

L 2 U 110/01

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 3 U 5066/99 L

Datum

05.10.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 110/01

Datum

27.03.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 05.10.2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Am 09.07.1998 meldete die Ehefrau des am 1950 geborenen Klägers der Beklagten telefonisch, der Kläger habe am 23.06. 1998 eine Wurzelirritation und einen Bandscheibenvorfall erlitten, als ihm das Kreiselmähwerk auf den Rücken gefallen sei. Am 01.07.1998 sei es beim Heben eines Kühlschranks zu einem Hexenschuss gekommen. Der praktische Arzt S. berichtete, der Kläger habe ihn am 23.06.1998 aufgesucht und angegeben, beim Heben habe er einen einschießenden Schmerz rechts lumbal verspürt. Die Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule habe eine Verkalkung der Bandscheibe L5/S1 und eine s-förmige Skoliose gezeigt. Ein Arbeitsunfall sei dem Arzt nicht bekannt.

Am 24.06.1998 suchte der Kläger den Orthopäden M. auf, der u.a. eine Lumboischialgie rechts diagnostizierte. Da kein eindeutiges neurologisches Defizit vorliege und auch anamnestisch und klinisch kein Hinweis für eine conus-cauda-Symptomatik bestehe, ergebe sich kein eindeutiger Hinweis auf das Vorliegen eines Bandscheibenvorfalles. Arbeitsunfähigkeit bescheinigte der Orthopäde M. vom 30.06.1998 bis voraussichtlich 10.07.1998 wegen Verdachts auf L4/L5-Syndrom rechts. Auf Anfrage der Beklagten teilte er mit, ein Arbeitsunfall sei ihm nicht bekannt.

Vom 01.07.1998 bis 08.07.1998 wurde der Kläger im Krankenhaus R. stationär behandelt und die Diagnose: rechtsbetonte Wurzelirritation L4 bei Bandscheibenvorfall gestellt. Beim Kläger hätten seit ca. einer Woche rezidivierende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in das rechte Bein bestanden. Ein signifikantes neurologisches Defizit bestehe nicht, dagegen C2-Abusus.

Vom 09.07.1998 bis 30.07.1998 fand eine Heilbehandlung im Klinikum P. statt. Vor etwa 14 Tagen habe der Kläger erstmals Schmerzen beim Bücken gespürt. Es sei eine zunehmende Beschwerdebesserung festzustellen.

Vom 21.08. bis 26.08.1998 wurde der Kläger erneut im Krankenhaus R. stationär behandelt wegen Lumboischialgie rechts bei bekanntem rechtslateralem Bandscheibenvorfall L4/5. Der Kläger habe zunehmende Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in das rechte Bein. Im MRT vom 30.06.1998 zeigte sich eine leichtgradige Skoliosefehlhaltung mit nur geringgradigen degenerativen Veränderungen. Die Bandscheibe L4/5 wölbte sich mäßiggradig vor. Eine Irritation der L4-Wurzel sei nicht nachweisbar, wenn auch das Neuroforamen mäßig beengt sei.

Im Gutachten vom 01.02.1999 führte der Orthopäde Dr.E. zusammenfassend aus, einer der Mechanismen, die zu einem traumatischen Bandscheibenvorfall führten könnten, sei die Einwirkung erheblicher Kräfte auf die gebeugte Wirbelsäule, die die Beugung verstärkten. Der geschilderte Unfallhergang stelle eine entsprechende Unfalleinwirkung dar. In unmittelbarem zeitlichen Anschluss hätten sich deutliche, für den Bandscheibenvorfall typische Symptome ausgebildet. Daher sei anzunehmen, dass der Unfall eine wesentliche Teilursache für den Bandscheibenprolaps bilde. Die MdE sei mit 30 v.H. zu bewerten. Unfallunabhängig bestünden u.a. eine leichte Bandscheibendegeneration in Höhe L2/3 und L4/5, initiale sekundäre Coxarthrose, leichte Fehlform der Wirbelsäule, chronischer Alkoholabusus.

