

1. Zur Herstellung eines Kausalzusammenhangs zwischen einer Halswirbelsäulenverletzung und einem unfallbedingtem Spätschadenssyndrom ist erforderlich, dass ein typisches klinisches Syndrom vorliegt, welches nach der empirisch und statistisch abgesicherten Meinung in der medizinischen Wissenschaft typischerweise ohne sonst erkennbare Anlässe nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung auftritt (hier: HWS-Beschleunigungsverletzung nach einem Auffahrunfall).
2. Weisen die Gesundheitsstörungen einer Versicherten in einem solchen Fall nur teilweise die spezifische und einschlägige Symptomatik auf und liegt insgesamt ein eher untypisches Beschwerdebild vor (teilweiser Zusammenhang zu offensichtlich unfallunabhängigen Krankheitskomplexen), kann der notwendige Kausalzusammenhang nicht angenommen werden.

§ 56 SGB VII

Urteil des Sächsischen LSG vom 20.05.2009 – L 6 U 172/06 –
Bestätigung des Urteils des SG Dresden vom 19.07.2006 – S 7 U 176/02 –
– vom Ausgang des Revisionsverfahrens beim BSG – B 2 U 5/10 R – wird berichtet

Streitig war, welche Gesundheitsstörungen der Klägerin als Folgen eines anerkannten Wegeunfalls zu entschädigen waren. Bei der Klägerin waren nach einem Verkehrsunfall ein HWS-Schleudertrauma sowie eine Schädelprellung diagnostiziert worden. Später aufgetretene Gesundheitsstörungen (psychischer Schaden, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, chronische Schmerzen in der Halswirbelsäule und der Schultergelenke u.s.w.) führte die Klägerin auf den Wegeunfall zurück. Diese Einschätzung wurde von einem Teil der medizinischen Gutachter (MdE-Bewertung: 50 v.H.) gestützt (Rn 47). Der beklagte UV-Träger sah hingegen – in Übereinstimmung mit anderen medizinischen Gutachten – die späteren Gesundheitsstörungen nicht als Unfallfolgen an und lehnte die Gewährung einer Rente ab (Rn 30).

Das LSG hat den Rentenablehnungsbescheid als rechtmäßig bestätigt. Der **ursächliche Zusammenhang** zwischen den geltend gemachten **späteren Gesundheitsstörungen** und dem **Unfall** habe sich nicht wahrscheinlich machen lassen (Rn 60). Es existiere inzwischen speziell zu dem Themenkomplex "HWS-Beschleunigungsverletzung" eine kaum mehr überschaubare Fülle von Literatur. Auch die deutsche Zivilrechtsprechung leugne keinesfalls mehr die **Existenz eines Spätschadenssyndroms bei HWS-Verletzung** (Rn 62).

Um einen **Kausalzusammenhang** in derartigen Fällen herstellen zu können, sei aber das **Vorliegen eines typischen klinischen Syndroms erforderlich**, „welches nach der empirisch und statistisch abgesicherten Meinung in der medizinischen Wissenschaft typischerweise ohne sonst erkennbare Anlässe nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung“ auftrete (Rn 63). Weiter heißt es: „Tritt nach einer einschlägigen unfallmäßigen Belastung der Halswirbelsäule eine einschlägige Symptomatik auf, so kann sich die bloße Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdichten, wenn diese Symptomatik einem zusammenhängenden Syndrom ("whiplash-syndrome") entspricht und andere Erklärungsmöglichkeiten ausscheiden“ (Rn 65).

Im Falle der Klägerin gehe das Gericht von der Eignung des Unfallgeschehens aus, ein solches „whiplash-syndrome“ auszulösen, da der Körper der Klägerin bei der doppelten Kollision erheblichen Beschleunigungskräften ausgesetzt gewesen sei (Rn 66 und 74). Andererseits weise die Klägerin aber **nur teilweise die spezifische und einschlägige Symptomatik** auf (Rn 80). Teilweise bestünden z.B. Zusammenhänge zu offensichtlich unfallunabhängigen Krankheitskomplexen, teilweise sei trotz an sich gegebener Einschlägigkeit für das einzelne Symptom ein Unfallzusammenhang zu verneinen (Rn 67 und 80). Daher lasse sich letztendlich über die Ursachen des bei der Klägerin dann doch **eher untypischen Beschwerdebildes** nur spekulieren.

Das **Sächsische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 20.05.2009 – L 6 U 172/06 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Streitig ist, inwieweit ein anerkannter Wegeunfall zu entschädigen ist.

2

Die ... 1950 geborene Klägerin befand sich am 15.05.2000 auf dem Weg von ihrer Arbeitsstätte – dem Amt für Landwirtschaft in G – nach Hause, als an einem Stauende ein Ford Transit auf ihr stehendes Fahrzeug auffuhr und dieses auf das voranstehende Fahrzeug schob. Die Klägerin war angeschnallt, ein Airbag befand sich in dem PKW Opel Omega Caravan nicht. Durch den Unfall wurde sie stark nach vorn und hinten geschleudert und ihr wurde schwarz vor den Augen. Anschließend stellten sich starke Schmerzen in der Brustwirbelsäule und Halswirbelsäule ein. Sie konnte zunächst noch am Unfallort die Formalitäten mit dem Schädiger und der Polizei abwickeln, fuhr auch noch mit dem PKW nach Hause, musste aber drei Stunden später in die ambulante Notfallbehandlung im Kreiskrankenhaus M verbracht werden. In den dort gefertigten Durchgangsarztbericht (Dr. med. G. P wurde unter "Diagnose (wenn schon einwandfrei zu stellen)" eingetragen: "HWS-Schleudertrauma, Schädelprellung". Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule hatten keine knöchernen Verletzungen erbracht. Als Befund wurde eingetragen: kein Anhalt für Schädelhirntrauma.

3

Am 19.05.2000 wurde die Klägerin stationär ins Kreiskrankenhaus R aufgenommen. An diesem Tag hatte sie erstmals Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Unterarmes und im Bereich der linken Hand bemerkt. Ihr wurde eine Sporlastic-Halskrawatte verordnet sowie Physiotherapie. Im EEG, das am 23.05.2000 abgeleitet wurde, waren Hinweise für eine vasculäre Labilität erkennbar. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Armes bildeten sich vollständig zurück, sodass die Klägerin dann am 27.05.2000 entlassen werden konnte.

4

Auch in der ambulanten Weiterbehandlung bei Dr. Sch in M kam es aber nicht zu einer entscheidenden Verbesserung, Dr. Sch überwies sie zur Klinik am T W und teilte der Beklagten mit, dass die Klägerin nach wie vor über ständige Kopfschmerzen klage, über wechselndes Schwindelgefühl, über ein Gefühl, als sei ein Schleier vor den Augen, es bestehe auch eine schnelle Ermattbarkeit bei nur geringer körperlicher Belastung, Schmerzen beständen vor allen Dingen im HWS-Bereich, die Kopfdrehung rechts links sowie Flexion und Dorsalextension sei schmerzhaft, es bestehe eine deutliche Überspannung der Nackenmuskulatur, ein paravertebraler Druckschmerz, keine neurologischen Störungen, keine Parästhesien, keine Paresen. Unabhängig von dem Unfall bestehe eine Osteochondrose der Halswirbelsäule mit Bandscheibenprotrusionen im Bereich C5/C6 und C6/C7.

5

Zum 01.08.2000 wurde die Klägerin in die Klinik am T W aufgenommen, dort gab sie an, dass sich wieder Kribbelparästhesien in den Fingern 1 bis 3 links eingestellt hätten. Zeitweilig beständen Schmerzen in beiden Armen. Seit vier Wochen beständen auch Kribbel-

parästhesien in den rechten Zehen und seit 14 Tagen auch in den linken Zehen. Sie leide unter ständiger Geräuschempfindlichkeit beider Ohren. Sie habe Einschlafstörungen, die zum Teil schmerzbedingt seien. Weiterhin bestehe eine Konzentrationsschwäche und eine Gedächtnisstörung.

6

Mit Schreiben vom 17.08.2000 teilten Dr. J und Dipl.-Med. M von der Klinik T W mit, dass es durch die bisherige komplexe Behandlung (Chirogymnastik, manuelle Therapie, Naturmoorpackungen, Segmentmassagen – Dorsalbehandlung –, mobilisierende Wirbelsäulengymnastik im Bewegungsbad, detonisierende Hochvolttherapie und psychologische Mitbetreuung) zu einer wesentlichen Beschwerdeverbesserung seitens der Halswirbelsäule und der depressiven Symptomatik gekommen sei. Es werde beantragt, die Behandlung um eine Woche zu verlängern. Die Klägerin sei mit diesem Vorgehen einverstanden. Es sei abzusehen, dass sie danach als arbeitsfähig entlassen werden könne.

