

L 17 U 395/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

17

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 U 71/01

Datum

16.10.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 17 U 395/02

Datum

28.09.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 16.10.2002 und der Bescheid vom 26.05.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2001 aufgehoben.

II. Die Beklagte wird verurteilt, bei der Klägerin als weitere Unfallfolge eine segmentale Hypermobilität des Bewegungssegmentes HWK 6/7 bei Inklination anzuerkennen und für die Zeit vom 22.07.1996 bis 24.06.1997 Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH zu gewähren.

III. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu 2/3 zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung von Halswirbelsäulen(HWS)-Beschwerden als Folge des Arbeitsunfalles vom 24.06.1996 sowie die Gewährung einer Verletztenrente streitig.

Die 1975 geborene Klägerin erlitt am 24.06.1996 einen Arbeitsunfall. Auf dem Weg zur Universität kollidierte sie mit ihrem Roller mit einem PKW. Dabei prallte sie mit der rechten Körperseite an dem PKW ab und stieß anschließend mit dem Kopf an eine Mauer. Zum Unfallzeitpunkt trug sie einen Helm. Bei der Untersuchung in der Missionsärztlichen Klinik W. am selben Tag zeigte sich ein Druckschmerz an der rechten Clavicula. Die Bewegung der rechten Schulter war schmerzhaft eingeschränkt. Es lag eine Schürfwunde am rechten Knie vor, aber kein Erguss. Die Bandstrukturen waren stabil, die Meniskuszeichen negativ. Nach Vornahme von Röntgenaufnahmen ließ sich eine Claviculafraktur am Übergang vom mittleren zum lateralen Drittel nachweisen (Befundbericht des Prof. Dr.F. vom 13.10.1998). Die Klägerin wurde zunächst wegen der Claviculafraktur mit einem Rucksackverband versorgt (Befundbericht des Allgemeinarztes Dr.W. vom 08.10.1998), anschließend erfolgte Behandlung durch den Chirurgen Dr.P. (Befundbericht vom 29.10.1998) wegen anhaltender Schmerzen und Weichteilschwellungen im Bereich des Schlüsselbeins. Arbeitsunfähig krank war die Klägerin bis 21.07.1996.

Erst ca. 2 1/2 Jahre später, am 11.09.1998, legte die Universität W. eine Unfallanzeige vor. Die Beklagte zog eine Auskunft der AOK W. vom 07.10.1998 über Erkrankungen der Klägerin sowie Befundberichte des Allgemeinarztes Dr.W. vom 08.10.1998, des Chirurgen Dr.P. vom 29.10.1998, des Neurochirurgen Dr.P. vom 05.11.1998 und des Orthopäden Dr.J. vom 10.11.1998 bei. Sodann erstellte der Chirurg Prof. Dr.F. ein Gutachten vom 18.03.1999. Er führte als unfallbedingte Verletzungen eine Schlüsselbeinfraktur rechts sowie eine discoligamentäre Instabilität im Segment Halswirbelkörper (HWK) 6/7 an. Die Beweglichkeit der HWS zeigte sich schmerzhaft eingeschränkt. Die MdE bewertete er mit 20 vH.

Die Klägerin erlitt am 07.07.1999 einen weiteren Arbeitsunfall, bei dem sie sich neben einer Kontusion des rechten Unterarmes eine vorübergehende Verschlimmerung der discoligamentären Instabilität C6/7 zuzog (Arztbericht des Neurochirurgen Dr.P. vom 12.01.2000).

Mit Bescheid vom 26.05.2000 erkannte die Beklagte einen Schlüsselbeinbruch rechts und eine Schürfwunde am rechten Knie als durch den Arbeitsunfall verursachte Körperschäden an. Die Gewährung einer Rente lehnte sie ab. Grundlage hierfür war die beratungsärztliche Stellungnahme des Chirurgen Dr.B. vom 02.05.2000, der die HWS-Beschwerden nicht als Folge des Arbeitsunfalles ansah.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren zog die Beklagte einen Bericht des Radiologen Dr.H. über die cervical-spinale MRT vom 30.12.1996 bei. Dr.B. vermochte in seiner Stellungnahme vom 21.12.2000 die Verdachtsdiagnose des Dr.H. hinsichtlich einer traumatischen Läsion im Segment C6/7 nicht zu teilen. Mit Widerspruchsbescheid vom 07.02.2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Gegen diese Bescheide hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) Würzburg erhoben und beantragt, auch die HWS-Beschwerden als

