

L 2 U 404/00

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 447/97

Datum

14.07.2000

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 404/00

Datum

27.02.2002

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. Juli 2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1935 geborene Kläger erlitt laut Unfallanzeige der Städtischen Bühnen F. vom 07.03.1990 am 07.09.1989 als Mitglied der technischen Direktion eine Wirbelsäulenverletzung, als beim Tragen einer Zarge ein Nerv eingeklemmt worden sei.

Am 14.05.1994 beantragte der Kläger eine Unfallrente. Er sei seit dem Unfall im Jahr 1989 ständig in ärztlicher Behandlung, trotzdem zeige sich eine subjektive Verschlimmerung. Am 02.12.1994 schilderte der Kläger den Unfall: Er habe eine hohe Leiter aus dem Magazin auf die Bühne geholt, die ein Übergewicht bekommen und ihn im Rücken und an der linken Schulter getroffen habe. Später beim Tragen einer Zarge habe er im Lendenwirbelbereich starke Schmerzen verspürt. Da sich die Schmerzen gelegt hätten, sei er nach Dienstschluss zur Autoausstellung auf dem Messegelände gegangen. Hier habe er plötzlich nicht mehr laufen können und vom herbeigerufenen Notarzt Spritzen erhalten, so dass er nach einer bis zwei Stunden nach Hause gehen könne. Von diesem Tag an hätten sich seine Beschwerden verschlimmert.

Der Kläger übersandte ein Schreiben des Dekorateurs an der F. Oper, W.R., vom 13.05.1994, der bestätigte, dass der Kläger von einer Leiter am Rücken getroffen worden sei. Am nächsten Tag hätte er erfahren, dass der Kläger auf der Autoausstellung vom Notarzt habe behandelt werden müssen, da er nicht mehr gehfähig gewesen sei. Der Bühnentechniker W.H. bestätigte, dass dem Kläger im September 1989 eine 14-sprossige Leiter auf den Rücken gefallen sei. Anschließend sei es ihm beim Zargentragen sichtlich schlecht gegangen. Der Kläger habe am Nachmittag nach dem Unfall die Autoausstellung in F. besucht, sei dort plötzlich nicht mehr gehfähig gewesen und habe vom Notarzt behandelt werden müssen.

Nach seinen Angaben suchte der Kläger zunächst den Orthopäden Dr.C. auf, der bestätigte, dass sich der Kläger vom 22.09.1989 bis zum 09.04.1992 in seiner Behandlung befunden habe. Er habe über Krämpfe im linken Bein, die beim Gehen aufträten, geklagt. Während dieser Behandlungszeit habe er keinen Unfall erwähnt. Eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule habe keine wesentlichen pathologischen Veränderungen gezeigt, ebensowenig eine Computertomographie. Die Röntgenaufnahmen von 1991 hätten eine Osteochondrose C 5/C 6, C 6/C 7 ergeben.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. untersuchte den Kläger am 25.09.1989 (Montag). Hier gab der Kläger an, am Sonntag vor acht Tagen (17.09.) habe er auf der Autoausstellung Krämpfe im linken Oberschenkel bekommen; Rückenschmerzen habe er schon lange. Dr.K. kam zu dem Ergebnis, es handle sich wahrscheinlich um eine Bandscheibenprotrusion L 5/S 1 links mit allerdings atypischen Beschwerden.

Eine lumbale Computertomographie vom 03.10.1989 erbrachte keinen Nachweis einer klinisch relevanten Bandscheibenprotrusion oder eines Bandscheibenvorfalles. Bei der Untersuchung in der neurochirurgischen Abteilung des Klinikums am 16.10.1989 gab der Kläger an, er habe seit Jahren Rückenbeschwerden und sei deswegen bereits in Kur gewesen. Seit der Automobilausstellung dieses Jahres hätten sich die Beschwerden heftigst verschlechtert. Hinweise für eine Wurzelkompression ergaben sich nicht, so dass Privatdozentin Dr.T. keine Indikation für ein operatives Vorgehen sah.

Der Anästhesist Dr.F., den der Kläger am 09.11.1989 aufsuchte, stellte Triggerpunkte im iliolumbosakralen Bandapparat, mäßige

Unterschenkeloedeme und Rektusdiathese fest. Der Kläger gab an, unter Kreuzschmerzen und Krämpfen im linken Bein zu leiden. Einen Unfall habe der Kläger nicht angegeben.

Durch die Untersuchung des Internisten Dr.Th. vom 09.02.1990 konnte eine arterielle Verschlusskrankheit ausgeschlossen werden.

Eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 13.02.1990 zeigte eine Spondylochondrose bei L 5/S 1 mit mäßiger knöcherner Foramenstenose beiderseits sowie geringgradiger Bandscheibenprotrusion. Ein Prolapsnachweis ergab sich nicht. Außerdem zeigten sich eine geringgradige Spondylosis deformans der Lendenwirbelsäule, eine lumbosakrale Spondylarthrosis sowie Zeichen eines Morbus Bastrup der unteren Lendenwirbelsäule.

Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr.P. stellte am 30.01. und 05.02.1990 hinsichtlich der lumbalen Symptomatik keinen Anlass für ein operatives Vorgehen fest. Sie äußerte den Verdacht auf einen beginnenden cerebralen Gefäßprozess sowie auf ein leichtes beginnendes hirnorganisches Psychosyndrom.

Die Neurochirurgin Dr.Ku. erklärte am 04.06.1991, seit 1989 bestünde eine rezidivierende Lumboischialgie links, seit dem 03.06.1991 seien wieder heftige Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein aufgetreten. Ein Prolaps sei im CT nicht nachweisbar.

Am 12.06.1991 gab der Kläger bei der Antragstellung nach dem Schwerbehindertengesetz an, er leide an einem chronischen Lendenwirbelsyndrom sowie seit 1989 an Krämpfen im linken Bein, die durch Verheben im Rahmen der Berufstätigkeit entstanden seien. Vom 10.03.1987 bis 07.04.1987 habe er wegen der Lendenwirbelsäulenbeschwerden ein Heilverfahren in der Klinik Dr.Sch. absolviert. Am 04.06.1991 sei nach einem Lendenwirbelsäulen-anfall eine Computertomographie erfolgt. Bereits 1985 zweimal und 1986 einmal habe er derartige Anfälle gehabt. Er könne dann nicht stehen und habe keine Kraft in beiden Beinen. Nach Spritzenbehandlung gehe es wieder.

Vom 26.12.1990 bis 23.01.1991 absolvierte der Kläger ein Heilverfahren in der K.-klinik N. wegen persistierender Lumbalgien links. Im Entlassungsbericht wurde angegeben, seit ca. 15-Jahren seien degenerative Lendenwirbelsäulenveränderungen bekannt. Im September 1989 habe der Kläger an akuten starken Krämpfen im linken Bein gelitten. Seither bestünden immer noch rezidivierende Krämpfe. Die chronischen Lendenwirbelsäulenbeschwerden seien äußerst therapieresistent.

Eine Behandlungsserie bei Dr.C. vom 25.02. bis 09.04.1992 brachte keine Verbesserung der Beschwerden. Dr.P. untersuchte den Kläger am 12.05. und 15.05.1992 und wies darauf hin, dass der Kernspintomographiebefund vom 25.05.1992, der eine Osteochondrose und umschriebene spondylophytäre Kantenbildung mit Engpasssituation des Spinalkanals in der Höhe C 6/7 und Verdacht auf myelopathische Veränderungen im cervikalen Spinalmarkabschnitt zeige, mit der Klinik nicht korreliere. Die Beschwerden des Klägers blieben unklar.

Am 07.10.1992 wurde der Kläger im Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie des Klinikums der J.W.G. Universität F. untersucht. Die Diagnose lautete: degeneratives Wirbelsäulenleiden. Der Patient leide seit ca. 20 Jahren an chronischen lumbalen Wirbelsäulenbeschwerden. In der letzten Zeit klage er über ein elektrisierendes Gefühl im linken Bein sowie ein Wegknicken. Die elektromyographische Untersuchung habe keine Hinweise für ein C-8-Syndrom links oder akute radikuläre Läsionen erbracht. In den Krankenunterlagen des Zentrums der Neuroradiologie des Klinikums wurde am 11.11.1992 ausgeführt, es bestünden mäßige degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne wesentliche Befundänderung gegenüber den Voraufnahmen von 1987.

Ein MRT der Lendenwirbelsäule vom 17.09.1993 zeigte eine Chondrose der Segmente TH 12/L 1, L 1/2 sowie L 5/S 1. Hier kam es auch zu einer dezenten dorsalen Protrusion.

Am 28.10.1993 erklärte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.S., eine sichere segmentale Abgrenzung einer Hypästhesie oder Hypalgesie sei nicht möglich. Der Anästhesist Dr.E. berichtete über eine Untersuchung am 02.11.1993. Im Computertomogramm vom 03.10.1989 sei der Verdacht auf eine laterale spinale Stenose L 5/S 1 links geäußert worden, die aber elektrophysiologisch nicht habe nachgewiesen werden können. Eine Engpassstellung des Spinalkanals in Höhe C 6/7 sei im Kernspintomogramm vom 25.05.1992 gefunden worden. Dies könnte mit der Angabe des Patienten, dass er im Bereich C 8 rechts ein Taubheitsgefühl verspüre, übereinstimmen. Am 17.09.1993 sei im MRT eine ausgeprägte Chondrose in L 5/S 1 mit dorsaler Protrusion diagnostiziert worden.

