
Datum: 25.04.2012
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 28/06
ECLI: ECLI:DE:OLGK:2012:0425.5U28.06.00

Vorinstanz: Landgericht Köln, 23 O 123/02

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das am 28.12.2005 verkündete Urteil der 23. Zivilkammer des Landgerichts Köln – 23 O 123/02 – wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens werden der Klägerin auferlegt.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Der Klägerin wird nachgelassen, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abzuwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des zu vollstreckenden Betrags leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

G r ü n d e

I.

1

Die am xx.xx.1966 geborene Klägerin unterhielt bei der Beklagten eine Unfallversicherung, der die AUB 88 zugrunde lagen. Die Versicherungssumme betrug 200.000 DM. Für die

2

Altersgruppe der Klägerin war eine Verdoppelung der Leistung bei einem Invaliditätsgrad ab 80 % vorgesehen. Am 19.7.1998 befand sich die Klägerin als Beifahrerin in einem PKW, der bei einem Verkehrsunfall mit der vorderen Seite gegen einen von rechts aus einer untergeordneten Straße kommenden W. stieß. Die Klägerin wurde mit dem Rettungswagen in das N. Krankenhaus C. gebracht. Im Aufnahmebogen ist als Untersuchungsergebnis unter anderem „Wirbelsäule o.B.“ vermerkt. Die durchgeführten Röntgenaufnahmen ergaben keine pathologischen Befunde. Der Entlassungsbericht vom 20.7.1998 (Bl. 175 d.A.) enthält die Diagnosen „Stumpfes Bauchtrauma, Thoraxprellung rechts mit Gurtprellmarken, V.a. HWS-Distorsion“. Weiter heißt es: „Bei nur geringer Beschwerdesymptomatik im Bereich der HWS wurde zunächst auf eine anatomische Zervicalstütze verzichtet.“

Die Klägerin stellte sich am 24.7.1998 und 27.7.1998 jeweils bei dem praktischen Arzt L. und dem Arzt für Neurologie T. vor. Eine weitere Vorstellung bei L. erfolgte am 31.8.1998. Am 13.10.1998 suchte die Klägerin auf die Überweisung ihres Hausarztes K. die Ärztin für Neurologie I. auf. Wegen der von L. (s. Bl. 117, 839 d.A.), T. (s. Bl. 177 f. d.A.), K. (s. Bl. 860 d.A) und I. (s. Bl. 69 f. d.A) erhobenen Anamnese und Befunde wird auf die zu den Akten gereichten Arztbriefe und Behandlungsunterlagen verwiesen. 3

Mit Schreiben vom 1.10.1998 (Bl. 65 d.A.) zeigte die Klägerin der Beklagten den Unfall an. Nach der Geltendmachung von Invaliditätsansprüchen brachte die Klägerin den Bericht des Arztes für Neurologie X. vom 15.7.1999 (Bl. 72 f. d.A.) und die Bescheinigung der Ärztin für Orthopädie E. vom 2.9.1999 (Bl. 74 f. d.A.) bei, auf deren Inhalt Bezug genommen wird. Nachdem die Beklagte einen Vorschuss von 10.000 DM gezahlt hatte, erbrachte sie nach Einholung eines neurologischen und eines orthopädischen Gutachtens keine weiteren Leistungen. 4

Die Klägerin hat behauptet, dass bei ihr ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 100 % vorliege. Nach ihren Angaben gegenüber den sie behandelnden Ärzten und den tätig gewordenen Gutachten leidet sie insbesondere an Kopfschmerzen, Schmerzen und Verspannungen in Nacken und Schulter, Gefühlsstörungen (Taubheit, Kälte) und Kraftlosigkeit im linken Arm und teils im linken Bein, Schwindel, Störungen des Sehens, Hörens und Riechens sowie einem Aufmerksamkeitsdefizit. 5

Die Klägerin hat beantragt, 6

die Beklagte zu verurteilen, an sie 199.403,83 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus einem Betrag von 15.333,76 € seit dem 22.3.2001 und aus dem restlichen Betrag seit Rechtshängigkeit (4.4.2002) zu zahlen. 7

Die Beklagte hat beantragt, 8

die Klage abzuweisen. 9

Sie hat gesundheitliche Beeinträchtigungen der Klägerin und deren Unfallbedingtheit bestritten. Ferner hat sie die Auffassung vertreten, dass es teilweise an einer fristgerechten Invaliditätsfeststellung fehle. 10

Das Landgericht hat das orthopädische Gutachten des Sachverständigen H. vom 21.3.2004 (Bl. 371 ff. d.A.) nebst Ergänzungen vom 5.5.2005 (Bl. 505 ff. d.A) und ein neurologisches Zusatzgutachten des Sachverständigen T1 vom 30.6.2003 (Bl. 421 ff. d.A.) eingeholt. 11

