

Titel:

Arbeitsunfall, Verletztenrente, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Unfallfolgen, Kausalitätsprüfung, Sachverständigengutachten, Amtsermittlung

Leitsätze:

1. Die beklagte Berufsgenossenschaft ist der zuständige Unfallversicherungsträger für den vom Kläger erlittenen Wegeunfall, weil dieser zum Unfallzeitpunkt Bediensteter der Beklagten war.
2. In der gesetzlichen Unfallversicherung bedarf die Feststellung des Erstschadens (hier des primären Hirnschadens) des Vollbeweises. Wenn nach Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Sachverhaltsaufklärung bei Würdigung aller Umstände erhebliche Zweifel verbleiben, kann nicht im Zweifel zugunsten des Versicherten das Vorliegen des Erstschadens unterstellt werden.
3. Lässt sich schon kein Erstschaden nachweisen, ist die Einholung eines unfallanalytischen Gutachtens nicht erforderlich.

Schlagworte:

Arbeitsunfall, Verletztenrente, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Unfallfolgen, Kausalitätsprüfung, Sachverständigengutachten, Amtsermittlung

Vorinstanz:

SG Nürnberg, Urteil vom 15.07.2015 – S 15 U 186/09

Rechtsmittelinstanz:

BSG, Beschluss vom 08.05.2026 – B 2 U 110/25 B

Tenor

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 15. Juli 2015 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente streitig.

2

Der im Jahre 1953 geborene Kläger (es verbleibt bei der Bezeichnung der Beteiligten aus der ersten Instanz) erlitt am 23.02.1994 als damals (BG-AT) angestellter Berufshelfer bei der Beklagten einen Wegeunfall. Auf dem Weg zur Arbeitsstelle kam er als angeschnallter Pkw-Fahrer von der eisglatten Fahrbahn ab, worauf sich der Pkw zweimal überschlug. Vom erstversorgenden D-Arzt (PD H, Kreiskrankenhaus A) wurden eine Schädelprellung und eine Halswirbelsäulen-(HWS) -Distorsion diagnostiziert. Die Röntgenbefunde des Schädels, der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) ergaben keinen Frakturnachweis. Der Kläger wurde mit dem Notarzt ins Krankenhaus eingeliefert, war wach und ansprechbar und zeigte keine Commotiozeichen. Die Halswirbelsäule war schmerhaft eingeschränkt, es bestand ein Druckschmerz dorsal, „Abdomen ohne Befund, sämtliche Extremitäten frei beweglich, an Schädeldach occipital Schürfwunden, leichte Kopfschmerzen“. Er wurde mit einer Schanz'schen Krawatte versorgt und ambulant weiterbehandelt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestand bis zum 07.03.1994.

3

Aus dem beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Mittelfranken ergaben sich u.a. folgende Vorerkrankungen: psychovegetatives Syndrom, Affektionen des Rückens, Neurose, Psychopathie, Prostataerkrankung, Hodenentzündung.

4

Wegen anhaltender Beschwerden an der Wirbelsäule erfolgte ab April 1994 eine ärztliche Weiterbehandlung bei dem Neurologen S, A, der eine Wirbelsäulenzerrung, einen Zustand nach HWS-Schleudertrauma und eine psychogene Unfallreaktion befundete und am 21.12.1994 ein CCT (= craniale Computertomographie) zum Ausschluss von Verletzungsfolgen am Schädel veranlasste. Dieses ergab keinen Nachweis einer traumatischen Läsion, insbesondere keinen Hinweis auf eine intracranielle Blutung, kein Hinweis auf eine Neoplasie oder Malformation (= Neu- oder Fehlbildung von Gewebe). Die letzte Vorstellung beim Neurologen erfolgte am 06.03.1995. Es wurden keine wesentlichen unfallbedingten Beschwerden mehr beklagt.

5

Mit Schreiben vom 22.12.2003 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung einer rückwirkenden Verletztenrente unter Benennung von Gutachtern auf chirurgischem, neurologischem und urologischem Fachgebiet. Als Folgen des Unfalls vom 23.02.1994 machte er vielfältige physische und psychische Beschwerden geltend: Chronische Schmerzen im Bereich der linken Hüfte, des Iliosakralgelenkes und der Halswirbelsäule, Tinnitus, Depression, Schlaf- und Blasenstörungen und eine posttraumatische Belastungsstörung. Er legte zahlreiche medizinische Unterlagen über in der Vergangenheit erfolgte (z.T. stationäre) Behandlungen vor:

* Entlassungs-Bericht W Kliniken, I, vom 26.05.2003, stationär 24.04.2003 bis 22.05.2003 (Orthopädie) chronifiziertes ZervikalSyndrom bei Zustand nach Beschleunigungstrauma 1994, chronifiziertes LumbosakralSyndrom, beginnende Gonarthrose links, psychischer und physischer Erschöpfungszustand mit Schlaf und Konzentrationsstörungen, vor bekannter Tinnitus, Blasenentleerungsstörung

* Bericht S Klinik S (Neurologie und Psychiatrie) vom 22.12.2000, schwere depressive Episode mit Somatisierung und latenter Suizidalität

* Urologische Klinik Universität W, Bericht vom 18.04.2000, stationär 27.03.-29.03.2000, seit Jahren staccatoartige Miktion (zeitlicher Zusammenhang mit Unfall?)

* Bericht HNO Arzt H1 07.12.1999, Tinnitus links seit Unfall 1994, geringe Hochton Schallempfindungsschwerhörigkeit links Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Polizeiinspektion F am 26.01.2004 mit, dass Unterlagen über den Verkehrsunfall aus dem Jahre 1994 nicht mehr vorlagen Die Beklagte zog zahlreiche medizinische Befunde bei den vom Kläger benannten Ärzten und Therapeuten über die erfolgten medizinischen Behandlungen bei. Aus den Unterlagen ergaben sich seit 2000 Behandlungen auf neurologischem, urologischem, HNOärztlichem und orthopädischem Fachgebiet.

* Bericht F, Neurologe, A vom 17.04.2003, HWS Syndrom mit Wurzelreizung und beginnendem Bandscheibenvorfall, chronifizierte multifaktorielle Beschwerdesymptomatik

* Röntgenbefund HWS und LWS vom 07.04.2003

* Kernspintomografie der HWS vom 08.04.2003, leicht bis mäßig derartiges Chondrose bei C5/ C6 mit kleinvolumigem medio lateral links betonten beginnenden Vorfall

* Behandlungsunterlagen des Klinikum A für die Zeit vom 23.02. bis zum 28.03.1994, inklusive Röntgenaufnahmen (D-Arztbericht vom 24.02.1994, KD 10 Mitteilung vom 10.03.1994 – Entlassung aus ambulanter Behandlung 07.03.1994, arbeitsfähig 08.03.1994-; Nachschaubericht 28.03.1994 wegen Beschwerden LWS, neurologisches Konsil veranlasst, Verordnung Fango und Massage)

6

Mit Schreiben vom 31.01.2004 schilderte der Kläger chronische Schmerzen in der Schulter, im Nacken, am Kopf und Iliosakralgelenk und benannte 14 behandelnde Ärzte und Kliniken. Allerdings schränkte er die Datenerhebung ein und wies darauf hin, dass er CT Aufnahmen und Röntgenbilder habe, die er nicht aus der Hand gebe. Der Umstand, beim eigenen Arbeitgeber versichert zu sein, insbesondere den Revisor als Sachbearbeiter zu haben, habe seinerzeit (gemeint wohl 1994) bei ihm ein serviles Verhalten verursacht, sodass er die Aufforderung akzeptiert habe, trotz weiterbestehender Beschwerden wieder zu arbeiten.

7

Die Beklagte holte von den behandelnden Ärzten des Klägers Behandlungsunterlagen und Befundberichte ein. Dabei wies die Beklagte in den Anforderungen darauf hin, dass es sich um einen Beschäftigten-Unfall

handelte und die Rückmeldungen direkt an den zuständigen Sachbearbeiter zu erfolgen hätten. Unter anderem wurden folgende Berichte eingeholt:

* Neurologische Klinik W, Bericht vom 16.02.2000, dort berichtete der Kläger seit 1992 zunächst selten, in den letzten Monaten fast täglich Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwäche in beiden Beinen, Herzschmerzen, Schmerzen im Penis usw. zu haben, z.T. nach Exposition mit Chemikalien, Diagnosen: Attackenartig auftretende Schwächezustände unklarer Genese; Diagnose Panikattacken (wird von Kläger abgelehnt)

* Neurologische Klinik W, Bericht vom 03.05.2000, funktionelles Beschwerdesyndrom mit episodenhaften Schweregefühl der Extremitäten u.a. Im psychischen Befund ist vermerkt: „Seinem Körper widmet der Kläger eine erhöhte Aufmerksamkeit und stellt immer sehr schnell eine mögliche Beziehung zu Erkrankungen her, welche er aus der Aktenbearbeitung im Rahmen seiner Tätigkeit als Berufshelfer kennt. Deutlich verstärkte Neigung, Körpererscheinungen als Ausdruck negativer äußerer Einflüsse anzunehmen.“ Diagnose: funktionelles Beschwerdesyndrom mit episodenhaftem Schweregefühl der Extremitäten

* Kernspin Tomografie des Schädels 28.09.1998: Winzigste kleinflächige mikroangiopathische Läsionen, ansonsten unauffälliger Befund), NMR der HWS (deutliche Osteochondrose bei C5/6 mit kräftiger Bandscheibenprotusion, flachbogige Protusion C4/5, keine entzündlichen bzw. tumorösen Veränderungen), NMR der BWS (Chondrose TH 12/L1), NMR der LWS (Scheuermann'sche Residuen obere LWS, leichte Chondrose bei L4/5 mit flachbogiger Protusion ohne Wurzelverdrängung)

* Bericht Bezirkskrankenhaus A 16.02.2000, Patient berichtet seit 20 Jahren über Druckschmerz im Bereich der Kopfgelenke, aber keine Bewegungseinschränkungen, Diagnose: neurathenischhypochondrotisches Syndrom (= Fehlregulation des vegetativen Nervensystems ohne nachweisbare Organschädigung)

* Neurologischer Bericht F, A vom 12.11.2004, Zustand nach HWS und BWS Distorsion mit Residualbeschwerdesymptomatik.

8

Am 14.09.2004 und am 14.10.2004 erlitt der Kläger als mittlerweile DO-Angestellter der Beklagten (=Dienstordnungs-Angestellter, für den beamtenrechtliche Vorschriften gelten) zwei Dienstunfälle. Bei beiden Unfällen handelte es sich auch um Verkehrsunfälle, einmal fuhr der Kläger auf einen stehenden Pkw bei einem Serienunfall auf, einmal fuhr ein anderer Pkw von hinten auf den Pkw des Klägers auf. Aus allen drei Verkehrsunfällen resultierten „u.a. behandlungsbedürftige Beschwerden an der Wirbelsäule“. Wegen der Dienstunfälle erhielt der Kläger von der Beklagten als Dienstherr Leistungen der Dienstunfallfürsorge.

9

In zahlreichen medizinischen Behandlungsberichten zeitlich nach den beiden Dienstunfällen finden sich Formulierungen, die darauf schließen lassen, dass sich die jeweiligen Unfallfolgen aus den drei Verkehrsunfällen zumindest teilweise überlagert oder potenziert haben. So zum Beispiel im Behandlungsbericht der Fachklinik E vom 14.04.2005 (stationär 10.03.2005 bis 08.04.2005, chronisches Schmerzsyndrom, psychovegetative Erschöpfungssyndrom, posttraumatische Belastungsstörung, anhaltende Schmerzen im linken ISG, schmerzhafte Muskelverspannungen im Schulter-Nacken-Bereich, linksbetonte Cervicobrachialgien, zunehmende Schwäche des linken Armes, Schmerzen im Bereich beider Kiefergelenke nach dreimaligen Verkehrsunfällen).

10

Der Kläger lehnte den Vorschlag der Beklagten ab, eine Begutachtung in einer berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik zu verschiedenen medizinischen Fachgebieten durchführen zu lassen und er bestand auf die von ihm benannten Gutachter.

11

Die Beklagte ließ den Kläger durch den Chirurgen T, R (Unfallchirurg. Zusammenhangs Gutachten vom 03.12.2004), den HNO-Arzt H2W1, (HNOärztliches Gutachten vom 02.02.2005), den Neurologen und Psychiater K, B, (nervenärztliches Gutachten vom 30.05.2005) und den Urologen Herrn E, A (urologisches freies Gutachten vom 02.05.2005) untersuchen und begutachten. Weiterhin holte die Beklagte ein radiologisches Zusatzgutachten von E1, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik M, vom 21.09.2006 zur Klärung der BWK Fraktur ein.

12

Stichpunktmäßig zusammengefasst ergaben die Gutachten Folgendes:

Unfallchirurgisches Zusammenhangs-Gutachten T vom 03.12.2004:

Verletzung der HWS (Zerrung, Distorsion) traf auf Vorschaden, kein Schleudertrauma, Zerrung heilt innerhalb weniger Wochen aus, fehlende knöcherne Verletzung (Ab Knickverletzung mit Zerrung der Hals- und Nackenmuskulatur), keine Bandscheiben-Schädigung, kein bleibender Schaden an der HWS, mit Wahrscheinlichkeit frischer Kompressionsbruch 4. BWK (befundet anhand Röntgenbilder des KH A vom 23.02.1994), keine knöcherne Verletzung der LWS, degenerative Veränderungen der LWS, nach dem Unfall keine Beschwerden linkes ISG, Beckenprellung Gesundheitsstörungen als Folge des Unfalles:

unter Ausbildung einer Keilform knöchernen fest verheilten Kompressionsbruch 4. BWK, Fehlhaltung der oberen BWS, ein Teil der Mygelosen der langen Rückenmuskulatur;

Unfall unabhängig:

degenerative Veränderungen der HWS, BWS und LWS; endgradige Bewegungseinschränkungen der HWS, Mygelosen der Schulter-Nacken-Muskulatur, sowie ein Teil der Mygelosen der langen Rückenmuskulatur, Bandscheibenschäden der HWS und LWS, degenerative Veränderungen linkes Kreuz-Darmbein-Gelenk, beginnende degenerative Veränderungen rechtes Hüftgelenk, leichte O-Beinstellung beiderseits, beiderseitige Senkspitz-Knickfüße Unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. allenfalls in der Zeit vom 09.03.1994 bis 31.10.1994, danach MdE kleiner 10 v.H.

13

HNO-Gutachten H2, vom 02.02.2005:

Hörbeschwerden, Tinnitus, Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen (nach den Angaben des Klägers) unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten, die Kiefergelenksproblematik mit 3-4 Jahren Latenz, Unfallereignis war geeignet, die Gesundheitsstörungen hervorzurufen; unwahrscheinlich, dass sich die Störungen ohne den Unfall entwickelt hätten, im MdE 30 v.H.

K, nervenärztliches Gutachten vom 30.05.2005 keine neurologischen Störungen aufgrund des Unfalls, ausgeprägte Somatisierungsstörung, psychogene Blasenstörung, keine posttraumatische Belastungsstörung, HWS und LWS Beschwerden – keine Unfallfolgen nachweisbar, Tinnitus ebenfalls Unfallunabhängig, BWK Fraktur sei sehr fraglich

E, urologisches freies Gutachten vom 02.05.2005 prostatistische Beschwerden schon vor dem Arbeitsunfall 1994, Blasenstörung unfallfremd, chronische Entzündung der Prostata, chronische Entzündung der Nebenhoden – jeweils unfallfremd Nach Auswertung dieser Gutachten holte die Beklagte beratungsärztlicher Stellungnahmen auf chirurgischem und HNO-ärztlichem Fachgebiet ein. In der Folge kam es zu Auseinandersetzungen der Beteiligten hinsichtlich der späteren Dienstunfälle aus dem Jahr 2004 und zu der Frage der Übersendung der eingeholten Gutachten an den Kläger.

14

Dieser erlitt am 29.09.2005 einen Herzinfarkt.

15

In einem für die Beihilfe zu den beiden Dienstunfällen abgegebenen gutachterlichen Äußerung gaben E2/M, Kreiskrankenhaus B am 20.03.2006 die Einschätzung ab, dass durch die beiden Dienstunfälle von September und Oktober 2004 eine Verschlimmerung der vorbestehenden Schädigungen aus dem Unfall von 1994 eingetreten sei. Dieses Unfallereignis habe anscheinend zu einem Zerreißen der Bänder im Bereich des Kopf-/Halsüberganges geführt.

16

Mit Schreiben vom 05.05.2006 forderte der Kläger die Einholung eines biomechanischen Gutachtens und übersandte weitere Unterlagen (Schadensgutachten der Dekra vom 25.02.1994 über die Schäden am Pkw des Klägers sowie einen zuvor schon mehrfach übersandten Zeitungsausschnitt vom 23.02.1994, Tonaudiogramm vom 25.04.2006, MRT Bericht vom 13.10.2005, Digitalfotos von Röntgenbildern vom ISG.). V, M, befandete am 13.10.2005 eine funktionelle Nerven- und HWS-Rückenmarkserkrankung, Veränderung des synovialen Dens-Kapsel/Bursa sowie einen instabilen tanzenden Dens rechtsbetont. Mit hinreichender Wahrscheinlichkeit müsse das Unfallgeschehen vom 23.02.1994 für die Instabilitätszeichen im

Funktionsverhalten des Kopf-Gelenksverbandes angenommen werden. Die angeführten Funktionsdefizite im Rahmen eines Gelenkskapseltraumas seien unfallbedingt. Die weiteren Unfallereignisse vom 14.09.2004 und 14.10.2004 hätten zu einer Verschlimmerung der genannten klinischen Symptome geführt.

17

Die Beteiligten stritten in der Folgezeit über die Verwertbarkeit des Gutachtens von H2 sowie um die angemessene Behandlung und Bearbeitung der drei Unfälle des Klägers durch unterschiedliche Sachbearbeiter der Beklagten.

18

In der ergänzenden Stellungnahme vom 27.07.2006 führte der HNO Gutachter H2 aus, dass alle vorhandenen Störungen auf die anhaltenden muskulären Störungen im Bereich der HWS zurückgeführt werden könnten.

19

Die Beklagte holte ein radiologisches Zusatzgutachten von E1, Chefarzt der Radiologie BGU M vom 21.09.2006 ein, der eine BWK 3 oder 4 Fraktur als unfallbedingt beschrieb. Die genaue Höhen-Lokalisation sei auf Grund der Übersichtsaufnahmen vom 23.02.1994 und 14.09.2004 nicht möglich.

20

Mit Bescheid vom 15.11.2006 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Der Versicherungsfall habe über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus keine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) hinterlassen. Im Begründungsteil des Bescheides findet sich neben der Aufzählung der eingeholten Gutachten der Satz: „Ansprüche vor dem 01.01.1999 wären im Übrigen bereits verjährt.“ Der Bescheid wurde vom Rentenausschuss erlassen.

21

In dem Begründungsteil des Bescheides finden sich weiter drei optisch abgesetzten Teile: „Art der Verletzung:

22

Schädelprellung, Zerrung der Halswirbelsäule, Stauchungsbruch des vierten Brustwirbelkörpers, Prellung der Lendenwirbelsäule und des Beckens Als Folgen des Versicherungsfalls werden anerkannt:

23

Diskrete Seitverbiegung der oberen Brustwirbelsäule nach rechts mit Scheitelpunkt im 4. BWK, Höhenminderung der rechten Seitenkante und der Vorderkante des 4. BWK, wannenförmige Vertiefung der Deckplatte des 4. BWK.

24

Als Folgen des Versicherungsfalles werden nicht anerkannt:

25

Dies degenerative Veränderungen der gesamten Wirbelsäule mit ausstrahlenden Schmerzen in den Kopf und die Gliedmaßen sowie endgradige Bewegungseinschränkungen, Bandscheibenvorfall an der HWS, Schwäche-Zustände in Händen und Beinen, Ohrgeräusche, eingeschränktes Hörvermögen links, Veränderungen und Beschwerden in beiden Kiefergelenken, Störungen der Blasen- und Sexualfunktion, Erschöpfungszustände, Depressionen, Schlafstörungen, Schwindelgefühl, beginnende Verschleißerscheinungen linkes Kniegelenk.“

26

Der Kläger erhob am 28.11.2006 Widerspruch und begründete diesen damit, dass die Beklagte eine nicht ausreichend begründete Ermessensentscheidung zur Verletztenrente getroffen habe und nicht alle Unfallfolgen ausreichend berücksichtigt habe.

27

Am 26.02.2007 stellte der Kläger einen Verschlimmerungsantrag wegen der Folgen des Wegeunfalls vom 23.02.1994 – durch den Dienstunfall vom 14.09.2004; – hier mittelbare Unfallfolgen -und begehrte eine Gesamtschädigung durch die Beklagte für die drei Unfälle. Er legte weitere medizinischen Unterlagen vor, u.a. einen Bericht der Fachklinik E, H, K1, vom 31.10.2006 über den stationären Aufenthalt vom 26.09.2006 bis 31.10.2006 wegen eines chronischen Schmerzsyndroms Stadium III nach Gerbershagen.

Darin wurden als die drei Hauptschmerzprobleme die HWS, BWS und das linke ISG bezeichnet. Aus der Anamnese ergab sich, dass im April 2006 ein Dienstunfähigkeitsverfahren durch den Arbeitgeber eingeleitet wurde.

28

Der Kläger legte weitere medizinische Unterlagen vor (u.a. einen Befundbericht der urologischen Klinik W, N vom 16.04.2007). Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens holte die Beklagte u.a. eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme von dem HNO-Arzt K2 ein. Dieser gelangte in seiner Stellungnahme vom 14.07.2007 zu dem Ergebnis, dass der Unfall vom 23.02.1994 keine Folgen auf HNOärztlichem Fachgebiet nach sich gezogen hätte, die eine messbare MdE bedingen würden. Er äußerte aber einen erheblichen Aggravationsverdacht. Daraufhin kontaktierte der Kläger selbst den Beratungsarzt der Beklagten und übersandte diesem medizinischen Veröffentlichungen.

29

Medizinische Unterlagen vom zuständigen Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung Bund) über stationäre Behandlungen des Klägers im Jahr 1986 und 1990 konnten nicht beigezogen werden, weil diese bereits vernichtet waren (Mitteilung der DRV vom 28.04.2008).