7

Am Entlassungstag wurde die Klägerin dann aber von Dr. J doch noch als arbeitsunfähig eingeschätzt und zwar wegen Aufmerksamkeitsstörungen. Es sei eine ambulante Behandlung mit Einzelkrankengymnastik oder Trainingstherapie und eine psychiatrische Mitbehandlung mit neuropsychologischem Training und psychotherapeutischer Begleitung erforderlich.

8

Der Druck im Kopf habe sich subjektiv gebessert, allerdings trete bei Belastung noch Schleiersehen auf, gebessert habe sich die Beweglichkeit der HWS und die Kribbelparästhesien links. Der linke Arm schmerze allerdings noch bei Belastung. Klinisch bestehe eine freie Beweglichkeit der HWS mit leichten Verspannungen von C5 bis C7 beidseits und beidseits des oberen Trapeziusrandes.

9

Mit Schreiben vom 30.08.2000 teilte Dr. J der Beklagten mit, dass die neurologischen Zusatzuntersuchungen ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links ergeben hätten, welches unfallunabhängig sei. Die Parästhesien und Schmerzen im linken Arm seien somit nicht als Unfallfolge anzusehen. Mit dieser Interpretation sei allerdings die Klägerin wegen des zeitlichen Zusammenhanges nicht einverstanden.

10

Bei der während des Aufenthaltes durchgeführten psychologischen/neuropsychologischen Diagnostik ergaben sich folgende Ergebnisse: Die Reaktionsgeschwindigkeit bei einfacher visuomotorischer Reaktionsanforderung war unterdurchschnittlich ausgeprägt. Dabei waren die Reaktionszeiten einer deutlichen Schwankung unterworfen. Die Fähigkeit, in Erwartung eines Reizes nach einem Ankündigungssignal das Aufmerksamkeitsniveau zu steigern oder aufrechtzuerhalten, war durchschnittlich bis überdurchschnittlich ausgeprägt. Die Leistungsmenge und das Arbeitstempo in intelligenzunabhängigen Leistungssituationen, bei denen es auf die Fähigkeit ankommt, ähnliche Kleindetails schnell und sicher in relativ kurzer Zeit zu unterscheiden, lag gemessen an der Altersnorm im unteren Normbereich. Auch hierbei zeigte die Klägerin einen stark schwankenden Leistungsverlauf mit hoher Anstrengung. Auch im Farb-Wort-Test zeigte sie eine sehr hohe Anstrengung und sehr reduzierte kognitive Umstellungsfähigkeit. Nach jeweils 35 bis 45 Minuten ließ die Konzentrationsfähigkeit drastisch nach, sodass die jeweilige Untersuchung beendet werden musste.

11

Was die Exekutivfunktionen angeht, war die Fähigkeit der Klägerin, bei Konzeptbildungs- und Kategorisierungsaufgaben verschiedenartige Hypothesen zu generieren, die auf wenigen impliziten Informationen beruhen, ein Konzept zu halten und sprunghafte Reaktionen bzw. Antworten zu vermeiden, deutlich beeinträchtigt. Sie neigte zu Sprüngen und Perseverationen. Sie zeigte bei Planungs- und Problemlöseaufgaben einen stark erhöhten Zeitbedarf und erreichte bei hochkomplexen Aufgaben nicht das Ziel.

12

Von Frau Dipl.-Psych. M. L wurde eingeschätzt, dass die Depression der Klägerin in doppelter Weise mit diesen Defiziten zusammenhänge: Die prämorbid in einer verantwortungsvollen gehobenen Stellung tätige Klägerin, die ohne Schwierigkeiten das Abitur gemacht und eine Ausbildung zur Agraringenieurin durchlaufen habe, empfinde ihre Ausfälle als schlimm, was zu Depressionen führe; die Depressionen ihrerseits beeinträchtigten dann wiederum die Leistungsfähigkeit, insbesondere Aufmerksamkeit, Konzentration und Belastbarkeit.

13

Es wurde dann die Vorstellung der Klägerin bei Prof. E, Unfallkrankenhaus B-M, veranlasst, dort wurde jedoch eingeschätzt, dass die Depression im Vordergrund stehe und deswegen eine Vorstellung in der Psychosomatischen Abteilung des W-G-Krankenhauses dringend erforderlich sei. Die Klägerin stellte sich dann am selben Tag noch bei Dr. Sch in der Klinik für Neurologie des Unfallkrankenhauses B vor, dieser erwähnte, dass eine subkortikale Funktionsstörung im EEG und ein pathologisches AEP an eine Hirnstammkontusion denken ließen. Ganz im Vordergrund stehe allerdings die Depression, die unbedingt behandlungsbedürftig sei.

14

Dieser Einschätzung ist allerdings die Klägerin entgegengetreten, der einzige "psychische Knacks", den sie vielleicht habe, bestehe in gewisser Angst und Unruhe beim Autofahren, sie fahre zwar selbst wieder, sei jedoch dabei ungeheuer unruhig und angespannt.

15

Ihre Stimmung sei weder depressiv noch sei sie antriebslos. Wenn sie genau über die körperlichen Befunde aufgeklärt werde, wisse sie auch Bescheid und könne sich der beruflichen Rehabilitation widmen.

16

Dies deckt sich mit der Einschätzung von Frau Dr. F (Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychotherapeutische Medizin), wonach das Unfallereignis weder in seiner Art noch in seiner Schwere geeignet gewesen sei, eine andauernde psychische Störung hervorzurufen.

17

Nach einer Vorstellung am 22.12.2000 diagnostizierten Dr. El und Dr. Jo vom Unfallkrankenhaus B M eine HWS-Distorsion vom 15.05.2000 nach Auffahrunfall und eine Autofahrphobie.

18

Die Schulter-Arm-Schmerzen seien allerdings nicht Unfallfolge, da sie in erster Linie durch die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule unterhalten würden.

19

Demgegenüber schätzte aber der um eine gutachtliche Stellungnahme gebetene Dr. med. K die gesamte beklagte Beschwerdesymptomatik der Klägerin als unfallabhängig ein: Sie sei schlüssig auf den hochpathologischen Weichteilbefund im Bereich der HWS und BWS zurückzuführen. Es handele sich hierbei um eine typische Muskelfunktionsstörung, wie sie häufig nach so genannten HWS-Schleudertraumen auftrete. Die geklagten Missempfindungen und Befindlichkeitsstörungen wie z. B. der beklagte Schwindel, die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die ausstrahlenden Armschmerzen und Missempfindungen im Bereich beider Arme seien als pseudoradikuläre Phänomene auf den pathologischen Muskelbefund zurückführbar. Bezüglich der psychischen Komponente nehme er eine subdepressive Verstimmung im Rahmen einer Anpassungsstörung an. Dies erscheine nicht pathologisch. Hinweise auf eine Unfallfehlverarbeitung, auf ein Rentenbegehren oder eine sonstige abnorme Reaktion oder eigenständige psychische Erkrankung hätten sich nicht gefunden.

20

Die Beklagte beauftragte daraufhin Dr. B K mit der Erstellung eines Zusammenhanggutachtens.

21

Dr. B gelangte in seinem Gutachten vom 18.03.2001 zu dem Ergebnis, dass die Klägerin eine Halswirbelsäulenzerrung mit nachfolgender erheblicher muskulärer Dysbalance erlitten habe. Hierdurch resultiere eine erhebliche Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sowie auch beider Schultern. Es bestünden erhebliche muskuläre Verspannungen des Schulter-Nacken-Bereichs sowie auch der oberen Brustwirbelsäule und der Halswirbelsäulenmuskulatur. Es liege insofern keine unfallbedingte Verschlimmerung eines bestehenden Leidens vor. Seit dem Unfall sei die Klägerin arbeitsunfähig und behandlungsbedürftig. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen. Möglicherweise sei eine Besserung des Befundes bei einer adäquaten Therapie wie z. B. der multimodalen Therapie durch Dr. K noch zu erwarten.

22

Dr. Schm hatte in einem neurologischen Zusatzgutachten die MdE auf neurologischem Gebiet mit 0 eingeschätzt.