Daraufhin hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Eine fristgerechte Feststellung der Invalidität liege nur hinsichtlich der in den Arztberichten von X. vom 15.7.1999 und von E. vom 2.9.1999 wiedergegebenen orthopädischen und neurologischen Beschwerden vor. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme lägen indessen weder auf orthopädischem noch auf neurologischem Gebiet relevante unfallbedingte Funktionsbeeinträchtigungen vor. Soweit psychosomatische Folgen festzustellen seien, greife der Leistungsausschluss gemäß § 2 IV AUB 88.	
Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der Berufung. Das Landgericht habe zu Unrecht eine fristgerechte ärztliche Invaliditätsfeststellung hinsichtlich der behaupteten Hörschäden sowie der Sehstörungen vermisst. Bei ihr liege eine organische Störung, nämlich eine Halswirbelsäulenverletzung, vor, so dass § 2 IV AUB nicht anwendbar sei. Zur Frage einer organischen Schädigung sei ein weiteres Gutachten einzuholen.	13
Die Klägerin beantragt,	14
die Beklagte unter Abänderung des angefochtenen Urteils zu verurteilen, an sie 199.403,83 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus einem Betrag von 15.333,76 € seit dem 22.3.2001 und aus dem restlichen Betrag seit Rechtshängigkeit (4.4.2002) zu zahlen.	15
Die Beklagte beantragt,	16
die Berufung zurückzuweisen.	17
Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Wegen des weiteren Vorbringens der Parteien wird auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.	18
Der Senat hat das orthopädische Gutachten von O. vom 12.6.2008 (Bl. 924 ff. d.A.) nebst Ergänzung vom 18.3.2009 (Bl. 1025 ff. d.A.) eingeholt und den Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 21.9.2009 (Bl. 1116 ff. d.A.) angehört. Das gegen ihn gerichtete Ablehnungsgesuch hat der Senat zurückgewiesen. Der Senat hat ferner das neurologische Gutachten von T2 vom 18.7.2011 (Bl. 1255 ff. d.A.) nebst neuropsychologischem Zusatzgutachten von G1 vom 27.6.2011 (Bl. 1294 ff. d.A.) eingeholt und X1, der an der Ausarbeitung des Gutachtens mitgewirkt hatte, nach der Bestellung zum weiteren Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 15.2.2012 angehört (Bl. 1426 ff. d.A.).	19
II.	20
Die Berufung ist unbegründet.	21
Die Klägerin kann von der Beklagten aus der Unfallversicherung die Zahlung von 199.403,83 € nicht verlangen.	22
Hinsichtlich solcher Beeinträchtigungen, die in das hals-nasen-ohren-ärztliche und das augenärztliche Fachgebiet fallen, fehlt es bereits an der nach § 7 I (1) AUB 88 erforderlichen rechtzeitigen ärztlichen Invaliditätsfeststellung. Im Übrigen geht der Senat nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme davon aus, dass der Unfall zu einer dauernden gesundheitlichen Beeinträchtigung der Klägerin geführt hat. Ob dies für sämtliche von der Klägerin beklagten Beschwerden und Symptome oder nur einen Teil davon gilt, kann dahinstehen. Der Versicherungsschutz ist gemäß § 2 IV AUB 88 ausgeschlossen, weil es sich um krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen handelt.	23

1. Wie in der Verfügung vom 3.7.2006 bereits dargelegt, sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Klägerin, die in das hals-nasen-ohren-ärztliche und das augenärztliche Fachgebiet fallen, schon mangels fristgerechter Invaliditätsfeststellung nicht zu berücksichtigen. 24

Aus den innerhalb der gemäß § 7 I (1) AUB maßgeblichen Frist von 15 Monaten ab dem Unfall erstellten ärztlichen Berichten und Stellungnahmen ergibt sich nicht, dass auf den Unfall zurückzuführende Hör- oder Sehstörungen die körperliche Leistungsfähigkeit der Klägerin auf Dauer mindern. Dies gilt insbesondere für den nervenärztlichen Befundbericht von X. vom 15.7.1999 (Bl. 72 f. d.A.) und den Bericht der Orthopädin E. vom 2.9.1999 (Bl. 74 f. d.A.), die der Beklagten übermittelt wurden und die für das Gebiet der Neurologie und der Orthopädie als Invaliditätsfeststellung anzusehen sind. Es entspricht gefestigter Rechtsprechung, dass dann, wenn mehrere, das Ausmaß der Invalidität beeinflussende körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, für den Entschädigungsanspruch nur diejenigen zu berücksichtigen sind, die fristgerecht als invaliditätsbegründend festgestellt worden sind (OLG Oldenburg r + s 2004, 34; OLG Hamm NversZ 2001, 315, 316; OLG Hamm VersR 1997, 1389; OLG Frankfurt VersR 1993, 1139, 1140). Dies ist auch ohne weiteres einleuchtend, denn die Invaliditätsfeststellung soll es dem Versicherer ermöglichen, das Ausmaß der Invalidität nachprüfen zu können. Werden – wie hier erstmals mit Schreiben der Klägerin vom 15.2.2001 (Bl. 209 f. d.A.) – neben orthopädischen und neurologischen Beschwerden auch solche auf dem Fachgebiet der Augenheilkunde und des HNO-Bereichs behauptet, muss dem Versicherer die Beauftragung entsprechender Fachgutachter möglich sein. Weiß dieser mangels entsprechender ärztlicher Feststellung nichts von den insoweit behaupteten weiteren Dauerschäden, kann er sich mit Recht auf die Versäumung der Frist des § 7 I (1) AUB 88 berufen. 25

In der Berufung auf die Fristversäumnis liegt im konkreten Fall kein Verstoß gegen Treu und Glauben. Die Beklagte war insbesondere nicht gehalten, die Klägerin darauf hinzuweisen, in welcher Form und mit welchem Inhalt die ärztliche Invaliditätsfeststellung zu erfolgen hat. Die Hinweispflicht besteht lediglich in Bezug auf die einzuhaltende Frist. Sie ist durch die Beklagte mit Schreiben vom 20.10.1998 (Bl. 67 d.A.) und vom 1.6.1999 (Bl. 71 d.A.) erfüllt worden. Für die Beklagte bestand hier zudem auch kein Anhaltspunkt dafür, dass die Klägerin noch unter anderen als den aus den Berichten von X. und E. ersichtlichen Beschwerden litt. Das das Auftreten von Doppelbildern anführende ärztliche Attest von L. vom 21.8.1998 (Bl. 117 d.A.), welches zur Vorlage beim Rechtsanwalt bestimmt war, lag der Beklagten nicht vor. Etwas anderes behauptet auch die Klägerin nicht. 26

