

## L 2 U 4/01

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Regensburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 4 U 157/99  
Datum  
23.11.2000  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 2 U 4/01  
Datum  
25.06.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 23.11.2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am 1946 geborene Klägerin stürzte nach den Angaben in der Unfallanzeige am 12.02.1996 während der Tätigkeit im Betrieb ihres Ehemannes von einer Leiter und fiel mit der rechten Körperseite auf einen dort aufgestellten Kochherd.

Am 14.02.1996 suchte sie den Chirurgen Dr.K. auf, der im Durchgangsarztbericht angab, die Klägerin sei von einer Staffelei gefallen und dabei mit der rechten Hüfte auf einen Herd gestürzt. Sie habe nach dem Unfall weitergearbeitet. Eine äußere Verletzung sei nicht feststellbar. Es werde über dem rechten Trochanter ein lokaler Druck- und Klopfschmerz angegeben, die Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk sei frei, jedoch etwas schmerzhaft, die Motorik des rechten Beines ungestört. Im Bereich der Zehen würden Gefühlstörungen geäußert, die aber nicht verifiziert werden könnten. Durchblutung und Motorik des rechten Fußes seien ungestört. Eine Röntgenaufnahme ergab keinen Anhalt für eine stattgehabte knöcherne Verletzung, zeigte aber eine beginnende Coxarthrose beiderseits. Dr.K. diagnostizierte eine Kontusion des rechten Hüftgelenkes.

Der Orthopäde Dr.B. führte im Bericht vom 12.04.1996 aus, die Klägerin habe angegeben, sie sei von einer Staffelei gesprungen und mit der rechten Körperseite auf die Ofenplatte gestürzt. Es sei sofort Schmerzausstrahlung zur rechten Beinaußenseite aufgetreten. Er diagnostizierte einen sequestrierten Prolaps L 4/5 rechts und ein sensibles Wurzelreizsyndrom L 5 rechts. Arbeitsunfähigkeit sei bis 30.04.1996 gegeben. Bei dem Ereignis handle es sich um eine Gelegenheitsursache. Dr.B. berücksichtigte ein MRT vom 21.03.1996, erstellt in der Praxis Dr.M. , der in der Beurteilung angab, es handle sich um einen räumlich nicht sehr ausdehnten, nach kaudal sequestrierten Bandscheibenvorfall bei LWK 4/5 rechts mediolateral mit Kompression der rechten L-5-Wurzel und einer geringen Protrusion präsakral. Der Neurologe Dr.K. gab an, die Klägerin habe berichtet, sie sei mit der rechten Flanke bei Sturz an einen alten Kochherd geprallt. Unmittelbar danach seien massive ins Bein ausstrahlende Schmerzen aufgetreten, eine Sensibilitätsstörung und spontaner Urinabgang. Es handle sich um eine Wurzelkompression L 5 rechts bei bekanntem, wohl traumatischen Bandscheibenprolaps LW 4/5 rechts. Der Orthopäde Dr.H. (aus der Praxis Dr.B. , Dr.H.) erklärte im Bericht vom 12.08.1996, infolge des Unfalles von Februar 1996 und bei im März 1996 festgestelltem sequestrierten Prolaps L 4/5 bestünden weiterhin eine unverändert starke Lumboischialgie, chronische Sensibilitätsminderungen, seit einigen Wochen konstante Blasenentleerungsstörungen mit unwillkürlichem Harnabgang. Auch direkt nach dem Unfall sei es zu einem unkontrollierten Urinabgang gekommen. Es lägen ein wohl posttraumatischer sequestrierter Prolaps L 4/5 rechts vor, außerdem ein Wurzelreizsyndrom S 1 rechts und Miktionsstörungen. Der Orthopäde Dr.K. diagnostizierte am 21.03.1997 eine chronische Lumboischialgie rechts mit Wurzel-S-1-Irritation bei sequestriertem Bandscheibenvorfall L 4/5 rechtslateral, Affektinkontinenz bei Verdacht auf altes Kaudasyndrom.