Der Orthopäde Prof.Dr.R. führte im Gutachten vom 19.04.1995 aus, der Kläger leide nach Aktenlage seit über 25 Jahren an rezidivierenden Rückenbeschwerden. So zeigten die Aufzeichnungen der Krankenversicherung, dass bereits am 10.03.1987 ein chronisches LWS-Syndrom zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Ebenso wiesen die Röntgenaufnahmen von 1987 bereits erhebliche degenerative Veränderungen nach. Auch ließen sich anlagebedingte Veränderungen wie Morbus Bastrup, Übergangsstörung L 5/S 1, Gelenkspaltverschmälerung L 5/S 1, Hyperlordosierung sowie auch degenerative Veränderungen der Grund- und Deckplatten nachweisen, die bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Die heutigen Beschwerden seien ursächlich nicht vollständig auf den Unfall vom 07.09.1989 zurückzuführen. Die neurologischen Befunde seien widersprüchlich, so dass letztlich bei glaubhaften Beschwerden im lumbosakralen Übergang mit Projektion in die linke untere Extremität und subjektiv angegebenem Taubheitsgefühl Unfallschäden vorlägen, die zwar radiologisch nicht relativiert werden könnten. Es bestünden jedoch ligamentäre Irritationen, so dass auch in Kenntnis der übrigen Erkrankungen eine Rente befürwortet werden könne. Sicherlich liege aber eine erhebliche psychische Überlagerung vor, unter Umständen bedingt durch eine CT-gesicherte frontallbetonte Hirnatrophie, die oft mit nachfolgenden hirnorganischen Psychosyndromen einhergehe. In Kenntnis der degenerativen Vorschädigung und der radiologisch nicht nachweisbaren Unfalltraumatisierung sei maximal von einer MdE von 30 v.H. auszugehen.

Im Gutachten vom 27.02.1996 nach Aktenlage führte der Orthopäde Dr.H. aus, die Vielfalt der Diagnosen spreche dafür, dass andere als körperliche Ursachen für die Beschwerden anzuschuldigen seien. Das Ereignis vom 07.09.1989 habe nicht zu einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens führen können. Hierzu wäre eine entsprechende Krafteinwirkung vorauszusetzen, die mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Denn immerhin habe der Kläger erst 15 Tage später Dr.C. aufgesucht, ohne diesen auf einen Arbeitsunfall hinzuweisen. Ebenso wenig habe er bei Dr.K. oder Dr.F. von einem Arbeitsunfall gesprochen. Nachweisbare Folgen des Unfalles lägen nicht vor. Eine unfallbedingte MdE habe in der Zeit nach dem 07.09.1989 in messbarer Höhe nicht vorgelegen.

Mit Bescheid vom 27.03.1996 hat die Beklagte den Rentenanspruch abgelehnt. Der Arbeitsunfall habe eine MdE in rentenberechtigendem

Grade über die 13. Woche hinaus nicht hinterlassen. Es sei lediglich zu einer oberflächlichen Prellung des Rückens und der linken Schulter gekommen.

Mit Widerspruch vom 15.04.1996 wandte der Kläger ein, seit dem Unfall leide er an Dauerschmerzen im Kreuz mit Ausstrahlung in das S-1-Dermatom links, die vor dem Unfall nicht vorhanden gewesen seien; anlagebedingte Beschwerden bestünden nicht.

Ein MRT vom 15.04.1996 deutete nach Angabe des Radiologen Dr.Kl. im Bereich BWK 12/LWK 1 und LWK 1/2 auf eine vorausgegangene posttraumatische Genese hin, ebenso in der Diskusebene LWK 4/5. Es zeige sich eine erhebliche Intervertebralarthrose. In der Diskusebene LWK 5/SWK 1 sei eine erhebliche Intervertebralarthrose mit Reduzierung des Reserveraums des Spinalkanals lateral gegeben.

Dr.L. vom Institut für Anästhesiologie, Klinikum G., führte im Bericht vom 23.04.1996 aus, der Kläger werde seit dem 21.12.1994 in der Schmerzambulanz behandelt. Aufgrund der zeitlichen Koinzidenz von Rückenschmerzen und Arbeitsunfall sei ein Zusammenhang anzunehmen.

Der Neurochirurg Dr.V. kam im Gutachten vom 10.04.1997 zusammenfassend zu dem Ergebnis, vor dem 07.09.1989 habe eine Prodromalsymptomatik bestanden. Eine unmittelbare Traumatisierung der Lendenwirbelsäule mit bleibenden Folgen könne nicht vorgelegen haben. Knöcherne Verletzungsfolgen fehlten, ein Bandscheibenvorfall liege nicht vor; andere Möglichkeiten wie eine Distorsion verursachten keine bleibenden Schädigungen. Die Ileosakralgelenksarthrose könne zwar zu Beschwerden führen, keineswegs jedoch in der geschilderten Form. Zwar bestünden degenerative Veränderungen bei C 6/C 7, aber auch hier fänden sich keine Hinweise für eine Markbeteiligung als Erklärung der sehr atypischen Symptomatik. Das einzige Symptom, das einen Höhenhinweis hätte geben können, sei ausschließlich subjektiver Natur, nämlich die Minderung der Schmerz- und Berührungsempfindung am linken Bein. Dieser Befund deute aber eher auf eine Schädigung der Wurzel L 5 und nicht S 1 hin. Dieses Segment sei praktisch kaum verändert. Auch fehlten weitere Symptome. Sowohl klinisches Bild als auch Verlauf, subjektive Beschwerdesymptomatik und röntgenologische bzw. kernspintomographische Diagnostik gäben nicht den geringsten Hinweis für eine traumatisch bedingte Läsion im Bereich der Lendenwirbelsäule, ebensowenig im Bereich der Brust- und Halswirbelsäule. Das Gutachten von Prof.Dr.R. sei in der Interpretation inkonsequent, bezüglich der Lokalisationshöhe der Läsion und der Interpretation des möglichen Unfallschadens falsch. Warum die Zunahme der Schmerzsymptomatik sich mit dem Geschehen vom 07.09.1989 gekoppelt habe, sei nicht festzustellen. Denkbar sei eine gewisse Distorsion als Folge des Sturzes. Aber schon die Unmöglichkeit, beide Beine zu benutzen, sei mit einem derartigen Befund nicht erklärbar. Folgen des Arbeitsunfalles vom 07.09.1989 lägen nicht vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat mit der Klage vom 11.06.1997 eingewandt, vor dem 07.09.1989 habe er an keiner Wirbelsäulensymptomatik mehr gelitten, früher bestehende Beschwerden seien folgenlos ausgeheilt gewesen. Die unfallbedingten Verletzungsfolgen seien nicht abgeklungen, sondern nach wie vor vorhanden.

