziert, zumal eine Funktionsaufnahme der HWS angefertigt worden sei. Der Unfall habe keine bleibenden dauerhaften Schäden hinterlassen. Ein Zusammenhang der jetzt geklagten Beschwerden mit dem Unfall vom 15. Mai 1998 sei ebenfalls unwahrscheinlich. Es liege auch keine Summierung von Verletzungsfolgen durch die Unfälle aus dem Jahr 1995 und 1998 vor. Beide Beschleunigungsverletzungen seien auch unter Berücksichtigung der Literaturmeinung ohne Folgen abgeheilt. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Mit Bescheid vom 21. Juni 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente wegen Folgen der Arbeitsunfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 ab, da nach den Unfällen, die folgenlos ausgeheilt seien, eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nicht vorliege. Die geklagten Beschwerden beruhten auf einer schicksalhaften degenerativen Veränderung im Bereich der HWS.

Zu seinem Widerspruch vom 15. Juli 2002 machte der Kläger mit Verweis auf beigefügte Schreiben geltend, seine Beschwerden im Bereich der HWS seien "ausschließlich auf diverse Unfälle zurückzuführen". Hierzu legte er u.a. ein Schreiben des Dr. P. vom 18. Juli 2002 (aus dem Röntgenbefund der HWS vom 4. Dezember 1979 sei kein Zeichen einer traumatischen Schädigung festzustellen; am 30. Juni 1995 habe Dr. G. zum ersten Mal von einem Distorsionstrauma der HWS gesprochen, weswegen davon auszugehen sei, dass die Veränderungen überwiegend durch die Auffahrunfälle entstanden seien) und den Bericht des Dr. Huwe vom 4. Dezember 1979 ("Zustand nach Distorsion (?) der Halswirbelsäule", Zeichen einer traumatischen Schädigung seien nicht abzugrenzen, diese zeige eine normale Form und Haltung bis auf eine leichte keilförmige Abschrägung des 4. und 5. HWK ohne weitere Folgen oder Zeichen einer durchgemachten Wachstumsstörung, es fanden sich beginnende Gelenkflächensklerosierungen einzelner Zwischenwirbelgelenke im mittleren und unteren Cervikalbereich und nebenbefundlich ein Foramen arcuale am hinteren Atlasbogen, der Durchtrittsstelle der Arteria vertebralis) vor.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 29. Januar 2003 gelangte PD Dr. Mittelbach zum Ergebnis, das Gutachten von Prof. Dr. G. sei nicht zu beanstanden. Das Fehlen eines Hinweises auf eine traumatische Schädigung im Jahr 1979 beweiße keinesfalls, dass die 2002 festgestellten HWS-Veränderungen nur oder überwiegend auf Auffahrunfälle in den Jahren 1995 und/oder 1998 zurückzuführen seien.

Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der DKV, Deutsche Krankenversicherung AG, bei, in welchem unter dem 30. Juni 1993 die Diagnose M549 ("Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet") aufgeführt war. Ferner zog sie weitere ärztliche Äußerungen bei (u.a. PD Dr. B., Neurologische Universitätsklinik Freiburg, 8. August 2000 [Syndrom mit Sympathikus Überaktivität, Purpura Schoenlein-Henoch, arterielle Hypertonie, Adipositas per magna], PD Dr. H., Neurologische Universitätsklinik Freiburg, vom 16. August 2000 [u.a. Episodische sympathische Hyperaktivität, Purpura Schoenlein-Henoch, Adipositas permagna], Professor Dr. P., Universitätsklinik Freiburg, vom 6. und 12. Oktober 2000 [u.a. Purpura Schoenlein-Henoch] sowie 4. April 2001 [u.a. Z. n. Purpura Schoenlein-Henoch], Professor Dr. W. vom 24. April 2001 [6 oder 7 Auffahrunfälle zwischen 1986 und 1999, Zervikocephalgie linksbetont, Tinnitus links, Schwindel], Dr. F. vom 18. Mai 2001 [Funktions-Computertomographie vom 18. April 2001 des kraniozervicalen Übergangs, funktionelle Kopfgelenkstörung], Dr. K., Regio-Reha Freiburg GmbH, Ambulantes Rehabilitationszentrum vom 22. Mai 2001 [u.a. Kopfschmerz und gelegentlich Nacken-Verspannungen sowie Tinnitus seit einem Auffahrunfall im Mai 1999] und vom 17. Juli 2001 [cervikocraniales Syndrom bei Bewegungsstörung der Kopfgelenke], Dr. H., Druckkammerzentrum Freiburg GmbH am St. Josef Krankenhaus 16. Juli 2001 [u.a. Perzeptionsstörung des Innenohres mit Tinnitus beidseits], Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin Nowak-Dagdeviiren, Regio-Reha Freiburg GmbH, Ambulantes Rehabilitationszentrum vom 2. August 2001 [cervikocraniales Syndrom bei Bewegungsstörung der Kopfgelenke] sowie Orthopäde Dr. K. vom 25. November 2002 und 20. Februar 2003 [rückläufiges cervikocraniales Syndrom]).