2. Soweit der Klägerin im Übrigen dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen entstanden sind, ist der Versicherungsschutz gemäß 2 IV AUB 88 ausgeschlossen. 27

a) Nach dieser Vorschrift, die nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht unklar ist und einer Inhaltskontrolle nach § 9 AGBG bzw. § 307 BGB standhält (BGH, Urteile vom 23.6.2004 - IV ZR 130/03, iuris Rdn. 20 ff., abgedruckt in BGHZ 159, 360 ff., und vom 29.9.2004 – IV ZR 233/03, iuris Rdn. 12 ff., abgedruckt in VersR 2004, 1449 f.), fallen krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen gleichgültig, wodurch diese verursacht worden sind, nicht unter den Versicherungsschutz. Die Klausel erfasst Gesundheitsbeschädigungen infolge psychischer Reaktionen, die sowohl auf Einwirkungen von außen über Schock, Schreck oder Angst und ähnliches erfolgen, als auch auf unfallbedingter Fehlverarbeitung beruhen (BGH, Urteile vom 19.3.2003 – IV ZR 283/02, iuris Rdn. 14, abgedruckt in VersR 2003, 634 f., vom 23.6.2004 - IV ZR 130/03, iuris Rdn. 18, und vom 29.9.2004 – IV ZR 233/03, iuris Rdn. 10). Das heißt, der Risikoausschluss greift ein, 28

wenn die krankhafte Störung des Körpers nur mit ihrer psychogenen Natur erklärt werden kann (BGH, Beschluss vom 15.7.2009 – IV ZR 229/06, iuris Rdn. 1, abgedruckt in VersR 2010, 60 f.). Anders liegt es bei krankhaften Störungen, die eine organische Ursache haben, auch wenn im Einzelfall das Ausmaß, in dem sich die organische Ursache auswirkt, von der psychischen Verarbeitung durch den Versicherungsnehmer abhängt (BGH, Urteil vom 29.9.2004 – IV ZR 233/03, iuris Rdn. 17).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist eine organische Ursache der dauerhaften Beschwerden der Klägerin mit der nach § 286 ZPO erforderlichen Gewissheit ausgeschlossen, so dass die Beschwerden nur mit ihrer psychogenen Natur – für die es positiv Hinweise gibt – erklärt werden können. Nach den Ausführungen des orthopädischen Sachverständigen O. und der neurologischen Sachverständigen T2/X1, die der Senat für überzeugend hält, hat der Unfall vom 19.7.1998 nicht zu einer dauerhaften Schädigung organischer Strukturen geführt. Dies gilt insbesondere für die Bänder und sonstigen Weichteile der Halswirbelsäule sowie für den Armplexus, das Rückenmark und das Gehirn einschließlich der dort befindlichen Gefäße. 29

b) Der Sachverständige O. hat dargelegt, dass der Unfall auf orthopädischem Fachgebiet keine dauerhafte körperliche Schädigung zur Folge gehabt habe (Bl. 939, 1119 d.A.). Die Schwere und Dauerhaftigkeit einer Verletzung der Halswirbelsäule beurteile sich nach der Eignung des Unfallmechanismus, nach dem sofortigen Auftreten von Symptomen unmittelbar nach dem Unfall, das heißt innerhalb eines Zeitraums von etwa einer Stunde (Bl. 1029 d.A.), oder aber dem verzögerten Auftreten von Symptomen sowie nach dem klinischen Befund in Relation zum radiologischen Befund (Bl. 1117 d.A.). 30

Im Streitfall sei der Unfallmechanismus, der insbesondere zu Verletzungen in Gestalt eines stumpfen Bauchtraumas und einer Thoraxprellung rechts mit Gurtprellmarken geführt habe, durchaus geeignet gewesen, ein Halswirbelsäulentrauma hervorzurufen (Bl. 1118 d.A.). Wie sich aus den Worten „Wirbelsäule o.B.“ im Aufnahmebogen des N. Krankenhauses C. ergebe, sei bei der klinischen Untersuchung des Wirbelsäulenorgans jedoch kein höhergradiger Schaden gesehen worden (Bl. 940 d.A.). Ein Druckschmerz der oberen Halswirbelsäule habe im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorgelegen. Hätte dort eine Bandverletzung bestanden, hätte ein sehr heftiger Schmerz festgestellt werden müssen (Bl. 1118 d.A.). 31

Die Röntgenaufnahme vom Aufnahmetag habe keinen Hinweis auf eine Halswirbelsäulenverletzung gezeigt (Bl. 940 d.A.). Auch die im Bericht von X. vom 15.7.1999 angeführte Kernspintomografie der Halswirbelsäule habe abgesehen von einer bisegmentalen Protrusion in den Segmenten C 4/5 und C5/6 einen regelrechten Befund gezeigt. Entsprechende Protrusionen seien nicht geeignet, die von der Klägerin dargestellte Symptomatik auszulösen (Bl. 941 d.A.). Initial gefertigte Röntgenbilder ließen eine knöcherne sowie – über eine Verschiebung von Skelettabschnitten – eine höhergradige weichteilige Verletzung der Halswirbelsäule (Zerreißen von Bandscheibenmaterial oder Bändern, Halswirbelsäulenverrenkung, Einblutung) erkennen (Bl. 1026 f., 1118 d.A.). Bänder- und sonstige Weichteilverletzungen im Bereich der Halswirbelsäule seien in einer Kernspintomografie ohne weiteres nachweisbar (Bl. 1117 f. d.A.). 32

Aus den genannten Umständen sei aus orthopädischer Sicht der Schluss zu ziehen, dass eine HWS-Distorsion ohne Weichteilverletzung vorgelegen habe, die innerhalb von zwölf Wochen nach dem Trauma vollständig ausheile (Bl. 942, 1118 d.A.). Die auch von ihm festgestellten Einschränkungen der Halssäulenbeweglichkeit und die auf einer Verspannung der Muskulatur beruhende, mehrfach diagnostizierte Steilstellung der Halswirbelsäule seien 33

unspezifische, nicht eindeutig zuordnenbare Symptome.