Die Beklagte zog Unterlagen über zwei frühere Unfälle vom 21.05.1992 und 30.06.1995 bei. Die Orthopäden Dr.H. , Dr.W. führten im Bericht vom 01.06.1992 aus, die Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule zeige eine beginnende bis mäßiggradige Spondylose in den mittleren und unteren Etagen, die Grund- und Deckplatten in den unteren Segmenten seien etwas verstärkt sklerosiert im Sinne einer Osteochondrose. Es bestehe ein Zustand nach Kontusion des rechten Oberschenkels, Lumboischialgie rechts. Festgestellt wurde auch ein handtellergroßes, bereits älteres Hämatom an der Außenseite des rechten Oberschenkels. Der Neurologe und Psychiater Dr.G. diagnostizierte am 09.06.1992 eine Peroneus-Druckschädigung rechts. In der Unfallanzeige bezüglich des Unfalls vom 21.05.1992 gab die Klägerin starke Schmerzen im Kreuz, ausstrahlende Schmerzen bis zu den Zehen im rechten Fuß an. Am 30.12.1992 erklärte Dr.G. , die

Peroneusparesie habe sich nahezu vollständig zurückgebildet, unabhängig davon scheine es jetzt zu einer Lumboischialgie mit Wurzelirritation S 1 rechts gekommen zu sein. Die Klägerin hatte angegeben, sie habe wegen lumboischialgieformiger Beschwerden viel im Bett liegen müssen.

Vom 14.07. bis 21.07.1997 wurde die Klägerin im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder R. stationär behandelt und am 15.07.1997 eine interlaminäre Fensterung in Höhe LW 4/5 rechts mit Entfernung eines nach kaudal sequestrierten Bandscheibenvorfalls und Ausräumung des Zwischenwirbelsraums durchgeführt. Postoperativ bildeten sich die neurologischen Störungen gut zurück, auch bestand zuletzt keine Harninkontinenz mehr. Bei der Entlassung waren die Schmerzen nahezu gänzlich verschwunden. Es bestand noch ein leichtes sensibles L-4-Syndrom. Prof.Dr.G. erklärte, sicherlich entstehe ein solcher Bandscheibenvorfall auf dem Boden einer degenerativen Wirbelsäulenvorerkrankung, auslösende Ursache sei jedoch das Trauma vom 12.02.1996.

Diese Auffassung vertrat Prof.Dr.G. auch im Gutachten vom 27.11.1997. Die Klägerin habe nach einem Sturz aus ca. zwei Meter Höhe einen Bandscheibenprolaps erlitten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall anzunehmen, denn die Klägerin berichte glaubhaft, erst ab dem Unfallereignis unter den gravierenden Beschwerden gelitten zu haben, vorher sei sie so gut wie nie in ärztlicher Behandlung gewesen. Das Unfallereignis sei auf jeden Fall geeignet, einen traumatischen Bandscheibenvorfall, wenn auch auf dem Boden einer vorbestehenden Wirbelsäulendegeneration, wie bei einem 50-jährigen Menschen anzunehmen, hervorzurufen. Die MdE sei bis 13.07.1997 mit 30 v.H., bis 21.07.1997 mit 100 v.H., bis 15.08.1997 mit 50 v.H. und ab 16.08.1997 bis auf weiteres mit 10 v.H. zu bewerten. Mit einer Änderung könne nicht mehr gerechnet werden. Die Klägerin arbeite bereits wieder 12 bis 15 Stunden täglich wie vor dem Unfall.

Der Orthopäde Dr.T. führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 27.07.1998 hierzu aus, die Funktionsstörung der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen mehrerer Etagen und operativ behandeltem Bandscheibenvorfall L 4/5 rechts sei eindeutig schicksalsmäßig entstanden und stünde nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 12.02.1996. Dieser Unfall habe lediglich zu einer Prellung der linken Hüftregion geführt ohne Nachweis einer substanzialen Schädigung. Eine Bandscheibenverletzung könne bei diesem Vorgang eindeutig nicht eingetreten sein.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 10.08.1998 die Gewährung einer Rente ab. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten nicht bestanden.

Den Widerspruch der Klägerin vom 02.09.1998 wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 26.04.1999 zurück.

Zur Begründung der Klage hat die Klägerin geltend gemacht, selbst wenn 1992 bereits eine beginnende Bandscheibenschädigung vorgelegen haben sollte, was bestritten werde, könne dies nicht die Ursache für die jetzt vorliegenden extremen Beschwerden sein. Die Ursache liege vielmehr im Arbeitsunfall vom 12.02.1996.