Die Beklagte holte beim vom Kläger vorgeschlagenen Dr. B. das weitere Gutachten vom 16. Dezember 2004 ein. Dieser stellte auf orthopädischem Gebiet die Diagnosen posttraumatisches chronisches mittleres und hohes Zervikalsyndrom und Zervikozephalosyndrom mit segmentaler Gelenkdysfunktion und muskulärer Dysbalance und Gangbildstörung nach mehrfacher HWS-Distorsion mit Weichteilverletzung. Unfallunabhängig bestehe eine "Henlein-Schoenoch-Purpura" (gemeint: Schoenlein-Henoch-Purpura). Der Kläger habe mehrere Unfälle erlitten. Schon im Jahr 1990 sei es zu Beschwerden im Bereich der HWS und des Kopfes (Nackenbeschwerden, Schwindel, Sehstörungen und Kopfschmerz) gekommen, weswegen er jedoch nur in kurzzeitiger ärztlicher Behandlung gewesen sei und nachfolgend eine teilweise erfolgreiche eigene Therapie mit Aspirin durchgeführt habe. Durch das Beschleunigungstrauma im Jahr 1995 sei es zu einer Verstärkung der Beschwerden und zum Hinzutreten eines Tinnitus gekommen. Die Unfallereignisse seien durch Beschleunigungstraumata gekennzeichnet gewesen und hätten "soweit ersichtlich in versicherter Tätigkeit" stattgefunden. Die Beschwerden seien durch das Unfallereignis in ihren wesentlichen Anteilen bedingt. Ausweislich der Schilderung des Klägers ergäben sich jedoch auch unter Berücksichtigung der Aktenlage keine Hinweise, dass bereits zu diesem Zeitpunkt (1995) eine MdE in rentenberechtigendem Grade vorgelegen habe. Mit dem Unfall im Jahr 1998 sei es zu einer nochmaligen Beschleunigungsverletzung der HWS gekommen. Die vorbestehende Beschwerdesymptomatik habe sich glaubhaft verschlimmert. Die MdE hierfür schätze er auf 20 v. H. Der Zustand habe bis 2000 angehalten, als eine stationäre Abklärung und Behandlung einer Schoenlein-Henoch-Purpura erfolgt sei. Hinweise für einen ursächlichen Zusammenhang dieser internistischen Erkrankung und den Schäden an der HWS bestünden nicht. Nach intensiver und komplexer Therapie in der Folgezeit sei es gemäß einem Behandlungsbericht vom 25. November 2002 (Dr. K.) zu einer kontinuierlichen Besserung gekommen. Danach sei von einer unfallbedingten MdE von 10 v. H. auszugehen, die auch aktuell weiterhin bestehe. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 16. Februar 2005 führte Dr. S.-B. aus, er könne sich diesen Schlussfolgerungen, dass die aktuell bestehenden radiologischen Veränderungen und die subjektiv geklagten Beschwerden Folge der Unfälle aus den Jahren 1995 und 1998 seien, nicht anschließen. Im Übrigen seien die weiteren aufgeführten Auffahrunfälle seit 1978 für die Beurteilung nicht relevant und letztlich auch nicht aktenkundig. Auch die erste radiologische Untersuchung im Jahr 1978 (1979) werde dadurch relativiert, dass selbst damals nur von einer fraglichen Distorsion ausgegangen worden sei. Allerdings seien schon im Alter von 25 Jahren degenerative Veränderungen der HWS beschrieben. Es sei nicht verwunderlich, dass sich im Lauf eines Lebens Veränderungen im Bereich der HWS entwickelten, insbesondere wenn Faktoren, wie die massivste Adipositas permagna, hinzukämen. Die Unfälle aus den Jahren 1995 und 1998 entsprächen einer HWS-Distorsion 1. Grades, ohne dass substantielle Schäden hätten festgestellt werden können. Dass es nach dem Unfall 1998 zu einem verzögerten Verlauf gekommen sei, sei nicht verwunderlich, da die degenerativen Veränderungen der HWS weiter zugenommen hätten. Nach Ablauf von jedoch maximal drei Monaten sei hier von einem Wiedereintritt des Vorzustandes auszugehen. Er schließe sich Prof. Dr. G. an.

Hierauf wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2005 zurück.

Deswegen hat der Kläger am 22. September 2005 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und geltend gemacht, seine Beschwerden im Bereich der HWS und des Kopfes seien auf die Arbeitsunfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 zurückzuführen und bedingten eine rentenberechtigende MdE sowie einen Anspruch auf Verletztenrente ab 26. Mai 1998. Dies ergebe sich auch aus dem Gutachten von Dr. B ... Soweit dieser ab November 2002 nur noch von einer MdE um 10 v. H. ausgehe, sei nur zwischenzeitlich eine Beschwerdelinderung eingetreten. Nach wie vor bestünden erhebliche Beschwerden und eine unfallbedingte MdE um 20 v. H.