Unfallfolge anzuerkennen und entsprechende gesetzliche Leistungen (auf Dauer) zu gewähren. Das SG hat ein Gutachten des Orthopäden Dr.E. vom 24.05.2002 eingeholt. Dieser hat als unfallbedingt einen Schlüsselbeinbruch rechts angesehen und keine Folgen des Unfalls mehr festgestellt. Die bei der Klägerin bestehenden Kopfschmerzen hat er als Spannungskopfschmerzen gewertet, die nicht auf einen unfallbedingten Organschaden zurückzuführen seien. Mit Urteil vom 16.10.2002 hat das SG die Klage abgewiesen und sich im Wesentlichen auf die Ausführungen des Dr.E. gestützt.

Gegen dieses Urteil hat die Klägerin Berufung eingelegt und die HWS-Beschwerden als Unfallfolge geltend gemacht. Der Senat hat einen Befundbericht des Dr.W. vom 20.02.2003, die ärztlichen Unterlagen der B., die gutachtliche Stellungnahme des Chirurgen Dr.L. vom 09.05.1997, ein neurochirurgisches Gutachten des Prof. Dr.R. vom 17.10.1998 sowie die einschlägigen Röntgen- und CT-Aufnahmen zum Verfahren beigezogen. Sodann hat er von Prof. Dr.S. ein orthopädisches Gutachten vom 17.04.2003/10.11.2003 eingeholt. Dieser hat als Folge des Unfalles eine segmentale Hypermobilität des Bewegungssegmentes HWK 6/7 bei Inklination als Hinweis auf eine Verletzung der dorsalen Weichteilstrukturen zwischen den Dornfortsätzen, Wirbelbögen und kleinen Wirbelgelenken angesehen. Der erlittene, gering dislozierte Bruch des rechten Schlüsselbeines sei folgenlos abgeheilt und habe keine Unfallfolgen hinterlassen. Die MdE sei bis 24.06.1997 mit 20 vH, danach mit 10 vH einzuschätzen. Die Beklagte hat dem unter Vorlage einer gutachtlichen Stellungnahme des Dr.L. vom 30.07.2003 widersprochen.

Nach Beiziehung der Ambulanzkarten des Dr.W. hat die Klägerin ein Gutachten des Orthopäden Prof. Dr.K. vom 28.07.1998 für ihre Privatversicherung vorgelegt. Der Senat hat die ärztlichen Unterlagen der G. Versicherung zum Verfahren beigezogen. Der Chirurg Dr.S. hat in einer für die Beklagte erstellten gutachtlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 12.05.2004 Anzeichen einer traumatischen Verletzung im HWS-Bereich nicht finden können. Prof. Dr.S. hat in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 19.07.2004 an seiner Einschätzung festgehalten.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 16.10.2002 und den Bescheid vom 26.05.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 07.02.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, als weitere Unfallfolge eine segmentale Hypermobilität des Bewegungssegmentes HWK 6/7 bei Inklination anzuerkennen und für die Zeit vom 22.07.1996 bis 24.06.1997 Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Würzburg vom 16.10.2002 zurückzuweisen.

Ergänzend wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet.

Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH vom 22.07.1996 bis 24.06.1997 zu gewähren (§§ 539 Abs 1 Nr 1, 548 Abs 1, 580 Abs 1 Reichsversicherungsordnung - RVO -).

Der Anspruch der Klägerin ist noch nach den Vorschriften der RVO zu beurteilen, da der Unfall vom 24.06.1996 vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten ist (Art 36 des Unfallversicherungseinordnungsgesetzes, [§ 212 SGB VII](#)).

Verletztenrente ist nach § 580 Abs 1 RVO dann zu gewähren, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge des Arbeitsunfalles um wenigstens 20 vH gemindert ist. Eine Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles ist u.a. anzuerkennen, wenn zwischen dem Unfall und der Gesundheitsstörung ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Ein solcher liegt nach dem in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalitätsbegriff dann vor, wenn das Unfallereignis mit Wahrscheinlichkeit wesentlich die Entstehung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsschadens bewirkt hat ([BSGE 1, 72](#), 76; [12, 242](#), 245; [38, 127](#), 129; Bereiter-Hahn/Schieke/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, 4.Aufl, Anm 3, 3.4 zu § 548 RVO).