Der Kläger hat ein Attest des Internisten Dr.KL. vom 21.07.1997 übersandt, in dem dieser ausgeführt hat, dafür, dass es sich nicht um ein degeneratives Leiden handle, spreche der Befund, dass eine Bandscheibenprotrusion bei L 5/S 1 gesehen werde, die Beschwerden jedoch dem Charakter nach dem Segment L 4/L 5 zuzuordnen seien. Dass der Kläger am Abend des 07.09.1989 beide Beine nicht mehr habe bewegen können, sei reflektorisch bedingt und typisch. Bei dem Unfall müsse es zweifellos zu Muskelzerrungen, Muskelfasereintrissen, Sehnenzerrungen und Muskelquetschungen gekommen sein. Wahrscheinlich sei zunächst eine Erschütterung des Spinalmarks in der Wirbelsäule eingetreten. Eine solche Contusio spinalis könne zu schweren dauernden Nervenschäden bis hin zu Teillähmungen und Blasenlähmung führen. Als Hausarzt mit über 20-jähriger Erfahrung, mit einer über zweijährigen fachchirurgischen Ausbildung und jahrelanger Notarztstätigkeit könne Dr.KL. sich gut vorstellen, dass es bei dem Unfall auch zu Sehnenfaserrissen und Blutungen gekommen sei. Daher könne als Ursache der Nervenschäden ein Blutgerinnsel in Frage kommen, das den Nerv nach dem Unfall eingeklemmt habe, wenn nicht sogar kleine Bandscheibensequester die Nerven eingeklemmt und beschädigt hätten. Solche Sequester seien in der Regel nach einem bis zwei Jahren im CT nicht mehr nachweisbar. Dennoch könnten sie zur Narbenbildung führen und damit Schmerzen verursachen.

Nach stationärer Behandlung des Klägers in der Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Klinikums Großhadern vom 01.09. bis 05.09.1997 hat Dr.Rö. erklärt, durch bildgebende Verfahren habe eine Narbenbildung im Bereich des lumbosakralen Übergangs mit Affektion der Nervenwurzeln diagnostiziert werden können. Der Kläger sei deshalb zu einem Versuch der invasiven Narbenlyse nach Racz aufgenommen worden.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Prof.Dr.R. hat im Gutachten vom 26.08.1998 zusammenfassend ausgeführt, der Kläger leide an einer Osteochondrose L 5/S 1 und einem pseudoradikulären Schmerzsyndrom links. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit könne ausgeschlossen werden, dass diese Diagnosen von dem Unfall im September 1989 herrührten. Beginnende degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten sich schon auf den Röntgenaufnahmen von 1987 gefunden. Aus den nach dem Unfall durchgeführten Aufnahmen ergebe sich kein Anhalt für höhergradige mechanische Verletzungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Von einer eindeutigen auf den Unfall zurückzuführenden stark progredienten Schädigung der Lendenwirbelsäule könne deshalb nicht ausgegangen werden. Die Zunahme der degenerativen Veränderungen seit dem Unfalltag könne anhand der bildgebenden Verfahren nicht nachvollzogen werden. Zwar habe der Kläger seit dem Unfall glaubhaft deutliche Beschwerden gehabt, da aber die degenerativen Veränderungen ohne morphologischen Bandscheibenvorfall oder Spinalkanalstenose mit Wurzelkompression vorlägen, könne bei einem Beschwerdebild, das sich bei einer Vielzahl von Patienten im Alter des Klägers biete, nicht von einer Unfallfolge ausgegangen werden. Problematisch sei sicherlich, dass sich das Beschwerdebild keinem sicheren Krankheitsbild zuordnen lasse. Wenn es im Rahmen des Unfalls zu einer Bänderzerrung im Bereich der Lumbalwirbelsäule gekommen wäre, wären im weiteren Verlauf entweder eine Instabilität mit Osteochondrose in dem betroffenen Segment oder ein Bandscheibenvorfall oder ein Wirbelgleiten eingetreten. Dies sei jedoch nicht der Fall gewesen. Wenn eindeutige klinische Hinweise vorlägen, wäre im Hinblick auf die subjektiven Beschwerden des Klägers eine Wurzelläsion oder Nervenschädigung auch ohne morphologisches Korrelat nicht mit hinreichender Sicherheit auszuschließen. Derartige klinische Hinweise biete der Kläger jedoch nicht. Es bestünden keine Unterschiede hinsichtlich der Auslösbarkeit der Reflexe der unteren Extremitäten, der Lasègue sei beiderseits negativ, es bestünden keinerlei motorische Ausfälle, während eine sensible Läsion der Wurzel L 5 oder S 1 keine Hypästhesie im Bereich der gesamten Zehen links nach sich ziehen