23

Dr. Ju (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) hatte zuvor der Beklagten mitgeteilt, dass die von der Klägerin beschriebenen Beschwerden typisch für ein Beschleunigungstrauma seien. Man müsse davon ausgehen, dass durch den Unfallhergang eine Hirnstammaffektion mit abgelaufen sei, wie sie bei derartigen Unfällen immer wieder beobachtet und in der Fachliteratur auch beschrieben werde. Auch wenn die Ätiopathogenese nicht einheitlich interpretiert werde, sei das Syndrom typisch und müsse auf das Unfallereignis bezogen werden. Bis zum Unfallereignis habe die Klägerin keine derartigen Beschwerden gehabt und sei voll belastbar gewesen.

24

Von Dr. L war mitgeteilt worden, dass im Oktober und November 1996 schon einmal ein reaktiv depressiver Zustand bei Überforderung bestanden habe. Zu erneuten depressiven Schüben sei es dann im Mai 1998 und im September 1998 gekommen.

25

Es wurde daraufhin die multimodale Therapie bei Herrn Dr. K durchgeführt, erbrachte jedoch nicht die erwünschten Ergebnisse.

26

Mit Schreiben vom 01.10.2001 beauftragte die Beklagte Prof. Z, B, mit der Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens auf orthopädischem Fachgebiet sowie der Einholung eines Zusatzgutachtens auf neurologisch/psychiatrischem Fachgebiet.

27

Prof. Z diagnostizierte eine "Konversionsneurose". Die bei der Klägerin vorliegenden Symptome und Beschwerden ließen sich nicht auf einen Unfall oder auf ein sonstiges von außen einwirkendes zeitlich begrenztes unfreiwilliges Ereignis zurückführen. Diese Aussage lasse sich definitiv treffen. Es gehe aus den vielen bereits erfolgten Untersuchungen nach dem Unfall zweifelsfrei hervor, dass zu keiner Zeit objektivierbare Anzeichen für Verletzungen des Skelettes (Schädel, Wirbelsäule), der diskoligamentären Strukturen, der neuralen Strukturen (Gehirn, Rückenmark, Nervenwurzeln, periphere Nerven) oder der Weichteile vorlägen. Für die massive Anhäufung von vorgetragene Beschwerden und demonstrierten Symptomen gebe es folglich nicht ein einziges pathomorphologisches Korrelat. Alle beklagten Symptome hätten sich also bei der Klägerin zu keiner Zeit auf organopathologische Veränderungen zurückführen lassen. Weder das Vorliegen eines zervikomedullären, zervikobrachialen noch das Vorliegen eines zervikoenzephalen Syndroms sei zu begründen.

28

Außerdem sei in dem zeitlichen Verlauf nach dem Unfall eine erhebliche Varianz der geäußerten Symptome und Beschwerden sowohl in ihrer Qualität als auch in ihrer Quantität zu verzeichnen. "Spätlähmungen" ohne Nachweis von Verletzungen entsprechender neuraler und Muskelstrukturen seien in der medizinischen Literatur allerdings nicht belegt. Noch am 12.10.2000 sei eine bis auf endgradig eingeschränkte Elevationsfähigkeit der Arme und eine freie Schultergelenksbeweglichkeit gefunden worden, die sich dann aber im späteren Verlauf in wiederum sehr unterschiedlichen Ausmaßen deutlich reduziert habe. Das Trauma, welches die Klägerin erlitten habe, sei dem Schweregrad I zuzuordnen. Nach gutachterlicher Erfahrung sei damit von einer Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von ein bis drei Wochen auszugehen. Es könne auch nicht nachvollzogen werden, wie ein "hochpathologischer Weichteilbefund im Bereich der HWS und BWS" (Zitat Dr. K) zu Schleiersehen, Riech- und Hörstörungen oder zu einem elektrisierenden Gefühl in den Zehen führen könne.

29

Die Klägerin leide unter einer Konversionsneurose. Dieser Begriff bezeichne eine oder mehrere psychogen begründete körperliche Störungen, die durch Verschiebung (Konversion) der psychischen Energie aus einem ungelösten psychischen Konflikt entstehe. Sie gehöre damit neben den Psychosomatosen und funktionellen Syndromen zur Gruppe der Symptomneurosen. Ihre Hauptmanifestation gelte der Skelettmuskulatur und den Sinnesorganen.

30

Mit Bescheid vom 04.03.2002 erkannte daraufhin die Beklagte den Unfall vom 15.05.2000 als Arbeitsunfall im Sinne des § 8 SGB VII an und lehnte den Anspruch auf Rente ab. Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit habe nur bis zum 05.06.2000 bestanden.

Unfallfolgen lägen nach einer Zerrung der Halswirbelsäule und der Halsweichteile nicht mehr vor. Die Schmerzen und die Bewegungseinschränkung in der Halswirbelsäule und der Schultergelenke sowie im Schulter-Nacken-Bereich seien auf eine Konversionsneurose zurückzuführen.

31

Auf den Widerspruch wurde ein psychologischer Bericht von den Psychologischen Psychotherapeutinnen Frau Dr. Schr und Frau Dipl.-Psych. Sche eingeholt.

32

Die Therapeutinnen weisen in ihrem Psychologischen Bericht vom 23.03.2002 darauf hin, dass durch die Diagnose Konversionsneurose nichts erklärt werde, sondern nur eine genuine seelische Fehlausstattung unterstellt werde. Diese Diagnose werde deswegen heute kaum noch verwendet. Sie habe in der Geschichte mehrfach einen Bedeutungswandel infolge der theoretischen Veränderung des ihr zu Grunde liegenden ätiopathogenetischen Modells erfahren. Historisch gesehen habe die "Hysterie" oder später "Konversionsneurose" ihre große Zeit als Ausdruck einer unbewussten sexuellen Störung in der Freud'schen Psychoanalyse gehabt. Später seien diverse psychotraumatische Folgen von Kriegserlebnissen, z. B. die so genannte Schüttelneurose oder die Kriegsneurose, ebenfalls den Konversionsneurosen zugeordnet worden. Ein unrühmliches Kapitel dieser Diagnose sei aufgeschlagen worden, als sie bevorzugte Verwendung bei der Abwehr von sozialrechtlichen Ansprüchen von Kriegsversehrten oder Unfallopfern in den 50er- und 60er-Jahren fand. Diese Diagnose stigmatisiere die Betroffenen zugleich als unkooperativ und darstellerisch-appellierend bzw. unterstelle letztendlich eine mehr oder weniger bewusste, d. h. zweckgerichtete Investition in das Nichtgelingen der Therapie.

33

Im Falle der Klägerin sei das Vorliegen eines psychischen Traumas sehr wahrscheinlich. Während des zweimaligen Aufpralls bei dem Unfallgeschehen habe sie Gefühle extremen Ausgeliefertseins und von Ohnmacht erlebt sowie die starke Angst, körperlich beschädigt oder gar getötet zu werden. Das so erlebte Unfallgeschehen überfordere auch bei gesunden Ausgangspersönlichkeiten die aktuelle psychische Kompensationsfähigkeit und bewirke in der unmittelbaren Folge einen psychischen Schock mit einer nur eingeschränkten Funktionsfähigkeit (Panik, Notabschaltungen und Notprogramme, wie z. B. heilloses Fluchtverhalten). Bei der Klägerin seien diese peritraumatischen Faktoren eines psychischen Traumas erfüllt. Als durchaus gesunde Reaktion auf eine Hyperaktivierung sei zu werten, dass sie nach diesem Stress zwei Tage viel geschlafen habe, d. h. zentralnervös habe herunterschalten können. Dieses Trauma sei dann in einem längeren Leidens- und Chronifizierungsprozess nicht abgeklungen, sondern habe sich vielmehr verfestigt und habe auch nunmehr einen vermutlich erheblichen Anteil an der vorliegenden chronischen Schmerzproblematik. Schmerz sei ein komplexes psychophysiologisches Geschehen und lasse sich nicht ausschließlich aus Röntgenbefunden, Computertomogrammen und anderen bildhaft darstellenden Verfahren erklären.

34

Dr. Mü, D, wurde daraufhin um eine beratungsfachärztliche Stellungnahme gebeten. In seiner Beurteilung nach Aktenlage kommt Dr. Mü zu dem Ergebnis, dass das Gutachten von Dr. Z die Situation der Klägerin am objektivsten reflektiere. Bei fehlendem Nachweis von Läsionen an Gelenkkapseln, Bändern und Bandscheiben sowie beim Ausbleiben eines retropharyngealen Hämatoms, Frakturen und Luxationen sei das Trauma dem Schweregrad I zuzuordnen und erfordere eine Behandlungsdauer von maximal drei Wochen.