Die Beurteilung des Sachverständigen O., die mit derjenigen von I1 im Gutachten vom 2.7.2001 (Bl. 293 ff. d.A.) nebst Ergänzung (Bl. 266 ff. d.A.) und von H. im Gutachten vom 21.3.2004 (Bl. 371 ff. d.A.) nebst Ergänzung (Bl. 505 ff. d.A.) in Einklang steht, überzeugt. Sie beruht auf einer vollständigen Auswertung und Erfassung der in der Zeit nach dem Unfall erstellten Arztberichte und der von den Behandlern erhobenen Befunde. Der Sachverständige hat die für Feststellung einer schweren und dauerhaften Verletzung der organischen Strukturen der Halswirbelsäule (Knochen, Bänder und sonstige Weichteile) maßgeblichen Kriterien angeführt und nachvollziehbar erläutert, warum diese im Streitfall nicht erfüllt sind. 34

Die Einwendungen der Klägerin, die sich im Wesentlichen auf die von ihr vorgelegten, teils in anderen Verfahren erstellten Gutachten stützen, greifen demgegenüber nicht durch. Vielmehr gebührt der Auffassung von O. der Vorrang vor derjenigen von A., U., W1, T3 und H1, die auf orthopädischem Gebiet eine andauernde Schädigung der Halswirbelsäule annehmen. 35

Soweit A. in seinem Gutachten vom 9.4.2002 (Bl. 275 ff. d.A.) von einem chronisch rezidivierenden HWS-Syndrom mit Kopfschmerzen und Cervicobrachialgien ausgegangen ist, fehlt jede Angabe, welche organische Struktur der Halswirbelsäule dauerhaft verletzt sein soll. Dass allein aus dem Fortbestand der Symptomatik nicht auf die dauerhafte Verletzung einer organischen Struktur geschlossen werden kann, folgt bereits daraus, dass sich die Fortdauer der Symptomatik grundsätzlich auch durch eine Schädigung auf neurologischem Gebiet erklären lässt oder psychosomatischer Natur sein kann. 36

Soweit U. im Gutachten vom 13.1.2006 (Bl. 709 ff.), T3 in seinem Gutachten vom 15.4.2007 (Bl. 1100 ff. d.A.) und H1 im Gutachten vom 19.6.2007 (Bl. 1112 ff. d.A.) vor allem unter Berufung auf die von G. am 20.4.2001 (vgl. Bl. 11 ff. d.A.) und von W2 am 18.5.2001 (vgl. Bl. 14 f.) gefertigten Funktions-Computertomografien und Funktions-Kernspintomografien der Halswirbelsäule – T3 hat darüber hinaus eigene Funktionsaufnahmen gefertigt – und die daraufhin diagnostizierte fast vollständige Blockade in den Atlanto-Occipitalgelenken bei Linksdrehung sowie die beschriebene densnahe Kapselpathologie eine andauernde Schädigung des Kapselbandapparats im Bereich des kranio-zervikalen Übergangs annehmen, fehlt in ihren Gutachten eine schlüssige Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass in den Unterlagen des die Erstbehandlung durchführenden N. Krankenhauses C. keine korrelierende klinische Symptomatik beschrieben ist. Auf eine ernsthafte Weichteilverletzung hindeutende Schmerzen hat die Klägerin dort weder im Rahmen der Anamnese angegeben noch sind solche bei der klinischen Untersuchung der Wirbelsäule festgestellt worden. Dafür, dass die Ärzte im N. Krankenhaus C. im Juli 1998 nicht sorgfältig vorgegangen sind, fehlt jeder Anhaltspunkt. Dem Senat, der ständig mit Arzthaftungssachen befasst ist, ist aus zahlreichen Verfahren bekannt, dass im orthopädischen und unfallchirurgischen Bereich bei der Diagnose grundsätzlich der klinische und der radiologische Befund zu berücksichtigen und miteinander in Einklang zu bringen sind. 37

Die Kritik W1 in seinem Gutachten vom 13.10.2008 (Bl. 996 ff. d.A.) an den Ausführungen des Sachverständigen O., die dahin geht, dass sich aus den von L. am 24.7.1998 anamnestisch und klinisch erhobenen Befunden – etwa den Kopfschmerzen und der verspannten HWS (vgl. Bl. 117 d.A.) – und den Befunden der in der Folgezeit behandelnden Ärzte Hinweise für ein schweres Trauma der Halswirbelsäule ergäben, erkennt schon im Ansatz, dass es nach den Darlegungen von O. für die Beurteilung der Schwere und der möglichen Dauerhaftigkeit der Verletzung der Halswirbelsäule auf die Zeit unmittelbar nach dem Unfall, das heißt die erste Stunde, ankommt. Aus Laiensicht leuchtet es auch ein, dass 38