würde. Die Beschwerdesymptomatik, die der Kläger angebe, sowie die Ergebnisse der klinischen Untersuchung und die bildgebenden Verfahren böten keinen Anhalt für eine Spätfolge einer traumatisch bedingten Wirbelsäulenerkrankung. Im radiologischen Fachgutachten vom 08.07.1998 hat Prof.Dr.Re. ausgeführt, an der Lendenwirbelsäule zeigten sich eine degenerative Listhesis im Bereich LWK 4/5, und Zeichen einer Spondylarthrose im Bereich LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Neurochirurg Dr.W. hat im Gutachten vom 14.02.2000 unter Berücksichtigung des neuroradiologischen Zusatzgutachtens von Prof.Dr.Br. vom 30.03.1999 ausgeführt, eine Prodromalsymptomatik habe im Sinne eines LWS-Syndroms bereits vor dem Unfall vorgelegen. Seit dem Unfall sei eine deutliche Zunahme der Beschwerdeintensität eingetreten. Allerdings habe der Kläger zunächst den Ärzten nicht von dem Unfall berichtet, es liege kein Notarztprotokoll vom Besuch der Automobilausstellung vor und in der Akutphase habe keine diagnostische Abklärung vorgelegen, die den heutigen Ansprüchen gerecht werde. Die in früheren ärztlichen Stellungnahmen angesprochenen Narbenbildungen, die posttraumatischer Genese sein sollten, könnten ausgeschlossen werden. Hierfür gebe es weder neuroradiologisch noch durch die Racz-Methode einen Anhalt. Die Auffassung von Dr.L. sei nicht überzeugend; die Therapie, die nicht zum Erfolg geführt habe, zeige, dass es wahrscheinlich nicht die posttraumatische Narbenbildung gewesen sei, die zu dem Beschwerdebild geführt habe. Nach der Racz-Methode sollte Narbengewebe durch Injektionen gelöst werden. Da eine Beschwerdelinderung nach den Angaben des Klägers allenfalls für drei bis vier Tage eingetreten sei, spreche dies dagegen, dass Narbengewebe für die Beschwerden verantwortlich gewesen sei. Im neuroradiologischen Gutachten habe Prof.Br. degenerative Veränderungen und nicht eine posttraumatische Narbenbildung festgestellt. Unfallunabhängig bestünden ausgeprägte degenerative Veränderungen sowohl in Höhe HWK 6/7, wo sie zu einer relativen Stenosierung der Neuroforamina geführt hätten, als auch mit einer relativen Spinalkanalstenose in Höhe LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1. Außerdem bestünde eine rechtsseitige Coxarthrosis. Ein unmittelbarer Zusammenhang über eine kausale Verknüpfung Narbengewebe/Spinalstenose und Bandscheibenvorfall, der de facto nicht vorliege, sei nicht gegeben. In der posttraumatischen Phase könne eine mögliche spinale Kontusion eine Rolle gespielt haben, die man damals nicht habe diagnostizieren können.

Nach stationärer Behandlung des Klägers vom 04.04. bis 25.04.2000 diagnostizierte Dr.Bi. eine chronische Radikulopathie L 5 links bei epiduraler Vernarbung L 3 bis L 5 (posttraumatisch Prellung der Lendenwirbelsäule 07.09.1989), erhebliche muskuläre Dysbalancen, Blockierungen, Ligamentosen.

Im MRT vom 15.05.2000 stellte Dr.Sc. arachnitische Verwachsungen im Bereich des duralen Endsackes sowie der L 5-Wurzel beidseits, links etwas ausgeprägter als rechts, fest. Es zeigten sich kein lumbaler Bandscheibenvorfall, keine knöcherne Spinalstenose, keine knöchernen Rezessusstenosen. Eine mittelgradige Spondylarthrose in den unteren beiden lumbalen Etagen wurde festgestellt.

Mit Urteil vom 14.07.2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe zu Recht die Gewährung einer Rente abgelehnt, da die Erwerbsfähigkeit des Klägers wegen der Folgen des Arbeitsunfalls nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert sei. Prof.Dr.V. habe in überzeugender Weise dargelegt, dass entgegen der Interpretation von Prof.Dr.R. ein Bandscheibenvorfall im Segment L 5/S 1 links nicht nachweisbar sei. Eine unmittelbare Traumatisierung der Lendenwirbelsäule mit bleibenden Folgen habe nicht vorgelegen. Wie Dr.H. sehe Prof. Dr.V. keinerlei Verbindungsmöglichkeiten zwischen dem Unfall vom 07.09.1989 und der sich später entwickelnden Symptomatik. Unterstützt werde diese Auffassung von Prof.Dr.R., der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschließe, dass die Beschwerden des Klägers von einem Wirbelsäulentrauma mit Bandscheibenvorfall oder einer unfallbedingten Wirbelsäulendegeneration herrührten. Auch Dr.W. bestätige das Ergebnis der Vorgutachter.