Das SG hat ärztliche Unterlagen des Versorgungsamtes Regensburg beigezogen, darunter den Bescheid vom 17.08.1998 mit den Behinderungen: Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, muskuläre Verspannungen, Nervenwurzelreizerscheinungen, Bandscheibenschäden, psychovegetative Störungen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.K. hat im Gutachten vom 04.04.2000 ausgeführt, die Klägerin habe ihm gegenüber angegeben, als die Leiter ins Kippen geraten sei, sei sie abgesprungen und mit der rechten Hüfte auf dem Herd aufgekommen. Auf Grund des Bewegungsablaufs beim Sturz und Aufschlagen sei eine das physiologische Maß übersteigende Gewalteinwirkung nicht wahrscheinlich zu machen. Dies gelte auch für den Fall, dass man dem Unfallereignis auch eine axiale Stauchungskomponente mit eventueller Scherkraft zubillige. Wahrscheinlich zu machen sei am ehesten eine relativ harmlose Anprallverletzung, zumal auch bei der ersten ärztlichen Untersuchung keinerlei äußere Verletzungszeichen hätten festgestellt werden können, wie sie die zwingende Folge bei schweren Prellungen auch im Hüftbereich hätten sein müssen. Von einem Vorschaden könne man nur sprechen, wenn es zu messbaren Funktionseinschränkungen vor dem Unfallereignis gekommen sei. Dies sei bei der Klägerin nicht dokumentiert. Somit verbleibe der Tatbestand der Schadensanlage. Die bei der Klägerin nachgewiesenen degenerativen Veränderungen seien im unteren Lendenwirbelsäulenbereich wesentlich stärker ausgeprägt als im oberen. Wegen dieser Veränderungen und der im Bereich L 4/5 nachgewiesenen Bandscheibenvorwölbung sei von einer erheblichen Schadensanlage in diesem Bereich auszugehen. Bei dem Unfall handle es sich nur um eine Gelegenheitsursache. Es sei wahrscheinlich, dass zu etwa der gleichen Zeit auch eine normale Verrichtung des täglichen Lebens zu einem Hervortreten von Bandscheibengewebe hätte führen können. Auch der intraoperative Befund mit mehreren sequestrierten Bandscheibenanteilen untermauere den alleinigen degenerativen Entstehungscharakter der Bandscheibenprotrusion. Die Äußerung des Prof.Dr.G. stütze sich lediglich auf die Angaben der Klägerin, dass vor dem Unfall keine Beschwerden vorgelegen hätten. Dies sei nicht haltbar.

Die Klägerin hat ein Gutachten des Prof.Dr.G. vom 13.04.1999 für die Vereinte Versicherung übersandt, in dem Prof.Dr.G. ausführt, es sei nicht davon auszugehen, dass die Bandscheibe massiv degenerativ vorgeschädigt gewesen sei und sich dies erst beim Sturz akut bemerkbar gemacht habe, da sich in der bildgebenden Diagnostik eine Wirbelsäulendegeneration im Normalfall darstelle. Bei der Klägerin zeige sich aber nur eine mäßige Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule, im MRT sei eine Wirbelsäulendegeneration nicht festzustellen. Insofern sei von einem degenerativen Vorschaden nicht zwingend auszugehen. Die MdE betrage 30 v.H.

Die Klägerin hat weiter eine Stellungnahme des Orthopäden Prof.Dr.P. vom 18.10.2000 übersandt, in der ausgeführt wird, die Klägerin gebe an, sie sei, als die Leiter ins Schwanken gekommen sei, abgesprungen und dabei auf einen Herd geprallt. Primär habe sie im Wesentlichen Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte gehabt. Eine degenerative Vorschädigung der Zwischenwirbelscheibe liege allein altersbedingt natürlich vor, es bestehe aber kein Anlass anzunehmen, dass bei normalen Verrichtungen des täglichen Lebens ein Prolaps eingetreten wäre. Das Trauma und das direkt nach dem Trauma aufgetretene Schmerz- und Beschwerdebild seien absolut beweisend, dass es zu einer Bandscheibenverletzung gekommen sei. Somit bestehe ein Zustand, der durch das Trauma ausgelöst worden sei, von der vorbestehenden physiologischen Degeneration der Zwischenwirbelscheibe aber mitbedingt sei.