Auf Anfrage der Beklagten gab der Kläger an, die nicht befestigte Schwenkstange, die ein Gewicht von ca. 0,5 Kilogramm habe, sei ihm in den Rücken gefallen. Er habe sowohl gegenüber dem Arzt S. als auch gegenüber dem Arzt M. den Unfall erwähnt, es sei aber möglich, dass

er wegen der Schmerzen nicht richtig verstanden worden sei und auch nicht habe ausführlich erzählen können. Er übersandte ein Attest des Krankenhauses R. vom 08.07.1998 mit der Diagnose Lumboischialgie mit Wurzelirritation L4 nach Arbeitsunfall.

Der Chirurg W. führte in der Stellungnahme nach Aktenlage vom 12.03.1999 aus, weder das Gewicht noch die Höhe des fallenden Gegenstandes hätten zu einer relevanten Krafteinwirkung führen können. Es sei allenfalls zu einer Rückenprellung gekommen. Der Unfallzusammenhang sei eindeutig zu verneinen. Alleinige Ursache der Lumbago seien vorbestehende degenerative Veränderungen.

Mit Bescheid vom 12.04.1999 lehnte die Beklagte eine Entschädigung aus Anlass des Ereignisses vom 23.06.1998 ab. Der vom Kläger geschilderte Sachverhalt stelle nicht die Ursache des festgestellten Körperschadens dar, sondern sei nur die Gelegenheit gewesen, bei der die bereits bestehende Erkrankung durch Beschwerden in Erscheinung getreten sei.

Im Widerspruch vom 03.05.1999 wandte der Kläger ein, das Gewicht von 0,5 Kilogramm sei durchaus geeignet, die Beschwerden hervorzurufen. Vor diesem Unfallereignis habe er nie irgendwelche Probleme im Bereich der Wirbelsäule gehabt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.07.1999 zurück.

Mit der Klage vom 23.08.1999 macht der Kläger weiterhin geltend, er habe vor dem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt. Die Schwenkstütze mit einem Gewicht von 0,5 Kilo sei aus erheblicher Höhe auf die Wirbelsäule gefallen.

Das SG hat Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen, darunter den Befundbericht des Allgemeinmediziners Dr.G. vom 25.10. 1999, aus dem sich Behandlungen wegen Wirbelsäulenbeschwerden seit 1995 ergeben. Im Arztbrief vom 19.08.1997 hat der Orthopäde M. die Diagnosen gestellt: Skoliose, Hyperlordose, Zustand nach abgeklungener Lumboischialgie links, Coxarthrose, Chondropathia patellae. Es bestehe eine linkskonvexe Rotations skoliose mäßigen Grades, Hyperlordose, beginnende Spondylarthrose L5/S1. Das Kreiskrankenhaus S. hat nach stationärer Behandlung des Klägers vom 30.08. bis 14.09.1999 u.a. die Diagnosen gestellt: pseudoradikuläres LWS-Syndrom mit radikulärer Komponente bei latero-dorsaler Protrusion L4/L5.

Im Schreiben vom 16.12.1999 hat der Kläger darauf hingewiesen, die Schwenkstütze, eine massive Eisenstange, sei 89 Zentimeter lang und wiege 2,5 Kilogramm.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.M. hat im Gutachten vom 05.10.2000 zusammenfassend ausgeführt, die Erstbefunde, der weitere Verlauf und die Art des angegebenen Traumas sprächen gegen eine unfallbedingte Schädigung. Es bestünden fortgeschrittene degenerative Veränderungen an der gesamten Wirbelsäule. Eine Bandscheibenvorwölbung sei im Bereich L4/5 nachgewiesen. In anderen Bereichen bestünden Höhenminderungen, ferner ein alter Morbus Scheuermann und eine ausgeprägte Spondylose. Den Ausführungen des Dr.E. könne nicht gefolgt werden. Im MRT werde lediglich eine Protrusion und kein Prolaps beschrieben. Zudem seien äußere Verletzungszeichen nicht gefunden worden, die bei einer erheblichen Gewalteinwirkung hätten auftreten müssen.

Mit Urteil vom 05.10.2000 hat das SG die Klage im Hinblick auf die Ausführungen von Dr.M. abgewiesen.