Das Unfallereignis sei im Sinne der Kausalitätslehre als Gelegenheitsursache zu bezeichnen und lediglich für die Exazerbation bzw. das Sichtbarwerden einer bereits vorhandenen pathologischen Befundkonstellation verantwortlich zu machen. Dies heiße explizit, dass dieselben Beschwerden, respektive Symptome, mit Wahrscheinlichkeit zeitnah zum Unfallereignis auch in jedem anderen Zusammenhang und in etwa demselben Ausmaß aufgetreten wären.

35

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch der Klägerin mit Bescheid vom 02.07.2002 als unbegründet zurück. Verletztengeld war bis zum 04.04.2002 gezahlt worden.

36

Auf die Klage zum Sozialgericht Dresden hat dieses zunächst verschiedene Befundberichte eingeholt und anschließend auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG Prof. Dr. St, Universitätsklinikum des S gutachterlich gehört.

37

Prof. St kommt in seinem ausführlichen Gutachten vom 27.09.2005 zu dem Ergebnis, dass

38

– die Einschränkung des Hörvermögens,

39

– Gleichgewichtsstörungen

40

– chronifiziertes Schmerzsyndrom als somatoforme Störung

41

wesentlich durch den Unfall verursacht wurden.

42

Zweifellos lasse sich eine fortschreitende degenerative Erkrankung der unteren Halswirbelsäule dokumentieren. Die in der Röntgenuntersuchung am 16.07.1998 offenbar gewordenen geringen degenerativen Veränderungen vor dem Unfall hätten eine Zunahme in der Untersuchung am Unfalltag, dem 15.05.2000 und ein Fortschreiten bei der Untersuchung vom 15.03.2001 gezeigt. Dies sei dann noch in der Kernspintomographie mit Funktionsaufnahmen vom 22.10.2001 bestätigt worden. Es komme zu einer Steilstellung mit geringer kyphotischer Abknickung. Diese Veränderungen bedingten einen unfallunabhängigen GdB von mindestens 10 v. H. auf Dauer. In der Funktionscomputertomographie vom 01.04.2004 – also vier Jahre nach dem Unfall – zeigten sich funktionelle Kopfgelenkstrungen sowohl bei Linksrotation wie bei Rechtsrotation in allen drei Etagen der Kopf-Hals-Gelenke. Auch in der MR der oberen Halswirbelsäule in Rechts- und Linksneigung zeige sich eine funktionelle kranio-zervikale Myelopathie, außerdem zeigten sich Strukturveränderungen mit narbigen Konturen entlang der densnahen Insertion der Ligamenta alaria beidseits und deutliche Konturvernderungen mit Faserauftreibung rechts und links mit einem resultierenden chronisch instabilem Dens rechtsbetont. Schließlich zeige sich auch eine chronische Facettengelenksdysharmonie nach Dens-Gelenkkapseltrauma. Diese Befunde machten einen wesentlichen Teil der kritischen Beurteilung nach einer HWS-Distorsion aus. Insgesamt könne die Diagnose "zentrale Funktionsdefizite im Rahmen einer lokalen Kapsel-Band-Pathologie" als möglich unfallbedingt angesehen werden.

43

Was die Hörstörung angehe, so lägen mehrfache Untersuchungen vor und zwar für die Zeit vor und nach dem Unfall. Hier sei eindeutig zwischen dem 23.04.1999 und dem 20.09.2000 ein Hochtonabfall über 1 kHz links erkennbar. Damit sei die Hörschädigung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als unfallabhängig anzusehen. Damit lasse sich auch der Tinnitus pathomorphologisch erklären. Isoliert betrachtet sei hier eine MdE von 20 % unfallabhängig auf Dauer anzunehmen.

44

Was das Gleichgewichtsorgan angehe, so sei schon in der Untersuchung vom 23.04.1999 eine Übererregbarkeit des rechten Labyrinthes auf kalorische Reizung berichtet worden. Bei der Vestibularisprüfung am 20.09.2000 sei dann ein ähnlicher Befund erhoben worden. Die kausale Beziehung zum Unfallgeschehen sei daher problematisch. Allerdings lasse schon allein die Schädigung des Innenohres, die hier zweifelsfrei vorliege, einen Unfallzusammenhang als wahrscheinlich erscheinen und bedinge eine unfallabhängige MdE von 10% unter Berücksichtigung der Vorschädigung und der Beschwerden vor dem Unfall (Hinweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, 7. Auflage 2003, S. 558).

45

Was die Bildgebung des Kopfes betreffe, so lägen eine Kernspintomographie des Kopfes vom 11.05.1999 (also vor dem Unfall) und Röntgennativaufnahmen des Schädels in zwei Ebenen vom 15.05.2000 (also am Unfalltag) sowie eine Kernspintomographie des Kopfes vom 30.10.2000 (nach dem Unfall) vor. Diese Untersuchungen zeigten alle keine Frakturfolgen, keine Traumafolgen, keine Verletzungszeichen, auch keine Verletzung einer Liquorzirkulationsstörung oder einer degenerativen Hirnerkrankung. Ausschließlich die durchgeführte Positronen-Emissions-Tomographie vom 08.07.2004 habe eine verminderte Stoffwechselaktivität des Großhirns im temporalen und hinteren Bereich gezeigt. In der Beurteilung dazu heiße es: "Der Befund ist damit vereinbar mit den in der Literatur beschriebenen Perfusionsdefiziten, wie sie auch einem Zustand nach HWS-Distorsionsstrauma beschrieben sind (Otte, Freiburg)". Insgesamt müsse man hier davon ausgehen, dass der Zusammenhang möglich, aber nicht wahrscheinlich sei.

46

Was die psychischen Unfallfolgen angehe, sei zunächst festzustellen, dass mit der in Deutschland am 01.01.2000 neu eingeführten internationalen Klassifikation (ICD 10) der Begriff der Neurose aufgegeben wurde. Die Klägerin habe sehr viele psychische Störungen geltend gemacht. Jedenfalls sei eine posttraumatische Belastungsstörung zu verneinen.

47

Wesentliche Ursache sei der Unfall für die Einschränkung des Hörvermögens, die Gleichgewichtsstörungen und das chronifizierte Schmerzsyndrom als somatoforme Störung, hierdurch sei die Erwerbsfähigkeit zu 100 % in den ersten sechs Wochen und dann zu 50 % auf Dauer gemindert.

48

Auf Grund bestandskräftigen Bescheides des Amtes für Familie und Soziales Dresden vom 19.01.2005 wurde der Klägerin ein Gesamt-GdB von 50 zuerkannt.

49

Die Beklagte hatte am 19.02.2004 die beratungsärztliche Stellungnahme von Frau Dr. H Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie aus D, zu den Akten gegeben. Frau Dr. H wies darauf hin, dass die Klägerin auch in den 90er-Jahren wiederholt von Dr. L wegen eines reaktiv depressiven Zustandes, wegen funktioneller Herzbeschwerden oder depressiver Störungen bzw. Erschöpfungszuständen und Antriebsstörungen behandelt wurde. Es hätten also vor dem Unfall immer wieder behandlungsbedürftige depressive Symptome mit phobischen, somatoformen und neurasthenischen Beschwerden bestanden. Diese Symptome seien im Sinne einer neurotischen Erkrankung zu werten. Es handele sich dabei eindeutig um einen Vorschaden, der im Vollbeweis gesichert sei.

50

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 19.07.2006 abgewiesen. Der Wegeunfall habe keine objektivierbaren körperlichen Folgen an Hals und Kopf der Klägerin hinterlassen. Anhaltspunkte für ein Schädelhirntrauma bestünden nicht. Das zunächst pathologisch veränderte EEG (Kreiskrankenhaus R, Mai und Oktober 2000) habe später Normalbefunde erbracht. Die Armschmerzen seien auf ein unfallunabhängiges Sulcus-ulnaris-Syndrom zurückzuführen.