Das Sozialgericht Regensburg hat mit Urteil vom 23.11.2000 die Klage abgewiesen. Die Röntgenaufnahmen und auch der

kernspintographische Befund zeigten degenerative Veränderungen, die am stärksten in den Segmenten L 4/5 ausgeprägt seien. Prof. Dr.P. habe in Unkenntnis des Akteninhalts die Angabe der Klägerin übernommen, dass sie bis zum Unfall niemals wegen Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule in Behandlung gestanden hätte. Dem Arztbericht vom 03.06.1992 sei zu entnehmen, dass die Klägerin über Schmerzen, die vom Oberschenkel bis zum Fußaußenrand einstrahlen würden, sowie über der rechten Hüfte geklagt habe. Schon damals habe sich eine Spondylose in den mittleren und unteren Etagen gezeigt. Als Diagnose sei Lumboischialgie rechts angegeben worden.

Die Klägerin führte in der Berufung aus, der Unfallhergang sei von Dr.K. richtig geschildert. Sie habe nach einem Tag Dr.K. aufgesucht. Er habe zwar neurologische Ausfälle beschrieben, diese aber nicht weiter abgeklärt. Der spontane Urinabgang habe sich unmittelbar nach dem Unfall eingestellt.

Der auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.M. führte im Gutachten vom 25.09.2002 aus, die Klägerin berichte glaubhaft über sofortige heftigste Schmerzen im Sinne eines radikulären Schmerzsyndroms und Blaseninkontinenz unmittelbar nach dem Unfall. Die operierenden Neurochirurgen hätten einen eindeutigen Unfallzusammenhang konstatiert. Auch im Gutachten des Prof.Dr.B. vom 26.06.2002 werde ein Unfallzusammenhang angenommen und der Invaliditätsgrad auf 30 % geschätzt. Dr.M. schätze die MdE ab Unfalltag bis zum 13.07.1997 mit 30 v.H., bis 21.07.1997 mit 100 v.H., bis 15.08.1997 mit 50 v.H. und danach auf Dauer mit 30 v.H. ein.

Beigefügt war das Gutachten des Orthopäden Prof.Dr.B. vom 26.06.2002 für das Landgericht Weiden im Rechtsstreit der Klägerin gegen die Continentale Sachversicherungs AG: Die Klägerin habe angegeben, die Leiter sei ins Schwanken geraten, und sie sei mit dem Gesäß auf einen Herd gestürzt. Ein gewisses Maß an degenerativen Vorschädigungen mit gesteigerter Verletzlichkeit einer Bandscheibe sei bei jedem Menschen, vor allem im mittleren Lebensabschnitt, vorauszusetzen. Bei der Klägerin zeigten sich in der Anamnese bis zum Februar 1996 keinerlei wirbelsäulenbedingte Beschwerden. Dem Unfall könne daher die Bedeutung eines auslösenden Faktors eines Wurzelreizsyndroms zukommen. Entscheidend sei der Unfallhergang. Da es bei der Klägerin zu einer plötzlichen massiven axialen Stauchung der Wirbelsäule gekommen sei, sei von einem plötzlichen massiven Impuls auf das Bewegungssegment auszugehen. Die dabei auftretenden hohen Druckwerte und Seitenkantenbelastungen kämen bei normalen Bewegungsabläufen nicht vor. Ohne das Ereignis hätte die Klägerin einen solchen Bandscheibenvorfall im gleichen Zeitraum und Ausmaß nicht erlitten. Der Unfall sei als Ursache für die Entstehung und die Verschlimmerung des Bandscheibenvorfalles zu sehen.

Der vom Senat auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG zum weiteren ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Prof. Dr.P. führte im Gutachten vom 25.02.2003 aus, die Klägerin sei von einer Leiter aus ca. zwei Meter Höhe gestürzt und dabei auf einen Herd geplatzt, was sofort zu Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte aber auch zu einer Gefühlsstörung im rechten Bein und spontanem Urinabgang geführt habe. Die angegebenen Beschwerden seien glaubhaft und entsprächen auch dem klinischen Bild, das sich aus einer Zwischenwirbelscheibenschädigung lumbal ergebe, vor allem wenn diese spontan durch ein Trauma ausgelöst werde. Prof.Dr.P. schließe sich den Ausführungen des Prof.B. voll inhaltlich an, ebenso den Ausführungen des Dr.M ...