Das SG hat ein Sachverständigengutachten des Prof. Dr. C. vom 27. Dezember 2006 eingeholt. Er ist zum Ergebnis gelangt, im Bereich der HWS bestünden röntgenologisch mittelgradige degenerative Veränderungen in den Bewegungssegmenten zwischen dem 4. bis 7. HWK mit besonderer Betonung des Bewegungssegmentes zwischen dem 5. bis 6. HWK. Diese Veränderungen seien - ihrer Natur entsprechend - im Beobachtungszeitraum zwischen 1979 und 2006 vorangeschritten. Diesem röntgenologischen Befund entspreche der klinische Befund. Hinweise für eine Reizung der von der HWS ausgehenden Nervenwurzeln hätten sich nicht gefunden. Am 26. Juni 1995 habe zweifelsfrei bereits ein degenerativer Vorschaden im Bereich der HWS vorgelegen. Ein solcher sei angedeutet bereits beschrieben im Befundbericht der HWS-Aufnahme in zwei Ebenen vom 4. Dezember 1979 (beginnende Gelenkflächenklosierungen einzelner Zwischenwirbelgelenke im mittleren und unteren Zervikalbereich). Die anlässlich des Unfalles vom 26. Juni 1995 gefertigten Röntgenaufnahmen zeigten Verknocherungen in Projektion auf die vorderen Längsbänder der mittleren HWS sowie deutliche degenerative Veränderungen in Form einer Verschmälerung des BS-Faches sowie nach vorne und hinten weisenden knöchernen Randwülsten an den Gelenkflächenrändern. Er gehe davon aus, dass der Kläger bei dem Unfall eine leichtgradige Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten habe. In der - zitierten - Literatur entspreche dies den Graden I und II in der früheren Einteilung nach Erdmann. Nach der Definition könne in diesen Fällen der Verletzte selbst nach dem Trauma aus seinem Fahrzeug aussteigen, an der Abwicklung des Unfallhergangs teilnehmen und oft auch noch den Weg nach Hause selber zurücklegen. Erst im Laufe von Stunden komme es zu reflektorischen Verspannungen und Beschwerden. All dies habe hier vorgelegen. Bei mittelgradigen und schweren Beschleunigungsverletzungen komme es dagegen regelhaft zu morphologisch fassbaren strukturellen Verletzungen, die auch sofort eine starke Beschwerdesymptomatik auslösten, die den Verletzten im Allgemeinen auch sofort veranlassten, den Arzt aufzusuchen. Das Intervall bis zum Aufsuchen des Hausarztes spreche gegen eine mehr als leichte Beschleunigungsverletzung. Bei mittelgradigen Beschleunigungsverletzungen träten auch Weichteilverletzungen auf, z. B. Risse des Bandapparates. Solche seien nur mit einer zeitnah zum Unfall angefertigten Kernspintomografie exakt diagnostizierbar. Hier habe keiner der behandelnden Ärzte die Verletzung so schwerwiegend eingeschätzt, dass er eine kernspintomografische Untersuchung für notwendig erachtet habe. Solche weichteiligen Verletzungen pflegten im Langzeitverlauf auch Spuren im Röntgenbild zu hinterlassen, die jedoch zwischen 1995 und 2006 nicht erkennbar seien. Die Verkalkungen des vorderen Längsbandes seien in diesem Zusammenhang nicht als Zeichen einer Weichteilverletzung zu werten. Zum einen träten solche Verkalkungen in Projektion auf das vordere Längsband in aller Regel unfallunabhängig und aus innerer Ursache heraus auf, zum anderen seien sie bereits auf den Röntgenaufnahmen von 1995 nachweisbar gewesen und sei eine Beschleunigung der Entwicklung dieser Verkalkungen von 1995 bis 2006 nicht aufgetreten. Die Zunahme der Verkalkungen entspreche dem natürlichen Verlauf. Deswegen sei mit Prof. Dr. G. von einer leichtgradigen Beschleunigungsverletzung auszugehen. Den in den Akten enthaltenen ärztlichen Unterlagen seien keine objektivierbaren Befunde zu entnehmen, die als Folge des Unfalles vom 26. Juni 1995 zu deuten wären. Dr. B. gehe von einer mehrfachen HWS-Distorsion mit Weichteilverletzung aus, ohne dass eine Weichteilverletzung nachgewiesen sei. Der Unfall vom 26. Juni 1995 habe nach klinischer Erfahrung zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 6 Wochen geführt. Bei einem degenerativen Vorschaden könne der Heilungsverlauf verzögert sein. Es wäre aber auch dann jedenfalls spätestens nach drei Monaten mit einem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Nach Angaben des Klägers sei Arbeitsfähigkeit nach vier Wochen eingetreten. Auch beim Unfall vom 15. Mai 1998 sei die erstmalige Behandlung am 18. Mai 1998 und das Aufsuchen des Durchgangsarztes am 20. Mai 1998 erfolgt. Aus dem Vergleich der Röntgenaufnahmen von 1995 und 1998 ergebe sich keine wesentliche Befundänderung. Aus dem Verlauf der Röntgenbilder zwischen 1998 und 2006 ließen sich keine indirekten Zeichen einer knöchernen oder weichteiligen Verletzung erkennen. Damit sei davon auszugehen, dass der Kläger bei dem Unfall vom 15. Mai 1998 ebenfalls eine leichtgradige Beschleunigungsverletzung erlitten habe, von der Folgen nicht mehr erkennbar seien. Es sei auch bei Vergleich der Röntgenbilder zwischen 1998 und 2006 nicht erkennbar, dass der Unfall von 1998 zu einer beschleunigten und vorseilenden Entwicklung der vorhandenen degenerativen Veränderungen geführt habe. Wegen der Folgen des Unfalles vom 26. Juni 1995 sei Behandlungsbedürftigkeit bis 31. Juli 1995 anzunehmen, wegen der Folgen des Unfalles vom 15. Mai 1998 bis etwa 20. Juni 1998. Nach klinischer Erfahrung sei bei Abschluss der Behandlungsbedürftigkeit von einer MdE messbaren Grades nicht mehr auszugehen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten verwiesen.

Der Kläger hat Einwände gegen das Gutachten von Prof. Dr. C. erhoben. Insofern wird auf die Schriftsätze vom 1. März 2007 mit Anlage verwiesen.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28. März 2008 abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen der Arbeitsunfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 seien nicht erfüllt. Dies ergebe sich aus dem für das SG schlüssigen Sachverständigengutachten des Prof. Dr. C. ... Die von Dr. B. angenommene Verschlimmerung eines Vorschadens sei demgegenüber nicht nachvollziehbar. Insbesondere sei dieser irrig von einer 1995 erlittenen Weichteilverletzung ausgegangen. Im Übrigen rechtfertigten auch die Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten von Prof. Dr. C. keine Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens, das auch in Übereinstimmung stehe mit dem Gutachten von Prof. Dr. G. ... Selbst wenn das Einwirken höherer psychischer Kräfte nachweisbar wäre, fehle es am Nachweis eines MdE-relevanten Gesundheitsschadens. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Gerichtsbescheid verwiesen.

Gegen den am 3. April 2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 24. April 2008 Berufung eingelegt. Er begehrt die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen der Arbeitsunfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 nach einer MdE um jeweils mindestens 10 v. H. ab 15. bzw. bis 26. Mai 1998. Es sei nicht nachvollziehbar und akzeptabel, dass das SG die Gutachten von Prof. Dr. C. und Prof. Dr. G. zu Grunde gelegt habe. Diese seien nicht bereit gewesen, die Gewaltwirkungen mit Geschwindigkeiten von 50 km/h bei der Bewertung des Schleudertraumas ausreichend zu berücksichtigen und in die Beurteilung einzubeziehen. Auch die radiologischen Befunde seien nicht ausreichend berücksichtigt. Nur Dr. B. habe sich mit dem Fragenkomplex eingehend auseinandergesetzt.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG hat der Senat ein Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. O. vom 16. Februar 2009 eingeholt. Ihm gegenüber hat der Kläger angegeben, er leide aktuell unter Schmerzen im Nacken und im Schläfenbereich, wobei nicht immer alle Regionen gleichzeitig schmerzten. Bei einem ständigen Basisschmerz sei die Schmerzintensität deutlich wechselhaft. Dr. O., der keine Beurteilung der Röntgenaufnahmen vorgenommen hat, weil die bildgebende Diagnostik aus einer Sicht keine gutachterlich