51

Die angefertigten Funktionscomputertomographien ließen wegen des großen zeitlichen Abstandes zum Unfall von vier Jahren keinen Rückschluss auf den Gesundheitszustand der Klägerin direkt nach dem Unfall zu. Nach der Literatur (Erdmannschema) sei die Klägerin in die Stufe I einzuordnen. Bänder und Teile des Kapselapparates seien gezerrt oder gedehnt worden, der Zusammenhalt sei aber im Wesentlichen noch erhalten gewesen. Veränderungen des Schweregrades II hätten kernspintomographisch bereits direkt nach dem Unfall nachweisbar sein müssen. Die Gleichgewichtsstörungen seien auch nicht unfallbedingt, da die Klägerin sich bereits im April 1999 wegen vestibulären Schwindels in HNO-ärztlicher Behandlung habe begeben müssen. Bei der Klägerin bestehe eine somatoforme Schmerzstörung nach ICD 10 F45, hierfür sei der Unfall aber nicht die wesentliche Ursache. Auf Grund der Behandlungen wegen Depression in den 90er-Jahren sei davon auszugehen, dass die bereits vorhandene Krankheitsanlage der Klägerin so stark ausgeprägt gewesen sei, dass die Auslösung akuter Erscheinungen nicht besonderer in ihrer Art unersetzlicher Einwirkungen bedurft hätte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende die Klägerin belastende Ereignis dieselben Erscheinungen hätte auslösen können. Unfallbedingte Krankheitserscheinungen lägen bei der Klägerin über den 05.06.2000 hinaus nicht vor.

52

Mit der Berufung wird vorgebracht, dass ggf. ein Unfallrekonstruktionsgutachten eingeholt werden müsse, um die Kräfte festzustellen, die auf die Halswirbelsäule der Klägerin eingewirkt hätten. Von einer Gelegenheitsursache könne nicht die Rede sein. Die Diagnose "Konversionsneurose" sei schon deswegen abzulehnen, weil sie von einem Orthopäden (Prof. Z) gestellt worden sei.

53

Die Klägerin beantragt,

54

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19.07.2006 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 04.03.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.07.2002 abzuändern und festzustellen, dass Folgen des Unfalls vom 15.05.2000 eine leichte Schädel-Hirn-Verletzung sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule im Rahmen eines Beschleunigungstraumas mit nachfolgender erheblicher muskulärer Dysbalance der oberen BWS und HWS mit Instabilität der HWS von C0 bis C3 und Verletzung des Iliosakralgelenkes, mit Hirnstammschädigung und den aus diesen Verletzungen resultierenden Bewegungseinschränkungen, Einschränkung des Hörvermögens (Tinnitus), Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen, Autofahrphobie und chronifiziertes Schmerzsyndrom als somatoforme Schmerzstörung sind und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin Leistungen im gesetzlichen Umfang nach einer MdE von mindestens 50 v. H. zu gewähren, hilfsweise ein Unfallrekonstruktionsgutachten und ein biomechanisches Gutachten einzuholen.

55

Die Beklagte beantragt,

56

die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 19.07.2006 zurückzuweisen.

57

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, die beigezogenen Beklagtenakten sowie die von der Klägerin zu den Akten gereichten Bände "MEDLINE-Literaturrecherche" einschließlich der Auszüge aus Schmidt/Senn: "Schleudert trauma – neuester Stand" Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

58

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

59

Das Sozialgericht hat die Klage gegen den Rentenablehnungsbescheid der Beklagten zu Recht abgewiesen. Die maßgeblichen Rechtsvorschriften wurden zutreffend benannt, hierauf wird Bezug genommen.

60

Der ursächliche Zusammenhang zwischen den geltend gemachten – nach dem Unfall aufgetretenen – Gesundheitsstörungen und dem Unfall hat sich – jedenfalls was die für einen Anspruch auf Rente maßgeblichen, also nach der 26. Woche noch vorliegenden oder hinzugekommenen Gesundheitsstörungen betrifft – nicht wahrscheinlich machen lassen.

61

In Fällen mit geltend gemachten HWS-Beschleunigungsverletzungen besteht die Besonderheit, dass bei laienhafter Betrachtungsweise ohnehin Spätfolgen einer nicht sichtbaren und kaum sichtbar machbaren Verletzung nur schwer vorstellbar erscheinen; dies führte oftmals in der Vergangenheit zu den verschiedensten Erklärungsmodellen (vgl. die interessante Darstellung von Hirschmüller: Trauma und seelische Erkrankung aus historischer Sicht, MEDSACH 2003, 137 ff), denen aber mehr oder weniger gemeinsam ist, das Leiden als Eigenart des Patienten zu fassen und somit aus der Entschädigungspflicht herauszunehmen.

62

Inzwischen existiert eine kaum mehr überschaubare Fülle von Literatur speziell zu dem Themenkomplex "HWS-Beschleunigungsverletzung" (vgl. die von der Klägerin zu den Akten gereichte MEDLINE-Literaturrecherche sowie die ebenfalls von der Klägerin zu den Akten gereichten Auszüge aus: Schmidt/Senn, Schleudertrauma – neuester Stand, Medizin, Biomechanik, Recht und Case-Management, Expertenwissen für Juristen, Ärzte, Betroffene und Versicherungsfachleute, Zürich, 2004) und auch die deutsche Zivilrechtsprechung leugnet keinesfalls mehr die Existenz eines Spätschadensyndroms bei HWS-Verletzung (mit oder ohne Vorschäden an der HWS), bei Verletzung unklaren Ausmaßes mit psychischem Folgeschaden und sogar bei psychischen Schäden ohne feststellbare Körperverletzung (hierzu: Gerda Müller, VRinBGH, Der HWS-Schaden – Bestandsaufnahme und Perspektiven, VersR 2003, 137-184).

63

Um einen Kausalzusammenhang in all diesen Fällen herstellen zu können, ist es aber erforderlich, dass ein typisches klinisches Syndrom vorliegt, welches nach der empirisch und statistisch abgesicherten Meinung in der medizinischen Wissenschaft typischerweise ohne sonst erkennbare Anlässe nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung auftritt.

64

Diese Vorgehensweise hat an sich nichts Ungewöhnliches: Auch bei einer Radiusfraktur, die nach der Einwirkung ungewöhnlicher Kräfte auf den Arm aufgetreten ist, lässt sich der Beweis eines Kausalzusammenhangs nur auf Grund von Erfahrungswissen führen. Denn das Brechen selber im Moment des Unfalles ist nirgends dokumentiert – und, wie man aus der unfallversicherungsrechtlichen Praxis ergänzen möchte, auch ein vom Verletzten selber und mehreren Zeugen gehörten "Knacken" im Moment des Unfalles beweist weder Sehnenruptur noch traumatische Bandscheibenzerstörung noch Fraktur.

65

Tritt nach einer einschlägigen unfallmäßigen Belastung der Halswirbelsäule eine einschlägige Symptomatik auf, so kann sich die bloße Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit verdichten, wenn diese Symptomatik einem zusammenhängenden Syndrom ("whiplash-syndrome") entspricht und andere Erklärungsmöglichkeiten ausscheiden. Dies heißt nicht, dass ein Kausalzusammenhang stets dann zu bejahen wäre, wenn der Beweis der anderweitigen Verursachung nicht gelingt. Bleibt offen, wodurch letztendlich eine bestimmte posttraumatische Symptomatik aufgetreten ist, so ist der Unfallzusammenhang eben nicht überwiegend wahrscheinlich.

66

Im Falle der Klägerin ist davon auszugehen, dass das Unfallgeschehen an sich in der Lage war, ein whiplash-syndrome zu verursachen. Die von der Klägerseite angeregte Einholung eines diesbezüglichen technischen Sachverständigengutachtens war daher nicht erforderlich, die damit zu beweisende Behauptung kann als wahr unterstellt werden.

67

Die von der Klägerin beschriebene protrahierte Symptomatik wies aber nur teilweise die typischen Elemente des typischen Syndroms auf, teilweise bestehen Zusammenhänge zu offensichtlich unfallunabhängigen Krankheitskomplexen, teilweise ist im Einzelfall trotz an sich gegebener Einschlägigkeit für das einzelne Symptom ein Unfallzusammenhang zu verneinen, und die dann letztendlich "übrig bleibenden" und von Dr. St genannten an sich einschlägigen Symptome "Einschränkung des Hörvermögens", "Gleichgewichtsstörungen"

und "Chronifiziertes Schmerzsyndrom als somatoforme Störung" lassen sich eher in einen anderen Zusammenhang einordnen.

68

Im Einzelnen:

69

Der Senat ist nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Beweiswürdigung (§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG) zu der Überzeugung gelangt, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen Kausalzusammenhang zwischen den – unstreitig – vorhandenen Gesundheitsstörungen, die einen GdB von 50 % bedingen, und dem Arbeitsunfall vom 15.05.2000 nicht besteht.