sich eine schwere Weichteilverletzung mit möglichen Dauerfolgen zeitnah durch Schmerzen oder in sonstiger Weise äußert. Soweit W1 den im N. Krankenhaus C. durchgeführten Röntgenaufnahmen im Hinblick auf die Frage einer möglichen Weichteilverletzung jede Aussagekraft abspricht, sind die gegenteiligen Ausführungen von O., dass sich eine höhergradige Weichteilverletzung, etwa die Zerreißung von Bändern, in einer konventionellen Röntgenaufnahme durch die Verschiebung von Skelettabschnitten bemerkbar macht, für den Senat gut nachvollziehbar. Schließlich ist der Hinweis W1s, dass die Symptome auch nach leichteren Unfällen und Halswirbelsäulen-Distorsionen – wie dem Senat aus anderen Verfahren durchaus bekannt ist – häufiger chronifizieren, nicht geeignet, die von O. in Fällen einer Halswirbelsäulenverletzung ohne Weichteilverletzung zugrunde gelegte regelmäßige Ausheilung der organischen Strukturen in Frage zu stellen. Denn insoweit kommen auch andere Ursachen, etwa auf neurologischem Fachgebiet oder psychosomatischer Natur, in Betracht.

Der orthopädische Sachverständige N2 hat in seinem Gutachten vom 15.2.2000 (Bl. 76 ff. d.A.) entgegen der Auffassung der Klägerin schon keinen dauerhaften Schaden im Bereich der Halswirbelsäule festgestellt, sondern im Hinblick auf die primär eher nachrangigen Beschwerden und die fehlende Feststellung von unfallbedingten Substanzschäden auf die Notwendigkeit hingewiesen, den weiteren Verlauf abzuwarten (Bl. 84 d.A.). 39

Dass der Sachverständige O. – nach Darstellung der Klägerin entgegen seiner ursprünglichen Absicht – selbst keine radiologischen Aufnahmen hat anfertigen lassen, begegnet schon aus Rechtsgründen keinen Bedenken. Maßgeblich ist im Hinblick auf die Regelung des § 11 IV AUB 88 derjenige Gesundheitszustand der Klägerin, der aufgrund der medizinischen Erkenntnisse, die bis zum 19.7.2001 gewonnen worden sind, festgestellt bzw. prognostiziert werden konnte. Schließlich hat der Sachverständige O. die Erstellung des Gutachtens nicht in einem zu weitgehenden Umfang an Hilfspersonen delegiert. Wie der Senat bereits im Beschluss vom 9.12.2009 ausgeführt hat, erstellt O., der Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem Schwerpunkt Orthopädie des Universitätsklinikum B. war, nach seinen Angaben ein Gutachten, indem er den wesentlichen Teil der klinischen Untersuchung der zu begutachtenden Person gemeinsam mit dem hieran beteiligten Oberarzt durchführt, die vorliegenden Befunde selbst würdigt, das vom Oberarzt entworfene Gutachten durchsieht und, soweit erforderlich, korrigiert. Dieses Verfahren gewährleistet eine eigenverantwortliche Begutachtung durch den Sachverständigen, zumal wenn er – wie hier – das Gutachten persönlich vor Gericht erläutert. 40

c) Die Sachverständigen T2/X1 sind zu dem Ergebnis gelangt, dass es für die Beschwerden der Klägerin auf neurologischem Fachgebiet keine organische Genese gebe. Es gebe keinen vernünftigen Zweifel daran, dass die grundsätzlich denkbaren neurologischen Ursachen hier nicht vorlägen. Da kein organisches Korrelat festzustellen sei, sei eine psychische Reaktion auf das Unfallereignis anzunehmen, die am ehesten einer Konversionsstörung entspreche (Bl. 1291 f., 1427, 1431 d.A.). 41

Gegen eine Plexusläsion – so die Sachverständigen T2/X1 – spreche bereits der Umstand, dass die von der Klägerin geäußerten Beschwerden vor allem den linken Arm betreffen, während der Gurt bei ihr als Beifahrerin über die rechte Schulter gegangen sei und demzufolge den linken Armplexus nicht habe erreichen können (Bl. 1275, 1428 d.A.). Zudem seien die in Ort und Intensität wechselnden sensiblen Ausfälle (nur die linke ulnare Handseite und Unterarmkante oder aber die ganze linke Hand, die gesamte linke Körperhälfte, teils auch die rechte Hand) und die ebenso variablen Ausprägungsgrade der muskulären Kraftentwicklung bei in den allermeisten neurologischen Untersuchungen 42

erhaltenen seitengleichen Muskeleigenreflexen nicht die typischen Beschwerden eines Plexusschadens (Bl. 1276 d.A.). Eine Plexusläsion hätte definierte Schädigungen nach sich ziehen müssen, die bei den erfolgten klinischen Untersuchungen nicht nachgewiesen worden seien (Bl. 1428 d.A.). Auch die mehrfach durchgeführten elektrophysiologischen Zusatzuntersuchungen hätten keinen Hinweis für eine Plexusläsion erbracht (Bl. 1275, 1276 d.A.).