Der Kläger führt zur Begründung der Berufung aus, Dr.M. habe außer Acht gelassen, dass bei gebückter Haltung die Dornfortsätze der Wirbelsäule nicht mehr dachziegelartig übereinander lägen, sondern auseinander klafften, so dass ein relativ schmaler Gegenstand, wie die Schwenkstütze, isoliert eine Bandscheibe verletzen könne.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. kommt im Gutachten vom 19.12.2001 zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsstörungen, die mit Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 23.06.1998 zurückzuführen seien, nicht bestünden. Es habe sich allenfalls um eine leichte Prellverletzung gehandelt. Der Abstand der Dornfortsätze sei selbst in extremer Rumpfvorbeugehaltung geringfügig. Zudem verlaufe zwischen den Dornfortsätzen ein starker Bandapparat, der nur mit einem sehr scharfen Gegenstand durchtrennt werden könnte, wobei dann noch die Gelenkfortsätze der Wirbelkörper und der gesamte Rückenmarkskanal überwunden werden müssten einschließlich des kräftigen hinteren Längsbandes der Wirbelsäule, bis schließlich die Bandscheibe erreicht wäre. Die Vorstellung, dass die Schwenkstütze direkt die Bandscheibe getroffen haben könnte, sei daher aus anatomischen Gründen vollkommen ausgeschlossen. Beim Kläger bestehe lediglich eine Protrusion, nicht ein Bandscheibenvorfall. Bandscheibenprotrusionen stellten im Alter des Klägers keinen atypischen pathologischen und schon gar keinen posttraumatischen Befund dar. Solche Bandscheibenvorwölbungen würden durch metabolische Syndrome, die beim Kläger bekannt seien, gefördert und auch durch die beim Kläger anlagebedingt vorhandene leichte Wirbelsäulenskoliose. Zu berücksichtigen seien die früheren Behandlungen wegen Wirbelsäulensymptomatik. Zudem hätte nach einer schwerwiegenden Prellverletzung der Lendenwirbelsäule den behandelnden Ärzten eine größere Prellmarke oder Hämatomverfärbung am Rücken auffallen müssen, die jedoch nicht beschrieben worden sei.

Der Kläger wendet hiergegen ein, er habe zwar schon vor dem Unfall Kreuzschmerzen gehabt, die jedoch ihren Ausgangspunkt nicht in dem Segment, das bei dem Unfall getroffen worden sei, gehabt hätten, sondern etwa 20 bis 30 Zentimeter höher.

Der Kläger stellt die Anträge

aus dem Schriftsatz vom 08.06.2002.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der Akte des Versorgungsamtes Landshut sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß [§ 8 Abs.1 SGB VII](#) einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer den Versicherungsschutz gemäß [§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden geführt hat (vgl. [BSGE 23, 139](#)). Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney, VSSR 1993, 81, 114).

Im Hinblick auf die nicht widerspruchsfreien Angaben des Klägers zum Ereignis vom 23.06.1998 bleiben erhebliche Zweifel, ob überhaupt ein Arbeitsunfall vorliegt. So hat der Kläger weder bei dem Orthopäden M. noch bei dem praktischen Arzt S. einen Arbeitsunfall erwähnt. Auch hat er bis zum 16.12.1999 das Gewicht der Stange, die ihn getroffen habe, mit 0,5 kg und erst dann mit 2,5 kg angegeben.

Aber selbst wenn man ein Unfallereignis vom 23.06.1998 unterstellt, so ist es jedenfalls beim Kläger zu keiner bleibenden Gesundheitsstörung, die eine MdE bedingen würde, gekommen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem schlüssigen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen Dr.F. , der nach ambulanter Untersuchung des Klägers und Auswertung der ärztlichen Unterlagen in den Akten überzeugend dargelegt hat, dass der Unfall höchstens zu einer Prellung des Rückens geführt hat, nicht jedoch zu einem Bandscheibenvorfall oder einer anderen, die vom Kläger angegebenen Beschwerden erklärenden Verletzung.

Für die Annahme eines posttraumatischen Bandscheibenvorfalles wäre zunächst ein geeigneter Unfallmechanismus Voraussetzung. Als geeignet, einen Bandscheibenvorfall wenigstens mitzuerzeugen, gelten Unfälle, bei denen erhebliche Kräfte auf die gebeugte Wirbelsäule einwirken, die die Beugung zu verstärken trachten. Da dem Kläger die Schwenkstütze auf den bereits vorgebeugten Rücken fiel, konnte, wie Dr.F. betont, durch das Auftreffen dieses schmalen rohrähnlichen Gegenstandes die Beugung mit Sicherheit nicht weiter verstärkt werden.