verwertbaren Informationen liefere, kam auf Grund der vorliegenden ärztlichen Berichte, der Angaben des Klägers und seiner eigenen Untersuchung zum Ergebnis, auf orthopädischem Fachgebiet bestünden ein chronisches myofasciales Schmerzsyndrom nach mehrfacher exzentrischer Überlastung der Schulter-Nackenmuskulatur mit Beschwerden im Sinne eines cervicocephalen Syndromes, eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des Kopf-/HWS-Bereiches und anhaltende gravierende Schlafstörungen. Diese Gesundheitsstörungen seien auf die Unfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 zurückzuführen. Der Gesundheitszustand des Klägers sei in der Akte der Beklagten nicht durch zeitnahe und wiederholte ärztliche Untersuchungen mit der notwendigen Genauigkeit im zeitlichen Verlauf nachvollziehbar und/oder hinreichend detailliert dokumentiert. Der unspektakuläre Untersuchungsbefund entspreche dem, wie sich der körperliche Untersuchungsbefund bei seinen Patienten mit chronisch unspezifischen Schmerzen auf hohem Niveau regelmäßig darstelle. Definitorischer und konstituierender Bestandteil, gerade der "unspezifischen" WS-Beschwerden von ganz leicht bis ganz stark, sei, dass hierbei "objektive" medizinische Befunde fehlen müssten. Auf Grund der Angaben des Klägers gehe er von einer unfallbedingten MdE von 10 bis 20 v. H. aus. Ab dem Unfall vom 15. Mai 1998 gehe er von einer MdE um 30 v. H. aus. Die zunehmenden Folgen einer primären Defektheilung mit den anhaltenden myofascialen Schmerzen hätten dann ab Mai 2000 bis 2003 eine langdauernde unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bedingt und eine myofasciale Rehabilitation erfordert, so dass für diesen Zeitraum von einer unfallbedingten MdE um 100 v. H. auszugehen sei. Nach Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im Februar 2003 gehe er von einer bis aktuell anhaltenden unfallbedingten MdE wegen der Folgen der Unfälle in Höhe von 20 v. H. aus. Entgegen der Behauptung von Prof. Dr. G. seien die Beschwerden der HWS nicht durch degenerative Veränderungen bedingt. Demgegenüber sei Dr. B. im Grundsätzlichen zu folgen, allerdings erscheine seine konkrete Bewertung der tatsächlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen als zu hoffnungsvoll. Dr. S.-B. spreche "scheinbar fachkundig" davon, dass der Unfall von 1998 zu einem längeren Heilungsverlauf geführt habe, was in dieser terminlichen Unverbindlichkeit mit ärztlichen Sorgfaltspflichten unvereinbar sei. Es fehle "schlicht der Hinweis auf ereignisnahe ärztliche Aufzeichnungen in der Akte, die eine terminliche Konkretisierung des im Prinzip zugestandenen Ausnahmeverlaufes erlauben würde". Prof. Dr. C. erhebe die radiologischen Befunde der HWS in den Rang einer orthopädischen Diagnose. Eine orthopädische Facharztprüfung könnte mit solchen Fehlleistungen nicht bestanden werden. Soweit er in seiner Beurteilung seine ärztliche Hoffnung formuliere, dass die Folgen der Unfälle nach Ende der Behandlungsbedürftigkeit abgeklungen seien, könne die von der Beklagten geführte Akte die fehlenden ärztlichen Befunde hierfür nicht liefern. Prof. Dr. C. beschränke sich im Ergebnis auf die "gedankenarme Feststellung", der Kläger müsse gesund sein, wenn seine traumatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen wie im Regelverlauf abgeheilt wären. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das Gutachten von Dr. O. verwiesen.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Dr. Schmidgen vom 9. Juni 2009 vorgelegt, der ausgeführt hat, das Gutachten von Dr. O. gehe im Wesentlichen auf grundsätzliche Probleme ein, die den vorliegenden Einzelfall nur entfernt betreffen. Die Röntgenbefunde seien überhaupt nicht erwähnt bzw. es werde nur ausgeführt, die vorliegende bildgebende Diagnostik liefere keine gutachtlich verwertbare Informationen. Auch die verzögerte Entwicklung der Beschwerden sei in dem Gutachten nicht berücksichtigt, ebenso auch nicht die Tatsache, dass zum Unfallzeitpunkt 1995 röntgenologisch nachweisbare Veränderungen vorgelegen hätten und auch in der Folge keine mit Wahrscheinlichkeit auf ein Unfallereignis zurückzuführenden morphologischen Veränderungen beschrieben seien. Prof. Dr. G. und Prof. Dr. C. hätten anhand des vorliegenden klinischen Verlaufs wie auch der beschriebenen bildgebenden Verfahren und Untersuchungsbefunde eine schlüssige Argumentationskette dargelegt, die HWS-Distorsionen für beide Unfälle ersten Grades belegen, die nach längstens drei Monaten ausgeheilt sein dürften. Darüber hinausgehende Beschwerden und Veränderungen seien durch die vorbestehenden Veränderungen unterhalten. Morphologische Veränderungen und mit Wahrscheinlichkeit auf die Unfallereignisse von 1995 und 1998 zurückzuführende Veränderungen der HWS seien nicht nachgewiesen.