30

Der Kläger teilte am 19.11.2007 mit, dass er 1994 ein schweres Kopfanpralltrauma mit Schädelhirn Trauma und BWK 4 Bruch erlitten habe, er übersandte dazu zahlreiche Veröffentlichungen zu sogenannten Überschlagunfällen. Gleichzeitig vertrat er die Ansicht, dass er den Herzinfarkt im Jahr 2005 nur deswegen erlitten habe, weil er starke Schmerzmedikamente wegen der Unfallfolgen eingenommen habe.

31

Im Übrigen überzog der Kläger die Beklagte mit zahlreichen Anträgen auf Wechsel des jeweiligen Sachbearbeiters, Beschwerden an den Vorstands-Vorsitzenden, Petitionen und Befangenheitsanträgen und begehrte die Teilnahme an der Sitzung des Widerspruchsausschusses der Beklagten.

32

Mit Schreiben vom 27.04.2009 monierte der damalige Prozessbevollmächtigte des Klägers erhebliche Verfahrensfehler und eine fehlende Sachverhaltsermittlung von Amts wegen durch die Beklagte und beantragte die Einholung eines internistischen Gutachtens, eines Schmerzgutachtens, eines urologischen Gutachtens, eines HNOärztlichen Gutachten sowie eines kieferorthopädischen Zusatzgutachtens. Darüber hinaus wandte sich der Kläger (erneut) an das Bundesversicherungsamt sowie an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages.

33

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.07.2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Sie stützte ihre Entscheidung dabei auf die Gutachten von T und K und die Ausführungen des HNOBeratungsarztes K2. Das eingeholte Gutachten von H2 auf HNOärztlichem Fachgebiet sei nicht verwertbar gewesen, da dieses in jeglicher Hinsicht den gutachterlichen Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung widerspreche und die getroffenen Aussagen nicht schlüssig begründet worden seien.

34

Mit seiner am 19.08.2009 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) eingegangenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. weiterverfolgt. Er hat dabei u. a. auf die bei ihm vorliegende chronische Schmerzerkrankung Stadium III nach Gerbershagen (unter Bezugnahme auf den Abschlussbericht der Fachklinik E vom 31.10.2006) und auf das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten des HNO-Arzt H2 verwiesen, aus dem sich eine HNOärztliche MdE von 30 v.H. ergebe.

35

Des Weiteren hat der Kläger folgende Befundberichte übersandt:

* Klinik für manuelle Therapie, H, vom 14.06.2010, stationärer Aufenthalt des Klägers vom 31.03.2010 bis zum 21.04.2010 wegen chronischen Schmerzsyndrom Gerbershagen III;

* Arztbericht der Fachklinik H, D, vom 12.04.2011. Daraus ergibt sich, dass der Kläger seit vielen Jahren als Folge verschiedener Unfälle und Krankheiten an vielfältiger gesundheitlichen Beschwerden leide. Es sei ein GdB von 80% nach dem Schwerbehindertenrecht anerkannt und er sei seit vier Jahren gesundheitshalber

in Frühpension. Bildgebend (MRT) sei eine Instabilität in Craniocervikalen Übergang diagnostiziert worden in Verbindung mit einer ventralen Einengung des Intraduralraumes auf Höhe der Dens-Spitze.

36

Zur Aufklärung des medizinischen Sachverhaltes hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von dem Chirurgen S1, N nach ambulanter Untersuchung des Klägers. S1 schätzte in seinem Gutachten vom 28.07.2011 die unfallbedingte MdE mit unter 10 v. H. ein. Als Unfallfolgen hat er bezeichnet: verheilte Verstauchungen der Wirbelsäule, unter Verformung verheilte Bruch des 3. oder 4. Brustwirbels, verheilte Schädelprellung. Zu den relevanten Kausalitätsfragen hat der Gutachter Folgendes ausgeführt:

„Wie aus den Berichten von verschiedenen Schmerzkliniken hervorgeht, besteht beim Kläger eine chronische Schmerzkrankheit Grad III nach Gerbershagen, die sich im Laufe der letzten Jahre deutlich verschlimmert hat. Sie ist auch heute bei der Untersuchung auffällig und beeinflusst das Befinden des Untersuchten ganz erheblich. Eine derartige Schmerzkrankheit besteht aus seelischen und körperlichen Erkrankungen, wobei die körperlichen Erkrankungen in einem sehr verstärkten Maße wahrgenommen werden. Als Auslöser dieses Schmerzsyndroms wird verschiedentlich ein Schaden an die den Kopfgelenken angegeben. Hier würden Narbenbildungen vorliegen mit einer Instabilität im unteren Kopfgelenk zwischen dem Dens des zweiten Halswirbels und dem Atlasbogen. Sicherlich war das Unfallereignis geeignet, die Wirbelsäule erheblich zu verletzen. Wenn aber eine derartig schwere Störung am Halte- und Bandapparat der oberen Halswirbelsäule durch das Unfallereignis verursacht worden wäre, so würden völlig andere Befunde an der Halswirbelsäule vorliegen, als sie am Unfalltag und in den folgenden Wochen beschrieben werden. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule wäre für längere Zeit aufgehoben gewesen. Die Bandzerreißen müssten zu Einblutungen in die Halsweichteile hineinführen, zu ausgeprägten Störungen der Muskulatur an der Halswirbelsäule, zu neuropathologischen Befunden, insbesondere an den unteren Kopfnerven und den oberen Halsnerven sowie zu einem lang andauernden Krankheitsbild. Aber genau diese Befunde werden in den ersten Berichten nicht geschildert. Angegeben wird eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit am Unfalltag mit dorsalem Druckschmerz, keine Beweglichkeitsaufhebung. Es lagen am Unfalltag nur leichte Kopfschmerzen vor, wobei vom Kläger eine Bewusstseinsstörung angegeben wird, die Cephalgien verursachen kann. Die Neurologie war unauffällig. Bereits am 07.03.1994, also zwei Wochen nach dem Unfallereignis, sei die Halswirbelsäule beschwerdefrei gewesen und es werden auch keine Kopfschmerzen mehr angegeben. Die Arbeitsunfähigkeit betrug etwa zweieinhalb Wochen, wobei dann vom behandelnden Arzt eine MdE von unter 20 v.H. angegeben wird. Der Nervenarzt S beschreibt später im April 1994 nur eine leichte Einschränkung der Halswirbelsäulen-Beweglichkeit und erst im Dezember 1994 werden vermehrt Kopfschmerzen, cervical bedingt, angegeben. Auch bei diesen Untersuchungen war wieder die Neurologie unauffällig bis auf einen positiven Lasegue. Ein unfallbedingter Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule ist auszuschließen. Es liegen degenerative Veränderungen vor mit einer Streck Fehlhaltung an der Halswirbelsäule, wobei vier Jahre nach dem Ereignis eine Osteoporose und eine flache Bandscheibenvorfall Wölbung in den Segmenten C4/5 und C5/6 festgestellt werden, die bereits auf den Röntgenaufnahmen am Unfalltag bezüglich einer vorhandenen Schadensanlage auffällig waren. (...).

Aus den Untersuchungsergebnissen am Unfalltag und unmittelbaren in den nachfolgenden Wochen geht nicht hervor, dass eine Affektion am linken Kreuzbein-Darmbein Gelenk vorlag. Der Nervenarzt S schildert am 28.07.1994 eine Beschwerdesymptomatik mit Schmerzausstrahlung in die linke Leiste. Aus allen diesen Berichten geht eine Lockerung des linken Kreuzbein-Darmbein Gelenkes nicht hervor. (...) Der Indizien Zusammenhang zwischen den posttraumatischen Schäden nach dem Ereignis und der später auftretenden Iliosakralgelenksarthrose links ist nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit herzustellen. Ein unfallbedingter Wurzelschaden des Plexus lumbosacralis links konnte ebenfalls nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit gesichert werden.“

37

Die Klägerseite hat gegen dieses Gutachten zahlreiche Einwendungen erhoben und dem Gutachter S1 später (01.03.2013) wegen Befangenheit abgelehnt. Der Rechtsstreit sei wegen unzureichender Sachverhaltsaufklärung an die Beklagte zurückzuverweisen, es seien weitere Gutachten von Amts wegen erforderlich, im Verwaltungsverfahren habe es zahlreiche Datenverstöße durch die Beklagte gegeben, die die Unfall-Fürsorge aus den Dienstunfällen 2004 und die Bearbeitung des Arbeitsunfalles als Personalunfall vermischt habe, zudem sei der Verschlimmerungsantrag vom 26.02.2007 ignoriert worden. Zwingend sei

zunächst ein biomechanisches Gutachten einzuholen (vgl. Schriftsatz vom 17.10.2011, auf den der Kläger in der Berufung später immer wieder Bezug nimmt).

38

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass alle Gutachten im Verwaltungsverfahren unter Beachtung von § 200 SGB VII eingeholt worden seien. Im Übrigen müsse der Unfall aus dem Jahr 1994 nach den Vorschriften der RVO bewertet werden.

39

Das SG hat mit Beweisanordnung vom 02.07.2012 R zum HNOärztlichen Gutachter ernannt. Der Kläger hat daraufhin am 10.07.2012 mitgeteilt, dass er zunächst die Zusage vom SG haben wolle, dass das Gutachten von S1 nicht verwertet werde. Es sei zunächst ein biomechanisches Gutachten einzuholen, im Anschluss sei er mit dem vom Gericht ausgewählten HNOärztlichen Gutachter einverstanden. Seine Ehefrau habe sich am 01.06.2012 das Leben genommen, weil sie mit dem psychischen Druck durch die Beklagte und durch das SG nicht mehr leben wollen. Im Übrigen hat er am 10.07.2012 die Länge des sozialgerichtlichen Verfahrens gerügt. Das SG hat dem Kläger daraufhin mitgeteilt, dass es ein biomechanisches Gutachten für nicht erforderlich halte und um Mitteilung gebeten, ob sich der Kläger der HNOärztlichen Untersuchung durch den vom Gericht bestellten Sachverständigen unterziehen werde. (Schreiben des SG vom 26.11.2012).

40

Der neue Prozessbevollmächtigte des Klägers hat nach Akteneinsicht am 01.03.2013 mitgeteilt, dass ein biomechanisches Gutachten beantragt werde und der Gutachter S1 abgelehnt werde. Auf Nachfrage des SG hat S1 am 02.08.2013 eine ergänzende Stellungnahme abgegeben. Mit Schreiben vom 26.09.2013 hat der Kläger-Bevollmächtigte das Ablehnungsgesuch gegen den Gutachter aufrechterhalten, erneut das biomechanischen Gutachten beantragt sowie eine Verzögerungsrüge erhoben. Mit Beschluss vom 16.01.2014 hat das SG das Ablehnungsgesuch des Klägers gegen den Sachverständigen S1 wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Die gegen diesen Beschluss erhobene Beschwerde hat das Bayerischen Landessozialgericht (LSG) am 10.06.2014 zurückgewiesen.

41

Mit Schreiben vom 13.01.2015 hat der Klägerbevollmächtigte erneut Kritik am Gutachten von S1 geübt sowie einen Auszug eines neurologischpsychiatrisch-schmerzmedizinischen Gutachtens von Professor W, Klinik für Neurologie G vom 19.01.2012 vorgelegt, das zu einem Verfahren vor dem Landesarbeitsgericht Nürnberg mit dem Aktenzeichen -2 SA 406/10 eingeholt wurde. Vorgelegt wurden ausschließlich die Seiten 1, 43 und 44 des Gutachtens, aus denen sich ergibt, dass anhand mehrerer MRT Bilder 1998 und 2003 dokumentiert sei, dass im Zeitraum vor 2004 bereits erhebliche degenerative Veränderungen insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule bestanden, die multisegmental die untere Halswirbelsäule betrafen. Das MRT von 2003 zeige ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS. Vom Kläger selbst werde auf eine Auffälligkeit im Bereich des Dens mit der Frage einer stattgehabten Fraktur hingewiesen, eine solche sei jedoch nicht zu erkennen, die sichtbare Signalminderung entspreche einem Normalbefund.

42

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 03.03.2015 ausführlich zu den Einwendungen des Klägers gegen das Gutachten von S1 vom 28.07.2011 Stellung genommen.

43

Der Klägerbevollmächtigte hat mehrfach auf die seiner Ansicht nach bestehende Notwendigkeit der Einholung eines biomechanischen Gutachtens hingewiesen und hat einen Antrag auf § 109 SGG für ein schmerztherapeutisches Gutachten von K2, Fachklinik E gestellt (Schriftsatz vom 10.07.2015). Zum Nachweis, dass der Kläger nicht in der Lage sei an einem Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG teilzunehmen, hat dieser ein Attest von Diplom-Psychologin R K, A vom 01.07.2015 vorgelegt. Im weiteren Verlauf hat der Kläger wiederholt geltend gemacht, dass es zwingend notwendig sei, ein biomechanisches Gutachten zum Unfallgeschehen vom 23.02.1994 einzuholen. Erst wenn ein solches Gutachten eingeholt sei, mache es Sinn, weitere medizinische Ermittlungen Schmerztherapeutischen und HNOärztlichen Fachgebiet anzustellen.

44

In der mündlichen Verhandlung am 15.07.2015 hat das SG einen Beweisantrag des nicht erschienenen Klägers auf Einholung eines biomechanischen Gutachtens und sich daran anschließende Gutachten nach § 109 SGG auf schmerztherapeutischem und HNOärztlichem Fachgebiet abgelehnt. Der Klägerbevollmächtigte hat erklärt, dass sich der Kläger stets darauf berufen hätte, sich an den Unfall selbst nicht mehr erinnern zu können wegen einer Amnesie. Das SG hat die ausschließlich auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2009 gerichtete Klage mit Urteil vom 15.07.2015 abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien nicht zu beanstanden, die Gewährung von Verletztenrente sei zu Recht abgelehnt worden. Nach eingehender Prüfung der vorliegenden Unterlagen gehe die Kammer davon aus, dass die unfallbedingte MdE nicht mit mindestens 20 v. H. zu bewerten sei (§ 56 SGB VII).

45

Der Sachverhalt sei in medizinischer Hinsicht hinreichend geklärt. Der Kläger habe sich bei dem Unfall vom 23.02.1994 eine Schädelprellung, Verstauchungen der Wirbelsäule und einen Bruch des dritten oder vierten Brustwirbelkörpers zugezogen. Während die Verstauchungen der Wirbelsäule und die Schädelprellung folgenlos ausgeheilt seien, sei der Bruch am Brustwirbelkörper unter Verformung stabil ohne nennenswerten Achsenknick verheilt. Es bestehe zwar eine geringe S-förmige Verbiegung an der oberen und mittleren Brustwirbelsäule, ein Verbiegungswinkel von 20 Grad werde aber nicht erreicht. Die Statik der Brustwirbelsäule sei dadurch erhalten. Nach der unfallmedizinischen Literatur würden solche Unfallfolgen mit einer MdE von unter 10 v. H. bewertet.

46

Die beim Kläger vorliegende chronische Schmerzkrankheit Grad III nach Gerbershagen sei nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 23.02.1994 zurückzuführen. Als Auslöser dieses Schmerzsyndroms werde verschiedentlich ein Schaden in den Kopfgelenken angegeben. Hier würden Narbenbildungen vorliegen mit einer Instabilität im unteren Kopfgelenk zwischen dem Dens des zweiten Halswirbels und dem Atlasbogen. Sicherlich wäre das Unfallereignis geeignet gewesen, die Halswirbelsäule erheblich zu verletzen. Wenn aber eine derartig schwere Störung am Halte- und Bandapparat der oberen Halswirbelsäule durch das Unfallereignis verursacht worden wäre, so hätten völlig andere Befunde an der Halswirbelsäule vorgelegen, als sie am Unfalltag und in den folgenden Wochen beim Kläger beschrieben wurden. Die Beweglichkeit in der Halswirbelsäule hätte für längere Zeit aufgehoben gewesen sein müssen. Es hätten Bandzerreißen vorliegen müssen, welche zu Einblutungen in die Halsweichteile geführt hätten, weiterhin zu ausgeprägten Störungen der Muskulatur an der Halswirbelsäule, zu neuropathologischen Befunden, insbesondere an den unteren Kopfnerven und den oberen Halsnerven, sowie zu einem lang dauernden Krankheitsbild. Aber genau solche Befunde seien in den Erstberichten nach dem Unfall vom 23.02.1994 nicht geschildert. Die dokumentierten Beschwerden seien wesentlich leichter Art, sodass der Kläger lediglich bis 07.03.1994 arbeitsunfähig gewesen sei. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit sei die Halswirbelsäule beschwerdefrei gewesen und es seien auch keine Kopfschmerzen angegeben worden.

47

Auch im Hinblick auf die Beschwerden an der Hüfte und am ISG ergäben sich keine Hinweise auf eine wahrscheinliche unfallbedingte Kausalität. Das Gericht habe keine Bedenken, sich insoweit den überzeugenden Ausführungen in dem Gutachten des S1 anzuschließen. Der Gutachter habe es verstanden, die Kausalitätsproblematik plausibel und schlüssig darzulegen.

48

Auch in Bezug auf das nervenärztliche und das HNOärztliche Fachgebiet gehe das Gericht nicht davon aus, dass der Unfall vom 23.02.1994 Folgen nach sich zog, welche eine messbare MdE zur Folge hatten. Das Gericht verweise insoweit auf das im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten von K und die im Widerspruchsverfahren eingeholte Stellungnahme von K2 vom 14.07.2007, welche beide im Wege des Urkundenbeweises verwertet würden. K habe in seinem Gutachten vom 30.05.2005 überzeugend ausgeführt, dass die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gegeben wären und die beim Kläger vorliegenden psychischen Störmuster eindeutig unfallunabhängig und in der Persönlichkeitsstruktur des Klägers begründet seien. In diesem Zusammenhang sei bedeutsam, dass entsprechend den in den Verwaltungsakten befindlichen Krankenkassenunterlagen der Kläger bereits

zeitlich vor dem Unfallereignis mehrfach wegen psychischer Beschwerden in Behandlung und auch arbeitsunfähig gewesen sei.

49

K2 wiederum habe in seiner Stellungnahme schlüssig dargelegt, dass weder der Hörschaden noch der Tinnitus, sollten diese unfallbedingt sein, zu einer messbaren MdE führen würden. Die in dem Gutachten des H2 vom 02.02.2005 vorgenommene MdE-Bewertung sei für das Gericht demgegenüber nicht nachvollziehbar, da es nicht mit den unfallmedizinischen Bewertungsmaßstäben in Einklang stehe.

50

Nach alledem bleibe festzuhalten, dass die Folgen des Unfalls vom 23.02.1994 über die 26. Woche nach dem Ereignis hinaus keine MdE von mindestens 20 v. H. nach sich gezogen hätten. Das Gericht habe sich nicht veranlasst gesehen, weitere Ermittlungen von Amts wegen anzustellen. Es habe sich insbesondere nicht gedrängt fühlen müssen, ein biomechanisches Gutachten zum Unfallgeschehen vom 23.02.1994 einzuholen. In Hinblick darauf, dass es keine polizeilichen Unterlagen über den Unfall mehr gebe und auch der Kläger selbst in Bezug auf das Unfallgeschehen unter einer Amnesie leide, sei ein biomechanisches Gutachten zu dem Unfallgeschehen als Beweismittel ungeeignet und ein hierdurch zu erlangender Erkenntnisgewinn unerreichbar.

51

Gegen das am 31.07.2015 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 26.08.2015 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG), zunächst zuständig – Zweigstelle Schweinfurt -eingelegt und die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mind. 50 v.H. beantragt. Die chronische Schmerzkrankheit Grad III nach Gerbershagen sei als Unfallfolge anzuerkennen. Der Rechtsstreit sei wegen zahlreicher Verfahrensfehler (Verstoß gegen Beweisverwertungsverbote, Amtsermittlungspflicht, Übergehen von Verschlimmerungsantrag, Verkennen der Verfassungswidrigkeit von § 132 SGB VII, Überraschungsentscheidung) an das SG zurück zu verweisen. Die späteren beiden Dienstunfälle vom 14.09.2004 und 14.10.2004 seien nicht ursächlich für die Instabilität der oberen Halswirbelsäule. Es sei ein biomechanisches Gutachten erforderlich. Das Gutachten von S1 sei nicht verwertbar, weil der Befangenheitsantrag gegen den medizinischen Sachverständigen zu Unrecht abgelehnt worden sei. Dreh und Angelpunkt sei der Bericht des interdisziplinären Schmerzzentrums E vom 31.10.2006, das Grundlage der Entscheidung über die Zwangspensionierung des Klägers im Jahr 2007 gewesen sei. Der Kläger hat zahlreiche medizinische Behandlungsunterlagen vorgelegt, die zum großen Teil schon Gegenstand des Verwaltungs- und Klageverfahrens waren. Aus dem vorgelegten Befund des Unfallkrankenhauses B vom 08.05.2006 (Professor E, Direktor der HNO-Klinik) hat sich ergeben, dass beim Kläger ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom der HWS mit posturaler Instabilität und vertebrogenem Schwindel sowie ein zentraler Tinnitus beidseits bei Zustand nach SHT vorliege. Als Folgezustand der letzten Unfälle aus dem Jahr 2004 fänden sich die oben genannten Veränderungen beim Kläger. Das LSG am 15.06.2016 darauf hingewiesen, dass es derzeit kein neues Gutachten für erforderlich halte und dass das SG über alle Anträge aus der mündlichen Verhandlung entschieden habe.

52

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat daraufhin die Einholung von Gutachten nach § 109 SGG auf neurologischen, schmerztherapeutischen, HNOärztlichem und urologischem Fachgebiet beantragt – wobei zum Teil mehrere Gutachter pro Fachgebiet benannt wurden. Mit Beweisanordnung vom 22.01.2018 hat das LSG D, H, mit der Erstellung eines schmerztherapeutischen Gutachtens nach § 109 SGG beauftragt.

53

Mit Schreiben vom 21.03.2019 hat der Klägerbevollmächtigte einen weiteren Befundbericht zu den Akten gereicht, Bericht der R Universität B Professor O, leitender Arzt Abteilung für Neurologie vom 27.11.2017. Daraus ergibt sich als Diagnose eine neurogene, kombinierte Blasen-, Mastdarm- und Sexualfunktionsstörungen bei inkompletter Tetraplegie infolge Verkehrsunfall 1996 und BWK 4. Fraktur sowie Atlasfraktur/Instabilität, urodynamisch nachgewiesene Detrusorsphinkterdyssnergie.