Aufgrund der Ausführungen des Prof. Dr.S. und des Prof. Dr.F., dessen im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten im Berufungsverfahren verwendet werden kann (BSG SozR Nr 66 zu [§ 128 SGG](#)), steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Erwerbsfähigkeit der Klägerin - nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit - durch die Folgen des Arbeitsunfalles in der Zeit vom 22.07.1996 bis 24.06.1997 in einem rentenberechtigendem Grad gemindert war.

Der Senat geht in Übereinstimmung mit Prof. Dr.S. davon aus, dass die Klägerin aufgrund des Unfalles eine segmentale Hypermobilität des Bewegungssegmentes HWK 6/7 bei Inklination als Hinweis auf eine Verletzung der dorsalen Weichteilstrukturen zwischen den Dornfortsätzen, Wirbelbögen und kleinen Wirbelgelenken erlitten hat. Die Distorsionsverletzung der HWS ist dabei als mittelgradig anzusehen. Der bei dem Unfall ebenfalls erlittene, gering dislozierte Bruch des rechten Schlüsselbeines ist dagegen folgenlos ausgeheilt.

Sowohl röntgenologisch als auch kernspintomographisch ist ab Ende 1996, also ca. ein halbes Jahr nach dem Unfall ein auffälliger Befund im Bewegungssegment zwischen dem 6. und 7. HWK dokumentiert. Bei der Interpretation des Befundes ist von Relevanz, dass es sich um einen monosegmentalen Befund handelt, wobei lediglich das Bewegungssegment zwischen 6. und 7. HWK betroffen ist und sich hier eine vermehrte Beweglichkeit findet. Der Befund ist beim Nachvornebeugen besonders auffällig. Hier kommt eine vermehrte Beweglichkeit im Bewegungssegment vor, die als unphysiologisch zu interpretieren ist. Dieser als traumatisch anzunehmende Befund ist dem Unfallereignis vom 24.06.1996 mit Wahrscheinlichkeit zuzuordnen. Das Unfallereignis war geeignet, eine Schädigung der Bandstrukturen der HWS bei verbleibender segmentaler Hypermobilität zu verursachen.

Als anlagebedingter auffälliger Befund zeigt sich lediglich eine Halsrippe am 7. HWK. Diese kann für diesen Befund nicht als ursächlich angesehen werden. Bei der Distorsion einer anlagebedingten Hypermobilität der Klägerin wären eine vermehrte Beweglichkeit und auffällige Befunde in mehreren Bewegungssegmenten der HWS zu fordern. Hierfür ergibt sich kein Hinweis wegen der strikt monosegmentalen Ausrichtung. Blockierungsbedingte segmentale Bewegungsstörungen einzelner Bewegungssegmente finden sich ebenfalls nicht. Vielmehr

handelt es sich um durchgehend homogene Befunde, die durch Blockierungsphänomene einzelner Bewegungssegmente nicht erklärbar sind.

Hinsichtlich der Einschätzung der MdE ist bei der Klägerin von einer mittelgradigen Beschleunigungsverletzung auszugehen, die mit Rissen des Bandapparates bis hin zur Bandscheibenzerreiung und/oder Kapselrissen definiert ist. Dies entspricht dem Schweregrad II (mittelschwer) einer HWS-Distorsion (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7.Aufl, S 556). Bei der Klägerin hat die aktuelle Beschwerdesymptomatik zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfallereignis zu radikulär zuordenbaren Schmerzausstrahlungen oder sensomotorischen Defiziten geführt. Im Vordergrund der Beschwerden stehen lediglich muskuläre Verspannungen, die zu einen Spannungskopfschmerz führen. Im Hinblick auf die vorliegenden objektivierbaren radiologischen Befunde sowie die klinische Beschwerdesymptomatik geht Prof. Dr.S. aktuell von einer dauerhaften Minderung der Erwerbsfähigkeit von 10 vH aus. Diese Bewertung entspricht dem Schweregrad II einer HWS-Distorsion (vgl Schönberger aaO, S 562). Für das erste Jahr nach dem Arbeitsunfall ist vom Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit an (22.07.1996) bis 24.06.1997 dagegen von einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH auszugehen. Auch dies entspricht den Bewertungskriterien in der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl Schönberger aaO S 562).