Der Bevollmächtigte des Klägers hat ein Schreiben des Dr. O. vom 13. August 2009 vorgelegt, in dem dieser sich auf die Stellungnahme von Dr. S. bezieht und an seiner Auffassung festhält. Weltweit definierten sämtliche ärztliche Fachverbände die im Falle des Klägers beurteilungsrelevante körperliche Primärschädigung (HWS-Beschleunigungsverletzung Grad I bis II) dadurch, dass sich das medizinisch/anatomische Substrat dieser Verletzung derzeit der gesamten bildgebenden medizinischen Diagnostik entziehen müsse. Damit lasse sich mit dieser medizinisch/diagnostischen Untersuchungsmethode absolut nichts zum weiteren Verlauf der schmerzverursachenden Unfallfolge aussagen. Juristen bemühten sich entsprechend ihrer Denkgewohnheit und ihrer Ausbildung darum, z. B. den unfallbedingten Primärschaden als vorgeblich regulierungsrelevanten Sachverhalt möglichst präzise zu fassen. Bei medizinischer Betrachtungsweise könne und brauche das nicht so gehandhabt werden. Gerade für den behandelnden Arzt sei der Primärschaden nur sehr kurzfristig wichtig.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. C. eingeholt. Dieser hat am 27. Januar 2010 ausgeführt, hinsichtlich des behaupteten Schadens im Bereich der HWS für die Beurteilung der Wertigkeit der Unfälle seien diese von vier Auffahrunfällen vor dem 26. Juni 1995 und gegenüber einem möglichen Vorschaden abzugrenzen gewesen. Zum Vorschaden habe er die Röntgenaufnahmen analysiert, die Dr. O. vollständig vernachlässigt habe. Spezielle Röntgenuntersuchungen habe dieser nicht durchgeführt. Dem gutachterlichen Stand in solchen Fällen entspreche dies nicht. Er habe die Diagnose im Bereich der HWS nicht allein auf die radiologischen, sondern auch auf die klinischen Befunde gestützt. Soweit Dr. O. die radiologischen Befunde nicht berücksichtige, die ausgiebig vorlägen, entspreche dies keinesfalls dem orthopädischen Standard. Zur Berücksichtigung von Größe und Richtung der einwirkenden Kraft habe er die Angaben des Klägers berücksichtigt. Unter Berücksichtigung der Bewegungsmaße, die Dr. O. angegeben habe, habe sich die Beweglichkeit der HWS im Vergleich zu seiner Untersuchung im Dezember 2006 deutlich gebessert. Auch weitere von Dr. O. angegebene Befunde zeigten normale Verhältnisse. Nach kritischer Durchsicht des Gutachtens des Dr. O. erhebe sich die Frage, auf welches auch nur ansatzweise objektivierbare Korrelat er seine Diagnose stütze. Es sei dessen Gutachten nicht zu entnehmen, von welchem Ausmaß der HWS-Distorsion er bezogen auf die einschlägigen Angaben in der Standardgutachtenliteratur ausgehe. Der Abschnitt gutachterliche Bewertung in seinem Gutachten sei so allgemein gehalten und nicht auf den speziell zu beurteilenden konkreten Einzelfall abgestellt, dass eine spezifische Auseinandersetzung hier nicht möglich und erforderlich sei. Wenig nachvollziehbar erscheine die Bewertung des Dr. O. bezüglich des Unfalls vom 26. Juni 1995 "vor dem Hintergrund" eines "Medikamentengebrauchs ... und erhöhten Regenerationsbedarfes" von einer MdE um 10 bis 20 v. H. auszugehen. Dies lasse sich in der einschlägigen Gutachtenliteratur jedenfalls nicht begründen. Bezüglich des Unfalls vom 15. Mai 1998 sei die gutachterliche Bewertung hinsichtlich der Höhe der MdE ebenso wenig plausibel und nachvollziehbar. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die ergänzende Stellungnahme verwiesen.

Der Kläger hat noch eine weitere Äußerung des Dr. O. vom 27. Februar 2010 vorgelegt, auf die verwiesen wird.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 28. März 2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 21.

Juli 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. September 2005 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen der Arbeitsunfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 Rente nach einer MdE um jeweils mindestens 10 v. H. ab 15. Mai 1998 bzw. 26. Mai 1998 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, Folgen der Unfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998, die über die 26. Woche hinaus eine MdE bedingen, seien nicht feststellbar. Insbesondere seien auch entsprechende Gesundheitserstschäden nicht nachgewiesen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Dieser hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente wegen der Unfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998.

Der erste der hier strittigen Unfälle vom 26. Juni 1995 ist vor dem Außerkrafttreten des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 31. Dezember 1996 und vor Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) am 1. Januar 1997 eingetreten. Sofern auch Leistungen geltend gemacht werden, die vor Inkrafttreten des SGB VII erstmals festzusetzen waren, kommen noch die Bestimmungen der RVO zur Anwendung, soweit nur Leistungen geltend gemacht werden, die erstmals nach Inkrafttreten des SGB VII festzusetzen waren, kommen dessen Bestimmungen zur Anwendung (Art 35 Nr. 1, 36 Unfallversicherungseinordnungsgesetz (UVEG) vom 7. August 1996 ([BGBl. I S. 1254](#), 1317) i. V. m. [§§ 212, 214 Abs. 3, 73 SGB VII](#); BSG, Urteil vom 21. September 2010, [B 2 U 3/10 R](#) in Juris m.w.N.). Da der Kläger hier Verletztenrente ab Mai 1998 begehrt, kommen die Bestimmungen des SGB VII zur Anwendung.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach [§ 7 Abs. 1 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](#) begründeten Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Der Kläger hat am 29. Juni 1995 und 15. Mai 1998 jeweils einen solchen Unfall erlitten, als er bei seiner beruflichen, bei der Beklagten versicherten Tätigkeit als Fahrlehrer einen körperlichen Schaden zumindest in Form von Schmerzen im Bereich der HWS dadurch erlitt, dass ein anderes Fahrzeug auf das stehende Fahrschulfahrzeug auffuhr. Die Beklagte hat insofern auch den Eintritt von Versicherungsfällen am 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannt.

Ob und in welcher Höhe wegen der Folgen von Versicherungsfällen Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind, insbesondere Verletztenrente zu gewähren ist, ist grundsätzlich für jeden einzelnen Versicherungsfall getrennt zu prüfen und zu entscheiden (vgl. auch BSG, Urteil vom 19. August 2003, [B 2 U 50/02 R](#), u.a. in Juris).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Voraussetzung für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls und ihrer Berücksichtigung bei der Bemessung der MdE ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - 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 dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in 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 entfiel (conditio sine qua non). Auf Grund 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 (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196-209](#) und JURIS).

Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 ([aaO](#) Rdnr. 15) 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.

Gemessen daran hat der Kläger keinen Anspruch auf Verletztenrente, denn weder der Arbeitsunfall vom 26. Juni 1995, noch der vom 15. Mai 1998 hat Folgen über die 26. Woche nach dem jeweiligen Unfallereignis hinaus, die eine MdE messbaren Grades, das heißt um wenigstens 10 v. H., bedingen, hinterlassen.

Dies ergibt sich für den Senat schlüssig und überzeugend aus dem im Verwaltungsverfahren eingeholten des Prof. Dr. G., der ebenfalls im Verwaltungsverfahren eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahmen von PD Dr. Mittelbach und Dr. Schulte-Bockholt, die jeweils im Wege des Urkundenbeweises verwertbar waren, sowie dem vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Prof. Dr. C. und dessen vom Senat eingeholter ergänzender gutachterlicher Stellungnahme, wie auch der von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten und als qualifizierten Beteiligtenvortrag verwertbaren Stellungnahme des Dr. S ...

Ein wesentlicher und anhaltender Dauerschaden ist bei den hier streitgegenständlichen Arbeitsunfällen nicht eingetreten.