70

Es spricht mehr dafür, dass die von der Klägerin auch noch 9 Jahre nach dem Unfall geklagten Beschwerden nicht Folgen dieses Unfalls sind.

71

Fest steht das Unfallereignis als solches, dies wird auch von der Beklagten nicht bestritten (BSGE 58, 80, 82, BSG SozR 3 2200 § 548 Nr. 19). Fest steht auch, dass die Klägerin durch diesen Unfall einen im Übrigen nicht unerheblichen – Gesundheitsschaden erlitten hat (vgl. BSGE 58, 80, 83, BSG SozR 548 Nr. 84). Ein Gesundheitsschaden ist auch im Kopf-/Halsbereich eingetreten. Dies beweisen schon die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Schmerzen. Der Vollbeweis ist allerdings nicht erforderlich für jede einzelne Teildiagnose. Es muss nicht nachträglich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen, was sich genau im Körper des Verunfallten während des Unfalls abgespielt hat. Die Führung eines solchen Beweises dürfte in der Regel unmöglich sein.

72

Hiervon zu trennen ist allerdings die Frage, inwiefern Erfahrungssätze darüber, welche Arten von Verletzungen welche Arten von Spätfolgen auslösen können, im Rahmen der gesamten Beweiswürdigung eine Rolle spielen. Die Anwendung solcher Erfahrungssätze kann nicht nachträglich die Beweisanforderungen für den Zustand unmittelbar nach dem Unfall heraufsetzen, vielmehr ist auch in diesem Zusammenhang eine Gesamtwürdigung vorzunehmen, ohne dass Rückschlüsse aus entsprechenden Erfahrungssätzen schon deswegen unzulässig wären, weil nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen ist, welche – unter Umständen mikroskopischen – Verletzungen an dem Gesamtschadensbild wesentlichen Anteil hatten. Auch ist eine lückenlose, gewissermaßen hundertprozentige Aufklärung des Unfallgeschehens – auch dieses dürfte praktisch nicht möglich sein – nicht Prämisse für jede weitere Schlussfolgerung; auch hier gilt, dass eine Aufklärung nur soweit zu erfolgen hat, wie sie für die entsprechenden Schlussfolgerungen notwendig ist.

73

Wahlfeststellungen sind möglich. Darüber hinaus gilt, dass nach der Rechtsprechung des BSG die Anforderungen an den Beweis des Ursachenzusammenhanges bei einer unfallbedingten Erinnerungslücke des Verletzten herabgesetzt sind. Dies bedeutet praktisch, dass das Tatsachengericht schon auf Grund weniger tatsächlicher Anhaltspunkte von einem bestimmten Geschehensablauf überzeugt sein kann (vgl. BSG, Urt. v. 12.06.1990, HVBG-Info 1990, 2064, BSGE 24, 25, 29).

74

Der Senat ist davon überzeugt, dass der Körper der Klägerin bei der doppelten Kollision erheblichen Beschleunigungskräften ausgesetzt war. Dies gilt insbesondere für den Moment der durch die Halswirbelsäule übertragenen Beschleunigung des Kopfes ("whiplashsyndrome").

75

In einer Studie wurden Akzelerationskräfte auf den Kopf von 5 g während 35 msec bei einer Aufprallgeschwindigkeit 8 mpH gemessen (J. J. Mathewson Severy, CAN. Services. Med. J. 11 (1955, 27)). Bei 6 g kommt es beim Kampfpiloten zum so genannten "grey out". Bei einer 15 mpH Heckkollision beschleunigt sich der Kopf mit 10 g (T. A. Blakely, D. E. Harrington Med. Sci. Law 33 (1993) Nr. 3). Ein derlei kombiniertes Kontakt-/Nonkontakttrauma bewirkt in der Regel eine Zerrung im Hirnstamm sowie einen Anprall der verschiedenen Hirnlappenpole gegen das Schädelkalotteninnere. Durch komplizierte Innenkopftraumata können beschleunigungsbedingte Masseverschiebungen des Gehirns im Schädelinneren entstehen. Diese äußern sich unter anderen in messbaren Hirnstammversagenszuständen (vgl. Claussen, Mitteilungen der LVA Württemberg 1997, 179). Bei der Klägerin wurde eine verminderte Stoffwechselaktivität des Großhirns im temporalen und hinteren Bereich festgestellt. Diese ist in der Lage, die bei der Klägerin beobachtete Problematik zu erklären.

76

Die Auffassung, dass röntgenologische Veränderungen gewissermaßen notwendige Bedingungen für die Anerkennung von Spätfolgen aus dem Unfallgeschehen seien, ist nicht haltbar und zwar aus mehreren Gründen: Zunächst einmal handelt es sich bei den röntgenologisch abgebildeten Strukturen um grobe Strukturen, die einen direkten Zusammenhang zu der geklagten Symptomatik ohnehin nicht haben und einen mittelbaren auch nicht immer haben müssen. Von einem Wirbelkörper kann eine Ecke fehlen oder sich eine zusätzliche gebildet haben (Spondylophyten), ohne dass dies irgendwelche Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Menschen hätte oder dass man von Krankheit sprechen könnte. Dies gilt auch für andere röntgenologisch sichtbar zu machende Strukturen. Ohne dass dies explizit gesagt wird, spielen diese röntgenologischen Indizien oft die Rolle der Hilfstatsache, d. h. es wird – implizit – von der Schwere der Verletzung auf die Intensität des Verletzungsgeschehens zurückgeschlossen. Auch dies mag generell eine zulässige Methode sein; im Einzelfall ist sie aber insbesondere in negativer Hinsicht, also für den Ausschluss relevanter Verletzungen, unbrauchbar. Nun gibt es mittlerweile feinere bildgebende Verfahren, die im Gegensatz zur Röntgenaufnahme auch Kontusionsnarben, Blutreste, Hydrozephalus, Hirnatrophie, Gefäßläsionen und Liquorfistel sichtbar machen können (vgl. Becker, Relevanz der Medizintechnik für die medizinische Begutachtung aus Sicht eines Radiologen, Med-Sach 1999, 43, 44, entsprechendes gilt bei Verletzungen im Halswirbelsäulenbereich). Allerdings muss generell gesagt werden, dass nicht nur objektivierbar ist, was mittels bildgebender Verfahren bewiesen werden kann (vgl. Senn, das Schleudert trauma der Halswirbelsäule, Bemerkungen zum Stand der Diskussion, SZS (schweizerische Zeitung für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge) 1996, 314, 320 mit Hinweis auf eine Entscheidung des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20.10.1994).

77

Allgemein gilt, dass bildgebende Verfahren vielleicht einen "Einblick" in bestimmte physiologische Zusammenhänge und Funktionsweisen des Körpers geben können; eine lückenlose Darstellung der Lebensprozesse als Ausdruck von erkannten Zwangsläufigkeiten ist

jedoch bisher nicht gelungen. Es ist aber auch nicht Voraussetzung für den Nachweis eines Schadens in einem System, dass dieses System vollständig erklärt werden kann. Auch ist eine vollständige "Materialisierung" nicht erforderlich.

78

Der Gleichgewichtssinn ist in diesem Sinne ein System, dem nicht so einfach ein Organ zugeordnet werden kann, wie dies beispielsweise bei Augen und Ohren der Fall ist. Zwar spielt hier das Labyrinth die Rolle eines materiellen Korrelats, allerdings ist bei dem Gleichgewichtssinn – wie übrigens auch bei dem "Muskelsinn" genannten propriozeptiven System deutlicher als beispielsweise bei Auge und Ohr, dass es sich um ein sehr komplex sich regelndes System handelt, welches durchaus nicht sich auf die Aufgabe beschränkt, irgendwelche Informationen an die "Zentraleinheit" zur Weiterverarbeitung zu melden. Diese Sichtweise wäre im Übrigen auch bei dem Gesichtssinn und dem Gehörsinn verkürzt, wird doch ständig das Wahrgenommene mit Aktionen verbunden, überprüft und auch verändert.

79

Eine Begutachtung kommt daher dann der in der Unfallversicherung ohnehin allein einschlägigen Funktionsbegutachtung am nächsten, wenn sie sich von der Betrachtung der Gegenstände löst und das Augenmerk auf die Funktionsstörungen richtet.