Eine Gehirnverletzung entstehe bei einem Verkehrsunfall typischerweise durch ein direktes Trauma im Rahmen eines Schädelanpralls. Eine Schädelprellmarke sei weder auf dem nach dem Unfall angefertigten Foto zu erkennen (vgl. Bl. 1003 d.A.) noch sei eine solche – bei ansonsten gründlicher Dokumentation der Untersuchung – im Aufnahmebefund des N. Krankenhauses C. vom 19.7.1998 vermerkt (Bl. 1277 d.A.). Eine Amnesie als indirekter Hinweis für ein Schädelhirntrauma habe dort nicht vorgelegen und habe sich bis zur Untersuchung am 24.7.1998 durch L., der insoweit nachgefragt habe (vgl. Bl. 839 d.A.), nicht eingestellt. Die im weiteren Verlauf durchgeführten kernspintomografischen Aufnahmen des Gehirns ließen keine Verletzungsfolgen oder Blutungsresiduen erkennen. T3 habe posttraumatische Veränderungen des Hirnparenchyms in seinem radiologischen Gutachten vom 25.4.2007 ausdrücklich ausgeschlossen (Bl. 1277 d.A., s. auch. Bl. 1107, 1109 d.A.). Ferner sei das aktuelle EEG unauffällig (Bl. 1273, 1277 d.A.). Auch sei das selektive, mit einer drastisch reduzierten Reaktionsgeschwindigkeit einhergehende Aufmerksamkeitsdefizit der Klägerin, welches sich nicht auf andere kognitive Leistungen erstreckte, nicht durch eine Verletzung von aufsteigenden Fasern aus dem Hirnstamm zu erklären, was allerdings teilweise als Ursache des verminderten Leistungsniveau der Klägerin angesehen worden sei. Eine solche Verletzung gehe mit einer erheblichen Vigilanz- und Aufmerksamkeitsstörung einher und lasse eine flüssige Kommunikation und höhere geistige Leistungen fast unmöglich werden (Bl. 1277 f. d.A.). Gegen einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem selektiven Aufmerksamkeitsdefizit spreche – bei einer erstmaligen Erwähnung einer verminderten Konzentrationsfähigkeit im Jahr 2001 (vgl. Bl. 209, 228, 1324 d.A.) – außerdem das deutliche verzögerte Auftreten (Bl. 1279 d.A.).

Auch wenn eine Erschütterung des Rückenmarks vorübergehend eingetreten sein könne, scheide eine dauerhafte Verletzung des Rückenmarks aus (Bl. 1280, 1428 d.A.). Eine Rückenmarksverletzung hätte eine Querschnittssymptomatik zur Folge gehabt, das heißt die Klägerin hätte die Beine und teilweise die Arme nicht bewegen können und es hätte eine Blasen- und Mastdarmlähmung vorliegen müssen (Bl. 1428 d.A.). Die zunächst in diese Richtung weisenden Symptome seien rasch wieder verschwunden. Zwar habe die Klägerin nach der erhobenen Anamnese direkt nach dem Unfallereignis ihre Beine nicht spüren können und Urin verloren. Spätestens im N. Krankenhaus C. sei sie aber bereits wieder in der Lage gewesen, frei zu stehen und zu gehen. Berichte über eine weitere Urininkontinenz lägen nicht vor. Auch sei kein sensibles Querschnittsniveau dokumentiert (Bl. 1279 d.A.). Ferner seien die Rückenmarksfasern durch sensibel evozierte Potentiale mit überwiegend unauffälligen Ergebnissen gemessen worden und es habe sich in Untersuchungen mittels MRT kein Verletzungsmuster gezeigt (Bl. 1428 d.A.).

Die Verletzung von Halsweichteilen und skelettalen Strukturen einschließlich der diese innervierenden Afferenzen könne dauerhafte neurologische Defizite nur ausnahmsweise vermitteln. Ein posttraumatischer Kopfschmerz nach HWS-Beschleunigungstrauma (ICHD-II 5.4), der als Ausnahme anerkannt sei, trete mit dem Unfallereignis ein und persistiere dann. Im vorliegenden Fall habe die Klägerin jedoch nur bei einem Teil der Arztbesuche Kopfschmerzen geschildert. Der gegenüber dem Gutachter berichtete attackenartige Kopfschmerz ähnele klinisch eher einer Migräne (Bl. 1263, 1282 d.A.).

Ein von einer Verletzung der Halsweichteile und der dort befindlichen kleinen Nervenenden ausgehender Schwindel sei nicht anzunehmen. Die Nervenenden sorgten als Sensoren zusammen mit dem Gleichgewichtsorgan und den Augen für die Stabilität des Kopfes. Sofern diese Sensoren gestört seien, würden ein gesundes Gleichgewichtsorgan und ein ungestörter Visus den Ausfall kompensieren. Die Untersuchungen des Gleichgewichtsorgans und des Visus seien im Fall der Klägerin unauffällig gewesen. Außerdem könne eine Schädigung der im Hals befindlichen Sensoren, bei denen es sich um radiologisch nicht darstellbare sehr feine Nervenenden handle, ohnehin nur aus einer Schädigung nachweisbarer Strukturen wie der Bänder – von der nach den Feststellungen des Senats unter II 2 b nicht auszugehen ist – abgeleitet werden (Bl. 1283, 1429 d.A.).

46

Für eine unfallbedingte Gefäßdissektion gebe es keine schlüssigen Hinweise. Soweit vor allem T3 Verengungen der rechten Arteria vertebralis, der linken Arteria vertebralis und der linken Arteria subclavia beschrieben und als traumabedingte Dissektate gewertet habe, sei nirgends ein klinisches Korrelat mit cerebellärer Ataxie oder Okulomotorikstörung beschrieben (Bl. 1284 d.A.). Grundsätzlich könne ein Dissektat allerdings zu einem Blutgerinnsel mit anschließendem Verschluss einer Hirnarterie, Schlaganfall und entsprechenden neurologischen Folgen führen (Bl. 1429 d.A.). Auch sei nach der Kernspintomografie im Mai 2001 im Untersuchungsbericht von W2 ein unauffälliger Gefäßbefund dargestellt worden (Bl. 1283 d.A., s. auch Bl. 14 d.A.), während die von T3 angeführten Gefäßveränderungen erst im Jahr 2003 beschrieben worden seien. Dissektate könnten spontan, hier in der Zeit zwischen 2001 und 2003, auftreten und seien als isolierte Dissektate eine seltene Unfallfolge (Bl. 1284, 1430 d.A.). Zudem sei bei einem Defekt, der so klein sei, dass er der initialen MRT-Diagnostik entgangen sei, eine rasche und vollständige Heilung zu erwarten (Bl. 1284 d.A.).