Der Nachschaden, den die Klägerin am 07.07.1999 an der HWS erlitten hat (Heckaufprall), hat keinen Einfluss auf die vermehrte Beweglichkeit im Bewegungssegment HWK 6/7. Zu diesem Zeitpunkt war die Beweglichkeit bereits eindeutig dokumentiert. Auch ergaben sich radiologisch keine Hinweise für eine Verschlechterung des Befundes für das Bewegungssegment. Dieses Unfallereignis hat somit keinen langfristigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Unfalles vom Juni 1996 gehabt.

Den Ausführungen des Dr.E. vermag der Senat nicht zu folgen. Insbesondere lässt sich bei der Klägerin keine konstitutionelle Variante in Richtung auf eine Bindegewebschwäche mit allgemeiner Gelenkhypermobilität als Ursache des Befundes zwischen 6. und 7. HWK belegen. Auch den Ausführungen des Dr.L. kann nicht gefolgt werden. In den bildgebenden Verfahren zeigen sich zwar keine Hinweise auf eine Kapselbandlsion oder Bandscheibenverletzung. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die Kernspintomographie erst am 30.12.1996, also mehr als 6 Monate nach dem Unfallereignis erfolgte. Es ist verständlich, dass hier keine frischen Verletzungszeichen, wie z.B. Einblutungen nachgewiesen werden konnten. Außerdem ist zu beachten, dass es sich bei der bestehenden Instabilität im Bewegungssegment zwischen 6. und 7. HWK um eine Instabilität des dorsalen Pfeilers handelt. Betroffen sind hierbei die Bandverbindungen der kleinen Wirbelgelenke und Dornfortsätze. Eine derartige Instabilität muss nicht zwingend mit einer Bandscheibenverletzung einhergehen. Für einen anlagebedingten Befund zwischen 6. und 7. HWK finden sich ebenfalls keine Hinweise. Gegen einen solchen Befund spricht vor allem die monosegmentale Ausbildung. Auch stellt das Fehlen knöcherner Verletzungszeichen kein Argument gegen eine traumatische Läsion dorsaler Bandstrukturen zwischen 6. und 7. HWK dar. Die dorsalen Bandstrukturen sind komplexe Strukturen, die nicht einem einzelnen Band zugeordnet werden können. Die Ausführungen des Dr.E. werden der anatomischen Komplexität dieser Bandstruktur nicht gerecht. Wenn Dr.L. bemerkt, dass die von der Klägerin angegebenen Beschwerden nicht durch Veränderungen im Bewegungssegment zwischen 6. und 7. HWK erklärbar sind, ist zu berücksichtigen, dass zervikale Schmerzsymptome in der Regel komplex sind. Im Rahmen muskulärer Verspannungszustände kommt es somit auch zu myofacealen Schmerzausstrahlungen, so dass Schmerzwahrnehmungen nicht zwingend mit dem Ort der Schmerzentstehung übereinstimmen. Entgegen der Annahme des Dr.L. müssen bei Verspannungen Kopfschmerzen nicht ständig vorhanden sein. Dass die Klägerin im Bereich des Kopfes keine Verletzungszeichen erlitten hat, ist darauf zurückzuführen, dass sie bei dem Unfall einen Sturzhelm getragen hat. Aus den im Wesentlichen selben Gründen kann auch dem Gutachten des Dr.S. nicht gefolgt werden. Eine Normvariante als Erklärung für den auffälligen Befund zwischen 6. und 7. HWK findet bei ihm keine weitere Erklärung.

Nach alldem war das Urteil des SG aufzuheben und der Klägerin eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH für die Zeit vom 22.07.1996 bis 24.06.1997 zuzusprechen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Der Senat hat die Beklagte nur zur anteiligen Kostentragung verurteilt, da die Klägerin mit ihrem ursprünglichen Begehren der Gewährung einer Dauerrente nicht durchgedrungen ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-01-07