Bei dem Unfall vom 26. Juni 1995 hat der Kläger gemäß dem DAB des Dr. G. und dem Bericht des Dr. B. im Wesentlichen eine Beschleunigungsverletzung der HWS ersten Grades mit Verspannung der Halsmuskulatur, schmerzhafter Einschränkung der Drehbeweglichkeit, zeitweiligen Kopfschmerzen und mit kurzer Latenz auftretenden vorübergehenden Dysästhesien erlitten. Er hat aber weder eine knöcherne noch eine Bandverletzung erlitten. Es fehlt an entsprechenden nachgewiesenen knöchernen und ligamentären Primärschäden. Dies ergibt sich sowohl aus den unmittelbar nach dem Unfall durchgeführten Röntgenuntersuchungen als auch den sonstigen Berichten der Ärzte, die den Kläger nach diesem Unfall untersucht haben. Der Radiologe Dr. W. hat ausdrücklich das Vorliegen einer Knochenverletzung oder einer Luxation verneint. Auch Dr. G. hat über die erhobene schmerzhaft eingeschränkte Drehbeweglichkeit des Kopfes und vom Kläger angegebene Kopfschmerzen hinaus keinen weiteren wesentlichen Befund zu erheben vermocht. Auch eine äußere Verletzung beim angegebenen Anstoß des Hinterkopfes gegen den Türholm neben der Kopfstütze des Vordersitzes hat sich nicht gefunden. Etwas anderes haben auch die neurologischen Untersuchungen des Dr. B. vom 4. Juli 1995 nicht ergeben. Danach sind - anamnestisch - mit kurzer Latenz nach dem Unfall vorübergehende Dysästhesien im Bereich der Wangen aufgetreten, die sich jedoch rasch zurückgebildet haben. Ansonsten verneinte der Kläger selbst auch gegenüber Dr. B. weitergehende neurologische Symptome. Dr. B. hat zwar auf die Untersuchung vom 4. Juli 1995 immer noch angegebene zervikale Beschwerden mit Bewegungseinschränkung der aktiven und passiven Kopfbeweglichkeit vermerkt, eine Kopfwangshaltung allerdings nicht festgestellt. Auch die Nervenaustrittspunkte waren frei, die Hirnnerven zeigten hier keine Ausfälle und hinsichtlich der Motorik ergaben sich keine peripheren oder zentralen Paresen. Die Koordination war ungestört bei seitengleichen Muskeleigenreflexen und ohne pathologische Reflexe. Auch sensibel waren keine Ausfälle objektivierbar. Eine auf den Unfall bezogene antro- oder retrograde Amnesie hat Dr. B. gleichfalls nicht festgestellt. Selbst der behandelnde Allgemeinmediziner Dr. P. bescheinigte dem Kläger am 11. Juli 1995 Arbeitsunfähigkeit nur bis 11. Juli 1995 und Behandlungsbedürftigkeit nur bis zu diesem Tag. Eine weitere augenärztliche Untersuchung bei Dr. S. ergab gleichfalls keinen belangvollen Befund, ebenso auch nicht die Untersuchung in der Universitäts-Augenklinik Freiburg bei Prof. Dr. K. Dieser fand für die beklagten Sehbeschwerden kein objektives Korrelat und bezweifelte auch das Vorliegen eines Schleudertraumas. Des Weiteren ist festzustellen, dass sich bei der Röntgenuntersuchung bei Dr. H. im Jahr 1979 bereits im Alter von 25 Jahren Anzeichen degenerativer Veränderungen im Bereich der HWS zeigten, welche sich unter Berücksichtigung der Röntgenaufnahmen im Jahr 1995 und 1998 entsprechend einem zu erwartenden degenerativen Prozess entwickelt haben, so Prof. Dr. C ...

Nach dem Unfall vom 15. Mai 1998 fand sich gemäß dem Bericht des Dr. G. am 20. Mai 1998 ein deutlicher Hartspann der Muskulatur im HWS-Bereich bei schmerzhafter Drehbewegung des Kopfes. Grobneurologisch fanden sich keine Ausfälle. Dr. G. stellte die Diagnose Schleudertrauma der HWS und ging von einer Arbeitsunfähigkeit von voraussichtlich acht Tagen aus. Bei der Röntgenuntersuchung der HWS mit Funktionsaufnahmen ergab sich gemäß dem Bericht von Prof. Dr. B. bzw. Dr. Müller eine Fehlhaltung der HWS mit angedeuteter Kyphosierung. Die Wirbelkörper (WK) waren normal hoch und an der vorderen Begrenzung der WK 3, 4 und 5 fanden sich spondylootische Randappositionen. Eine Verschmälerung der Zwischenwirbelräume HWK 4/5 und 5/6, geringer auch 6/7 fand sich dorsal. Anhaltspunkte für eine stattgehabte knöcherne Verletzung im Bereich der HWS ergaben sich nicht. Die Ventral- und vor allem Dorsalflexionen waren erheblich eingeschränkt, und es bestand der Verdacht auf eine Gefügestörung zwischen HWK 5 und 6 mit geringer Ventralverschiebung des 5. gegenüber dem 6. HWK (Bericht an Dr. P. vom 26. Mai 1998, nachrichtlich an Dr. G.). Weitergehende Befunde und Primärschäden waren nicht festzustellen.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass ein Primärschaden in Form einer traumatischen Schädigung im knöchernen Bereich der HWS weder 1995 noch 1998 noch in den späteren Aufnahmen bis zu den erfolgten Begutachtungen belegt ist. Im Übrigen sind als Primärschaden auch, wie Prof. Dr. C. schlüssig dargelegt hat, keine Weichteilverletzungen anlässlich der Unfälle in den Jahren 1995 und 1998 nachgewiesen. Die Verschattung auf dem vorderen Längsband, die Dr. B. als Zeichen einer Weichteilverletzung gedeutet hat, belegt - wie Prof. Dr. C. für den Senat schlüssig und überzeugend dargelegt hat - keine Weichteilverletzung in auch nur zeitlichem Zusammenhang mit den streitgegenständlichen Unfällen.