Nicht überzeugen kann die Darlegung des Klägers, die Schwenkstütze habe die Bandscheibe verletzen können, da in gebückter Haltung die Dornfortsätze nicht mehr dachziegelartig übereinander lägen, sondern auseinander klafften. Wie Dr.F. erläutert, ist der Abstand der Dornfortsätze selbst in extremer Rumpfvorbeugehaltung geringfügig. Zudem verläuft zwischen den Dornfortsätzen ein sehr starker Bandapparat, das sogenannte Ligamentum interspinosum. Diese extrem starken Bänder, die mehrere Zentimeter stark sind und die Dornfortsätze komplett miteinander verbinden, könnten allenfalls mit einem sehr scharfen Gegenstand durchtrennt werden, wobei selbst dann noch keine unmittelbare Berührung der Bandscheibe möglich wäre, da erst noch die Gelenkfortsätze der Wirbelkörper und schließlich der gesamte Rückenmarkskanal überwunden werden müssten, einschließlich des kräftigen hinteren Längsbandes der Wirbelsäule zwischen den Wirbelkörpern, bis schließlich die Bandscheibe erreicht wäre. Die Vorstellung, dass die Schwenkstütze direkt die Bandscheibe getroffen haben könnte, ist also, so Dr.F. , aus rein anatomischen Gründen vollkommen ausgeschlossen.

Gegen einen Zusammenhang der nach dem 23.06.1998 angegebenen Beschwerden mit der Verletzung durch die Schwenkstütze spricht auch, so Dr.F. , die schon vor dem Unfall bestehende Wirbelsäulensymptomatik. Bereits 1995 war eine Behandlung wegen Spondylose und Osteochondrose der Wirbelsäule erforderlich. Auch 1996 und 1997 wurde die Wirbelsäule therapiert. 1997 wurden Ischiasschmerzen links geäußert und die Indikation zu einer radiologischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule gesehen, wie die Röntgenaufnahmen aus diesem Jahr beweisen.

Der kernspintomographische Befund vom 30.06.1998 zeigt eine leichte Fehllhaltung, die schon auf den 1997 angefertigten Röntgenaufnahmen sichtbar ist. Die 4. Lendenbandscheibe wölbte sich, wie im radiologischen Befund beschrieben ist, nach rechts außen und hinten vor. Eine Wurzelirritation war nicht nachzuweisen. In der Befundbeschreibung wird die Vorwölbung ausdrücklich als Protrusion bezeichnet, also nicht als Bandscheibenvorfall (Prolaps). Ein Bandscheibenvorfall ist somit nicht diagnostiziert. Bandscheibenprotrusionen werden, wie Dr.F. erläutert, bei praktisch jedem Menschen ab dem 30. Lebensjahr gefunden und stellen im Lebensalter des Klägers keinen altersatypischen pathologischen und schon gar keinen posttraumatischen Befund dar. Solche Bandscheibenvorwölbungen werden durch metabolische Syndrome, wie sie beim Kläger im Hinblick auf das Übergewicht und den Alkoholabusus bekannt sind, gefördert und außerdem, so Dr.F. , durch die anlagebedingt vorhandene leichte Wirbelsäulenskoliose.

Wenn eine schwerwiegende Prellverletzung der Lendenwirbelsäule am 23.06.1998 abgelaufen wäre, so hätte am 01.07.1998, also etwa eine Woche nach dem Unfallgeschehen, wie Dr.F. betont, noch eine größere Prellmarke oder Hämatomverfärbung am Rücken auffallen müssen. Derartige Verletzungszeichen wurden aber von keinem der behandelnden Ärzte, weder von dem Arzt S. noch von dem Orthopäden M. noch im Krankenhaus R. beschrieben.

Die von dem Arzt S. angegebene Verkalkung der Bandscheibe im letzten Segment ist, so Dr.F. , nicht zutreffend und erklärt sich durch eine mangelhafte Einstellung des Röntgenstrahls, wodurch sich eine Überlagerung der letzten Lendenbandscheibe mit dem Darmbein ergibt.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-10-20