80

Die Klägerin weist nur teilweise eine spezifische und einschlägige Symptomatik auf. Der Senat ist davon überzeugt, dass insofern keine Simulation vorliegt. Daneben besteht aber eine mit dieser einschlägigen durchaus verwandte Symptomatik, die keineswegs dem Unfallgeschehen zugeordnet werden kann. So nannte sie in Ihrer mit der Berufungsbegründung eingereichten Aufstellung der Beschwerden nach dem Unfall vom 15.05.2000 neben zahlreichen einschlägigen Beschwerden auch Kribbelparästhesien an Arm und Fuß. Parästhesien am Fuß können aber weder mit dem Kopf/Hals-Gelenk noch mit der HWS in Zusammenhang gebracht werden. Auch ISG-Blockaden, die sie, wie die Antragstellung im Berufungsverfahren verdeutlicht, mit einer allerdings nie nachgewiesenen unfallbedingten Verletzung des Iliosakralgelenks in Verbindung bringt, wurden genannt. Das "Hängenbleiben" mit dem rechten Fuß gehört ebenfalls – wie auch das geschilderte zuweilen tatsächliche, zuweilen lediglich befürchtete Aussetzen der Spontanatmung nicht zu der einschlägigen Symptomatik, so dass sich insgesamt das Bild eines anderen Syndroms ergibt, wobei es nicht Aufgabe des Senates ist, dieses differentialdiagnostisch exakt zu bestimmen.

81

Häufige Folgen des HWS-Traumas mit oder ohne Schädelbeteiligung sind – auch ohne röntgenologisch fassbare Wirbelsäulenschäden – hartnäckige Beschwerden wie Cervicobrachialgien oder auch Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Konzentrationschwäche, Merkfähigkeitsstörungen, unter Umständen sogar Depressionen (vgl. Delank, Traumatische und posttraumatische Schädigungen des Nervensystems, in: Fritze, Die ärztliche Begutachtung, 5. Auflage 1996, S. 683). Auch Sehbeschwerden sind typisch.

82

Eine Untersuchung von Zihl/Prosiegel (Sehstörungen und HWS-Schleudertrauma, in: Traumatologie Aktuell, Band 14, Stuttgart/ New York 1994, 91 bis 99) zeigt, dass Verschwommensehen bzw. unscharf Sehen sich bei entsprechend Traumatisierten objektivieren lässt und dass insbesondere das Vorliegen eines Rentenbegehrens keinen Einfluss auf das Vorhandensein dieser Störung hat.

83

Allgemein bekannt ist, dass dieser Symptomenkomplex, also dieses Syndrom in zehn bis 20 Prozent der Fälle zur Prolongation neigt (vgl. Bresser, Ph., Die Beurteilung der sogenannten traumatischen Hirnleistungsschwäche, Fortschr. Neurol. Psychiat. 1961, 29, 33 bis 55). Aufgefallen war dieses Syndrom schon in den 50er Jahren (J. R. Gay/K. H. Abbot, Common Whiplash Injury of the Neck, Journal of the American Medical Association, 29.08.1953, 1698).

84

Viele Studien zeigen auch, dass chronische Schmerzen über Jahre andauern können und nicht mit einer so genannten Begehrensneurose erklärbar sind (vgl. R. W. Evans, Some Observations on Whiplash Injuries, Neurologic Clinics 10 (1992) Nr. 985 m. w. N.). Auffällig ist, dass nach einer leichten Gehirnverletzung chronische Schmerzen häufiger sind als nach schwerer Gehirnverletzung. Auch posttraumatische Symptome treten eher nach milden Kopftrauma als nach Kopftrauma schwerwiegenden Ausmaßes auf (vgl. R. C. Packard, R. Weaver, L. P. Ham, Cognitive symptoms in patients with posttraumatic headache, Headache Management and Neurology 33 (1993), 356 bis 368). Typisch für Patienten mit dem so genannten "Postconcussion syndrome", das sowohl eine Folge einer Gehirnschädigung als auch einer Beschleunigungsbewegung der Halswirbelsäule sein kann (vgl. Queller/ Chibnall/Duckro, Headache 34 (1994) 503 bis 507), ist eine Tendenz zur Dissimulation in der Anfangsphase. Nach einer Untersuchung von Fellmann (Isabel Fellmann, Neuropsychologische Folgen bei HWS-Traumen in: Proceedings, Folgen von HWS-Traumen und ihre Beurteilung, Arbeitstagung der SVNP, Bern, Juni 1995, 26) bagatellisieren HWS-Patienten selber ihre Einschränkungen anfänglich und es braucht eine gewisse Zeit, bis sie realisieren, dass ihre eigene Einschätzung falsch ist. Wenn dann die Ressourcen (Freizeit) aufgebraucht sind, braucht es nur noch eine kleine äußerliche Überforderung und das mühsam aufrecht erhaltene System bricht zusammen.

85

Über das bei der Klägerin vorhandene insgesamt dann doch eher untypische Beschwerdebild (vgl. hierzu auch Kortschot /Oosterveld, Otoneurologische Störungen nach HWS-Schleudertrauma, Orthopädie 23 (1994) S. 275 bis 277 und Eichhorn, Das "typische" Beschwerdebild (Folgeschäden) des so genannten Schleudertraumas der HWS aus Sicht der Hals-Nasen-Ohren Heilkunde, in: Traumatologie Aktuell, Band 14 Stuttgart/New York 1994, S. 85 bis 90) lässt sich nur spekulieren. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werde, dass der Senat Bedenken hat gegenüber vielen in diesem Verfahren geäußerten Erklärungsversuchen. Dem Senat erscheint der Begriff "pseudoneurasthenisches Syndrom", der das gemeinsame Auftreten von bestimmten Symptomen bedeutet, die man einer Nervenschwäche (Neurasthenie) zuordnen könnte, aber nicht möchte (pseudo), weder als Diagnose aussagekräftig noch geeignet, einen Rentenanspruch zu verneinen. Entsprechendes gilt für Attribute wie "psychogen" oder "Somatisierungstendenz". Für all diese Diagnosen fehlt es an der entsprechenden Exploration; im Übrigen deutet bei der Klägerin nichts auf einen so genannten "Krankheitsgewinn". Erst nach völligem Ausscheiden aus dem Berufsleben wegen Erwerbsunfähigkeit stellt sich die Unfallrente als ein "Gewinn" dar; die Symptome waren allerdings auch schon vorhanden, als es für die Klägerin zweifelsohne günstiger gewesen wäre, auf die Rente zu verzichten und in ihrer gehobenen Position beim Landwirtschaftsamt zu verbleiben.

86

Die Auffassung von Prof. Z, wonach die Klägerin an einer so genannten Konversionsneurose leide, wurde schon von fachkundiger Seite widerlegt. Abgesehen davon, dass die psychiatrische Diagnose durch einen Orthopäden immer bedenklich ist, fehlt hier auch für diese Diagnose der entscheidende Grundkonflikt. Eine entsprechende Exploration wurde von Prof. Z nicht vorgenommen. Es bleibt also völlig offen, welche verdrängten psychischen Konflikte die Klägerin denn nun in die körperlichen Symptome hineinprojiziert.

87

Entsprechendes gilt für die von Dr. Mü – einem Facharzt für Chirurgie – gesehene "narzisstische Persönlichkeitsstörung". Letztendlich laufen diese keineswegs untermauerten Diagnosen auf die Unterstellung der Simulation hinaus, wie hier auch der vielfach verwendete Begriff der "demonstrierten" Symptome letztendlich nichts anderes bedeutet.

88

Der Senat sieht nicht einem ungelösten psychischen Konflikt als erwiesen an, welchen die Klägerin durch demonstratives Leiden ausagiert, vielmehr muss offenbleiben, wie genau es zu dem chronifizierten multiplen Beschwerdebild kam. Auch dem vom Sozialgericht verwendeten Begriff der "Gelegenheitsursache" vermag sich der Senat nicht anzuschließen; die Verwendung dieses Begriffes würde nämlich voraussetzen, dass eine Ursächlichkeit des Unfallgeschehens für die danach aufgetretenen chronischen Krankheitserscheinungen im Grunde anzunehmen ist. Eine solche ist aber gerade nicht überwiegend wahrscheinlich.