Die Beklagte wandte ein, der Nachweis einer erheblichen Gewalteinwirkung, die geeignet gewesen wäre, eine Bandscheibe zu zerreißen, sei nicht gegeben. Dr.K. habe ausgeführt, dass eine unphysiologische Belastung der Bandscheibe nicht gegeben gewesen sei. Entgegen der Annahme des Prof.Dr.B. sei es nicht zu einer massiven axialen Stauchung der Wirbelsäule gekommen, vielmehr zu einer Kontusion des rechten Hüftgelenkes. In ihren Erangaben bei Dr.K. habe die Klägerin angegeben, sie sei mit der rechten Hüfte auf einen Herd gestürzt. Prof.Dr.B. Aussage, dass dem Hergang vom 12.02.1996 die Bedeutung eines auslösenden Faktors zukomme, zeige, dass hier keine wesentliche Gewalteinwirkung vorgelegen habe und dass eine solche zum Entstehen des Schadens nicht notwendig gewesen sei. Weiter sei festzustellen, dass die Klägerin erst zwei Tage nach dem Vorfall einen Arzt aufgesucht habe. Bei einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit, Schmerzen und pausenlosem Urinabgang - wie gegenüber Dr.M. geschildert - lasse sich ein solches Verhalten aber nicht erklären. Hinzu komme, dass die Klägerin zwar gegenüber Dr.K. Gefühlsstörungen im Bereich der Zehen angegeben habe, diese jedoch bereits früher dokumentiert seien und von Dr.K. auch nicht verifiziert worden seien. Weder bei der Untersuchung am 14.02.1996, noch bei einer weiteren Untersuchung am 12.04.1996 habe die Klägerin von Urinabgang gesprochen. Auch die Schmerzsymptomatik könne bei weiter bestehender Arbeitsfähigkeit - wie sie Dr.K. angegeben habe - nicht gravierend gewesen sein. Im Bericht vom 12.08.1996 werde über eine erst seit einigen Wochen konstante Blasenentleerungsstörung berichtet. Bandscheibensymptome seien im Übrigen bereits aus den ärztlichen Berichten des Jahres 1992 dokumentiert. Auch zeigten sich bereits entsprechende Veränderungen auf den damaligen Röntgenaufnahmen.

Die Klägerin hat hierzu ausgeführt, sie sei von der Leiter mit dem Gesäß und Rücken auf den Herd gestürzt. Direkt nach dem Unfall sei es zu Harnabgang und massiven Schmerzen sowie der Gefühlsstörung im Bein gekommen. Prof.B. habe eindeutig von einer massiven axialen Stauchung der Wirbelsäule gesprochen. Einzig Dr.K. nehme fälschlicherweise keine Kausalität an. Er irre, wenn er meine, durch den Sturz müsse es zwingend zu äußeren Verletzungen gekommen sein. Dr.K. gehe eindeutig von falschen biomechanischen Voraussetzungen aus. Im Übrigen sei ein sicherer Ausschluss von Bandscheibensymptomen vor dem Unfall gegeben. 1992 sei es nur zu einer Kontusion des rechten Oberschenkels und einer Peroneusdruckschädigung gekommen. Die einmalige Erwähnung einer Lumboischialgie sei außer Acht zu lassen. Das nach dem Unfall angefertigte Röntgenbild zeige keine Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose.

Die Klägerin übersandte ein Protokoll, aufgenommen über die öffentliche Sitzung der 1. Zivilkammer des Landgerichts Weiden am 31.10.2002. Die Klägerin erklärte dort als Zeugin, bis zur Untersuchung durch Prof.Dr.B. sei sie nie richtig nach dem genauen Sturzablauf gefragt worden. Nach dem Unfall habe sie sofort starke Schmerzen gehabt und die Nacht auf dem Sofa im Aufenthaltsraum der Metzgerei verbracht, weil sie nicht gehen können. Da sich ihr Zustand nicht gebessert habe, habe sie am 14.02. Dr.K. aufgesucht. Ob sie Dr.K. von dem spontanen Urinabgang erzählt habe, wisse sie nicht mehr, jedenfalls habe sie es Dr.H. und Dr.B. erzählt. Es treffe nicht zu, dass sie - wie Dr.K. im Durchgangsarztbericht erwähne - nach dem Unfall weitergearbeitet habe.