Zur Begründung der Berufung vom 02.10.2000 weist der Kläger darauf hin, dass er vor dem Unfall außer einem Hexenschuss keine Wirbelsäulenbeschwerden gehabt habe. Es gebe keinen vernünftigen Zweifel daran, dass die narbigen Veränderungen von dem Unfall her stammten. Typisch für solches Narbengewebe sei eine allmähliche Schrumpfung und Verdickung, die laufend zunehme und zu den Beschwerden führe. Daher sei eine MdE von mindestens 30 v.H. gegeben.

In der neuroradiologischen Stellungnahme vom 01.09.2000 führt Prof.Dr.Br. aus, im MRT der Wirbelsäule vom 29.08.2000 zeige sich ein Befund, der am ehesten narbigen Veränderungen in Höhe LWK 4/5 entspreche. Die Untersuchung erhöhe den Verdacht auf eine narbige Veränderung. Inwieweit sie sich ausdehne, sei nicht beantwortbar. Die Veränderung sei für eine Arachnopathia adhaesiva zu umschreiben. Hinweise für eine Arachnopathia adhaesia hätten sich auch nicht in der MRT-Untersuchung vom 18.03.1999 gefunden.

Der Neurochirurg Dr.W. führt am 11.09.2000 hierzu aus, es liege möglicherweise Narbengewebe vor. Es bleibe weiterhin zu attestieren, dass der Kläger in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma eine deutliche Einbuße von Lebensqualität erlitten habe. Eine MdE von mindestens 30 v.H. habe in den folgenden Jahren vorgelegen. Ob die von Prof.Br. bestätigte narbige Veränderung mit dem Sturz der Leiter auf den Rücken in Zusammenhang stehe, werde nicht zu beweisen, aber auch nicht auszuschließen sein. Das Trauma könne der Auslöser für die narbige Veränderung gewesen sein.

Auf Anfrage teilt die Messe F. GmbH am 24.08.2001 mit, die Internationale Automobilausstellung 1989 habe vom 14. bis 24.09. stattgefunden.

Der Antrag des Klägers auf Einholung eines Gutachtens gemäß § 109 SGG von Dr.KL. wird im Hinblick darauf, dass bereits im Klageverfahren Prof.Dr.R. und Dr.W. als Gutachter gemäß § 109 SGG gehört wurden, abgelehnt. Der Kläger kündigt an, Dr.KL. zu einer Berufungsverhandlung mitzubringen, damit er mit medizinischen Erläuterungen konkret eingreifen und Erklärungen abgeben könne. Da dies der Rechtsfindung diene, werde davon ausgegangen, dass Einwendungen nicht erhoben würden. Dass der Kläger angegeben habe, der Besuch der Autoausstellung sei am Tag des Unfalls erfolgt, habe auf einem Irrtum des Klägers beruht. Es spiele dies jedoch für den tatsächlichen Hergang keine Rolle. Der Unfall sei am 07.09.1989 gewesen.

Der Kläger stellt den Antrag, den anwesenden Arzt Dr.KL. als weiteren Sachverständigen zu den Unfallfolgen bzw. zu dem Thema zu hören, dass der Unfall zu einer Contusio spinalis geführt habe und die beim Kläger geltend gemachten Beschwerden auf diese zurückzuführen sind. Weiter stellt er den Antrag, die anwesende Ehefrau des Klägers als Zeugin des einzuvernehmen, dass der Kläger seit dem Unfall vom 07.09.89 keinen weiteren traumatischen Unfall mehr im Rückenbereich erlitten hat. Zur Sache stellt er den Antrag aus dem Schriftsatz vom 29.09.2000.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wäre (§§ 212, 214 Abs.3 SGB VII in Verbindung mit § 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß § 548 RVO einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten versicherten Tätigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein äußeres Ereignis, d.h. einen von außen auf den Körper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den Körperschaden verursacht 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).