Unter Berücksichtigung aller Befunde ist Prof. Dr. C. in dem vom SG eingeholten Sachverständigengutachten und der eingeholten ergänzenden Stellungnahme für den Senat schlüssig und nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass die im Bereich der HWS bestehenden

röntgenologisch mittelgradigen degenerativen Veränderungen in den Bewegungssegmenten zwischen dem 4. bis 7. HWK mit besonderer Betonung des Bewegungssegmentes zwischen dem 5. bis 6. HWK - ihrer Natur entsprechend - im Beobachtungszeitraum zwischen 1979 und 2006 vorangeschritten sind. Diesem röntgenologischen Befund entspricht der klinische Befund einer endgradigen Einschränkung der Beweglichkeit der HWS in sämtlichen Bewegungsebenen. Hinweise für eine Reizung der von der HWS ausgehenden Nervenwurzeln bestehen nicht. Das Muskelumfangmaß im Bereich der Ober- und Unterarme war bei der Untersuchung des Prof. Dr. C. seitengleich. Ein degenerativer Vorschaden im Bereich der HWS lag allerdings bereits am 26. Juni 1995 vor. Er war schon beschrieben im Befundbericht der HWS-Aufnahme in zwei Ebenen vom 4. Dezember 1979, in welchem beginnende Gelenkflächenklosierungen einzelner Zwischenwirbelgelenke im mittleren und unteren Zervikalbereich vermerkt waren. Die anlässlich des Unfalles vom 26. Juni 1995 gefertigten Röntgenaufnahmen des HWS zeigten ferner Verknöcherungen in Projektion auf die vorderen Längsbänder der mittleren HWS, insbesondere zwischen dem 3. und 4. sowie dem 4. und 5. HWK sowie darüber hinaus deutliche degenerative Veränderungen in Form einer Verschmälerung des BS-Faches sowie nach vorne und hinten weisende knöcherne Randwülste an den Gelenkflächenrändern. Auf Grund dessen ist - so Prof. Dr. C. und auch Dr. B. im Befundbericht vom 28. Juli 1995 - davon auszugehen, dass der Kläger bei dem Unfall eine leichtgradige Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten hat. Dies entspricht den Graden I und II in der früheren Einteilung nach Erdmann. Nach der Definition kann in diesen Fällen der Verletzte selbst nach dem Trauma aus seinem Fahrzeug aussteigen, an der Abwicklung des Unfallhergangs teilnehmen und oft auch noch den Weg nach Hause selber zurücklegen. Erst im Laufe von Stunden kommt es zu reflektorischen Verspannungen und Beschwerden. Genau dies war unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers und der dokumentierten ärztlichen Befunde der Fall. Der Kläger wickelte die Formalitäten nach dem Unfall mit der Unfallgegnerin selbst ab, ohne Dritte, z.B. die Polizei, hinzuzuziehen, und suchte erst mit zeitlicher Latenz einen Arzt auf. Im DAB vom 30. Juni 1995 sind die genannten Symptome beschrieben. Bei Vorliegen einer mittelgradigen und schweren Beschleunigungsverletzung hätte es dagegen zu morphologisch fassbaren strukturellen Verletzungen kommen müssen, die auch sofort eine starke Beschwerdesymptomatik ausgelöst und den Verletzten im Allgemeinen auch sofort veranlasst hätten, den Arzt aufzusuchen. Das Intervall zwischen Unfall und erstmaligem Aufsuchen des Hausarztes spricht gegen eine mehr als leichte Beschleunigungsverletzung. Bei mittelgradigen Beschleunigungsverletzungen kommt es auch - so Prof. Dr. C. - zu Weichteilverletzungen, z. B. Risse des Bandapparates. Diese können mit einer zeitnah zum Unfall angefertigten Kernspintomografie exakt diagnostiziert werden. Allerdings hat hier keiner der behandelnden Ärzte die Verletzung so schwerwiegend eingeschätzt, dass er eine kernspintomografische Untersuchung für notwendig erachtet hätte. Auch im Langzeitverlauf finden sich keine Spuren von Weichteilverletzungen im Röntgenbild. Die Verkalkungen des vorderen Längsbandes sind nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. C. in diesem Zusammenhang nicht als Zeichen einer Weichteilverletzung zu werten, weil solche Verkalkungen in Projektion auf das vordere Längsband in aller Regel auch unfallunabhängig und aus innerer Ursache heraus auftreten und zum anderen solche Verkalkungen bereits auf den Röntgenaufnahmen von 1995 nachweisbar waren. Eine Beschleunigung der Entwicklung dieser Verkalkungen von 1995 bis 2006 ist nicht aufgetreten. Die Zunahme der Größe der Verkalkungen entspricht vielmehr dem natürlichen Verlauf ihrer Entwicklung. Den in den Akten enthaltenen ärztlichen Unterlagen sind - so Prof. Dr. C. - keine objektifizierbaren Befunde zu entnehmen, die als Folge des Unfalles vom 26. Juni 1995 zu deuten wären. Der Unfall vom 26. Juni 1995 mit einer leichten Beschleunigungsverletzung der HWS hat nach klinischer Erfahrung - so im Wesentlichen übereinstimmend Prof. Dr. C. Prof. Dr. G. und Dr. S. - zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 6 Wochen geführt. Selbst wenn es wegen des degenerativen Vorschadens zu einem verzögerten Heilungsverlauf kam, wäre auch dann jedenfalls spätestens nach drei Monaten mit einem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Wie der Kläger selbst angab, war die Arbeitsfähigkeit nach vier Wochen eingetreten. Auch beim Unfall vom 15. Mai 1998 ist die erstmalige Behandlung am 18. Mai 1998 und das Aufsuchen des Durchgangsarztes am 20. Mai 1998 erfolgt. Auch hier ist auf Grund der geschilderten Symptomatik von einer leichtgradigen Beschleunigungsverletzung auszugehen. Aus dem Vergleich der Röntgenaufnahmen von 1995 und 1998 ergibt sich - so Prof. Dr. C. - keine wesentliche Befundänderung. Aus dem Verlauf der Röntgenbilder zwischen 1998 und 2006 lassen sich keine indirekten Zeichen einer knöchernen oder weichteiligen Verletzung erkennen. Damit ist davon auszugehen, dass der Kläger bei dem Unfall vom 15. Mai 1998 ebenfalls eine leichtgradige Beschleunigungsverletzung erlitten hat, von der Folgen nicht mehr erkennbar sind. Bei Vergleich der Röntgenbilder zwischen 1998 und 2006 ist nicht erkennbar, dass der Unfall von 1998 zu einer beschleunigten und vorauseilenden Entwicklung der vorhandenen degenerativen Veränderungen geführt hat (Prof. Dr. C.). Wegen der Folgen des Unfalles vom 26. Juni 1995 war Behandlungsbedürftigkeit bis 31. Juli 1995 anzunehmen, wegen der Folgen des Unfalles vom 15. Mai 1998 bis etwa 20. Juni 1998. Eine weitergehende unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit ist auch nicht belegt, zumal Dr. P. eine solche nach dem Unfall vom 26. Juni 1995 nur bis 11. Juli 1995 und nach dem Unfall vom 15. Mai 1998 nur bis 25. Mai 1998 bescheinigt hat und der Kläger sich wegen der Folgen von Unfällen erst im März 2001 an die Beklagte gewandt hat. Nach klinischer Erfahrung ist - so Prof. Dr. C. - nach Abschluss der Behandlungsbedürftigkeit von einer MdE messbaren Grades nicht mehr auszugehen.