54

Aufgrund einer internen Umverteilung ist die weitere Bearbeitung der Berufung ab 01.07.2019 im 9. Senat des LSG, München, erfolgt. übergeben.

55

Am 12.07.2019 ist beim LSG das neurologischschmerztherapeutisch-sozialmedizinische Gutachten von D, Fachklinik H vom 15.05.2019 eingegangen, das nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 17.07.2018 erstellt wurde.

56

Zur Frage des Ursachenzusammenhanges zwischen dem Wegeunfall 1994 und den beim Kläger vorliegenden schmerztherapeutischen Gesundheitsstörungen hat der Gutachter ausgeführt, dass aus heutiger Sicht der gesamte Verlauf dafür spreche, dass es bei dem Unfall zu einem diffusen axonalen Schädel-Hirn-Trauma als weitere Unfallfolge gekommen sei. Dies habe zu einem länger anhaltenden kognitiven Leistungsbeeinträchtigung geführt, die den Kläger auch bei der Rückkehr in seine Berufstätigkeit belastet und zu sekundären psychischen und psychosomatischen Symptomen geführt hätten. Zum anderen resultierte daraus ein posttraumatischer Kopfschmerz, mit der sich dann ungünstig mit einem belastungsabhängigen sekundären Spannungskopfschmerz bei Überforderungssituationen kombinierte und Grundlage für die von allen Behandlern und den meisten Gutachtern auch beschriebene und anerkannte Schmerz-Chronifizierung gebildet habe.

57

Gegen diese Diagnose spreche lediglich, dass die Erstbehandler nur eine „Schädelprellung“ diagnostiziert hätten. Sie hätten dies mit der Ansprechbarkeit des Betroffenen bei Eintreffen des Rettungsdienstes und mit dem Vermerk „keine Commotiozeichen“ im Befundbericht begründet. Dieser sei allerdings nicht von einem Neurologen oder gar in Zusammenarbeit mit Neuropsychologen, sondern vom diensthabenden Arzt der Unfallchirurgie erstellt worden. Die Tatsache, dass bei dieser Erstdiagnose oft ein mildes SHT übersehen werde, was aber im Langzeitverlauf dann das Hauptproblem für die Rückkehr und das Verweilen im Berufsleben bilde, habe inzwischen bei der BGUV an ihren eigenen Kliniken zur Etablierung eines sogenannten „Brain-Check-Verfahrens“ geführt. Dies sei nach seiner gutachtlichen Überzeugung damals auch beim Kläger so abgelaufen. Zu dieser Zeit sei die Diskussion um diese Problematik wissenschaftlich noch gar nicht richtig begonnen worden. Dass diese Problematik diagnostisch unterschätzt und fehlerhaft bewertet worden sei, zeige sich auch darin, dass erst mit Abstand von >4 Jahren ein MRT Gehirn-Befund in den Akten zu finden sei.

58

Als Unfallfolgen des Ereignisses vom 23.02.1994 auf neurologischem / schmerztherapeutischem Gebiet hat der Sachverständige bezeichnet:

„- Chronifiziertes Schmerzsyndrom Stadium III nach Gerbershagen mit chronifizierten Schmerzproblemen mit entsprechenden Wurzelreizerscheinungen am Kopf-HWS-Übergang und ausstrahlend von der mittleren / unteren HWS in die Arme, Im mittleren BWS-Bereich mit Ausstrahlung in den linken Thorax und Interkostalraum, und im LWS-Bereich mit Ausstrahlungen in das Becken und wechselnd in die Beine (ICD 10: G 55.1, R 52.2)

- Beeinträchtigung auf- und absteigender langer sensibler und motorischer Rückenmarksbahnen mit Beeinträchtigung der zentralen Leitungszeiten der linksseitigen Extremitäten (ICD 10: G 95.8)

- Übergang einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in eine Persönlichkeitsveränderung bei chronischen Schmerzen (ICD 10: F45.41 -> F62.80)

- Z.n. initial „mildem“ Schädel-Hirn-Trauma mit im MRT bildgebenden Hinweisen auf diffuses axonales Trauma (ICD 10: S06.2) mit

- Organischneurasthenischem Syndrom anhaltend und posttraumatischem Kopfschmerz anhaltend (ICD 10: F06.5, G44.3)

- Ängstliche und depressive Störung, gemischt (ICD 10 F41.2).“

59

Die MdE für die Beschwerdekompexe sei wie folgt einzuschätzen:

- Initiale organischneurasthenische Störung und psychische Veränderung nach durchgemachten Schädel-Hirn-Trauma (ICD10 F06.6 und F07.2) -> Einzel-MdE 30 v.H.

- Posttraumatischer Kopf-Nacken-Schmerz mit Ausstrahlung in die Arme, posttraumatischer Schmerz im Sinne einer Interkostalneuralgie bei Zustand nach Stauchungsbruch des 4.BWK, posttraumatischer Schmerz nach Prellung der LWS und des Beckens (ICD10O0: G44.3, 655.1, R52.2) ->Einzel-MdE 20 (unter Berücksichtigung von vorbestehenden Schäden bzw. Veranlagungen).

60

Die unfallbedingt nachweisbare Gesamt-MdE aus diesen beiden Komplexen sei mit 35 v.H. zu bewerten.

61

Hinzu kämen noch ggf. gutachtlich weiter festzustellende MdE auf HNOärztlichem und urologischem Gebiet.

62

Der damalige Bevollmächtigte des Klägers hat sich am 30.09.2019 zu dem Gutachten von D geäußert und auf die Notwendigkeit der weiteren Begutachtung auf HNOärztlichen und urologischen Fachgebiet hingewiesen, wobei diese nunmehr nach § 106 SGG zu erfolgen hätten.

63

Die Beklagte hat sich am 30.09.2019 zu dem Gutachten von D geäußert und unter Vorlage der Stellungnahme ihres Beratungsarztes W1, Bad O, vom 17.09.2019 vorgetragen, dass das Gutachten nicht den Grundsätzen aus der Unfallversicherung entspreche. Für die Diagnosestellung einer traumatischen Hirnschädigung aus 1994 ergäben sich keine Hinweise: Typische klinische Symptome wie Bewusstseinsstörung, längere Desorientierung, Verwirrtheit oder Amnesie hätten beim Unfall nicht vorgelegen. Hirnsubstanzschädigungen gingen jedoch mit ausgeprägten Beeinträchtigungen einher (siehe AWMF Leitlinie), eine strukturelle Hirnschädigung sei nicht belegt. Die Befundbeschreibungen der winzigsten kleinflächigen Signal Anhebungen an den Stammganglien und im Vorderhorn im MRT aus September 1998 seien unspezifisch bezüglich ihres Entstehungsmechanismus, sie seien nicht mit Wahrscheinlichkeit unfallbedingt, hätten laut dem Beratungsarzt keinen Krankheitswert und seien keinesfalls Beweis eines strukturellen Hirnschadens. In der gesetzlichen Unfallversicherung bedürfe das Vorliegen des Erstschadens (hier des primären Hirnschadens) jedoch des Vollbeweises. Verblieben nach so vollständig wie mögliche Aufklärung eines Sachverhaltes und nach rechtlich einwandfreier Würdigung aller Umstände eines Falles erhebliche Zweifel, so könne nicht im Zweifel zugunsten des Versicherten entschieden werden. Es gebe auch nicht den Grundsatz, dass im Zweifelsfalle von mehreren in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten diejenige als bewiesen anzusehen sei, die die größtmögliche Aussicht auf Verwirklichung des erhobenen Anspruchs biete. Vielmehr gelte in allen Angelegenheiten der Sozialgerichtsbarkeit der Grundsatz der objektiven Beweislast, nachdem die Folgen des Nichtfestgestellt Seins einer Tatsache von demjenigen zu tragen sein, der aus der Tatsache ein Recht herleiten möchte. Dies gelte auch für Fälle von nicht durchgeführten Untersuchungen oder Dokumentationen. Es könne nicht einfach angenommen werden, dass der Beweis bei ausreichender Dokumentation gegeben gewesen wäre. Somit sei die Beurteilung des Herrn D, dass eine frühere Untersuchung ein Beleg für den Schaden erbracht hätte, nicht relevant. Ein Vollbeweis für den geltend gemachten primären Hirnschaden liege nicht vor. Das Gutachten von D sei nicht überzeugend.

64

Der Beratungsarzt der Beklagten W1 hat in seiner Stellungnahme vom 17.09.2019 dazu ausgeführt:

„Aus beratungsärztlicher Sicht ist auf die Standardwerke der medizinischen Begutachtungsliteratur insofern hinzuweisen, als für die Diagnosestellung einer traumatischen Hirnbeteiligung typische klinische Symptomewieeine-Bewusstseinsstörungoder eine retro bzw. anterograde Amnesie etc. zu fordern sind. Dabei entspricht es dem Lehrbuchwissen, welches man z.B in Schönberger/Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage aus dem Jahre 2017 nachvollziehen kann, dass kurzfristige Bewusstseinsstörungen bzw. amnestische Lücken mit einer reversiblen Commotio cerebri (Hirnerschütterung) vereinbar sind, die Veranschlagung einer Hirnsubstanzschädigung bei Contusio cerebri jedoch im Regelfall mit ausgeprägteren Beeinträchtigungen einhergeht.

Die unlängst durchgeführte zweite Aktualisierung der Leitlinie zur Begutachtung nach gedecktem Schädelhirntrauma im Erwachsenenalter (sogenannte AWMF-Leitlinie), veröffentlicht in MedSach 115 2/2019, stellt die erforderlichen Nachweiskriterien bezüglich der klinischen Symptomatik bei strukturellen Hirnverletzungen noch einmal detailliert zusammen. Hiernach sprechen insbesondere eine Bewusstlosigkeit

von mehr als einer Stunde, fokale zentral neurologische Ausfälle, Desorientierung und/oder Verwirrtheit von mehr als 24 Stunden sowie eine retrograde Amnesie von mehr als 8 Stunden bzw. eine anterograde Amnesie von mehr als 24 | Stunden für die Veranschlagung einer strukturellen Hirnschädigung nach SHT.

Legt man nun den diesbezüglichen Stand der medizinischen Lehrmeinung auf der Grundlage der Begutachtungsliteratur und der aktualisierten AWMF Leitlinie zugrunde, so kann das Vorliegen einer strukturellen Hirnschädigung bei dem Kläger aus dem Ereignis vom 23.02.1994 anhand der Begutachtungslage D nicht schlüssig nachvollzogen werden, wenn die in der Begutachtungslage zitierten Befunde aus der Eingangsphase der Behandlung des Klägers eindeutig aussagen, dass bei dem Kläger keine verifizierbaren Bewusstseinsstörungen, keine klinisch auffälligen neurologischen oder psychopathologischen Befunde und letztendlich auch keine Zeichen auf eine Commotio cerebri bestanden haben.

2. Unbeschadet hiervon vertritt Herr D seine gutachtliche Einschätzung, wonach bei dem Kläger unfallbedingt am 23.02.1994 nicht nur eine Schädelprellung, sondern ein „mildes, Schädel Hirntrauma mit anfangs wenig ausgeprägter klinischer Symptomatik entstanden sei (Blatt 45 2. Abschnitt Gutachten). Hier bleibt zunächst offen, was Fachkollegen D eigentlich mit einem „Milden“ Schädelhirntrauma meint, wobei er ja selbst die Befunderhebungen aus dem Jahre 1994 zitiert hat, wonach von den behandelnden Durchgangsarzten und Neurologen ansonsten ein Schädelhirntrauma bei dem Kläger verneint worden ist. Nun wird diesbezüglich auf das Ergebnis einer MRT-Untersuchung bei dem Kläger vom 28.09.1998 Blatt 5 Gutachten D 3. Abschnitt verwiesen, hier fanden sich in der Befundbeschreibung „winzigste, sehr kleinleckige Signalanhebungen in der T2-gewichteten Bildern ' in den Stammganglien sowie diskret auch rechts dem Vorderhorn des Seitenventrikels benachbart“.

Ohne persönliche Kenntnis der zitierten MRT-Aufnahmen vom Jahre 1998 muss aus beratungsärztlicher Sicht eindeutig dargelegt werden, dass derartige Befundbeschreibungen für traumatische Hirnveränderungen nach einem Schädelhirntrauma gänzlich untypisch sind, oftmals handelt es sich hierbei um Artefaktbildungen, welche keinen Krankheitswert besitzen. Hierzu schreibt Herr D In seinem Kommentar auf Blatt 5 3. Abschnitt seines Gutachtens auch nachvollziehbar, dass derartige Befunde unspezifisch bezüglich ihres Entstehungsmechanismus seien. Dies ist zutreffend und beweist insofern das Vorliegen eines statt gegebenen strukturellen Hirntraumas keinesfalls. Sofern diesbezüglich noch Bedarf gesehen werden sollte, könnten selbstverständlich die MRT-Aufnahmen vom 28.09.1998 noch zu einer gezielten neuroradiologischen Auswertung vorgelegt werden.

Ansonsten hat Herr D die Einschätzung vertreten, dass die nach dem Unfall bei dem Kläger aufgetretenen Überforderungszustände und Erschöpfungszustände fälschlich als psychosomatisch verursacht angesehen wurden (Blatt 45 2. Abschnitt Gutachten). Hierbei habe es sich um eine diagnostische Fehleinschätzung gehandelt.

Hierzu muss aus beratungsärztlicher Sicht angemerkt werden, dass diese Argumentation den Beweisvorgaben für den Sachverständigen in der gesetzlichen UV „sicherlich nicht genügt, denn gefordert wird ja zunächst eindeutig der Vollbeweis des geltend gemachten Primärschadens. Hier lässt sich schon nach Auswertung der gesamten Begutachtungslage D in Verbindung mit den gesamten Aktenunterlagen nicht überzeugend nachvollziehen, dass der Kläger überhaupt ein Hirntrauma erlitten hat. In Bezug auf die zeitlich nach dem Unfall aufgetretenen Erschöpfung- und Überforderungszustände des Klägers, welche in der Begutachtungslage meines Fachkollegen D dargelegt werden, muss auf die Feststellung des SG Nürnberg in seinem Urteil vom 17.05.2015 hingewiesen werden, wonach der Kläger „entsprechend den in den Verwaltungsakten befindlichen Krankenkassenunterlagen „bereits zeitlich vor dem Unfallereignis mehrfach wegen psychischer Beschwerden in Behandlung und auch arbeitsunfähig war“.

4. Zuzustimmen ist den diagnostischen Schlussfolgerungen meines Fachkollegen D insofern, als bei dem Kläger Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung im Gefolge des Unfalles vom 23.02.1994 nie im Vordergrund gestanden haben, zu einem ähnlichen Ergebnis kam im Übrigen auch bereits die Vorbegutachtungslage K vom 30.05.2005.“

65

Das LSG hat den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 14.02.2020 die Stellungnahme der Beklagten zum Gutachten von D sowie die Stellungnahme des Beratungsarztes übersandt und darauf hingewiesen, dass der nach § 109 SGG benannte HNOärztliche Gutachter Professor E, B wegen Arbeitsüberlastung nicht

zur Verfügung stehe. Das Gericht wolle aber ein Gutachten nach § 106 SGG auf HNOärztlichem Fachgebiet einholen, im Konsens mit den Beteiligten.

66

Der erneut angefragte Prof. E, B, hat die Begutachtung aus Kapazitätsgründen mit Schreiben vom 03.11.2020 abgelehnt. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat gleichwohl am 24.11.2020 mehrere Gutachten nach § 109 SGG (HNOärztlich Professor E, gefäßchirurgisch und neurochirurgisch) beantragt. Zur Beilegung des Rechtsstreits hat der Bevollmächtigte zuvor ein Anerkenntnis der Beklagten unter Berücksichtigung einer Gesamt-MdE von 70 v.H. vorgeschlagen. Dies hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 18.01.2021 abgelehnt. Das LSG hat eine Begutachtung auf HNOärztlichen Fachgebiet bei S2, München vorgeschlagen, die der Kläger jedoch ablehnt hat. Er hat eine Begutachtung bei M, S nach § 106 SGG anregt und in Aussicht gestellt, dass dann keine Anträge mehr nach § 109 SGG gestellt werden würden. Mit Beweisverordnung vom 22.01.2021 hat das LSG eine HNOärztliches Gutachten bei B, Institut für medizinische Begutachtungen in K, nach § 106 SGG in Auftrag gegeben. Der Kläger hat der Begutachtung bei B widersprochen und hilfsweise einen Ablehnungsantrag gegen den medizinischen Sachverständigen gestellt. Im Übrigen sei unverändert vorab die Einholung eines biomechanischen Gutachtens unabdingbar. Am 26.04.2021 hatte der Bevollmächtigte Anhörungsrüge gegen die Begutachtung durch B erhoben. Das LSG hat hierzu am 19.06.2021 mitgeteilt, dass die Anhörungsrüge nicht statthaft sei. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat am 26.05.2021 angekündigt, er würde die Ablehnung gegen den medizinischen Sachverständigen für gegenstandslos erklären, wenn das LSG nach § 106 SGG ein HNOärztliches Gutachten durch Professor H3, beauftragen würde. Am 05.07.2021 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers erklärt, dass die Ablehnung des medizinischen Sachverständigen aufrechterhalten bleibe.

67

Am 05.10.2021 ist beim LSG das Hals-Nasenohrenärztliche Gutachten von Bf, K vom 24.09.2021 eingegangen, dass nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 28.04.2021 erstellt wurde. Der medizinische Sachverständige hat einen kausalen Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Unfallereignis und einer linksseitigen Hörstörung für wahrscheinlich gehalten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen einer Tinnituswahrnehmung links in unterschiedlicher Frequenz und in unterschiedlicher Beziehung zur Tonhörschwelle sei hingegen nach jetzigen Kenntnisstand nicht als Unfall kausal auf HNO-ärztlichem Gebiet darzustellen. Eine kontinuierliche Einschränkung der Körpergleichgewichtsregulationsfähigkeit sei aktenkundig nicht belegt. Eine Störung der Innenohrfunktion des Gleichgewichtsregulierenden Systems sei darüber hinaus nicht kontinuierlich dokumentiert.

68

Als Unfallfolgen sei eine linksseitigen HochtoninnenohrPerzeptionsstörungen wahrscheinlich zu machen. Das Ausmaß der Hörstörung sei anhand der Ton audiometrischen Angaben vom 21.10.1994 nach der Drei Frequenztafel von Röser einem Hörverlust von 5% zuzuordnen. Nach der Hörverlusttafel von Feldmann sei aus der Konstellation einer Normalhörigkeit rechts und einer knapp geringartigen Schwerhörigkeit links keine messbare in MdE (MdE kleiner 10 v.H.) abzuleiten.

69

Die neue Prozessbevollmächtigte des Klägers hat am 02.03.2022 eine umfangreiche Erklärung des Klägers gleichen Datums zum bisherigen Verfahren vorgelegt. Darin hat der Kläger die Anhörungsrüge wiederholt, einen Antrag auf Überprüfung von § 3 der Satzung der Beklagten im Hinblick auf deren Zuständigkeit für ihre eigenen Beschäftigten gestellt, ein biomechanisches Gutachten beantragt, sowie die Länge des Gerichtsverfahrens gerügt. Im Übrigen hat er auf seinen Schriftsatz gegenüber dem SG vom 17.10.2011 Bezug genommen.

70

Das LSG hat mit Schreiben vom 04.03.2022 mitgeteilt, dass der übermittelte Schriftsatz des Klägers im Hinblick auf den Streitgegenstand (Begehren auf Gewährung einer Verletztenrente auf Grund des Unfalles vom 23.02.1994) nicht nachvollzogen werden könne. Der Prozessbevollmächtigte werde daher aufgegeben, im Rahmen der angeforderten umfassenden Stellungnahme bis zum 25.03.2022 ergänzend sämtliche von der Klägerseite gestellten und weiter aufrechterhaltenen Anträge und Einwendungen sowohl im materiellrechtlichen, als auch verfahrensrechtlicher Hinsicht konkret und substantiiert mitzuteilen. Auf die

Regelung des § 106 a SGG werde ausdrücklich hingewiesen. Zudem werde gebeten, dass die Klägerseite ausschließlich über den Prozessbevollmächtigten mit dem Gericht kommuniziere.

71

Die Klägerbevollmächtigte hat am 04.05.2022 ihren am 26.04.2022 hilfsweise gestellten Antrag auf Sachverständigen Ablehnung gegen Bf erläutert und am 11.05.2022 erneut Professor E, B als HNO-Gutachter benannt. Vor weiteren medizinischen Sachverständigengutachten sei auf jeden Fall ein unfallanalytisches Gutachten zwingend erforderlich. Mit gerichtlichen Schreiben vom 02.06.2022 und 06.07.2022 hat das LSG letztmals bis zum 18.07.2022 eine Beantwortungsfrist für das Schreiben vom 04.03.2022 gesetzt und erneut darauf hingewiesen, dass materiell rechtlich Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung streitgegenständlich seien.

72

Mit Schreiben vom 18.07.2022 hat die Bevollmächtigte dann folgende Berufungs-Anträge gestellt:

1. Antrag auf Aussetzung des Verfahrens mit Überprüfung der Satzung der BG BAU, und Überweisung an sachlich zuständige Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.
2. Antrag auf datenschutzrechtliche Aktenbereinigung wegen Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung bezogen auf das Urteil des BSG vom 05.02.2008 – B 2 U 8/07 R – i.V.m. der DSGVO Sicherung des Datenschutzes (BT- Drucks13/4853, S. 22).
3. Antrag auf ein unfallanalytischbiomechanisches Gutachten
4. Antrag auf Neuro-Urologische Begutachtung
5. Antrag auf Anerkennung der PTBS aufgrund der Unfälle – mit der Aufrechterhaltung durch das überlange Gerichtsverfahren und der lfd. Auseinandersetzungen mit meinem Arbeitgeber als zuständiger UV-Träger; durch ständiges Triggern des Unfallgeschehens
6. Antrag auf besondere berufliche Betroffenheit, unbillige Härte (§ 56 Abs. 2 SGB VII) wegen der Unfallfolgen i.V.m. mit der Zwangspensionierung und dem Verlust des Arbeitsplatzes.
7. Hilfs-Antrag zur HNO-Begutachtung nach § 109 SGG bei H – Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde vom UKB -alternativ HNO-Arzt M, S.