Der Arbeitsunfall des Klägers vom 07.09.1989 hat keine bleibenden Gesundheitsstörungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen würden, zurückgelassen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den schlüssigen Gutachten der ärztlichen Sachverständigen Prof.Dr.R. und Dr.W. sowie aus den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr.H. und Dr.V., die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Der Hergang des Unfalls und das Auftreten der ersten unfallbedingten Beschwerden werden vom Kläger nicht widerspruchsfrei geschildert. Während er offenbar dem Arbeitgeber angegeben hatte, beim Tragen einer Zarge habe er sich einen Nerv eingeklemmt und dadurch sei es zu Schmerzen gekommen, legte er vier Jahre später Zeugenaussagen vor, die bestätigten, dass ihm am Unfalltag zunächst eine Leiter auf den Rücken gefallen sei. So hat er auch im weiteren Verlauf den Unfall beschrieben. Allerdings fällt auf, dass er nach den entsprechenden Arztberichten gegenüber den erstbehandelnden Ärzten Dr.C., Dr.K und Dr.F. einen Unfall nicht angegeben hat und, wie Dr.C. betont, davon während des gesamten Behandlungszeitraumes bei Dr.C. vom 22.09.1989 bis 09.04.1992 nicht gesprochen hat. Dagegen hat der Kläger auch schon gegenüber Dr.C. und Dr.K. stets erwähnt, es sei plötzlich beim Besuch der Autoausstellung zu Beschwerden im Bein, die ihm das Gehen unmöglich gemacht hätten, gekommen. Den Besuch der Autoausstellung haben er und die Zeugen W.R. und W.H. ab 1994 für den Nachmittag bzw. Abend des Unfalltages angegeben. Dass sie hierin irren, ergibt sich daraus, dass die Automobilausstellung erst eine Woche nach Eintritt des Unfalles, nämlich am 14.09.1989, begonnen hat.

Selbst wenn man die Angaben des Klägers, er habe einige Stunden nach dem Unfall vom 07.09.1989 erstmals erhebliche Beschwerden verspürt, als glaubhaft ansieht, bleibt festzuhalten, dass er entgegen seinem Vorbringen im Klage- und Berufungsverfahren schon vor dem Unfall vom 07.09.1989 Rückenbeschwerden hatte, die auf Vorschäden zurückzuführen sind. So gab er gegenüber Dr.K. am 25.09.1989 an, er habe schon seit langer Zeit Rückenbeschwerden und wies zur Begründung seines Schwerbehindertenantrages vom 12.06.1991 "auf drei Lendenwirbelsäulenanfalle" in den Jahren 1985 und 1986 hin. Von März 1987 bis April 1987 absolvierte er wegen Lendenwirbelsäulenbeschwerden ein Heilverfahren. Wie der ärztliche Sachverständige Prof.Dr.R. erklärt hat, sind auf den Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule von 1987 degenerative Veränderungen im Sinne einer Verschmälerung des Bandscheibenzwischenraumes L 5/S 1 sowie eine vermehrte Sklerosierung der kleinen Zwischenwirbelgelenke zu sehen.

Beim Kläger besteht, so Prof.Dr.R., zwar eine Osteochondrose L 5/S 1 sowie im gleichen Bereich ein pseudoradikuläres Schmerzsyndrom. Von einer eindeutigen, auf den Unfall zurückzuführenden, stark progredienten Schädigung der Lendenwirbelsäule kann aber nicht ausgegangen werden. Ohne Bandscheibenvorfall oder Wurzelkompression ist bei einem Beschwerdebild, das sich bei einer Vielzahl von Patienten im Alter des Klägers bietet, keine Unfallfolge anzunehmen.

Prof.Dr.R. betont, dass die Röntgenaufnahmen, die nach dem 07.09.1989 angefertigt wurden, keinen Anhalt für eine knöcherne Läsion zeigen, so dass davon auszugehen ist, dass der Unfall keine höhergradigen Verletzungen verursacht hat. Auch hat Dr.C., der den Kläger zwei Wochen nach dem Unfall untersuchte, keine äußeren Verletzungszeichen festgestellt, wie sie noch zu erwarten gewesen wären, wenn die von Dr.KL. für möglich gehaltenen Muskelquetschungen, Sehnen- und Muskelfaserrisse tatsächlich am 07.09.1989 eingetreten gewesen wären. Jedenfalls fällt auf, dass der Kläger unmittelbar nach der Verletzung durch die Leiter weitergearbeitet und erst zwei Wochen später Dr.C. aufgesucht hat.

Wenn es im Rahmen des Unfalls zu einer Bänderzerrung im Bereich der Lumbalwirbelsäule gekommen wäre, hätte, wie Prof.Dr.R. erläutert, im weiteren Verlauf entweder eine Instabilität mit Osteochondrose in dem betroffenen Segment eintreten müssen oder ein Bandscheibenvorfall oder ein Wirbelgleiten. Dies ist jedoch nach den vorliegenden ärztlichen Befunden nicht der Fall gewesen.

Im Übrigen fehlen eindeutige klinische Hinweise für eine Wurzelläsion oder Nervenschädigung. Es bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der Auslösbarkeit der Reflexe der unteren Extremitäten, der Lasègue ist beidseits negativ, und es sind keinerlei motorische Ausfälle in den Beinen festgestellt worden. Eine sensible Läsion der Wurzeln L 5 oder S 1 würde zudem keine Hypästhesie im Bereich der gesamten Zehen links nach sich ziehen. Insofern kann, so Prof.Dr.R., mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Beschwerden des Klägers durch einen einem Wirbelsäulentrauma folgenden Bandscheibenvorfall oder eine massive progrediente Wirbelsäulendegeneration als Folge des Unfalls verursacht wurden.

Mit dieser Beurteilung befindet sich Prof.Dr.R. in Übereinstimmung mit Dr.H. und Dr.V ... Dr.H. hat im Gutachten vom 27.02.1996 nach Aktenlage überzeugend darauf hingewiesen, dass angesichts der Vielfalt der gestellten Diagnosen andere als körperliche Ursachen für die Beschwerden anzuschuldigen sind.