Soweit hiervon abweichend Dr. O. darauf hinweist, dass sowohl nach dem Unfall im Jahr 1995 wie auch nach dem Unfall im Jahr 1998 eine aussagekräftigere Befunddokumentation in den Akten der Beklagten nicht enthalten ist, belegt dies zum einen nicht, dass entsprechende belangvolle wesentliche Befunde tatsächlich vorgelegen hätten und liegt dies auch schlicht daran, dass sich der Kläger, nachdem ihm die Beklagte Verletztengeld gewährt hatte (nach Vorlage der Bescheinigung des Dr. P., die Behandlungsbedürftigkeit habe am 11. Juli 1995 geendet), nicht mehr gemeldet hat. Schließlich hat der Kläger auch bei der Unfallmeldung betreffend den Unfall vom 15. Mai 1998 auf die Frage, ob er wegen anderer Arbeitsunfälle in seiner Erwerbsfähigkeit gemindert sei, geantwortet: "Keine Ahnung." Er hat damit zumindest im Jahr 1998 weiterhin keine Folgen des Unfalles im Jahr 1995 geltend gemacht. Soweit Dr. O. davon ausgeht, es bestünden ein "chronisches myofasciales Schmerzsyndrom nach mehrfacher exzentrischer Überlastung der Schulter-Nackenschultermuskulatur mit Beschwerden im Sinne eines cervicocephalen Syndromes, eine schmerzhaft bewegungseinschränkung des Kopf-/HWS-Bereiches und anhaltende gravierende Schlafstörungen", was auf die Unfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 zurückzuführen und wodurch eine MdE um 10 bis 20 v. H. ab dem Unfall vom 26. Juni 1995 sowie von 30 v. H. ab 15. Mai 1995, von 100 v. H. ab Mai 2000 und ab Februar 2003 um 20 v. H. bedingt sei, fehlt es für den Senat hierfür an einer schlüssigen und überzeugenden Begründung. Zum einen berücksichtigt er nicht die röntgenologischen Befunde und setzt sich auch nicht plausibel mit den nachgewiesenen vorbestehenden degenerativen Veränderungen auseinander, zum anderen räumt er ein und moniert er, dass der Gesundheitszustand des Klägers in der Akte der Beklagten seit dem Unfall vom 26. Juni 1995 nicht durch zeitnahe und wiederholte ärztliche Untersuchungen mit der notwendigen Genauigkeit im zeitlichen Verlauf nachvollziehbar und/oder hinreichend detailliert dokumentiert sei. Ferner räumt er ein, er habe einen "unspektakulären Untersuchungsbefund" erhoben, der allerdings nicht ungewöhnlich sei, sondern dem körperlichen Untersuchungsbefund entspreche, wie er sich bei seinen Patienten mit chronisch unspezifischen Schmerzen auf hohem Niveau regelmäßig darstelle. Letztlich hat er damit weder das Vorliegen von Gesundheitsstörungen und Funktionseinschränkungen, die wesentlich auf einen der streitgegenständlichen Unfälle zurückgeführt werden könnten, für den Senat plausibel belegt, noch eine entsprechende MdE messbaren Grades. Er stützt sich insofern allein auf nicht objektivierte Angaben des Klägers und stellt selbst Mutmaßungen an, die nicht durch objektive Befunde gestützt sind. Soweit er Prof. Dr. C. vorwirft, dieser belege nicht, dass ein im Hinblick auf die zum Zeitpunkt der Unfälle festgestellten Gesundheitsstörungen nach

medizinischer Erfahrung zu erwartender und üblicher Heilungsverlauf eingetreten sei, übersieht er, dass der von ihm postulierte abweichende Verlauf nicht belegt ist. Dies kann im Übrigen nicht der Beklagten angelastet werden, nachdem der Kläger die streitgegenständlichen Ansprüche erst 2001 und damit mehrere Jahre nach den Unfällen geltend gemacht hat. Eines Eingehens auf die zum Teil unsachlichen Bemerkungen in Bezug auf die Qualifikation der Beratungsärzte und Vorgutachter bedarf es im Übrigen nicht.

Wenig nachvollziehbar ist, wie Prof. Dr. C. ausgeführt hat, die Bewertung des Dr. O. bezüglich des Unfalls vom 26. Juni 1995 "vor dem Hintergrund" eines "Medikamentengebrauchs ... und erhöhten Regenerationsbedarfes" sei von einer MdE um 10 bis 20 v. H. auszugehen. Dies lässt sich mit der einschlägigen Gutachtenliteratur jedenfalls nicht begründen. Bezüglich des Unfalles vom 15. Mai 1998 ist die gutachterliche Bewertung hinsichtlich der Höhe der MdE ebenso wenig plausibel und nachvollziehbar.

Soweit Dr. B. zeitweilig eine unfallbedingte MdE angenommen hat, konnte sich der Senat auch dem nicht anschließen, da eine von ihm angenommene Weichteilverletzung nicht nachgewiesen und er eine Differenzierung unter Berücksichtigung von vor dem Unfall vom 26. Juni 1995 eingetretenen weiteren Unfällen nicht vornimmt. Im Übrigen hat Prof Dr. C. auch seine Beurteilung überzeugend widerlegt.

Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Unfälle vom 26. Juni 1995 und 15. Mai 1998 über die 26. Woche nach dem Ereignis hinaus jeweils keine MdE mehr bedingten und bedingen. Somit hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Aus diesen Gründen weist der Senat die Berufung zurück.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass die Berufung wie schon die Klage des Klägers erfolglos geblieben ist ...

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-09-14