73

Der Kläger hat weitere frühere Schriftsätze vom 17.10.2011 (an das SG), vom 26.08.2015, vom 05.07.2021, vom 26.04.22 und vom 11.05.22 in Bezug genommen, aus denen sich folgende weiteren Anträge ergeben haben:

8. Ablehnung B, K HNO
9. Zurückverweisung ans SG N
10. Gleichzeitig: Rente nach MdE mind. 50 v.H. unter Aufhebung Urteil SG vom 15.07.2015 und des Bescheides vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.07.2015;
11. Zurückverweisung nach § 131 Abs. 5 SGG an Beklagte durch SG
12. Unzureichende Sachverhaltsermittlungen, hilfsweise Antrag § 109 SGG Beweisverwertungsverbote wegen Verstoß gegen § 200 SGB VII
13. Beweisverwertungsverbot wegen BSG B 2 U 8/07 R
14. Würdigung Verschlimmerungsantrag vom 26.02.2007 Gesamtschuldnerische Haftung und Schadensersatz durch Beklagte für Wegeunfall und spätere Dienstunfälle 2004

74

Zu den originären Anträgen im Schriftsatz vom 18.07.2022 hat die Beklagte mit Schreiben vom 22.08.2022 Stellung genommen.

75

Die neu zuständige Berichterstatterin hat den Beteiligten mit Schreiben vom 18.03.2024 einen Erörterungstermin u.a. zur Klärung der Anträge und des Streitgegenstandes vorgeschlagen: Zudem hat das

LSG darauf hingewiesen, im Verfahren vor dem SG ein Auszug aus einem Gutachten von Prof. Dr. W vom 19.01.2012 vorgelegt worden sei, das wohl Gegenstand eines Berufungsverfahrens vor dem Landesarbeitsgericht Nürnberg (LAG, Az. 2 Sa 406/10) gewesen sei. Das LSG hat die Beteiligten um ihr Einverständnis zur Beiziehung der Akten des LAG gebeten. Auf den Inhalt des gerichtlichen Schreibens vom 18.03.2024 wird verwiesen.

76

Die Beklagte hat am 02.04.2024 ihr Einverständnis mit der Beiziehung der Akten des LAG erklärt. In Absprache mit den Beteiligten hat am 11.07.2024 ein 2 3/4 Stunden langer Erörterungstermin mit den Beteiligten stattgefunden. Auf die Sitzungsniederschrift vom 11.07.2024 wird verwiesen:

77

Am 18.07.2024 hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers teilweise die Erklärungen vom 11.07.2024 widerrufen. Die vor dem SG am 17.10.2011 gestellten Anträge blieben aufrechterhalten. Der GeneralLeistungsantrag (Anspruch auf alle verfassungsrechtlich garantierten Ansprüche, sowohl sozialrechtlicher wie zivilrechtlicher Art gegen die Beklagte aus Schutzgesetzverletzung mit einem Verstoß gegen das Verfassungs- und Europarecht) bleibe aufrechterhalten. Der Kläger hat seine Zustimmung widerrufen, das Gutachten von Professor W im LAG Verfahren beizuziehen. Der Kläger hat zudem eine Vielzahl von medizinischen Unterlagen (zum Teil redundant zu Verwaltungs- und Gerichtsakten, z.T. Behandlungen ab 2022) übersandt.

78

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 25.02.2024 mitgeteilt, dass sie keinen Raum für einen wie auch immer gearteten Vergleich sehe. Im Übrigen seien aus den Dienstunfällen von 2004 keine Unfallfolgen verblieben (Dienstwege Unfall vom 16.09.2004 – Wiederaufnahme der Arbeit 01.10.2004, Dienstwege-Unfall vom 14.10.2004, keine Arbeitsunfähigkeit, kein unmittelbarer Arztbesuch). Der vor dem LAG geschlossene Vergleich über einen einmaligen Gesundheitsschadensausgleich von 15.000 € habe keine Anerkennung eines dauerhaften Gesundheitsschadens beinhaltet.

79

Mit Beschluss vom 30.07.2024 hat das LSG den Antrag des Klägers vom 11.07.2024 auf Ablehnung des Sachverständigen B wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Die im Erörterungstermin vom 11.07.2024 gesetzte Frist zur Benennung der medizinischen Sachverständigen nach § 109 SGG hat das Gericht auf Antrag der Prozessbevollmächtigten bis zum 10.09.2024 verlängert. (Schreiben vom 20.08.2024). Das LSG hat den Beteiligten mitgeteilt, dass es keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen mehr vorsehe. Die Prozessbevollmächtigte hat am 10.09.2024 Prof. O, H zum Gutachter auf neurologischen Fachgebiet und M, S, als Gutachter auf HNO-Fachgebiet benannt.

80

Mit Beweisanordnung vom 23.09.2024 hat das Gericht den HNO-Sachverständigen nach § 109 SGG mit der Erstellung eines Gutachtens nach ambulante Untersuchung des Klägers beauftragt.

81

Prof. O hat am 08.10.2024 mitgeteilt, dass er aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage sei, das Gutachten zu erstellen. Die Klägerbevollmächtigte hat am 01.11.2024 Q, M als medizinischen Sachverständigen benannt. Dieser hat am 27. 12.2024 mitgeteilt, dass er für die erste Jahreshälfte 2025 keine Ressourcen mehr frei habe und nicht sagen könne, ob die Abfassung des Gutachtens in der zweiten Jahreshälfte realisierbar sei. Am 09.01.2025 hat das LSG den Beteiligten mitgeteilt, dass es nicht beabsichtige, ein Gutachten nach § 109 SGG bei Q einzuholen.

82

Der medizinische Sachverständige M hat sein HNO-fachärztliches, neurotologisches Gutachten vom 28.01.2025 nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 11.10.2024 vorgelegt.

83

Der Sachverständige hat bei der Untersuchung des Klägers sowohl Hörprüfungen, otoakustisch evozierte Emissionen, akustisch evozierte Potentiale und Prüfungen des Gleichgewichtssystems durchgeführt.

84

Auffällig sei, dass lediglich von einer Schädelprellung und einer Zerrung der HWS die Rede sei. Fakt sei jedoch, dass in den MRT-Bildern des Schädels Einblutungen festgestellt worden seien, so dass von einem SHT auszugehen sei. Auch sei nicht nur radiologisch bestätigt, dass in der HWS das linke Ligamentum alare auseinandergerissen sei. So sei für die Ursachen in seinem Fachbereich von einem schweren SHT und einer schweren Verletzung der Halswirbelsäule auszugehen.

85

Die in seiner Praxis erhobenen Befunde seien stimmig mit den Vorbefunden im HNO-Bereich, so von H, B, der der zurzeit führende Neurootologe in Deutschland, ferner H₂ und anderer HNO-Ärzte. Als Gesundheitsstörungen auf HNOärztlichem Fachgebiet hat der Sachverständige bezeichnet:

SHT und chronifiziertes HWS-Trauma – BarreLieou-Syndrom (ICD-10 M53.0) mit objektivierbarer zentraler und cervikaler Gleichgewichtsfunktionsstörung (ICD-10 H81.4), zentralem Tinnitus (H93.1) (Tinnitus ex cranii) und myofaszielles Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.1).

86

In verschiedenen Fachbereichen, insbesondere der Orthopädie, Traumatologie, Unfallchirurgie seien strukturelle, morphologische und funktionelle Schäden im Bereich der oberen Halswirbelsäule gesichert. In verschiedenen Kliniken sei deswegen eine Versteifungsoperation der oberen Halswirbelsäule für notwendig erachtet worden.

87

Das Ereignis vom 23.02.1994 sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich für die Entstehung der angegebenen Gesundheitsstörungen auf HNOärztlichem Fachgebiet. Für ursächlichen Zusammenhang sprächen die neurootologischen Messprotokolle, die ausführliche Anamnese, die vorliegenden Facharztberichte aus dem Fachgebiet der Neurologie, der Unfallchirurgie und der Radiologie. Es bestehe Übereinstimmung mit der Befundung aus dem Berufsgenossenschaftlichen Krankenhaus B und der interdisziplinären Diagnostik; Bericht aus dem Krankenhaus B vom 20.03.2006 mit der Feststellung, dass es bei dem Untersuchten um ein Cervikalsyndrom, eine Cervico-Cephalgie und ein cervicoencephales Syndrom bei Instabilität der oberen Halswirbelsäule nach Unfallereignis handele. Auch der Fachverband der Chirurgen habe das cervicocephale Syndrom seinen Diagnostikschlüssel aufgenommen.

88

Weiter hat der Sachverständige ausgeführt:

„Bericht aus der Fachklinik E vom 31.10.2006. Diagnosen: Chronisches Schmerzsyndrom III (F62.80, R52.2) nach Gerbershagen bei HWS-Instabilität in Höhe C0/C1/C2 und BS-Protrusion in Höhe C5-6 bei Z. n. Schädelhirntrauma und HWS-Distorsion seit Autounfall 1994. Die unfallbedingten Schäden im HWS-Bereich bedürfen eines operativen Angehens, Versteifung C0-C2.

In der Klinik für manuelle Therapie H (gemeint wohl: Bericht vom 14.06.2010) werden folgende Diagnosen gestellt bzw. bestätigt: Chronisches Schmerzsyndrom (Gerbershagen III), Cervikalsyndrom mit Cervico-Cephalgien, Cervico-Brachialgien links bei Z. n. Verkehrsunfall 1994 (mehrfacher Überschlag).

Auch die Fachklinik H (gemeint wohl Bericht D vom 12.04.2011) bestätigt die Diagnosen. So: Bildgebend (MRT) ist bei Herrn A eine Instabilität am kraniozervikalen Übergang diagnostiziert worden in Verbindung mit einer ventralen Einengung des Intraduralraumes auf Höhe der Densspitze. Diese Instabilität sei für intermittierende Reizerscheinungen am Übergang Hirnstamm/Halsmark verantwortlich.“

89

Aus medizinischer Sicht spreche für eine wesentliche Ursächlichkeit des Unfalles vom 23.02.1994 das zeitnahe Auftreten der Gleichgewichtsstörungen, der Schwindelsymptomatik, der Hörstörungen und der Nacken- und Kopfschmerzen.

90

Ferner sprächen die Untersuchungen in der BG-Klinik B und die neurootologischen Befundungen von M selbst und weiterer HNO-Ärzte für den Ursachenzusammenhang.

91

Als Unfallfolgen hat der Sachverständige Störungen im Bereich der gleichgewichtsverarbeitenden Strukturen (peripher und zentral) mit Schwankschwindel und einen Tinnitus aurium bezeichnet.

92

Die unfallbedingte MdE im Fachbereich der HNO-Heilkunde sei mit 30 v.H. für die Gleichgewichtsstörungen und 10 v.H. für den Tinnitus einzuschätzen. MdE = 40 v.H. Nach Aktenlage bestehe beim Kläger außer einem schweren HWS-Trauma der Klasse III auch ein SHT.

93

Die Beklagte hat am 12.02.2025 zu dem Gutachten von M Stellung genommen. Sie hat sich dabei zu der Gutachten-Qualität, zum wissenschaftlichen Erkenntnisstand bei strukturellen HWS Verletzungen sowie zum fehlenden Vollbeweis eines strukturellen Erstschadens geäußert.

94

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat mit Schriftsätzen vom 20.02.2025 und 12.03.2025 jeweils Schreiben des Klägers zu dem Gutachten („durchgereicht“) wiedergegeben.

95

Die Beklagte hat am 14.03.2025 ein E-Mail des medizinischen Sachverständigen M vom 11.03.2025 vorgelegt, in dem dieser der Prozessbevollmächtigten ankündigt, zu den berufsgenossenschaftlichen Einwänden binnen vier Wochen Stellung zu nehmen. Das Gericht hat die Beteiligten am 18.03.2025 darauf hingewiesen, dass das LSG keine ergänzende Stellungnahme nach § 109 SGG von M beauftragt habe. Mit Schreiben vom 13.05.2025 hat das LSG der Prozessbevollmächtigten auf deren Sachstandsanfrage hin mitgeteilt, dass noch keine ergänzende Stellungnahme von Herrn M beantragt worden sei. Im Übrigen werde erneut auf die richterlichen Hinweise im Erörterungstermin vom 11.07.2024 und auf die sachdienliche Antragstellung durch die Bevollmächtigte hingewiesen und eine Frist bis 06.06.2025 für die Benennung der gestellten und weiter aufrechterhaltenen Anträge und Einwendungen sowohl in materiellrechtlicher, als auch verfahrensrechtlicher Hinsicht gesetzt.

96

Mit Schreiben vom 20.05.2025 hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers eine ergänzende Stellungnahme von M nach § 109 SGG zu den Einwänden der Beklagten beantragt. Diese hat der Senat am 30. 05.2025 veranlasst. Gleichzeitig hat das LSG die Klägerbevollmächtigte erfolglos um Übersendung des Gutachtens von Prof. W, G vom 19.01.2012 gebeten.

97

Der medizinische Sachverständige Dr. M hat am 04.07.2025 eine ergänzende Stellungnahme datiert vom 29.06.2025 nach § 109 SGG zu seinem Gutachten vom 28.01.2025 abgegeben, zu der sich die Beteiligten äußern konnten. Dr. M hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29.06.2025 (58 Seiten inkl. Anlagen) ausgeführt, er bleibe bei der Einschätzung, dass das Unfallereignis vom 23.02.1994 zu einem Hochrasanztrauma Quebec-Klasse III mit erheblichen Störungen der Gleichgewichtsfunktion und des Gehörs geführt habe (posttraumatisches cervico encephales Syndrom). Es sei der Nachweis erbracht worden, dass es ohne das Unfallereignis es nicht zu diesem Beschwerdekompex gekommen wäre, auch nicht zu einem posttraumatischen cervicoencephalen Syndrom – Barré-Lieou-Syndrom.“

98

Eine strukturelle Verletzung der Wirbelsäule durch den Unfall vom 23.02.1994 liege vor. Die BG' Bau habe die BWK-4-Fraktur anerkannt und damit auch bestätigt, dass das Unfallereignis zu Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule geführt habe. Die BG streite aber ab, dass das Unfallereignis auch zu einer Erkrankung im Bereich der oberen Halswirbelsäule geführt habe. Eine Erkrankung im Bereich des cervicocephalen Übergangs liege vor.

99

Es lägen zahlreiche Röntgenaufnahmen, u. a. auch von V, vor, aber auch konventionelle Darstellungen. So von E und dem Neurochirurgen M im Krankenhaus B Es sei festgestellt worden, dass die Stellung des Atlanto-Dental-Gelenkes wie Atlas und auch Dens axis unsymmetrisch seien. Hier sei auch auf den Riss durch Überdehnung der Flügelbänder hingewiesen worden. Aus den meisten Gutachten werde die Diagnose cervicoencephales Syndrom gestellt mit Instabilität C0/C2.

100

Die Beklagte argumentiere mit Auszügen aus dem Lehrbuch Schönberger/Mehrtens/ Valentin, 10. Auflage. Dieses Lehrbuch gebe nicht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand wieder. Die zeitliche Latenz spreche nicht gegen den Ursachenzusammenhang, weil man wisse, dass bei vielen HWS-Verletzungen ein

Zeitraum verminderter Schmerzempfindung und anderer Symptome möglich sei. Die volle Ausprägung komme dann erst später. Fakt sei, dass das Unfallereignis vom 23.02.1994 zu einer Stretchverletzung im Bereich der Ligamentum alaria mit der daraus resultierenden Instabilität C0/C2 mit chronisch rezidivierendem cervicoencephalen Syndrom geführt habe.

101

Die Klägerbevollmächtigte hat dem LSG am 06.06.2025 mitgeteilt, dass sämtliche gestellten Anträge aufrecht erhalten blieben und zur weiteren Absprache mit dem Kläger und zur Übersendung der konkretisierten Anträge eine Fristverlängerung bis zum 30.06.2025 beantragt. Die Bevollmächtigte hat zudem eine E-Mail des Klägers vom 04.06.2025 vorgelegt, in dem dieser zwölf aufrechterhaltene Beweisanträge benannt hat. Der Kläger hat erneut zahlreiche medizinische Behandlungsunterlagen vorgelegt, unter anderem von mehreren stationären Aufenthalten wegen urologischer und psychosomatischer Beschwerden (im wesentlichen Behandlungsunterlagen aus den Jahren 2022/2025).

102

Das Gericht hat der Bevollmächtigten des Klägers mit Schreiben vom 11.06.2025 eine Fristverlängerung bis zum 25.06.2025 unter Hinweis auf § 106 a SGG eingeräumt. Ebenso wurde darauf hingewiesen, dass das zuletzt wieder nur „durchgereichte E-Mail des Klägers vom 04.06.2025 12 „Anträge“ enthalte, die z.T. nicht verfahrensbezogen seien und keinen Bezug zum erstinstanzlichen Streitgegenstand aufwiesen.

103

Die Bevollmächtigte des Klägers hat am 25.06.2025 ein Schreiben des Klägers vom 24.06.2025 mit nunmehr zehn Anträgen vorgelegt. Die Bevollmächtigte hat dazu ausgeführt: „Der Kläger hat ein Recht auf rechtliches Gehör und nimmt dieses auch eigenständig wahr. Er ist durchaus in der Lage, den Inhalt des Verfahrens zu überblicken. Die Anträge, wie er sie stellt, sind Ausdruck seiner seit Beginn des Verwaltungsverfahrens an ungerechtfertigten Behandlung durch die Beklagte. Unfallfolgen sind eindeutig eingetreten. Daher kann ich die Anträge, wie der Kläger sie stellen möchte, auch als Prozessbevollmächtigte des Klägers juristisch unterschreiben. Angesichts der Tatsache, dass die Vertretung vor den Sozialgerichten und den Landessozialgerichten durch Verbände und auch durch die Kläger selbst erfolgen kann, sind die Anträge des Klägers durch das Gericht zu überprüfen.“

104

Mit Schriftsatz vom 12.08.2025 hat die Bevollmächtigte des Klägers einen in drei Punkten unterteilten Haupt-Beweisantrag und dreizehn Teil-Beweisanträge für die Aufnahme in das Sitzungsprotokoll vom 13.08.2025 (17 Seiten) übersandt.

105

Der Haupt-Beweisantrag diene dem Interesse einer vollständigen Sachaufklärung, damit das Gericht eine sachgerechte Entscheidung treffen könne. Der Hauptbeweis (I) verweise zur detaillierten Begründung auf 12 (tatsächlich 13) Teilbeweisanträge (II). Diese Teilanträge dienten dazu, die verschiedenen Facetten des Hauptantrags detailliert darzulegen und zu begründen; mit Hinweis auf die übergegangenen Ansprüche gemäß § 116 SGB X.

Hauptbeweis: der Klageantrag umfasse alle aus dem Wegeunfall vom 23.02.1994 entstandenen Schäden i.V.m. Missachtung des Arbeitsschutzgesetzes und vorsätzlicher Unterlassung der Gefährdungsbeurteilung durch die Beklagte – mit der Folge zwei weiterer schwerer Wege-Unfälle. Die Blasenentleerungsstörung und erektile Dysfunktion sowie die PTBS seien ursächlich unfallbedingte Störungen des Primärunfalls, die das Gericht bisher nicht aufgeklärt habe.

106

Dazu hat der Kläger drei Beweisthemen im Hauptbeweis (I) benannt:

* 1. Beweisthema: Gesamtschuld der BG BAU i.V.m. dem Leistungsantrag vom 16.05.2012 aus drei anerkannten Autounfällen

* 2. Beweismittel zur rechtswidrigen Ablehnung der Verletztenrente: Ladung und Vernehmung des beratenden Arztes T von der Bezirksverwaltung der BG BAU München: vgl. dazu Blatt 412 bis 414 der Unfallakte. Im entscheidenden Aktenvermerk vom 11.10.2006 (Bl. 414 der Unfallakte) dokumentierte die zuständige Sachbearbeiterin, Frau K L, die Beschwerden des Klägers nach eigener Angabe auf Grundlage angeblicher Rücksprache mit dem Beratungsarzt T.“

* 3. Beweismittel: Verstoß gegen das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) i.V.m. den Unfallverhütungsvorschriften, durch den unmittelbaren Vorgesetzten Bereichsleiter der Unfall-Abt. Nürnberg, Herrn W: als Zeuge zu vernehmen. Die Haftungsprivilegierung entfalle, da der Arbeitgeber den Unfall vorsätzlich und grob fahrlässig verursacht habe.

107

Daneben benennt der Kläger dreizehn Teil-Beweisanträge:

1. Normenkontrolle (§ 132 SGB VII) (Zwangs-Unfallversicherung beim eigenen Arbeitgeber)
2. Beweisantrag zur Aktenbereinigung und Entfernung der rechtswidrig erlangten Gutachten. Der Kläger beantragt, die gerichtliche Feststellung, dass einzelne Gutachten in der dem Gericht vorliegenden Unfallakten rechtswidrig erlangt wurden und daher einem Beweisverwertungsverbot unterliegen.
3. Beweisantrag für ein biomechanisches Gutachten
4. Beweisantrag wegen Verweigerung der „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ – anspruchsbegründende Tatsachen i.V.m. der Wiedererkrankung und dem Verschlimmerungsantrag vom 26.02.2007
5. Beweisantrag: Entschädigungsanspruch nach § 198 GVG – wegen überlangen Gerichtsverfahren i.V.m. Bedeutung des Verfahrens für den Kläger und das Verhalten der BG BAU als Verfahrensbeteiligte.
6. Missachtung der Fürsorgepflicht und des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG): Beweis: Nach dem „Europäischen Arbeitsschutzrecht sind Unternehmen verpflichtet, eine gesetzlich geforderte „Gefährdungsbeurteilung“ durch zu führen.
7. Beweisantrag zur neuropsychologischen Begutachtung:
8. Beweisantrag zur Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wegen Anerkennung als Wie-BK
9. Beweisantrag für kieferorthopädisches Gutachten
10. Beweisantrag Verletzung der Amtsermittlungspflicht: (ohne Aufklärung keine Gerechtigkeit). Sozialgerichtsverfahren sind Amtsermittlungsverfahren, d.h. das Gericht ermittelt den Sachverhalt von sich aus. Hier besteht aktuell noch Ermittlungsbedarf in medizinischer Hinsicht, darauf wurde bereits im Juli 2024 beim EÖT hingewiesen. Die Sachverhaltsermittlung ist noch nicht rechtsgültig abgeschlossen
11. Beweisantrag wegen Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente mit Rentenanspruchsfiction gemäß § 116 SGB VI.
12. Beweisantrag zum Berufsschadensausgleich. Durch drei von der BG BAU anerkannte Verkehrs-/ Autounfälle besteht eine Gesamtleistungspflicht der Schuldner gegenüber dem Gläubiger
13. . Rechtswidrigkeit des Vergleiches vor dem Landesarbeitsgericht Nürnberg durch das gesetzliche Verbot des § 108 SGB VII i.V.m. (§ 134 BGB) und der Sittenwidrigkeit (§ 138 BGB).