Auch der Neurochirurg Dr.V. führt im Gutachten vom 10.04.1997 überzeugend aus, dass eine unmittelbare Traumatisierung der Lendenwirbelsäule mit bleibenden Folgen nicht vorgelegen haben kann. Knöcherner Verletzungsfolgen fehlen, ein Bandscheibenvorfall liegt nicht vor; andere Unfallfolgen, wie etwa eine Distorsion, würden keine bleibenden Schädigungen auslösen. Die festgestellte Ileosakralgelenksarthrose kann zwar Beschwerden verursachen, jedoch nicht in der vom Kläger geschilderten Form. Zwar sind die höheren Wirbelsäulenabschnitte im Bereich C 6/C 7 degenerativ verändert, aber auch hier finden sich keinerlei Hinweise für eine Markbeteiligung als Erklärung der sehr atypischen Symptomatik. Sowohl klinisches Bild als auch subjektive Beschwerdesymptomatik und röntgenologische bzw. kernspintomographische Diagnostik ergeben, so Dr.V., nicht den geringsten Hinweis für eine traumatisch bedingte Läsion im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Im Hinblick auf diese sachlichen Argumente kann das Gutachten des Orthopäden Prof.Dr.R. vom 19.04.1995 nicht überzeugen. Einerseits weist Prof.Dr.R. auf ausgeprägte Vorschäden hin, da bereits am 10.03.1987 bei chronischem LWS-Syndrom und nervösem Erschöpfungszustand eine Arbeitsunfähigkeitszeit für 34 Arbeitstage bestanden hatte und Röntgenaufnahmen von 1987 erhebliche degenerative Veränderungen der Wirbelsäule zeigten. Anlagebedingte Veränderungen, z.B. Morbus Baastrup, Übergangsstörung L 5/S 1, Gelenkspaltverschmälerung L 5/S 1, Hyperlordosierung sowie auch degenerative Veränderung der Grund- und Deckplatten sind, wie er betont, nachgewiesen. Wenn Prof.Dr.R. dann davon ausgeht, dass diese anatomischen Schwachpunkte durch eine stumpfe Traumatisierung einen entsprechenden Impuls bekommen haben könnten, um richtungweisend Beschwerden zu verursachen, so schränkt er diese Aussage andererseits wieder insofern ein, als er darauf hinweist, dass die vom Kläger angegebenen Beschwerden nicht vollständig auf den Unfall zurückzuführen seien. Denn die Insbesondere weist auch Prof.R. darauf hin, dass die Unfallschäden radiologisch nicht relativiert werden können.

Gestützt wird die Auffassung, die Prof.Dr.R., Dr.V. und Dr.H. überzeugend vertreten, auch von dem Neurochirurgen Dr.W. im Gutachten vom 14.02.2000. Er erläutert, dass Unfallfolgen nicht im Sinne einer kausalen Verknüpfung, sondern nur im Sinne einer zeitlichen Interkurrenz gegeben sind. Der rein zeitliche Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Beschwerdebeginn reicht aber für die Annahme des Kausalzusammenhangs im Sinne der Unfallversicherung nicht aus. Zwar hält Dr.W. eine spinale Kontusion für möglich, betont aber, dass sie nicht nachgewiesen ist. Zu einer anderen Beurteilung der Sachlage führt auch nicht die Stellungnahme des Neuroradiologen Prof.Dr.Br. vom 01.09.2000, da auch durch das MRT der Lendenwirbelsäule vom 29.08.2000 narbige Veränderungen in Höhe LWK 4/5 nicht nachgewiesen sind, sondern, so Prof.Dr.Br., nur der Verdacht auf eine narbige Veränderung erhärtet ist. Für eine Arachnopathia adhaesiva sind die Veränderungen aber zu umschrieben. Insbesondere Dr.W. spricht in der Stellungnahme vom 11.09.2000 nur von der Möglichkeit, dass Narbengewebe vorliege. Ob diese narbige Veränderung mit dem Unfall vom 07.09.1989 in Zusammenhang steht, lässt Dr.W. offen. Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs reicht für die Annahme der Kausalität nicht aus. Die Zweifel an einem Zusammenhang werden noch dadurch verstärkt, dass ein entsprechender Behandlungsversuch vom 01.09. bis 05.09.1997 im Klinikum Großhadern keinen dauerhaften Erfolg brachte.

Weitere Ermittlungen waren im Hinblick auf die bereits vorliegenden Gutachten und ärztlichen Stellungnahmen nicht erforderlich. Die Anhörung des Dr.KL. war deshalb nicht angezeigt, insbesondere da er bereits schriftlich ausführlich zu den Beweisfragen Stellung genommen hat, vorallem auch zu der Frage der Contusio spinalis. Der Einvernahme der Ehefrau des Klägers als Zeugin bedurfte es nicht, da der Senat als wahr unterstellt, dass der Kläger nach dem 07.09.1989 keinen weiteren Unfall im Rückenbereich erlitten hat.

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
2003-11-24