89

Die Verwechslung von temporaler mit kausaler Beziehung (post hoc ergo propter hoc) ist auch der Mangel, der dem Gutachten von Professor St hinsichtlich der Einschränkung des Hörvermögens anhaftet. Prof S hat aus dem Umstand, dass zwischen dem 23.04.1999 und dem 20.09.2000 (Audiogramme vor und nach dem Unfall) ein Hochtonabfall über ein Kiloherz links festgestellt werden konnte, geschlussfolgert, dass – so wörtlich – "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Hörschädigung als unfallabhängig anzusehen" sei. Eine weitere Begründung findet sich dazu nicht. Nun können zwar unspezifische Hörstörungen durchaus im Rahmen des für das Beschleunigungstrauma typischen Syndroms auftreten, diese sind dann aber vestibulärer Ursache. Ein Hochtonabfall würde zu einem Knalltrauma passen, oder überhaupt zu einer Lärmschädigung; die cochleobasale Schwerhörigkeit ist für einen Zustand nach Beschleunigungsverletzung untypisch.

90

Hinsichtlich der Gleichgewichtsstörung führt Prof. S aus, dass die kausale Beziehung zum Unfallgeschehen problematisch sei, da schließlich die Vorschädigung nicht berücksichtigt worden sei. Schon in der Untersuchung vom 23.04.1999 wurde nämlich eine Übererregbarkeit des rechten Labyrinthes auf kalorische Reizung berichtet. Warum dann aufgrund der Schädigung des Innenohres gleichwohl ein Unfallzusammenhang als wahrscheinlich bezeichnet wurde, erschließt sich nicht. Schließlich ist eine unfallbedingte Innenohrschädigung gerade nicht vollbeweislich gesichert.

91

Jedenfalls hat Prof. S für den Punkt "Gleichgewichtstörungen" offensichtlich eine Einzel-MdE von 10 % angesetzt.

92

Diese hieße, dass die Gesamt-MdE von 50 %, die er vorschlägt, praktisch alleine dem "chronifizierten Schmerzsyndrom als somatoforme Störung" zuzuordnen ist, schließlich bedingt eine einseitiger Hochtonabfall über 1000 Herz kaum eine Einzel-MdE von Belang (in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine entsprechende Behinderung auch vom Amt für Familie und Soziales nicht anerkannt wurde). Geht man also von einer Einzel-MdE von 50 für eine so genannte somatoforme Schmerzstörung aus (entsprechend wurde auch der Einzel-GdB vom Amt für Familie und Soziales festgesetzt), so fällt zunächst einmal auf, dass Prof. S dies gerade nicht getan hat, sondern auf Seite 42 seines Gutachtens die gesamten diesem Komplex zuzuordnenden Beschwerden mit einer Einzel-MdE von 40 % bewertet, wobei dann aufgrund der nachgewiesenen vorbestehenden Störungen noch eine Reduktion auf 30 % vorgenommen wird.

93

Im Übrigen fällt auf, dass die Fülle der beschriebenen Symptome sich eben gerade nicht alle in das typische Beschwerdebild der statistisch signifikant nach HWS-Beschleunigungsverletzungen auftretenden Symptome einordnen lassen.

94

Wenn in dem Gutachten von Frau Dr. H, das Prof. St vorlag, folgende nachgewiesene gesundheitliche Auffälligkeiten vor dem Unfall dokumentiert sind:

95

– 08/1996 funktionelle Herzbeschwerden,

96

– 10/1996 reaktiv-depressiver Zustand,

97

– 11/1996 reaktiv-depressiver Zustand bei Überforderung,

98

– 12/1996 funktionelle Herzbeschwerden,

99

– 02/1997 abklingende depressive Störung,

100

– 05/1998 wieder depressive Störung,

101

– 09/1998 depressive Störung,

102

– 11/1998 psychische Störung mit Phobien,

103

– 03/1999 Erschöpfungszustand,

104

– 05/1999 Antriebsstörungen.

105

Dann ist es eben auch wahrscheinlicher, die nunmehr bestehenden Beschwerden in diesen Zusammenhang einzuordnen.

106

Zwar schließt eine so genannte "abnorme seelische Bereitschaft", wie das BSG stets betont hat (vgl. BSGE 18, 173, 176 = SozR Nr. 61 zu § 542 RVO), die Bewertung einer psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht aus. Davon zu unterscheiden ist aber die Frage, ob ein Ereignis, wie ein Auffahrunfall im Straßenverkehr und ein dadurch verursachtes Schleudertrauma der Halswirbelsäule nach wissenschaftlichen Maßstäben allgemein geeignet ist, eine somatoforme Schmerzstörung der vorliegenden Art hervorzurufen (vgl. BSG, Entscheidung vom 09.05.2006 – B 2 U 40/05 R –).

107

Die Zusammenhangsbegutachtung hat sich insoweit nicht auf dem Boden des anerkannten Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die ausführlich dargelegt wurden, bewegt (vgl. hierzu Urteil des BSG vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R –).

108

Dass der Unfall selbst – unabhängig von einer HWS-Verletzung – im Wege einer psychischen Fehlverarbeitung ein eigenständiges psychopathologisches Geschehen in Gang gesetzt hat, schließt der Senat aus. Hierzu war das Ereignis des Auffahrunfalls schon generell nicht geeignet; sollte die Klägerin im Moment des Unfalls Todesangst empfunden haben – eine solche Fehleinschätzung ist in solchen Situationen durchaus üblich – so hat sie jedenfalls durch die anschließende Ruhe (langes Ausschlafen) dieses unmittelbare psychische Trauma kurzfristig verarbeitet. Es kann nachträglich nicht mehr mit Sicherheit festgestellt werden, ob bei dem Unfall selbst eine akute Belastungsreaktion gemäß ICD 10 F 43.0 vorgelegen hat, das dokumentierte Verhalten der Klägerin spricht jedenfalls gegen eine solche Diagnose. Unabhängig davon besteht aber Einigkeit zwischen allen Gutachtern, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD 10 F 43.1 zu keinem Zeitpunkt zu diagnostizieren gewesen wäre.

109

Insgesamt ergibt sich in der Chronologie des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens das Bild einer zunächst einschlägig erscheinenden Symptomatik, welche dann auch zu entsprechenden Leistungen der Beklagten führte – zu dem typischen Symptomkomplex nicht passende Erscheinungen wurden in den Hintergrund gedrängt –; im Laufe des Verfahrens bekamen dann aber die nicht einschlägigen Symptome immer mehr das Übergewicht, so dass dann auch retrospektiv eine andere Beurteilung erfolgen musste.

110

Dies zeigt sich exemplarisch an den Stellungnahmen von Dr. K. vom 03.01.2001 und dann ein halbes Jahr später vom 05.07.2001. In der ersten Stellungnahme hieß es noch: "Die gesamte beklagte Beschwerdesymptomatik der Versicherten ist schlüssig auf den hochpathologischen Weichteilbefund im Bereich der HWS und BWS zurückführbar. Es handelt sich hierbei um eine typische Muskelfunktionsstörung, wie sie häufig nach so genannten HWS-Schleudertraumen auftritt".

111

Am 05.07.2001 wurde dann jedoch der Abbruch der Behandlung mitgeteilt, es zeigten sich "im Gesamtprozess jetzt zunehmend Beziehungsschwierigkeiten der Patientin. Selbst mit kleinsten Konfrontationen und Rückmeldungen ihres sehr auffälligen Verhaltens kommt sie nicht klar. An vorwiegenden Abwehrtendenzen zeigt sie Projektionen auf das gesamte Therapeutenteam und eine zunehmende Abwehrhaltung. Wiederholt stellen sich jetzt zum Teil auch während der physiotherapeutischen Behandlung krisenhafte Zuspitzungen der Symptomatik ein. Es kam mehrfach zu Hyperventilationen mit nachfolgender Tetanie, die wir im Zusammenhang mit einer zunehmenden neurotischen Entgleisung mit histrionischen Zügen sehen".

112

Die teilweise passenden Symptome fügen sich in einer Gesamtwürdigung überwiegend in ein im Wesentlichen vorbestehendes Krankheitsbild ein, dies hat sich teilweise verschlimmert, die Verschlimmerung ist aber nicht unfallbedingt, denn die Möglichkeit, die nur durch statistisches Erfahrungswissen postulierbare, im Einzelnen aber nicht pathomechanisch erklärbare Verknüpfung zwischen einer spezifischen Verletzung und einem spezifischen Syndrom herzustellen, besteht nur, wenn dieses Syndrom auch vorliegt. Ein nur teilweise spezifisches Syndrom ist unspezifisch.

113

Die Ausbildung einer chronifizierten Schmerzstörung aufgrund des Unfallschrecks ist ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich.

114

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

115

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG; Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich, da sich auch eine eventuelle grundsätzliche Bedeutung nicht auf vom Gericht zu entscheidende Rechtsfragen stützen könnte, sondern nur auf die Beurteilungen in tatsächlicher Hinsicht.