108

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers auf Nachfrage der Vorsitzenden erklärt, dass sie über die umfangreichen gestellten Prozessanträge /Beweisanträge vom 12.08.2025 keinen weiteren Austausch wünsche. Erst auf mehrmalige Nachfrage hat die Prozessbevollmächtigte einen Sachantrag gestellt.

109

Der Kläger beantragt,

die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 15.07.2015 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 verurteilt, dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE 80 v.H. ab 24.08.1994 zu gewähren.

110

Des Weiteren stellt die Prozessbevollmächtigte des Klägers die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 12.08.2025.

111

Die Beklagte beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgericht Nürnberg vom 15.07. 2015 zurückzuweisen.

112

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Verfahrensakten beider Instanzen sowie auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

A.

113

Zulässiger Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 15.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 und das klageabweisende Urteil des SG vom 15.07.2015. In der Sache streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 80 v.H. ab dem 24.08.1994.

114

Vorab stellt der Senat klar, dass in dem Bescheid der Beklagten vom 15.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 mehrere Regelungen i.S. § 31 S. 1 SGB X getroffen wurden. So hat die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente nach §§ 56, 72 Sozialgesetzbuch VII -SGB VII – abgelehnt, gleichzeitig hat sie aber auch Folgen des Versicherungsfalles anerkannt und Folgen des Versicherungsfalles nicht anerkannt. Auch wenn die weiteren Verfügungen i.S. § 31 S. 1 SGB X im Begründungsteil des Bescheides vom 15.11.2006 enthalten sind, kommt ihnen unter Berücksichtigung der Interessen der Beteiligten nach dem anzuwendenden materiellen Recht eine solche Bedeutung zu. Hier sind die Verfügungen zu den anerkannten Folgen des Versicherungsfalles und zu den nicht als Folgen des Versicherungsfalles anerkannten Folgen optisch durch Überschriften im Begründungsteil hervorgehoben und befinden sich im Anschluss an den Begründungsteil für das Nicht-Vorliegen einer rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit, der mit dem Hinweis endet: „Ansprüche vor dem 01.01.1999 wären im Übrigen bereits verjährt.“

115

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in dem Urteil vom 22.06.2004 – B 2 U 36/03 R, juris Rn. 16 ff dazu Folgendes klargestellt:

„Was die Unfallfolgen betrifft, ist der Versicherungsträger allerdings nicht gehindert, in dem Bescheid über die Rentenablehnung gegebenenfalls mit einem besonderen Verfügungssatz festzustellen, dass bestimmte Gesundheitsschäden Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind, wenn dies für andere Leistungen relevant werden kann oder eine frühzeitige Klärung des Ursachenzusammenhangs im Hinblick auf mögliche zukünftige Rentenansprüche zweckmäßig erscheint (zur vergleichbaren Rechtslage im sozialen Entschädigungsrecht siehe BSGE 9, 80; 12, 25 u.a. sowie die Verwaltungsvorschrift Nr. 7 zu § 22 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung). Dem entspricht die in § 55 Abs. 1 Nr. 3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) vorgesehene Möglichkeit, bei Vorliegen eines berechtigten Interesses des Versicherten auch außerhalb eines aktuellen Leistungsstreits im Wege der Feststellungsklage gerichtlich klären zu lassen, ob eine Gesundheitsstörung oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist.“

116

Hier hat die Beklagte nicht nur Unfallfolgen anerkannt, sondern auch Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen nicht anerkannt. Beide Verfügungen enthalten für einen Verwaltungsakt typische, der Bindung fähige Regelungen. Auch wenn Verfügungssatz und Begründung klar voneinander getrennt sind, können Teile der Begründung eines Verwaltungsakts als weiterer Verfügungssatz bewertet werden, wenn ihnen unter Berücksichtigung der Interessen der Beteiligten nach dem jeweils anzuwendenden materiellen Recht eine solche Bedeutung zukommt. Dies ist hier der Fall, weil es dem Kläger mit seinem Leistungsantrag vom 22.12.2003 nicht nur um die Gewährung einer Verletztenrente ging, sondern auch um die Anerkennung von Gesundheitsschäden als vermeintliche Folgen des Arbeitsunfalles vom 23.02.1994 und der damit verbundenen Verpflichtung der Beklagten zu umfassenden Heilbehandlungsmaßnahmen.

117

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG am 15.07.2015 hat der anwaltlich vertretene Kläger ausschließlich den Antrag gestellt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.07.2009 zu verurteilen, dem Kläger aufgrund des Unfalls vom 23.02.1994 Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. zu gewähren. Folgerichtig hat das SG auch ausschließlich über diesen Antrag entschieden nur in so weit liegt eine vom LSG zu überprüfende erstinstanzliche Entscheidung vor.

118

Damit hat der Kläger die beiden Verfügungen hinsichtlich der Unfallfolgen und der nicht als Unfallfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen bestandskräftig werden lassen (§ 77 SGG).

B.

119

Die Berufung des Klägers ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht gemäß § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) am 26.08.2015 beim LSG gegen das am 31.07.2015 zugestellte Urteil des SG vom 15.07.2015 erhoben. Die Berufung ist auch ohne Zulassung gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGG zulässig.

C.

120

Die auf die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 80 v.H. ab 24.08.1994 gerichtete Berufung ist jedoch nicht begründet.

121

Zutreffend hat das SG die auf die Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 15.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Senat ist der vollen richterlichen Überzeugung, dass der Kläger keinen Anspruch auf eine Verletztenrente aus dem Wegeunfall vom 23.02.1994 hat.

122

Dabei würdigt der Senat das im erstinstanzlichen Klageverfahren eingeholte Gutachten des S1 vom 28.07.2011 einschließlich seiner ergänzenden Stellungnahme vom 02.02.2013 sowie die im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten von D, B und M nach § 128 SGG, § 118 Abs. 1 SGG, §§ 402 ff, 411 a ZPO im Wege des Sachverständigenbeweises (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Sozialgerichtsgesetz 14. Auflage 2023 § 128 Rn. 8 b, § 117 Rn. 6). Die Gutachten aus dem Verwaltungsverfahren werden im Wege des Urkundsbeweises nach § 128 SGG, § 118 SGG, §§ 415 ff ZPO gewürdigt (Keller a.a.O. § 128 Rn. 7 f, 8 b).

123

1. Die Klage, mit der der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 80 v.H. ab 24.08.1994 unter Aufhebung des Bescheides vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 begehrt, ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 4 SGG zulässig, aber unbegründet.

124

Der Senat ist der vollen richterlichen Überzeugung, dass der Kläger keinen Anspruch auf eine Verletztenrente (§ 580, 581 RVO, § 56 SGB VII, § 214 Abs. 3 SGB VII) nach einer MdE von mindestens 20 v.H. und damit erst recht nicht nach einer MdE von 80 v.H. hat.

125

a. Dabei hat der Senat keine Zweifel daran, dass die Beklagte der nach § 646 Abs. 3 RVO, 214 Abs. 4 SGB VII, § 132 SGB VII zuständige Unfallversicherungsträger für den vom Kläger am 23.02.1994 erlittenen Wegeunfall nach § 550 Abs. 1 RVO, § 212 SGB VII, § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII ist.

126

Nach § 132 SGB VII, der der bis 31.12.1996 geltenden Vorschrift des § 646 Abs. 3 RVO entspricht, sind die Unfallversicherungsträger für sich und ihre eigenen Unternehmen zuständig. § 132 SGB VII wurde im Zuge der Überführung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung aus dem Dritten Buch der RVO in das

Siebte Buch Sozialgesetzbuch durch das UVEG vom 07.08.1996 eingeführt und ist am 01.01.1997 in Kraft getreten. Die Unfallversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts (vgl. § 29 Abs. 1 SGB IV) stellen Unternehmen i.S.v. § 121 Abs. 1 SGB VII dar. Da sie weder der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (vgl. die §§ 123 ff. SGB VII) noch den UV-Trägern der öffentlichen Hand (vgl. die §§ 125 ff. SGB VII) zugeordnet sind, ist grundsätzlich die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft der fachlich zuständige UV-Träger. § 132 SGB VII weicht von dieser generellen Zuordnungsregelung ab und statuiert eine Sonderzuständigkeit in Form der Eigenzuständigkeit sämtlicher UV-Träger (vgl. Marx in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., § 132 SGB VII (Stand: 18.01.2022), Rn. 1 ff).

127

Wenn die nach § 132 SGB VII zuständigen Körperschaften zuständiger Versicherungsträger für ihre Bediensteten sind, ist der damit verbundene „Rollenwechsel“ zu beachten. Die Unfallversicherungsträger müssen deshalb geeignete organisatorische Maßnahmen treffen, die sicherstellen, dass Sozialdaten innerhalb des Leistungsträgers nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden (§ 35 Abs. 1 S. 2 SGB I). Deshalb dürfen Sozialdaten, insbesondere Gesundheitsdaten der Bediensteten als versicherte Personen nicht deren Vorgesetzten oder der jeweiligen Personalabteilung bekannt werden (Feddern in bekonline.Grosskommentar (Ker Kommentar), Hrsg: Rolfs /Körner/Krasney/Mutschler, Stand: 15.05.2024, § 132 Rn. 7).

128

Hier hat die Beklagte die Bearbeitung der Unfallakten des Klägers hinsichtlich des Wegeunfalles vom 23.02.1994, den er als damaliger Tarif-Angestellter erlitt, von der allgemeinen Unfallsachbearbeitung und von der Personalsachbearbeitung getrennt. Nachdem der Kläger nach seinen Angaben im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat im Mai 1995 in den Status eines DO-Angestellten (§ 144 SGB VII ff) wechselte und im Jahr 2004 zwei weitere Dienstwege-Unfälle erlitt, war die Trennung zwischen Dienstunfallfürsorge, „normaler“ Krankenhilfe im Wege der Beihilfe und geltend gemachter Heilbehandlungsansprüche wegen des Wegeunfalles aus 1994 allein schon deswegen z.T. schwierig, weil der Kläger selbst hinsichtlich seiner vielfältigen Ansprüche die Trennung nach den jeweiligen Anspruchsgrundlagen nicht immer einhielt (vgl. den umfangreichen Schriftverkehr zu diversen Hilfsmitteln, die er wahl- oder hilfsweise als Folge des Arbeitsunfalles, der Dienstwege-Unfälle geltend machte).

129

Der Senat hat keine verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der Norm des § 132 SGB VII bzw. deren inhaltsgleicher Vorgängernorm des § 646 Abs. 3 RVO, die zu einer Vorlage an das Bundesverfassungsgericht im Wege des konkreten Normenkontrollverfahrens nach Art. 100 BVerfGG führen würden. Soweit sich der Kläger immer wieder auf konkrete Datenschutzverstöße in der Vergangenheit bezieht, kann er die Einhaltung dieser Datenschutzvorschriften nach den entsprechenden, ihm bekannten gesetzlichen Regelungen einfordern. Selbst wenn es im Einzelfall des Klägers zu Datenschutzverstößen gekommen sein sollte, wären diese Verstöße kein Grund, an der Verfassungsgemäßheit der generellabstrakten gesetzlichen Zuständigkeitsregelung zu zweifeln. Vielmehr erweist sich die Zuständigkeit für die eigenen Beschäftigten als sachlich gerechtfertigt durch eine gewisse Sachnähe der Unfallversicherungsträger zu ihren (tariflich) Beschäftigten. Der Senat hat auch keine Zweifel an der Rechtmäßigkeit der den Gesetzeswortlaut des § 132 SGB VII wiederholenden Regelung des § 3 Abs. 2 der Satzung der Beklagten in der Fassung des 16. Nachtrags vom 15. 09.2023. Dieser lautet: „Die Berufsgenossenschaft ist auch für sich und ihre eigenen Unternehmen zuständig (§ 132 SGB VII).“

130

b. Hinsichtlich des anzuwendenden Rechts weist der Senat vorab darauf hin, dass der Kläger am 23.02.1994 noch unter der Anwendung des § 550 Abs. 1 RVO einen Wegeunfall erlitten hat. Nach § 212 SGB VII ist das SGB VII anwendbar auf Versicherungsfälle, die nach dem Inkrafttreten des SGB VII, d.h. nach dem 01.01.1997 eingetreten sind. In Ausnahme hierzu bestimmt § 214 Abs. 3 SGB VII, dass die Vorschriften des SGB VII über Renten auch für Versicherungsfälle gelten, die vor dem 01.01.1997 eingetreten sind, wenn die Rentenleistungen nach dem 01.01.1997 erstmals festzusetzen sind. Maßgeblich ist, wann materiellrechtlich der Anspruch entstanden ist, d.h. wann dessen Voraussetzungen erfüllt sind und der Versicherte einen Anspruch auf die Feststellung des Leistungsrechts hat (BSG vom 26.10.2017, B 2 U 6/16R, juris; BSG vom 21.09.2010 – B 2 U 3/10 R – SozR 4-2700 § 214 Nr. 1 Rn. 13). Danach sind hier nicht die Vorschriften des SGB VII, sondern die der RVO anzuwenden, soweit der Kläger einen Anspruch auf Verletztenrente für Zeiträume vor dem 01.01.1997 geltend macht, während für erstmals nach dem

31.12.1996 eingetretene Verletztenrentenansprüche die Vorschriften des SGB VII maßgeblich sind. Nach der bindenden Feststellung der Beklagten hatte der Kläger am 23.02.1994 einen Wegeunfall erlitten. Dass der Kläger einen Antrag auf Verletztenrente erstmals mit Schreiben vom 22.12.2003 gestellt hat, steht einem früheren Anspruch nicht entgegen, weil die Antragstellung keine formelle oder materielle Anspruchsvoraussetzung ist. Nachdem in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 13.08.2025 (erstmalig) eine Rentengewährung ab dem 24.08.1994 geltend gemacht wurde, prüft der Senat, ob auf Grund der vom Kläger geltend gemachten Unfallfolgen ein Rentenanspruch bereits vor dem 01.01.1997 nach § 580, 581 RVO entstanden ist. Soweit Verletztenrentenansprüche des Klägers ab dem 01.01.1997 in Streit sind, richten sich diese nach den Vorschriften des SGB VII.

131

Wegen der im wesentlichen inhaltsgleichen Anspruchsvoraussetzungen auf eine Verletztenrente des § 580, 581 RVO und § 56 SGB VII (abweichend vom früheren Recht wurde die Mindestdauer von der 13. auf die 26. Woche nach dem Versicherungsfall verlängert) prüft der Senat die Anspruchsvoraussetzungen in einer einheitlichen Darstellung, ohne jeweils den Gesetzestext der RVO Vorschriften im Wortlaut wiederzugeben.

2. a.

132

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Mindern die Folgen des Versicherungsfalles die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H., besteht für den Versicherungsfall gemäß § 56 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB VII Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vorphundertätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach § 56 Abs. 3 Satz 2 SGB VII wird bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit Teilrente geleistet, die in Höhe des Vorphundertatzes der Vollrente festgesetzt wird, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (vgl. zum Altrecht §§ 580 Abs. 1, 581 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 RVO bis 31.12.1996).

133

Dabei richtet sich die durch die Unfallfolgen bedingte MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten durch die Unfallfolgen auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (vgl. § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung des Grades der MdE ist eine Tatsachenfeststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. BSG, Urteil vom 05.09.2006 – B 2 U 25/05 – juris Rn. 10; BSG, Urteil vom 02.05.2001 – B 2 U 24/00 R – SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S. 36). Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (vgl. BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S. 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie den Umfang der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen betreffen (vgl. BSG, Urteil vom 05.09.2006 – B 2 U 25/05 R – juris Rn. 10). Erst aus der Anwendung (medizinischer) Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Bei der Beurteilung der MdE sind die von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten. Diese sind zwar nicht bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2005 – B 2 U 14/03 R – SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

134

Entscheidend für die Verletztenrente ist die Höhe der MdE durch Unfallfolgen. Eine Gesundheitsstörung, die nicht durch einen Gesundheitserstschaden oder eine Unfallfolge verursacht wird, sondern allein wesentlich

auf Auswirkungen einer durch das Unfallereignis verursachten Gesundheitsstörung auf die Lebensumstände zurückgeht, ist dagegen nicht als Unfallfolge anzuerkennen, weil rechtlich relevante Glieder der Kausalkette, wie aus § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII zu folgern ist, neben dem Versicherungsfall nur Gesundheitsschäden sind (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 27.08.2015 – L 8 U 64/10 – juris Rn. 59 ff. m.w.N.). Dafür spricht auch, dass die Anwendbarkeit der unfallversicherungsrechtlichen Haftung nur für Personenschäden gilt; nur insoweit gilt der Haftungsausschluss nach den §§ 102 SGB VII, während Schäden für den „Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten“ weiter dem Deliktsrecht unterliegen (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 27.08.2015 – L 8 U 64/10 a.a.O.).

135

Daher sind psychische Beschwerden aufgrund des Arbeitsplatzverlustes, aufgrund rechtlicher Auseinandersetzungen mit Versicherungen oder mit dem Schädiger bzw. aufgrund der geänderten finanziellen Verhältnisse ihrerseits nicht als Unfallfolgen bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen.

136

b. Nach § 8 Abs. 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; Satz 1). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (Satz 2). Zum Altrecht siehe § 548 Abs. 1 S. 1 RVO bis 31.12.1996. Für einen Arbeitsunfall ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis (dem Unfallereignis) geführt hat (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität) (vgl. u.a. BSGE 96, 196, jeweils Rn. 10 m.w.N.).

137

Dabei ist der Gesundheitserstschaden eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 27; BSG, Urteil vom 24.07.2012 – B 2 U 23/11 R, juris Rn. 15).

138

Versicherte Tätigkeiten sind nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII (§ 550 Abs. 1 RVO bis 31.12.1996) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit.

139

c. Unfallfolgen sind die Gesundheitsschäden, die wesentlich durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls verursacht wurden oder die nach besonderen Zurechnungsnormen wie § 11 SGB VII (bzw. § 555 RVO bis 31.12.1996) dem Gesundheitserstschaden bzw. dem Versicherungsfall zugerechnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2011 – B 2 U 17/10 R – juris).

140

Für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden sowie zwischen Gesundheits(erst)schaden und weiteren Gesundheitsschäden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG, Urteil vom 17.02.2009 – B 2 U 18/07 R – juris Rn. 12), die auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht. Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditiosine-qua-non). Als rechtserheblich werden aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG, Urteil vom 17.02.2009 – B 2 U 18/07 R – juris Rn. 12) sowie auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – juris Rn. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierende Ursache (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – juris Rn. 16). Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen

geben. Ist jedoch eine Ursache – allein oder gemeinsam mit anderen Ursachen – gegenüber anderen Ursachen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) „wesentlich“ und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. BSGE 12, 242, 245). Eine Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als „wesentlich“ anzusehen ist, kann auch als „Gelegenheitsursache“ oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – juris Rn. 15 m.w.N.).

141

d. Maßstab für die objektive Kausalitätsbeurteilung ist der neueste anerkannte Stand des einschlägigen Erfahrungswissens. Das ist in der Regel die Auffassung der Mehrheit der im jeweiligen Fragenbereich veröffentlichenden Wissenschaftler bzw. Fachkundigen eines Fachgebiets. Lässt sich eine solche „herrschende Meinung“ nicht feststellen, darf der Richter nicht gleichsam als Schiedsrichter im Streit einer Wissenschaft fungieren und selbst eine (von ihm anerkannte) Ansicht zur maßgeblichen des jeweiligen für ihn fachfremden Wissenschaftsgebietes erklären. Vielmehr kommt, falls auch durch staatliche Merkblätter, Empfehlungen der Fachverbände etc. kein von den Fachkreisen mehrheitlich anerkannter neuester Erfahrungsstand festgestellt werden kann, eine Entscheidung nach Beweislastgrundsätzen in Betracht (vgl. BSG, Urteil vom 24.07.2012 – B 2 U 9/11 R – juris in Abgrenzung von BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R). Die Feststellung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes ist für eine objektive Urteilsfindung unerlässlich (vgl. BSG ebenda). Ausgangsbasis der richterlichen Erkenntnisbildung über wissenschaftliche Erfahrungssätze sind auch bei Fragen der objektiven Verursachung die Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich. Außerdem sind die jeweiligen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichmedizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu berücksichtigen. Hinzu kommen andere aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen. Diese Quellen hat der Richter jeweils kritisch zu würdigen.

142

e. Hinsichtlich des Beweismaßstabes ist zu beachten, dass das Vorliegen des Gesundheits(erst) schadens bzw. des Folgeschadens im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit genügt (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 – B 2 U 29/07 R – juris Rn. 16). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt dagegen nicht (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – juris Rn. 20). Dabei existiert keine zwingende Regel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexen Krankheitsgeschehen zur Umkehr der Beweislast führen würde (vgl. BSG; ebenda; ebenso Urteil vom 17.12.2015 – B 2 U 11/14 R – juris Rn. 30).