47

Für eine psychoreaktive Störung der Klägerin, insbesondere eine Konversionsstörung mit somatoformen Anteilen, gebe es positive Hinweise. Die Schilderung des Unfallhergangs durch die Klägerin, etwa die Angabe, dass sie „wie in Watte gepackt“ gewesen sei, lasse auf eine erhebliche psychische Mitbeteiligung schließen. Die beinbetonte Unmöglichkeit, sich unmittelbar nach dem Unfall zu bewegen, könne nicht nur als Contusio spinalis, sondern auch als psychischer Schock interpretiert werden. Die Pflegedokumentation des Krankenhauses beschreibe die Klägerin als rückzügig, viel weinend und depressiv. Auch die Tatsache, dass zwei unabhängige Ärzte keine Hinweise für eine traumatisch verursachte Amnesie entdeckt hätten, der amnestische Zeitraum aber mittlerweile eine Woche umfasse, könne als Hinweis auf eine psychische Reaktion verstanden werden (Bl. 1287 d.A.). Die intermittierende Lähmung und Wechselinnervation insbesondere der linken Körperhälfte sei als Zeichen einer Konversionsstörung einzustufen (Bl. 1288 d.A.). Schließlich stelle das Ausweiten der Beschwerden auf immer neue Felder einen weiteren Hinweis auf eine psychoreaktive Genese dar. Dies gelte für das Aufmerksamkeitsdefizit und für die von der Klägerin zuletzt als diagnostiziert behauptete Epilepsie (Bl. 1289 d.A.).

48

Die Beurteilung der Sachverständigen T2/X1, die derjenigen des erstinstanzlich beauftragten Gutachters T1 im Gutachten vom 30.6.2003 (Bl. 421 ff. d.A.) entspricht, überzeugt. Sie beruht auf einer vollständigen Auswertung und Erfassung der in der Zeit nach dem Unfall erstellten Arztberichte und der von den Behandlern erhobenen Befunde. T2 und X1 haben alle als verletzt in Betracht kommenden organischen Strukturen angesprochen und jeweils eingehend dargelegt, warum eine dauerhafte Schädigung nach den anamnestischen, klinischen, elektrophysiologischen und radiologischen Befunden nicht vorliegt.

49

50

Die Einwendungen der Klägerin, die sich auch auf neurologischem Fachgebiet im Wesentlichen auf die von ihr vorgelegten, teils in anderen Verfahren erstellten Gutachten stützen, stellen die Ausführungen der Sachverständigen T2/X1 nicht in Frage. Vielmehr gebührt deren Beurteilung der Vorrang vor derjenigen von N3 im Gutachten vom 23.11.2011 (im Anlagenheft zum Schriftsatz vom 25.11.2011) und von Prof. T3 im Gutachten vom 15.4.2007 (Bl. 1100 ff. d.A.), die auf neurologischem Gebiet eine dauerhafte Schädigung organischer Strukturen annehmen.

Das Gutachten von N3 hält den Sachverständigen T2/X1 im Wesentlichen nur vor, dass diese das Gutachten von T3 und die darin beschriebenen Gefäßveränderungen nicht gewürdigt hätten. Dabei übersieht N3 ersichtlich die Ausführungen auf S. 29 f. des Gutachtens vom 18.7.2011 (Bl. 1283 f. d.A.). Die Annahme N1, dass die Klägerin aufgrund der Plötzlichkeit und Unvorbereitetheit des Unfalls keine Abwehrspannung gehabt habe, widerspricht der eigenen Unfalldarstellung der Klägerin. Insbesondere gegenüber H. hat sie im Rahmen der Anamnese angegeben, seinerzeit die Vorfahrtsverletzung des Unfallgegners wahrgenommen und den Unfall vorhergesehen zu haben (Bl. 380 d.A.). Soweit N3 auf S. 27 seines Gutachtens unfallassoziierte Diagnosen aufführt, werden keine Befunde aufgezeigt, die die Diagnose rechtfertigen. Der Wertung T3, dass die von ihm beschriebenen Gefäßveränderungen insbesondere der rechten Arteria vertebralis unfallbedingt seien, sind die Sachverständigen T2/X1 mit den oben dargestellten Argumenten (kein korrelierenden klinischer Befund, unauffälliges MRT im Jahr 2001, Möglichkeit spontaner Entstehung einer Dissektion) schlüssig und überzeugend entgegen getreten. Im Übrigen können die nicht vor dem Jahr 2003 beschriebenen Veränderungen der Arteria vertebralis rechts, der Arteria vertebralis links und der Arteria subclavia links im vorliegenden Verfahren schon aus Rechtsgründen keine Berücksichtigung finden. Maßgeblich ist im Hinblick auf die Regelung des § 11 IV AUB 88 allein derjenige Gesundheitszustand der Klägerin, der aufgrund der medizinischen Erkenntnisse, die bis zum 19.7.2001 gewonnen worden sind, festgestellt bzw. prognostiziert werden konnte.