143

f. Beim Vollbeweis muss sich das Gericht grundsätzlich die volle Überzeugung vom Vorliegen oder Nichtvorliegen der Tatsachen verschaffen. Absolute Gewissheit ist so gut wie nie möglich und nicht erforderlich. Ausreichend ist an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 27.06.2006 – B 2 U 20/04 R, BSGE 96, 291, 293). Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn die Tatsache in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen (BSG, Urteil vom 08.08.2001 – B 9 V 23/01 B, SozR 3-3900 § 15 Nr. 4; Urteil vom 05.05.2009 – B 13 R 55/08 R, BSGE 103, 99 (104)). Gewisse Zweifel sind unschädlich, solange sie sich nicht zu gewichtigen Zweifeln verdichten (BSG, Urteil vom 31.01.2012 – B 2 U 2/11 R, NZS 2012, Keller, a.a.O. § 128 Rn. 3 b).

3. a.

144

Die Beklagte hat bei ihrer Entscheidung mit Bescheid vom 15.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2009 bindend festgestellt, dass der Kläger bei dem bestandskräftig anerkannten Arbeitsunfall vom 23.02.1994 eine Schädelprellung, eine Zerrung der HWS, einen Stauchungsbruch des vierten Brustwirbelkörpers sowie eine Prellung der Lendenwirbelsäule und des Beckens erlitten hat. Diese wesentlich ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführenden Gesundheitserstschäden sind jedoch größtenteils folgenlos verheilt. Als Folgen des Versicherungsfalls

wurden zutreffend lediglich anerkannt: „Diskrete Seitverbiegung der oberen Brustwirbelsäule nach rechts mit Scheitelpunkt im 4. BWK, Höhenminderung der rechten Seitenkante und der Vorderkante des 4. BWK, wannenförmige Vertiefung der Deckplatte des 4. BWK.“ Ein Anspruch auf Verletztenrente hat zu keinem Zeitpunkt bestanden, weil eine MdE in einem Umfang von mindestens 20 v.H. nicht bestand.

145

Der Senat kann sich nicht davon überzeugen, dass der Kläger an weiteren andauernden Gesundheitsstörungen (Unfallfolgen) leidet, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können. Der Senat ist vielmehr davon überzeugt, dass beim Kläger – jedenfalls nach Ablauf von 13 Wochen (§ 580 Abs. 1 RVO) – keine Unfallfolgen mit rentenberechtigender MdE mehr vorgelegen haben, so dass ein Anspruch auf Rente ausscheidet.

146

b. Der Senat stimmt mit der Entscheidung des SG überein, dass das Unfallereignis am 23.02.1994 beim Kläger lediglich eine Schädelprellung, Verstauchungen der Wirbelsäule und einen Bruch eines Brustwirbelkörpers verursacht hat. Der Senat nimmt auf die entsprechenden Ausführungen im SG-Urteil Bezug (§ 153 Abs. 2 SGG), die auf das Gutachten von S1, N vom 28.07.2011 unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur wie Schönberger / Mehrrens / Valentin, „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ sowie den Aufsatz von Thomann, Distorsion der HWS und isolierte Verletzung der Ligamenta alaria“ (MedSach 2012, S. 46 ff gestützt sind. Weiterhin berücksichtigt der Senat neben Schönberger / Mehrrens / Valentin, „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 10. Auflage die aktuellen AWMF-Leitlinie Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, Prof. Dr. Tegenthoff, Register Nr. 030/095, Stand 23.08.2020 sowie die AWMF-Leitlinie Begutachtung nach gedecktem Schädelhirntrauma im Erwachsenenalter, federführend Prof. Dr. W, Register Nr. 094-002, 3. Neubearbeitung 2024.

147

Weitergehende Gesundheitserstschäden (als die von der Beklagten anerkannten) sind nach den vorliegenden Unterlagen und Gutachten nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) nachgewiesen. Insbesondere sind weder Bandverletzungen im Bereich der Ligamenta alaria bzw. des Ligamentum transversum im Vollbeweis nachgewiesen noch ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), insbesondere kein diffuses axonales SHT. Nachdem keine weiteren Erstschäden voll bewiesen sind, können auch die zahlreichen geltend gemachten Gesundheitsschäden, die der Kläger in der Folge eines SHT oder einer Bandverletzung anführt, nicht zu einem Anspruch auf Verletztenrente führen.

148

S1 hat schlüssig und überzeugend dargelegt, dass weder das Erstschadensbild noch der Beschwerdeverlauf noch die bildgebenden Befunde einschließlich des MRT der HWS vom 08.04.2003 – allein oder in der Gesamtschau – entsprechende Gesundheitsstörungen belegen, die als Erstschäden anzuerkennen wären.

149

So hat das Erstschadensbild am 23.02.1994 (Unfalltag) laut H, A, eine Schädelprellung und eine HWS-Distorsion ergeben, aber keine neurologischen Ausfälle und keine relevante vegetative Begleitsymptomatik. Befundet wurde eine leichte Zerrung ohne schwerwiegendere – insbesondere discoligamentäre oder knöcherne – Verletzungen. Ausstrahlende Beschwerden in die Extremitäten wie Sensibilitätsstörungen, Schwäche in den Armen oder Ähnliches haben zeitnah zum Unfallereignis nicht vorgelegen. Diese Einschätzung stimmt im Übrigen auch mit derjenigen des vom Kläger am 30.03.1994 erstmals aufgesuchten Neurologen S, A, überein. Das von diesem auch wegen der seit Dezember 1994 beklagten cervical bedingten Kopfschmerzen veranlasste CCT vom 21.12.1994 ergab keinen Hinweis auf traumatische Läsionen, insbesondere keinen Hinweis auf eine intracranielle Blutung und keinen Hinweis auf eine Neoplasie oder Malformation (= Fehl- oder Neubildung). Anlässlich der letzten Vorstellung des Klägers bei S am 06.03.1995 bestanden keine wesentlichen unfallbedingten Beschwerden mehr. Die vertebrogenen Beschwerden (vom Wirbel herrührend) waren nahezu zurückgebildet, die psychogenen Beschwerden deutlich gebessert. Insbesondere wurden die im Dezember 1994 erwähnten Kopfschmerzen nicht mehr beklagt.

150

S1 hat in seinem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten vom 28.01.2011, das der Senat im Wege des Sachverständigenbeweises nach § 118 SGG, § 402 ff ZPO, verwertet und dem sich der Senat

anschließt, hinsichtlich des als Unfallfolge geltend gemachten Schmerzsyndroms Grad III nach Gerbershagen zutreffend ausgeführt, dass Auslöser dieses Schmerzsyndroms ein Schaden an den Kopfgelenken sein könne. Hier würden Narbenbildungen vorliegen mit einer Instabilität im unteren Kopfgelenk zwischen dem Dens des zweiten Halswirbels und dem Atlasbogen. Zwar sei das Unfallereignis vom 23.02.1994 geeignet gewesen, die Wirbelsäule erheblich zu verletzen. Wenn aber eine derartig schwere Störung am Halte- und Bandapparat der oberen Halswirbelsäule durch das Unfallereignis verursacht worden wäre, so würden völlig andere Befunde an der Halswirbelsäule vorliegen, als sie am Unfalltag und in den folgenden Wochen von den behandelnden Ärzten beschrieben worden seien. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule wäre für längere Zeit aufgehoben gewesen. Die Bandzerreißen hätten zu Einblutungen in die Halsweichteile hineinführen müssen, zu ausgeprägten Störungen der Muskulatur an der Halswirbelsäule, zu neuropathologischen Befunden, insbesondere an den unteren Kopfnerven und an den oberen Halsnerven, sowie zu einem lang andauernden Krankheitsbild. Der Senat schließt sich der überzeugenden Beurteilung von S1 an. Denn genau diese Befunde sind, wie S1 zutreffend dargelegt hat, in den ersten Berichten der behandelnden Ärzte nicht geschildert worden und lagen nicht vor. Angegeben werden darin lediglich eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS am Unfalltag mit dorsalem Druckschmerz, aber keine Beweglichkeitsaufhebung. Es lagen am Unfalltag nur leichte Kopfschmerzen vor. Die Neurologie ist ausweislich des Erstbefundes unauffällig gewesen. Bereits am 07.03.1994, also zwei Wochen nach dem Unfallereignis, ist die Halswirbelsäule ausweislich des Befundes von H beschwerdefrei gewesen und es sind auch keine Kopfschmerzen mehr vom Kläger angegeben worden. Gegen eine erhebliche Verletzung im Bereich der HWS spricht ferner, dass die Arbeitsunfähigkeit nur etwa zweieinhalb Wochen betragen hat und dass zu diesem Zeitpunkt die MdE vom behandelnden Arzt H mit unter 20 v.H. eingeschätzt worden ist. Der Nervenarzt S beschreibt später im April 1994 nur eine leichte Einschränkung der Halswirbelsäulen-Beweglichkeit und erst im Dezember 1994 hat der Kläger laut Arztbrief des S vermehrt Kopfschmerzen, cervical bedingt, angegeben.

151

Gerade der zeitlich dokumentierte Verlauf der am Unfalltag dokumentierten leichten Kopfschmerzen mit der anfängliche Besserung, deren Verschwinden und dem Wiederauftauchen erst im Dezember 1994 spricht aus Sicht des Senats gegen das Trauma als wesentliche Ursache, weil bei einer schwerwiegenden unfallbedingten Wirbelsäulenverletzung grundsätzlich eine Decrescendo-Symptomatik zu erwarten wäre (vgl. Schönberger, a.a.O. S. 486 „Das beschwerdefreie Intervall“) Weshalb am Unfalltag geklagte leichte Kopfschmerzen erst komplett abklingen und dann unfallbedingt wiederkommen sollen, erschließt sich nicht. Ein solcher Verlauf wäre allenfalls denkbar bei verbliebenen wesentlichen Unfallfolgen im Sinne morphologischer Veränderungen, die zu weiteren klinischen Beschwerden führen könnten; solche morphologischen Befunde im Bereich der HWS oder im Bereich des Schädels sind aber gerade nicht belegt.

152

S1 hat weiter zutreffend ausgeführt, dass auch bei der fachneurologischen Untersuchung am 06.03.1994 die Neurologie wieder unauffällig gewesen ist bis auf einen positiven Lasègue. Einen unfallbedingten Bandscheibenschaden an der Halswirbelsäule hat S1 daher überzeugend ausgeschlossen. Der Senat folgt dieser Beurteilung. Er hat überzeugend ausgeführt, dass beim Kläger degenerative Veränderungen mit einer Streck-Fehlhaltung an der Halswirbelsäule vorliegen, wobei vier Jahre nach dem Ereignis eine Osteoporose und eine flache Bandscheibenvorwölbung in den Segmenten C4/5 und C5/6 festgestellt worden sei, die bereits auf den Röntgenaufnahmen am Unfalltag bezüglich einer vorhandenen Schadensanlage auffällig gewesen seien und damit nicht dem Unfallereignis angelastet werden könnten.

153

S1 hat ebenfalls schlüssig dargelegt, dass aus den Untersuchungsergebnissen am Unfalltag und in den unmittelbar nachfolgenden Wochen nicht hervorgeht, dass eine Affektion am linken Kreuzbein-Darmbein Gelenk vorgelegen hat. Daher ist laut S1 schon mangels zeitnah erhobener Befunde kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der später auftretenden Iliosakralgelenksarthrose links mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit herzustellen. Ein unfallbedingter Wurzelschaden des Plexus lumbosacralis links konnte nach den Ausführungen des S1 nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit gesichert werden und ist daher erst recht nicht im Vollbeweis nachgewiesen.

154

Wie schon das SG schließt sich auch der Senat den überzeugenden Ausführungen in dem Gutachten des S1 an, weil dieser die Kausalitätsproblematik plausibel und schlüssig und in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Fachliteratur dargelegt hat. Im Übrigen stimmt das Gutachten von S1 hinsichtlich der Beurteilung der Unfallfolgen auch mit dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von T, R, vom 03.12.2004 überein. Dieses verwertet der Senat im Wege des Urkundsbeweises. T hat im Wesentlichen folgenlos ausgeheilte Zerrungen der HWS und Prellungen von LWS und Becken neben einem Kompressionsbruch am 4. BWK festgestellt und knöcherne Verletzungen und Bandscheibenschäden ausgeschlossen.

155

c. Der Senat folgt hingegen dem nach § 109 SGG eingeholten neurologischschmerztherapeutisch-sozialmedizinischen Gutachten von D, Fachklinik H, vom 15.05.2019 nicht hinsichtlich der Wertung, dass als weiterer Unfallerschaden ein diffuses axonales Schädel-Hirn-Trauma anzuerkennen sei, in dessen Folge dann weitreichende Unfallfolgen anzuerkennen seien. Die Begründung dieses milden SHT („wird bei der Erstdiagnose oft übersehen und bildet aber im Langzeitverlauf das Hauptproblem für die Rückkehr und das Verweilen im Berufsleben“) enthält keine Herleitung der Kausalität. Dass das dann als Unfallfolge bezeichnete sogenannte „cervicocephale Syndrom“ stellt lediglich eine unspezifische Umschreibung für Beschwerden im Bereich von HWS und Kopf dar, aber keine Diagnose, die Rückschlüsse auf die Genese zulässt. Gleiches gilt für das Cervikalsyndrom, eine Cervico-Cephalgie und ein cervicoencephales Syndrom bei Instabilität der oberen Halswirbelsäule nach Unfallereignis (vgl. dazu Schönberger, a.a.O. S. 482).

156

Das Vorgehen des D im Gutachten entspricht nicht der unfallmedizinischen Zusammenhangsbegutachtung, worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat. Für die rückblickende Diagnosestellung einer traumatischen Hirnschädigung für das Jahr 1994 ergeben sich aus den dokumentierten Erstbefunden keine Hinweise: typische klinische Symptome wie Bewusstseinsstörung, längere Desorientierung, Verwirrtheit oder Amnesie lagen beim Unfall nicht vor. Hirnsubstanzschädigungen gehen jedoch mit ausgeprägten klinischen Beeinträchtigungen einher. Eine strukturelle Hirnschädigung ist hier nicht im Vollbeweis belegt. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass die Befundbeschreibungen der winzigsten kleinflächigen Signalanhebungen an den Stammganglien und im Vorderhorn im MRT vom 28.09.1998 unspezifisch bezüglich ihres Entstehungsmechanismus und nicht mit Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien, weil sie laut dem Beratungsarzt keinen Krankheitswert hätten und keinesfalls ein Beweis für einen strukturellen Hirnschaden seien. Der Senat teilt diese Bedenken.

157

Dass die im MRT-Befund des Schädels vom 28.09.1998 beschriebenen winzigen kleinflächigen Signalanhebungen im Übrigen selbst nach der Einschätzung von D unspezifisch und nicht eindeutig einer bestimmten Entstehungsursache zuzuordnen sind (vgl. S. 42 des Gutachtens vom 15.05.2019), spricht nach Auffassung des Senats ebenso wie die Tatsache, dass daraus keinerlei weitere diagnostische oder kurative Behandlungsmaßnahmen abgeleitet wurden, dafür, dass diesen Signalerhebungen keinerlei Krankheitswert beizumessen ist.

158

In der gesetzlichen Unfallversicherung bedarf das Vorliegen des Erstschadens (hier des primären Hirnschadens) – wie bereits dargelegt – jedoch des Vollbeweises. Die Beklagte hat zutreffend darauf hingewiesen, dass dann, wenn nach einer so vollständig wie möglich erfolgten Aufklärung des Sachverhaltes bei rechtlich einwandfreier Würdigung aller Umstände eines Falles erhebliche Zweifel verbleiben, nicht im Zweifel zugunsten des Versicherten entschieden werden kann. Es gebe auch nicht den Grundsatz, dass im Zweifelsfalle von mehreren in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten diejenige als bewiesen anzusehen sei, die die größtmögliche Aussicht auf Verwirklichung des erhobenen Anspruchs biete. Vielmehr gelte in allen Angelegenheiten der Sozialgerichtsbarkeit der Grundsatz der objektiven Beweislast, nachdem die Folgen des Nicht-Festgestellt-Seins einer Tatsache von demjenigen zu tragen sei, der aus der Tatsache ein Recht herleiten möchte. Dies gelte auch für Fälle von nicht durchgeführten Untersuchungen oder Dokumentationen. Es könne nicht einfach angenommen werden, dass der Beweis bei ausreichender Dokumentation gegeben gewesen wäre. Somit sei die Beurteilung des D, dass eine frühere Untersuchung ein Beleg für den Schaden erbracht hätte, nicht relevant. Ein Vollbeweis für den geltend gemachten primären Hirnschaden liege nicht vor.

159

Diesen Ausführungen ist aus Sicht des Senats nichts hinzuzufügen.

160

Letztlich gründet D seine Diagnose eines SHT im Wesentlichen auf bloße Spekulationen, nämlich die Behauptung, dass bei weiteren früheren Untersuchungen des Klägers für ein SHT sprechende Befunde entdeckt worden wären.

161

Ein solches SHT hat aber auch K in seinem Gutachten vom 30.05.2005 nicht diagnostiziert.

162

Zutreffend hat W1 in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme dargelegt, welche Kriterien für die Diagnose eines SHT nach herrschender wissenschaftlicher Lehrmeinung maßgeblich sind und dass unter deren Anwendung beim Kläger kein SHT festgestellt werden kann.

163

In der AWMF-Leitlinie 094-0022, 3. Auflage 2024, Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma im Erwachsenenalter (zitiert nach AWMF online) heißt es unter:

„2. Klinische Grundlagen, 2.1 Definition Empfehlung 1“:

„Der Begriff des Schädel-Hirntraumas (SHT) soll im gutachtlichen Kontext ausschließlich dann verwendet werden, wenn es im Gefolge einer mechanischen Krafteinwirkung auf das Gehirn nachweisbar zu einer zumindest vorübergehenden Funktionsstörung des Gehirns oder zu einer substantiellen Hirnverletzung im Sinne einer „traumatic brain injury“ (TBI) kam. Hiervon abzugrenzen sind Schädelprellungen ohne Symptome einer funktionellen oder strukturellen Hirnschädigung.

3. Nachweis substantieller Hirnschäden

Für die gutachtliche Einschätzung später geklagter Folgeschäden kommt dem Nachweis des rechtlich definierten gesundheitlichen „Erstschadens“ entscheidende Bedeutung zu, der in allen Rechtsgebieten im sogenannten „Vollbeweis“ zu führen ist. Unter dem Erstschaden (auch als „Primärschaden“ oder „Körperschaden“ bezeichnet) wird in allen Rechtsgebieten die „unmittelbar“ durch das Unfallereignis verursachte Gesundheitsschädigung verstanden. Entsprechend umfasst der Erstschaden bei SHT sowohl primäre traumatische Hirnschäden als auch frühe sekundäre Hirnschäden. Der hierdurch bedingte Gesundheitsschaden (z.B. posttraumatisch bedingte Paresen, kognitive Störungen, epileptische Anfälle) wird in der rechtlichen Terminologie als „Folgeschaden“ bezeichnet... 3.1 Nachweis substantieller Hirnschäden anhand der frühen klinischen Symptomatik, Statement 1

Dokumentierte klinische Anknüpfungstatsachen (Indizien), auf die sich der Nachweis einer substantiellen Hirnschädigung in der unmittelbaren Zeit nach einem SHT nach Ausschluss anderer Ursachen (z.B. Medikamente, psychogene Reaktionen) stützen kann, sind:

* Posttraumatisches Delir > 24 Stunden kognitiv-mnestische Störungen inklusive anterograde Amnesie, Störungen von Orientierung, Exekution, Wahrnehmung, Psychomotorik, Affekt und Schlaf-Wach-Rhythmus

* Bewusstlosigkeit > 30 Minuten

* Retrograde Amnesie > 12 Stunden

* Fokale zentralneurologische Symptome

Zustimmungsgrad: starker Konsens (99%)“

164

Die hier aufgeführten Anknüpfungstatsachen liegen im Fall des Klägers zur Überzeugung des Senats nicht vor. Sie wurden nicht zeitnah nach dem 23.02.1994 dokumentiert, der Kläger war vielmehr schon ab 08.03.1994 wieder arbeitsfähig und übte seine Tätigkeit als Berufshelfer bei der Beklagten wieder aus. Wie er in der mündlichen Verhandlung am 13.08.2025 angegeben hat, wurde er im Mai 1995 in das Dienstordnungsverhältnis der Beklagten übernommen. Offensichtlich gab es bei der diesem Statuswechsel obligatorisch vorausgehenden amtsärztlichen Eignungsuntersuchung keinerlei Zweifel an der gesundheitlichen Eignung des Klägers für die beamtenähnliche Übernahme in das DO-Verhältnis auf

Lebenszeit. Erst sechs Jahre nach dem Arbeitsunfall brachte der Kläger selbst im Jahr 2000 bei stationären Aufenthalten in der S Klinik Staufen und in der urologischen Klinik W bei den Anamnesen einen Zusammenhang seiner Beschwerden mit dem Unfall aus 1994 ins Gespräch, wobei bis zum Stellen seines Antrages auf Gewährung einer Unfallrente bei der Beklagten noch weitere drei Jahre vergingen (Antragstellung 22.12.2003).

165

d. Der Senat sieht in der beratungsärztlichen Stellungnahme von W1 vom 17.09.2019 tatsächlich eine solche und kein, wie vom Kläger moniertes, Gutachten, das unter Verstoß gegen § 200 SGB VII eingeholt worden wäre.

166

Grundlegend hat das BSG (B 2 U 8/07 R, Urteil vom 05.02.2008, zitiert in juris) dazu in den Orientierungssätzen u.a. Folgendes ausgeführt:

„1. Ein Gutachten i.S. von § 200 Abs. 2 SGB VII liegt vor, wenn ein solches angefordert oder ausweislich seiner Selbstbezeichnung „Gutachten“ erstellt und übersandt oder abgerechnet wurde. Unabhängig von dieser rein äußerlichen Bezeichnung ist zur weiteren Unterscheidung vom Bezugspunkt der schriftlichen Äußerung des Sachverständigen auszugehen: Enthält sie vornehmlich eine eigenständige Bewertung der verfahrensentscheidenden Tatsachenfragen, z.B. des umstrittenen Ursachenzusammenhangs, ist es ein Gutachten. Setzt sich die schriftliche Äußerung des Sachverständigen im Wesentlichen mit dem eingeholten Gerichtsgutachten auseinander, insbesondere im Hinblick auf dessen Schlüssigkeit, Überzeugungskraft und Beurteilungsgrundlage, ist es nur eine beratende Stellungnahme.

2. Eine ärztliche Stellungnahme zu einem Gerichtsgutachten ist für den auftraggebenden Beteiligten und das Gericht nur dann prozessual zielgenau verwertbar, wenn sie Einwendungen und Ergänzungsfragen i.S. des § 118 Abs. 1 SGG, § 411 Abs. 4 ZPO zu dem Gerichtsgutachten formuliert.“

167

Eine weitere Konkretisierung erfolgte durch Urteil des BSG vom 11.04.2013, B 2 U 34/11 R; juris:

„1. Die mögliche Fernwirkung eines Beweisverwertungsverbots betrifft nur (weitere) Beweismittel („weiteres Beweismittel“, so BSG vom 05.2.2008 – B 2 U 8/07 R = BSGE 100, 25 = SozR 4-2700 § 200 Nr. 1), nicht aber das bloße Vorbringen eines Beteiligten im Prozess.

2. „Dem allgemeinen Sprachverständnis folgend fällt unter den im Gesetz selber nicht definierten Begriff des Gutachtens nicht jedwede Äußerung oder Stellungnahme eines medizinischen oder technischen Sachverständigen zu einzelnen Aspekten des Verfahrensgegenstandes, sondern nur die umfassende wissenschaftliche Bearbeitung einer im konkreten Fall relevanten fachlichen Fragestellung durch den Sachverständigen“ (so wörtlich BSG vom 5.2.2008 – B 2 U 8/07 R = BSGE 100, 25 = SozR 4-2700 § 200 Nr. 1). Ein Gutachten liegt nur vor, wenn die Beantwortung der Fragen durch einen externen Sachverständigen, d.h. durch eine Person erfolgt, die dem Unfallversicherungsträger nicht angehört und mit diesem auch keinen Dienst- oder Beratungsvertrag abgeschlossen hat.“

168

Nach diesen Kriterien liegt hier eine Stellungnahme des Beratungsarztes W1, FA f. Nervenheilkunde u.a. Bad O vom 17.09.2019 vor. Die Beklagte bezeichnet in ihrem Schriftsatz vom 30.09.2019 diese als Stellungnahme des Beratungsarztes zum Gutachten von D. W1 selbst nennt seine Stellungnahme eine solche („...nehme zu dem vorliegenden neurolog. GA D vom 15.05.2029 aus beratungsärztlicher Sicht wie folgt Stellung...“) und weist auf Standardwerke der medizinischen Begutachtungsliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin) zur Diagnosestellung nach traumatischer Hirnbeteiligung und auf die AWMF-Leitlinie zu Begutachtung nach gedecktem Schädelhirntrauma hin. W1 setzt sich schriftlich im Wesentlichen mit dem eingeholten Gerichtsgutachten von D auseinander, insbesondere im Hinblick auf dessen Schlüssigkeit, Überzeugungskraft und Beurteilungsgrundlage, so dass hier nur eine beratende Stellungnahme vorliegt. Damit geht der (ohnehin aber nicht als Sachantrag gestellte) Antrag des Klägers auf Aktenbereinigung im Hinblick auf sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach dem BSG-Urteil vom 05.02.2008 – B 2 U 8/07 R – i.V.m. den „Arbeitnehmer-DatenschutzRegelungen ins Leere, soweit er sich auf diese beratungsärztliche Stellungnahme bezieht.

169

Der Senat folgt der Beurteilung des D allerdings, soweit dieser ausgeführt hat, dass beim Kläger keine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Unfallfolge vorliegt, weil der Kläger nicht die Diagnosekriterien für diese Gesundheitsstörung erfüllt. Insoweit bestätigt D die überzeugende Beurteilung des K, der keine psychischen Unfallfolgen feststellen konnte.

170

e. Der Senat folgt auch dem nach § 109 SGG eingeholten HNOfachärztlichen, neurootologischen Gutachten vom 28.01.2025 und der ergänzenden Stellungnahme vom 29.06.2025 des medizinische Sachverständigen M, S, nicht. Dieser hat als Erstschaden bzw. Unfallfolgen ein Cervikalsyndrom, eine Cervico-Cephalgie und ein cervicoencephales Syndrom bei Instabilität der oberen Halswirbelsäule nach Unfallereignis diagnostiziert und als Unfallfolgen eine Gleichgewichtsfunktionsstörung und einen Tinnitus bewertet. Auch in diesem Gutachten finden sich keinerlei anhand der unfallmedizinischen Fachliteratur nachvollziehbare belastbare Herleitungen zum wesentlichen, hinreichend wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallersschaden und den nunmehr vermeintlich vorliegenden Unfallfolgen. Die Begründung eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 23.02.1994 und den breit gefächerten Beschwerden des Klägers erschöpft sich im Wesentlichen in dem Vortrag, dass die Beschwerden zeitlich nach dem Unfall aufgetreten sind, dass ein gewisser Prozentsatz von Menschen aus nach wie vor letztlich ungeklärten Gründen zeitlich nach HWS-Distorsionen chronische Beschwerden entwickelt und dass es sich um einen dramatischen Unfall gehandelt habe (zweimaliges Überschlagen).

171

Statistischen Daten zu jährlichen Unfällen mit Schleudertraumen oder HWS-Distorsionen und die Herleitung der Besonderheiten der neurootologischen Diagnostik sind für die Beurteilung des konkreten Unfallzusammenhangs und zum Vollbeweis eines Primärschadens nicht geeignet. Die gutachterliche These, die Beklagte habe eine Schädigung an der BWS anerkannt und damit auch, dass das Unfallereignis zu einer Schädigung der Wirbelsäule geführt habe, ist richtig. Dass die BWS geschädigt wurde, lässt aber keinen Rückschluss auf einen Primärschaden im Bereich der HWS zu. Der Sachverständige hält die „aus den meisten Gutachten“ (?) gestellte Diagnose eines cervicoencephales Syndroms mit Instabilität C0/C2 für hinreichend, um dieses auf ein nunmehr als Hoch-Rasanztrauma bezeichnetes Unfallgeschehen zurückzuführen. Allein aus einer mehrfach gestellten Diagnose Jahre nach mehreren Unfallereignissen lässt sich schon kein Ursachenzusammenhang belegen. Soweit er behauptet, dass es sich bei der Literatur Schönberger/ Mehrrens/ Valentin; Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 10. Auflage nicht um den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand handelt, versäumt er es bereits, hinreichend fundiert den dann aus seiner Sicht maßgeblichen Stand der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung darzulegen. Soweit M erklärt, dass er die Hör-Gleichgewichtsfunktionsstörungen deswegen auf den Unfall zurückführe, weil keine Beweise oder Hinweise gegen einen Ursachenzusammenhang sprächen, verkennt er schon grundlegende Regeln der Logik sowie der Beweislast. Wie das BSG eindeutig entschieden hat, kann nicht aus der fehlenden Feststellung einer Alternativ-Ursache abgeleitet werden, dass ein angeschuldigtes Unfallereignis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentliche Ursache für eine Gesundheitsstörung gewesen ist, weil dies insbesondere bei komplexen Krankheitsgeschehen zur Umkehr der Beweislast führen würde (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2009 – B 2 U 29/07 R – juris Rn. 16 und Urteil vom 17.12.2015 – B 2 U 11/14 R – juris Rn. 30).

172

Die Bekräftigung, dass er bei seiner Einschätzung bleibe, dass das Unfallereignis vom 23.02.1994 zu einem Hochrasanztrauma Quebec-Klasse III mit erheblichen Störungen der Gleichgewichtsfunktion und des Gehörs geführt habe – Posttraumatisches cervicoencephales Syndrom, und die Behauptung, dass der Nachweis erbracht sei, dass es ohne das Unfallereignis nicht zu diesem Beschwerdekomples gekommen wäre, auch nicht zu einem posttraumatischen cervicoencephalen Syndrom – Barré-Lieou-Syndrom, lässt, enthält ebenso wenig weitergehende Sachargumente wie die persönlichen Angriffe des Mitarbeiters der Beklagten, der die Stellungnahme vom 12.02.2025 zu seinem Gutachten verfasst hat .

173

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass eine Wirbelsäulenverletzung der Quebec Task Force Grad III, wie hier behauptet, den Nachweis zeitnaher neurologischer Befunde voraussetzt, was im Fall des Klägers gerade nicht dokumentiert worden ist.

174

Die Beklagte hat zutreffend kritisiert, dass die Qualität des Gutachtens nicht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand bei strukturellen HWS-Verletzungen entspricht und hat sich zum fehlenden Vollbeweis eines strukturellen Erstschadens geäußert.

175

M setzt in seinem Gutachten unter Aufzählung von ausgewählten Vorbeholdern (Prof. H, H2, E2, D) als Tatsache voraus, dass der Kläger ein SHT erlitten hat, das der Sachverständige für radiologisch nachgewiesen hält. Wie bereits dargelegt, sind die erst vier Jahre nach dem Unfallereignis im MRT des Schädels vom 28.09.1998 festgestellten Veränderungen unspezifisch und geben keinerlei Aufschluss auf einen Hirnschaden oder gar auf die Genese. Ebenso unterstellt er, dass das Ligamentum alare bei dem Unfall auseinandergerissen sei. In seinem Gutachten findet sich aber keine schrittweise Herleitung des Ursachenzusammenhangs. Eine Auseinandersetzung mit den zahlreichen Gutachten und Stellungnahmen, die überzeugend gegen den Unfallzusammenhang sprechen, findet ebenso wenig statt wie eine Berücksichtigung der Ausführungen in der unfallmedizinischen Standard-Literatur (u.a. Schönberger/Mehrtens/Valentin).

176

Dort (10.Auflage, Seite 481 ff, wird unter Kapitel 8.3.3 „Distorsion des Halses und ihre Folgen, 8.3.3.4. Schweregradeinteilungen, S. 488 ff, “ der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand mit einigen Grundaussagen abgebildet:

- „Eine isolierte Verletzung der Ligamenta alaria wird wissenschaftlich abgelehnt. Sie ist kein Beweis einer organischen Schädigung nach HWS-Beschleunigungsverletzung (S. 492).“
- „Einer Annahme von kognitiven Störungen wie eine Beeinträchtigung von Gedächtnis. Konzentration als Folge einer Hirnschädigung wird heftig widersprochen (S. 492).“
- „Bei einem peripheren Schaden von Innenohr und Vestibularorgan, der auf eine HWS Distorsion zurückgeführt wird, ist noch nie ein tatsächlicher Schaden im Hirnstamm (Einblutung, Ödembildung, Nekrose) nachgewiesen worden.“
- „Für einen „zervikogenen Innenohrschwindel“ gibt es weder klinisch noch grundlagenwissenschaftlich hinreichende Evidenzen“
- „Der Zusammenhang zwischen einer Innenohrfunktionsstörung (Innenohrschwerhörigkeit, Tinnitus (...)) und periphere Vestibularisschädigung) und einer HWS-Distorsion ist mit größter Zurückhaltung zu diskutieren, zumal es keine direkte neurale Verbindung zwischen HWS und Innenohr, weder zur Cochlea noch zum Vestibularorgan, gibt“
- „Die Kausalitätsbegutachtung nach einer Distorsion des Halses sollte durch Chirurgen/Orthopäden erfolgen“ (Kap. 8.3.3.5 Zusammenhangsbeurteilung, S. 492).

177

Danach kann nur eine vollbeweislich belegte strukturelle HWS-Verletzung Dauerfolgen hinterlassen.“

178

Gerade an einer voll bewiesenen strukturellen HWS-Verletzung als Unfallerschtschaden fehlt es hier, wie bereits oben ausführlich dargelegt und von S1 überzeugend auf Basis der herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung ausgeführt worden ist.

179

Das Gutachten von M lässt jegliche Auseinandersetzung mit dieser unfallmedizinischen Standard-Literatur vermissen. Soweit sich M maßgeblich auf die am 13.10.2005 erfolgten funktionellen kernspintomographischen Untersuchungen der KopfHalsgelenke des Klägers durch V und die darauf beruhenden Bewertungen der Dres. H, D sowie E/M stützt, verkennt er, dass diese von V entwickelte Untersuchungsmethode so erhebliche Mängel aufgewiesen hat, dass bei entsprechenden Nachprüfungen ausnahmslos nur Bildartefakte, jedoch keine Befunde detektiert werden konnten (Schönberger a.a.O. S. 488). Die Methode wird daher von der herrschenden unfallmedizinischen Literatur abgelehnt.

180

Der Beweis einer strukturellen Verletzung durch den Unfall vom 23.02.1994 kann hier nicht im Vollbeweis geführt werden: Zeitnah noch am Unfalltag konnten röntgenologisch und neurologisch im Krankenhaus A wesentliche Unfallfolgen im Bereich der HWS ausgeschlossen werden. Selbst bei der Nachuntersuchung am 28.03.1994 bei H wurden nur Restbeschwerden im LWS-Bereich dokumentiert. Der Nervenarzt S hat dann im April 1994 eine leichte Einschränkung der HWS festgestellt und erst im November 1994 vorübergehende Arbeitsunfähigkeit attestiert, aber auch wegen LWS-Beschwerden, Kopfschmerz und „Psyche“.

181

M erkennt zudem, dass selbst dann, wenn entgegen aller unfallmedizinischer Erfahrungssätze eine isolierte Zerreißung der Ligamenta alaria, (ohne knöcherne und sonstige ligamentäre Verletzungen) vorgelegen hätte, die Beschwerden der HWS sofort mit ausgeprägter Symptomatik und für längere Zeit hätten eintreten müssen, wie S1 zutreffend dargelegt hatte. Dies war aber gerade nicht der Fall. Vielmehr trat schon am 08.03.1994 wieder Arbeitsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit als Reha-Manager ein und erst 2003 brachte der Kläger überhaupt eine Vielzahl von Beschwerden im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 23.02.1994.

182

Der Senat verweist darauf, dass die Verletzung eines Ligamentum alaria nur bei zusätzlichen knöchernen und ligamentären Verletzungen zu erwarten ist, mit dann ausgeprägter sofortiger Symptomatik (Tegenthoff u.a., AWMF Leitlinie Register Nr. 030/95 Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule, veröffentlicht unter www.awmf.org). Eine solche ausgeprägte Symptomatik lag hier unmittelbar nach dem Unfall vom 23.02.1994 nicht vor. Dem Senat erschließt sich auch nicht, woraus sich der Zusammenhang zwischen dem Wegeunfall 1994 und den erst 2003 geltend gemachten Beschwerden ergeben soll, wobei der Kläger selbst Behandlungsunterlagen ab 2000 vorgelegt hat.

183

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Beschwerden wie ausgeprägte Muskelverspannungen, Druckschmerzen und (verspannungsbedingte) Bewegungseinschränkungen (Hypomobilität) keineswegs nur bei HWS-Schleudertraumata auftreten, sondern ebenso bei degenerativen HWS-Beschwerden auftreten können und beim Kläger altersentsprechende degenerative Veränderungen der HWS und LWS vorlagen. So belegt das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Mittelfranken vom 30.03.1995 bereits 1986 und 1990 sonstige Affektionen des Rückens, die zu monatelangen Arbeitsunfähigkeitszeiten führten. Im neurologischen Befundbericht des Bezirkskrankenhauses A vom 16.02.2000 wird ein seit 20 Jahren bestehender Druckschmerz im Bereich der Kopfgelenke beschrieben und die Diagnose eines neuasthenischhypochondrischen Syndroms gestellt.

184

f. Hinsichtlich der Bewertung der Unfallfolgen auf HNOärztlichem Fachgebiet folgt der Senat dem Gutachten von B, K vom 24.09.2021.

185

Der medizinische Sachverständige hat einen kausalen Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Unfallereignis und einer linksseitigen Hörstörung als hinreichend wahrscheinlich bejaht. Dazu hat er ein stumpfes Schädeltrauma mit Auswirkungen auf das Innenohr anhand der Gesichtspunkte nach Feldmann diskutiert und bejaht (Schädelprellung mit Schürfwunden am 23.02.1994 ohne genaue Lokalisation). Er hat auf die ersten Hinweise auf eine Hörstörung bei der HNO Untersuchung am 21.10.1994 hingewiesen und aus den weiteren Dokumentationen der Innenohrschwerhörigkeit (von 10/1999, 1/2005, 04/2006 und anlässlich der gutachterlichen Untersuchung am 28.04.2021) eine Asymmetrie des Hörbefundes zuungunsten der linken Seite diagnostiziert. Ein kausaler Zusammenhang zwischen einer Tinnituswahrnehmung links in unterschiedlicher Frequenz und in unterschiedlicher Beziehung zur Tonhöreschwelle sei hingegen nach jetzigen Kenntnisstand nicht als unfallbedingt auf HNOärztlichem Gebiet darzustellen. Eine kontinuierliche Einschränkung der Körpergleichgewichtsregulationsfähigkeit sei aktenkundig nicht belegt. Eine Störung der Innenohrfunktion des Gleichgewichtsregulierenden Systems sei darüber hinaus nicht kontinuierlich dokumentiert. Als Unfallfolge sei eine linksseitigen HochtoninnenohrPerzeptionsstörungen (ICD -10 H 93.2) wahrscheinlich zu machen. Das Ausmaß der Hörstörung sei anhand der tonaudiometrischen Angaben vom 21.10.1994 nach der Drei Frequenztabelle von Röser einem Hörverlust von 5% zuzuordnen. Nach der Hörverlusttabelle von Feldmann sei aus der

Konstellation einer Normalhörigkeit rechts und einer knapp geringartigen Schwerhörigkeit links keine messbare in MdE (MdE kleiner 10 v.H.) abzuleiten.

186

Der Senat folgt der überzeugenden Bewertung von B hinsichtlich des Nicht-Anerkennung des Tinnitus links und der Gleichgewichtsstörungen als Unfallfolgen.

187

Der Senat kann hingegen offenlassen, ob er der Bewertung der Hörstörung links folgt: Zum einen würde die unfallbedingte MdE ohnehin im nicht messbaren Bereich (kleiner 10 v.H.) liegen und könnte den Leistungsanspruch des Klägers auf eine Verletztenrente ohnehin nicht stützen (§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII, § 580 Abs. 1, § 581 RVO). Zum anderen hat die Beklagte mit insoweit nicht angegriffenem Bescheid vom 15.11.2006 und damit bestandskräftig (§ 77 SGG) die Anerkennung der Ohrgeräusche und des eingeschränkten Hörvermögens links nicht als Folgen des Versicherungsfalles abgelehnt (vgl. dazu oben A Gegenstand des Verfahrens). Insoweit steht diese mittels Verwaltungsakt getroffene bestandskräftige Festlegung einer Berücksichtigung als Unfallfolgen aus rechtlichen Gründen ohnehin entgegen (§ 77 SGG).

188

g. Der Arbeitsunfall vom 23.02.1994 verursachte jedoch einen Bruch am (4.) Brustwirbelkörper, der unter Verformung stabil ohne nennenswerten Achsenknick verheilt ist. Es besteht aber eine nur geringe S-förmige Verbiegung an der oberen und mittleren Brustwirbelsäule, die einen Verbiegungswinkel von 20 Grad nicht erreicht. Die Statik der Brustwirbelsäule ist erhalten. Nach den überzeugenden Ausführungen von S1 und der einschlägigen unfallmedizinischen Literatur (Schönberger a.a.O. S. 453, Kapitel 8.3.1.2. Isolierter Wirbelkörperbruch, Minderung der Erwerbsfähigkeit) liegt daher zur Überzeugung des Senats keine MdE hinsichtlich der verbliebenen Unfallfolgen an der BWK vor.

189

4. Weitere Ermittlungen von Amts wegen hält der Senat nicht für erforderlich. Vielmehr ist der Sachverhalt angesichts der im Verwaltungsverfahren wie auch im Gerichtsverfahren eingeholten Gutachten vollumfänglich aufgeklärt (Hinweis: zusammenfassend zu den „Beweisanträgen“ des Klägers vom 12.08.2025 siehe unten C. 5.).

190

a. Soweit die Bevollmächtigte mehrfach angeregt hat, ein neurourologisches Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers nach § 106 SGG einzuholen, sieht sich der Senat hierzu nicht veranlasst. Zur vollen Überzeugung des Senats steht zum einen anhand des schlüssigen Gutachtens von S1, das im Wege des Sachverständigenbeweises verwertet wird, fest, dass der Kläger bei dem Wegeunfall vom 23.02.1994 keine Affektion des linken Kreuzbein-Darmbein Gelenkes erlitten hat. Allerdings hat der Kläger nach den bindenden Feststellungen der Beklagten bei dem Wegeunfall vom 23.02.1994 eine Beckenprellung erlitten.

191

Aus dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten vom Arzt für Urologie E, A vom 02.05.2005, das im Wege des Urkundsbeweises verwertet wird, ergibt sich, dass der Kläger schon vor dem Arbeitsunfall 1994 prostatistische Beschwerden hatte. Dies lässt sich auch dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Bayern (Prostata Erkrankung, Hodenentzündung 1993) entnehmen.

192

Herr E hat schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass beim Kläger keine Unfallfolgen auf urologischem Fachgebiet vorliegen und die Blasenstörung unfallfremde Ursachen hat. Unmittelbar in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall vom 23.02.1994 hat der Kläger über keinerlei urologische Beschwerden geklagt. Solche wurden dementsprechend auch nicht dokumentiert. Als unfallfremd hat der Urologe E eine vorbestehende chronische Entzündung der Nebenhoden und der Prostata bezeichnet, die sich schon aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Mittelfranken ergaben. Es ist nicht ersichtlich, warum die vom Kläger Ende 2003 vorgelegten Behandlungsunterlagen in der urologischen Klinik W 2000 einen ursächlichen Zusammenhang mit dem 1994 stattgefundenem Unfall belegen sollen.

193

Aus dem im Urkundsbeweis verwerteten neurologischen Gutachten von K vom 30.05.2005 ergibt sich zudem, dass die Blasenschwäche keine neurologischen Ursachen, sondern psychogene Ursachen hat.

194

Letztlich hat die Beklagte mit Bescheid vom 15.11.2006 bestandskräftig festgestellt, dass Störungen der Blasen- und Sexualfunktion keine Unfallfolgen sind (vgl. dazu unten A). Die Bindungswirkung dieser Feststellungen nach § 77 SGG besteht sowohl für die Beteiligten als auch für das Gericht und könnte nur durch eine Entscheidung der Beklagten nach § 44 SGB X durchbrochen werden.