51

Entgegen der Auffassung der Klägerin streiten die Gutachten der Neurologin E1 vom 15.3.2006 (Bl. 726 ff. d.A.) und der Neurologin L1 vom 31.10.2001 (Bl. 224 ff. d.A.) nicht in vollem Umfang gegen die Beurteilung von T2/N3, sondern stützen sie in wesentlichen Teilen. E1 geht ausdrücklich davon aus, dass die durchgeführte Diagnostik von HWS und Kopf nicht zu einem Nachweis struktureller Veränderungen geführt habe und verweist auf das Bestehen einer reaktiven psychoneurotischen Fehlentwicklung im Sinne einer schweren Psychosomatose mit Erschöpfung/Ermüdbarkeit und psychovegetativer Labilität, deren zugrunde liegender Verarbeitungsprozess von der Klägerin verleugnet werde und sich damit einer Auflösungs- und Gesundungstendenz widersetze (Bl. 739 d.A.). Soweit E1 in diagnostischer Hinsicht in Widerspruch zu den vorstehend wieder gegebenen Ausführungen gleichwohl noch von einer „persistierenden Gleichgewichtsstörung bei Zustand nach Schädigung vestibulospinaler Bahnen nach HWS-Distorsion 1998“ ausgeht (Bl. 739 d.A.), fehlt eine Angabe der die Diagnose rechtfertigenden Befunde. L1 hat angenommen, dass der klinisch-neurologische Befund sowie die durchgeführte elektrophysiologische Zusatzdiagnostik strukturell vermittelte persistierende neurologische Defizite ausschließe (Bl. 230 d.A.). Soweit sie unter Hinweis auf die nach einem HWS-Trauma „artifizielle“ und „nahezu unmögliche“ Abgrenzung zwischen organischen und psychischen Beschwerdeursachen einen Invaliditätsgrad der Klägerin von 20 % schätzt, setzt sie sich in Widerspruch zu der nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs rechtlich unbedenklichen Regelung des § 2 IV AUB, die die auch in der Medizin übliche Abgrenzung erfordert.

52

53

Der von der Klägerin in ihrer Stellungnahme vom 14.3.2012 angesprochene Bericht von Prof. H2/O1 vom 4.4.2005 (Bl. 502 ff. d.A.), der auf eine neuropsychologische Untersuchung hin erstellt worden ist und das Aufmerksamkeitsdefizit der Klägerin beschreibt, enthält schon keine eindeutige Aussage zu der Frage, ob die genannte Störung auf einer unfallbedingten organischen Beeinträchtigung beruht. Es heißt lediglich, dass an eine Beteiligung aufsteigender aktivierender Systeme des Hirnstamms zu denken sei. Diesem Gesichtspunkt sind die Sachverständigen T2/X1, wie oben ausgeführt worden ist, unter Verweis auf den dann nicht verständlichen selektiven Charakter des Aufmerksamkeitsdefizits und dessen deutlich verzögertes Auftreten nach dem Unfall überzeugend entgegen getreten.

Die Auffassung von C1 im psychiatrischem Gutachten vom 8.10.2007 (im Anlagenband zum Schriftsatz vom 29.1.2010), dass eine psychiatrische Erkrankung als Unfallfolge nicht festzustellen sei, vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil sich C1 mit der Diagnose einer Konversionsstörung (bzw. einer dissoziativen Störung), die angesichts des Ausschlusses dauerhaft verletzter organischer Strukturen maßgeblich in Betracht kommt, nicht auseinander gesetzt hat. 54

Soweit die Klägerin in ihrer Stellungnahme vom 25.11.2011 noch ein von ihr nicht vorgelegtes Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes F. zitiert (Bl. 1397), ist eine Berücksichtigung der auf dessen Fachgebiet liegenden Beeinträchtigungen im vorliegenden Verfahren aus den unter II 1 dargelegten Rechtsgründen ausgeschlossen. 55

Die Frage, ob der von der Klägerin als typischer Schwächeanfall bezeichnete Vorfall, der sich bei der Untersuchung durch den Sachverständigen O. ereignet hat, schlicht auf einem zu starken Ziehen am Kopf der Klägerin durch den Sachverständigen beruhte oder, wie vom konsiliarisch hinzu gerufenen Arzt für Psychiatrie I2 diagnostiziert, Ausdruck einer dissoziativen Bewegungsstörung oder einer Panikstörung war (vgl. Bl. 944 d.A) und damit – wie T2/X1 annehmen (Bl. 1288 f. d.A.) – maßgeblich auf eine psychoreaktive Fehlverarbeitung der Unfallfolgen hindeutet, kann offen bleiben. Der Schluss auf eine psychogene Ursache der Beschwerden der Klägerin beruht entscheidend auf einem Ausschluss aller in Betracht kommenden organischen Ursachen. 56

Soweit die Klägerin rügt, dass seitens der Sachverständigen T2/X1 die Notizen und Berichte der an der Untersuchung beteiligten Ärzte sowie computergestützte Auswertungen und Diagramme der technischen Zusatzuntersuchungen nicht vorgelegt worden seien, hat der Senat bereits mit Verfügung vom 21.10.2011 darauf hingewiesen, dass die Sachverständigen nicht verpflichtet waren und sind, über die im Gutachten angegebenen Befunde der neurologischen Zusatzdiagnostik und der Dopplersonografie der hirnversorgenden Gefäße hinaus Rohdaten oder handschriftliche Aufzeichnungen der an den Untersuchungen beteiligten Ärzte vorzulegen. Die genannten Daten und Unterlagen dienen lediglich der Vorbereitung des Gutachtens. Eine Verletzung rechtlichen Gehörs liegt in der Vorgehensweise der Sachverständigen nicht. Insbesondere ergibt sich aus den Ausführungen von N3, der das schriftliche Gutachten der Sachverständigen überprüft hat, nicht, dass ihm bestimmte Detailinformationen oder -befunde für eine sachgerechte Beurteilung gefehlt haben. 57

3. Die prozessualen Nebenentscheidungen folgen aus §§ 97 Abs. 1, 708 Nr. 10, 711 ZPO. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 543 Abs. 2 ZPO). Die entscheidungserheblichen Fragen sind ausschließlich solche des Einzelfalls. 58

Berufungsstreitwert: 199.403,82 € 59