195

b. Soweit die Bevollmächtigte des Klägers in Laufe des Berufungsverfahrens nach § 109 SGG weitere Ermittlungen auf urologischem Fachgebiet beantragt hat, brauchte der Senat dem nicht nachzukommen. Weder der Kläger noch seine Bevollmächtigte haben in der mündlichen Verhandlung bzw. in dem in Bezug genommenen Schriftsatz vom 12.08.2025 an dem früher gestellten Antrag auf Einholung eines Gutachtens nach § 109 SGG bei Q festgehalten.

196

Q hat dem LSG am 27.12.2024 mitgeteilt, dass er für die erste Jahreshälfte 2025 keine Ressourcen mehr frei habe und nicht sagen könne, ob die Abfassung des Gutachtens in der zweiten Jahreshälfte realisierbar sei. Am 09.01.2025 hat das LSG den Beteiligten daher mitgeteilt, dass es nicht beabsichtige, ein Gutachten nach § 109 SGG bei Q einzuholen. Auf das gerichtliche Schreiben vom 09.01.2025 hin hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers den Antrag auf Anhörung von Q nicht wiederholt oder aufrechterhalten. Insbesondere wurde er nicht in der Aufzählung der 13 am 12.08.2025 gestellten Beweisanträge aufgenommen (vgl. dort aber Ziffer 7 neurourologisches Gutachten nach § 106 SGG). Vorsorglich weist der Senat den Antrag auf gutachterliche Anhörung von Q nach § 109 SGG hier in den Entscheidungsgründen des Urteils (zur Zulässigkeit der ablehnenden Entscheidung über die Einholung eines Gutachtens nach § 109 SGG im Urteil vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller Schmidt, SGG Kommentar 14. Auflage, § 109 Rn. 17 a) erneut zurück. Angesichts der völlig offenen zeitlichen Perspektive für die Gutachtenserstellung durch Q und der im Übrigen bestehenden Entscheidungsreife des schon seit August 2015 anhängigen Berufungsverfahrens, in dem am 02.03.2022 eine Verzögerungsrüge erhoben wurde, ist der Antrag nach § 109 SGG abzulehnen.

197

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die Beklagte mit insoweit bestandskräftigem Bescheid vom 15.11.2006 Störungen der Blasen- und Sexualfunktion ohnehin als Unfallfolge abgelehnt hat, so dass die Einholung eines solchen Gutachtens für die Entscheidung über die Berufung des Klägers nicht erheblich ist.

198

c. Auch soweit die Bevollmächtigte des Klägers weitere Ermittlungen auf kieferorthopädischem Fachgebiet nach § 106 SGG beantragt hat, brauchte der Senat dem ebenfalls nicht nachzukommen. Zeitnah nach dem Unfall wurden keine Kieferbeschwerden des Klägers geschildert und keine Befunde im Bereich der Kiefergelenke erhoben. Selbst nach den anamnestischen Angaben des Klägers in dem Gutachten von H2 vom 02.02.2005 traten die Kieferbeschwerden erst mit einer Latenz von 3-4 Jahren nach dem Arbeitsunfall auf, so dass es schon an objektiven Anknüpfungstatsachen für einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Jahren späteren auftretenden Kiefergelenkbeschwerden fehlt, die die Einholung eines Zusammenhanggutachtens erforderlich erscheinen lassen könnten. Die Beklagte hat im Übrigen bestandskräftig mit Bescheid vom 15.11.2006 auch Beschwerden in beiden Kiefergelenken als Unfallfolgen abgelehnt. Insoweit könnten weitere medizinische Erkenntnisse auf diesem Fachgebiet nicht zur Begründung des Antrags auf Gewährung einer Verletztenteilrente herangezogen werden.

199

d. Schließlich muss der Senat dem Antrag der Bevollmächtigten des Klägers auf Einholung eines unfallanalytischen Gutachtens nicht nachkommen. Es kann zugunsten des Klägers vorliegend unterstellt werden, dass am 23.02.1994 ein schwerer Unfall vorgelegen hat, der seinerseits grundsätzlich geeignet gewesen wäre, auch schwere Verletzungen zu verursachen. Im Fall des Klägers ist jedoch der Nachweis entsprechender schwerer bzw. weiterer Verletzungen (Erstschäden) nicht gelungen. Diese Beurteilung obliegt jedoch medizinischen, nicht unfallanalytischen Sachverständigen. Ist demnach kein unfallanalytisches Gutachten einzuholen, besteht auch keine Notwendigkeit, ein weiteres vom Kläger gewünschtes darauf aufbauendes orthopädisches Gutachten einzuholen.

200

Im Übrigen böte der Sachverhalt nach 31 Jahren ohnehin fast keine Anknüpfungstatsachen für ein biomechanisches unfallanalytisches Gutachten mehr, um Rückschlüsse hinsichtlich der auf den Körper des Klägers einwirkende Kräfte zu erlauben:

=> Die Polizeiakte und die Verkehrsunfallanzeige sind nicht mehr vorhanden (vgl. Auskunft der Polizeiinspektion F vom 26.01.2004: Unterlagen aus 1994 nicht mehr vorhanden).

=> Der Kläger erinnert sich nach eigenen Angaben nicht mehr an die Einzelheiten des Unfallablaufs, wie er u.a. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 15.07.2015 hat erklären lassen

=> Aus dem DEKRA Gutachten zur Beurteilung des Schadens am Kfz des Klägers vom 25.02.1994 für die Kaskoversicherung lassen sich keine Rückschlüsse ziehen.

=> Der Zeitungsausschnitt vom 23.02.1994 mit dem Foto eines umgestürzten Autos, das mehrfach zu den Verwaltungs- und Gerichtsakten gegeben wurde, zuletzt coloriert, lässt keine weitergehenden Erkenntnisse zu den Unfallörtlichkeiten etc. erkennen.

201

Im Fall des Klägers gelingt über die von der Beklagten anerkannten Erstschäden hinaus der Nachweis eines weiteren unfallbedingten Erstschadens mit Vollbeweis nicht (s.o.).

202

Die allgemein bekannte Tatsache, dass beim Überschlag mit einem PKW schlimme Verletzungen entstehen können, hilft für die konkreten Ansprüche des Klägers nicht weiter. Geeignet können unfallanalytische Gutachten in der gesetzlichen Unfallversicherung ggf. dann sein, wenn die Frage nach dem Versicherungsfall „Wegeunfall“ und die Abgrenzung von versicherten zu unversicherten Ursachen (z.B. Defekt an Fahrzeug, Rückschluss von Anprallgeschwindigkeit auf Verhalten vor Unfall z.B. alkoholtypisches Fehlverhalten, überhöhte Geschwindigkeit) streitig ist. Hier bestehen jedoch an dem Versicherungsfall vom 23.02.1994 dem Grunde nach keine Zweifel.

203

Die Notwendigkeit der Einholung eines biomechanischen Gutachtens ergibt sich auch nicht aus dem vom Kläger zitierten Urteil des OLG München vom 15.07.2016, 10 U 4590/15, zitiert in juris. Denn auch dort wird eingeräumt, dass der medizinischen Begutachtung rechtlich die sachverständige Letztentscheidung zukommt, wonach eine ordnungsgemäß medizinisch festgestellte HWS-Beeinträchtigung nicht durch ein biomechanisches Gutachten widerlegt werden kann. Die gesetzliche Unfallversicherung entschädigt konkret festgestellte und nachgewiesene Gesundheitsschäden. Die biomechanische Begutachtung kann lediglich die äußere (Kraft-)Einwirkung auf den Körper näher konkretisieren. Aus dieser äußeren (Kraft-) Einwirkung lassen sich medizinisch konkret festgestellte Gesundheits-(erst-)schäden zwar erklären, sie können aber dadurch nicht unterstellt werden, sondern müssen medizinisch festgestellt werden. Daran fehlt es hier.

204

5. Aus den mit anwaltlichem Schriftsatz vom 12.08.2025 angekündigten und in der mündlichen Verhandlung vom 13.08.2025 gestellten Beweisanträgen des Klägers muss sich der Senat nicht zu weiteren Ermittlungen gedrängt sehen, weil der Sachverhalt ausermittelt und entscheidungsreif ist.

205

Vorab stellt der Senat klar, dass es sich bei den als Beweisanträgen bezeichneten Anträgen ausschließlich um Prozessanträge und nicht z.T. auch um Sachanträge handelt, die unter dem Gesichtspunkt einer Klageänderung nach § 99 SGG zu prüfen gewesen wären. Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat dies in der mündlichen Verhandlung bestätigt und ausdrücklich einen Austausch über die „Prozess-/Beweisanträge“ abgelehnt. Das Gericht hat seiner Hinweispflicht auf sachdienliche Antragstellung nach § 106 Abs. 1 SGG im Übrigen durch die richterlichen Hinweise vom 04.03.2022, vom 07.04.2022, vom 06.07.2022, vom 18.03.2024, vom 11.07.2024 und vom 11.06.2025 genügt.

206

Der Senat versteht die gestellten Anträge daher auch nicht als Sachanträge, die auf den Inhalt einer gerichtlichen Entscheidung gerichtet sind, sondern als reine auf das Verfahren gerichtete Prozessanträge. Dabei muss ein Beweisantrag grundsätzlich in prozessordnungsgerechter Weise formuliert sein, sich auf ein Beweismittel der ZPO beziehen (nicht Parteivernehmung, vgl. BSG 01.07.2021 – B 9 V 63/20 B), das Beweisthema möglichst konkret angeben und insoweit auch wenigstens umreißen, was die

Beweisaufnahme ergeben soll (vgl. BSG 12.12.2003 – B 13 RJ 179/03 B, SozR 4-1500 § 160a Nr. 3; 29.3.2007 – B 9a VJ 5/06 B, SozR 4-1500 § 160 Nr. 13; B Schmidt in Meyer-Ladewig, a.a.O. § 160 Rn. 18 a m.w.N.). Diesen Anforderungen genügen die sogenannten „Beweisanträge“ nicht.

207

Weitere Ermittlungen von Amts wegen gemäß § 103 SGG sind nicht veranlasst, weil der entscheidungserhebliche Sachverhalt bereits ausermittelt und den sogenannten „Beweisanträgen“ des Klägers nicht zu folgen ist. Dazu im Einzelnen:

Haupt-„Beweisanträge“:

* Gesamtschuld der BG BAU i.V.m. dem Leistungsantrag vom 16.05.2012 aus drei anerkannten Autounfällen Nachdem keine (nach § 99 SGG unzulässige) Klageänderung auf zivil-, arbeits-, dienst- und unfallversicherungsrechtliche Gesamtansprüche des Klägers geltend gemacht wird, ist dieser nicht näher bezeichnete Hauptbeweisanspruch schon unverständlich. Es bleibt dem Kläger unbenommen, Schadensersatzansprüche o.ä. gegen seinen früheren Arbeitgeber, Dienstherrn und Unfallversicherungsträger anderweitig gerichtlich geltend zu machen.

* „Beweismittel zur rechtswidrigen Ablehnung der Verletztenrente: Ladung und Vernehmung des beratenden Arztes der Beklagten T und der damals zeitweise zuständigen Sachbearbeiterin, Frau K L.

208

Der Anspruch des Klägers auf Verletztenrente nach § 56 SGB VII, §§ 580, 581 RVO ist aus den oben genannten Gründen abzulehnen, die Zeugeneinvernahme von an der Entscheidung der Beklagten beteiligten Personen ist nicht angezeigt. Es handelt sich schon nicht um einen prozessordnungsgerechten Beweisanspruch.

* Verstoß gegen das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) i.V.m. den Unfallverhütungsvorschriften, durch den unmittelbaren Vorgesetzten Bereichsleiter der Unfall-Abt. Nürnberg, Herrn W: als Zeuge zu vernehmen. Zitat „Die Haftungsprivilegierung entfällt, da der Arbeitgeber den Unfall vorsätzlich und grob fahrlässig verursacht hat.“

209

Hierzu ist weder ein (i.Ü. unzulässiger) nach § 99 SGG geänderter Sachantrag gestellt noch ist die beantragte Zeugeneinvernahme im Hinblick auf die geltend gemachten Ansprüche auf Verletztenrente nach dem SGB VII sachdienlich und entscheidungserheblich.

13 „Teil-Beweisanträge“: 1. Normenkontrolle (§ 132 SGB VII) (Zwangs-Unfallversicherung beim eigenen Arbeitgeber); siehe dazu oben unter C. 1. a

210

2. Beweisanspruch zur Aktenbereinigung und Entfernung der rechtswidrig erlangten Gutachten.

211

Auch hier handelt es sich nach der Bestätigung der Prozessbevollmächtigten im Termin zur mündlichen Verhandlung um einen (insoweit unverständlichen) Prozessantrag ohne Bezug zum streitgegenständlichen Leistungsantrag auf Gewährung einer Verletztenrente. Es fehlt schon an hinreichend konkreter Bezeichnung der aus Sicht des Klägers zu entfernenden Gutachten. Soweit der Kläger auf die Stellungnahme von W1 vom 17.09.2019 in Bezug nimmt, wird auf C. 3. d. oben verwiesen.

212

3. Beweisanspruch für ein biomechanisches Gutachten siehe dazu oben unter C. 4. D

213

4. Beweisanspruch wegen Verweigerung der „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ – anspruchsbegründende Tatsachen i.V.m. der Wiedererkrankung und dem Verschlimmerungsantrag vom 26.02.2007; Beweisanspruch u.a. auf Vernehmung der damals zuständigen Sachbearbeiterin der Beklagten Zur Bewertung der streitgegenständlichen Ansprüche auf Verletztenrente bedarf es keiner Vernehmung der benannten Zeugin. Das Beweisthema ist nicht erkennbar.

214

5. Beweisantrag: Entschädigungsanspruch nach § 198 GVG – wegen überlangen Gerichtsverfahren i.V.m. Bedeutung des Verfahrens für den Kläger und das Verhalten der BG BAU als Verfahrensbeteiligter; Beweiserhebung unter Bezugnahme auf die Verzögerungsrüge vom 17.10.2011 vor dem SG..

215

Es handelt sich nicht um eine im Wege der Klagehäufung geltend gemachte originäre Entschädigungsklage nach § 202 S. 2 SGG i.V.m. § 198 GVG wegen unangemessener Verfahrensdauer des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens vor dem SG und LSG, sondern nach ausdrücklicher Aussage der Klägerbevollmächtigten im Termin um einen insoweit unverständlichen Beweisantrag. Beklagter eines vermeintlichen verschuldensunabhängigen Überlängeanspruches wäre ohnehin nicht die Beklagte, sondern der Freistaat Bayern. Zuständig wäre hier nach dem GVPI A des LSG der 8. Senat des nach § 202 S. 2 SGG zur Entscheidung berufenen LSG. Dem Entschädigungsgericht (und nicht dem hier entscheidenden Senat) obliegt auch die Feststellung der Verfahrensdauer. Nachdem auch diesbezüglich kein Sachantrag gestellt wurde, hat auch keine Abtrennung nach § 202 SGG, § 145 Abs. 1 ZPO zu erfolgen. Der Kläger kann einen möglichen Entschädigungsanspruch nach Abschluss der Berufungsinstanz geltend machen. In Bezug auf den Streitgegenstand handelt es sich um einen unzulässigen Beweisantrag.

216

6. Missachtung der Fürsorgepflicht und des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG): „Beweis: Nach dem „Europäischen Arbeitsschutzrecht“ sind Unternehmen verpflichtet, eine gesetzlich geforderte „Gefährdungsbeurteilung“ durch zu führen.“ Die Beklagte habe als sein Dienstherr durch die rechtswidrige Abordnung in den gefahrgeneigten Außendienst (gemeint wohl die Tätigkeit als Berufshelfer bzw. Reha-Manager der Beklagten) trotz der erheblich eingeschränkten Fahrtüchtigkeit grob fahrlässig ihre Fürsorgepflicht und das europäische Arbeitsschutzrecht verletzt. Der zweite schwere Autounfall vom 14.09.2004 wäre laut Kläger ganz sicher nicht passiert, wenn die Beklagte den Abschlussbericht der Reha-Fachklinik E vom 14.04.2005 und das Arbeitsschutzgesetz ernst genommen und beachtet bzw. eingehalten hätte.

217

Ein Bezug dieses Beweisantrags zu dem gestellten Sachantrag auf Verletztenrente ist nicht ersichtlich.

218

7. Beweisantrag zur neuropsychologischen Begutachtung siehe dazu oben C. 4.a., b.

219

8. Beweisantrag zur Begutachtung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wegen Anerkennung als Wie-BK Der Kläger bezieht sich hier auf einen noch nicht von der Beklagten entschiedenen Anspruch auf Anerkennung eines Versicherungsfalles nach § 9 Abs. 2 SGB VII, sogenannte Wie-Berufskrankheit. Es handelt sich auch hier nicht um eine unzulässige Klageänderung, die übrigens auch nicht sachdienlich und damit unzulässig wäre, weil hierzu noch keine Verwaltungsentscheidung der Beklagten vorliegt, sondern laut Klarstellung der Prozessbevollmächtigten um einen Prozessantrag. Die vermeintliche Wie-BK weist aber keinen Bezug zum Verletztenrentenanspruch des Klägers als Folge des Arbeitsunfalles vom 23.02.1994 auf.

220

Nur vorsorglich weist der Senat darauf hin, dass auch ein Antrag auf Anerkennung einer PTBS als Folge des Arbeitsunfalles vom 23.02.1994 weder sachdienlich wäre, noch hierzu eine Einlassung der Beklagten vorliegt. Weitere Ermittlungen sind insoweit nicht veranlasst, zumal bereits ein Gutachten nach § 109 des D eingeholt worden ist, der ausdrücklich das Vorliegen einer PTBS beim Kläger verneint hat, sowie ein im Wege des Urkundsbeweises verwertbares neurologischpsychiatrisches Gutachten des K, der ebenfalls keinerlei Unfallfolgen in psychischer Hinsicht feststellen konnte.

221

Dies hat auch der Beratungsarzt der Beklagten W1, FA f. Nervenheilkunde u.a. Bad O in seiner Stellungnahme vom 17.09.2019 bestätigt. Symptome einer PTBS hätten nie im Vordergrund gestanden, zu diesem Ergebnis sei auch schon K in seinem Gutachten vom 30.05.2005 gekommen.

222

Soweit der Kläger zuvor mit Schriftsatz vom 18.07.2022 den Antrag auf die Anerkennung der PTBS aufgrund der Unfälle – mit der Aufrechterhaltung durch das überlange Gerichtsverfahren und der laufenden

Auseinandersetzungen mit seinem Arbeitgeber als zuständiger UV-Träger; durch ständiges Triggern des Unfallgeschehens gestellt hatte, wurde dieser Antrag nicht weiterverfolgt.

223

9. Beweisantrag für ein kieferorthopädisches Gutachten siehe dazu oben C. 4. c.

224

10. „Beweisantrag Verletzung der Amtsermittlungspflicht: (ohne Aufklärung keine Gerechtigkeit). Sozialgerichtsverfahren sind Amtsermittlungsverfahren, d.h. das Gericht ermittelt den Sachverhalt von sich aus. Hier besteht aktuell noch Ermittlungsbedarf in medizinischer Hinsicht. Die Beklagte hat im Verwaltungsverfahren ihre Amtsermittlungspflicht verletzt.“

225

Es schon nicht erkennbar ist, welchen prozessualen Anspruch der Kläger geltend macht und wem (dem SG, dem Senat) der Kläger eine Verletzung der Amtsermittlungspflicht nach § 103 SGG vorwirft. Die Frage, ob der Senat einen Verfahrensfehler begangen hat, obliegt ggf. der Entscheidung des BSG in einer Entscheidung nach § 160 Abs. 2 Nr. 3 SGG im Verfahren einer Nichtzulassungsbeschwerde und ist einer Beweiserhebung im Ausgangsverfahren nicht zugänglich. Soweit der Kläger einen Verfahrensfehler der Beklagten im Verwaltungsverfahren geltend macht (Verstoß gegen den Untersuchungsgrundsatz § 20 Abs. 1 S. 1 SGB X), gilt § 56a S. 1 SGG.

226

11. Beweisantrag wegen Anspruch auf eine volle Erwerbsminderungsrente nach § 43 SGB VI, mit Rentenanspruchsfiktion gemäß § 116 SGB VI mit Feststellung der vollen Erwerbsminderung und Zahlungspflicht der Beklagten für die volle Erwerbsminderungsrente nach dem SGB VI und der VBL-Rente aus gesetzlichem Forderungsübergang nach § 116 SGB X sowie Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG in Höhe von 150.000 €.

227

Als Prozessantrag ist dieser Antrag unverständlich; ein darauf gestützter (unzulässiger) Sachantrag im Wege der unzulässigen Klageänderung ist nicht gestellt worden. Die Beklagte ist offensichtlich schon nicht der zuständige Rentenversicherungsträger und daher für Ansprüche des Klägers auf eine volle Erwerbsminderungsrente nach § 43 SGB VI nicht zuständig.

228

12. Beweisantrag zum "(Berufsschadensausgleich). Durch drei von der BG BAU anerkannte Verkehrs-/Autounfälle besteht eine Gesamtleistungspflicht der Schuldner gegenüber dem Gläubiger Siehe oben C 5 Hauptbeweisantrag 1

13. . Beweisaufnahme zur Rechtswidrigkeit des Vergleiches vor dem Landesarbeitsgericht Nürnberg durch das gesetzliche Verbot des § 108 SGB VII i.V.m. (§ 134 BGB) und der Sittenwidrigkeit (§ 138 BGB).

229

Der Senat vermag auch diesbezüglich keinen Bezug zum Sachantrag auf Verletztenrente nach § 56 SGB VII zu sehen.

230

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass der Kläger selbst sein im Erörterungstermin vom 11.07.2024 erteiltes Einverständnis auf Beiziehung der Akten des LAG Nürnberg Az: 2 Sa 406/10 (wohl betreffend Ansprüche auf höhere Dienstpension wegen der beiden Dienstunfälle aus 2004) widerrufen hat, so dass dem Senat ohnehin jede Kenntnisnahme zu Vorgängen vor dem LAG verwehrt war.

231

Damit bleibt die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG insgesamt ohne Erfolg.

D.

232

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 183, 193 SGG.

E.

Die Revision ist nicht zuzulassen. Insbesondere hat die Sache keine grundsätzliche Bedeutung.