Prof.Dr.B. gab als Sachverständiger an, es sei völlig ohne Belang, ob die Klägerin auf das Gesäß oder auf die rechte Hüftseite gestürzt sei. Nicht nur eine Stauchung, sondern auch die Kombination von Stauchung und Verbiegung könne zu einem Bandscheibenvorfall führen. Auch Prellmarken müssten nicht zwingend vorhanden sein. Es sei nicht ungewöhnlich, dass sich Patienten bei einem akuten Bandscheibenvorfall erst nach mehreren Tagen in ärztliche Behandlung begäben, da sie noch auf Besserung hofften.

Die Klägerin stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 23.11.2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 10.08.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.04.1999 zu verurteilen, ihr Verletztenrente in Höhe von mindestens 30 v.H. der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten 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](#) i.V.m. § 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß § 548 Abs.1 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 Unfall 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](#) f.). 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 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 der Klägerin vom 12.02.1996 hat keine bleibenden Gesundheitsstörungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bzw. die begehrte MdE von 30 v.H. der Vollrente bedingen würden, zurückgelassen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem schlüssigen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen Dr.K ... Bandscheibenverletzungen entstehen als Unfallfolgen meist zusammen mit Wirbelkörperfrakturen. Die Bandscheibenbeteiligung ist eine häufige Begleitverletzung des Wirbelkörperbruchs, der isolierte Wirbelkörperbruch ist relativ selten. Noch erheblich seltener sind isolierte Bandscheibenverletzungen; sie treten nur in etwa 3 % der Fälle auf. Unter einer isolierten Bandscheibenverletzung wird jede durch starke Krafteinwirkung entstandene Quetschung oder Zerreißung einer oder mehrerer Bandscheiben verstanden (vgl. Schoenberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S.490 f.). Zur Bejahung des Zusammenhangs zwischen einem Unfallereignis und dem Bandscheibenvorfall müssen nach derzeitiger Lehrmeinung folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Das Unfallereignis muss schwer genug gewesen sein, um Rissbildungen in der Bandscheibe zu verursachen, es muss auch in seiner Mechanik so abgelaufen sein, dass es die Entstehung derartiger Rissbildungen erklärt, der Nachweis muss geführt werden, dass sich im unmittelbaren Anschluss an den Unfall schmerzhafte Funktionsstörungen an der Lendenwirbelsäule eingestellt haben, und zwar dadurch, dass der Verletzte seine Arbeit nach dem Unfall niedergelegt hat; Beschwerdefreiheit, zumindest Beschwerdearmut muss vor dem Unfall vorgelegen haben, d.h. keine Ischias- oder Lumbagoanfälle. Weiter müssen die klinischen Symptome für einen hinteren Bandscheibenvorfall sprechen (vgl. Schoenberger-Mehrtens-Valentin a.a.O. S.491 f.).

Zur Annahme eines geeigneten Unfallereignisses ist erforderlich z.B. die Einwirkung erheblicher Kräfte auf die gebeugte Wirbelsäule, die die Beugung zu verstärken trachten, Verdrehen des Rumpfes unter gleichzeitigem Heben oder Bewegen schwerer Lasten. Hinweise auf die Stärke der Krafteinwirkung, die eine Bandscheibenverletzung bewirken kann, geben begleitende knöcherne Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule, Schädel-Hirntraumen, Extremitäten- oder Rumpferletzungen. Als geeignetes Unfallereignis werden angesehen eine schwere Stauchung der Lendenwirbelsäule bei einem Sturz, Überschlag, Hinausschleudern aus offenem Wagen oder eine ungewöhnliche, überraschende, daher unkoordinierte Kraftanstrengung, z.B. beim Ausrutschen oder Beinahesturz mit schwerer Last, sodass das Überraschungsmoment im Vordergrund steht. Bei vorgeschädigter Wirbelsäule mit spondylotischen und osteochondrotischen Veränderungen genügt nach übereinstimmender Anschauung im medizinischen Schrifttum ein geringer Zusatzimpuls, um das aktuelle klinische Syndrom auszulösen. Auf Grund des Vorschadens kommt es zur Riss- und Spaltbildung im Bereich des Faserringes, durch den dann zermürbtes Bandscheibengewebe "vorfallen" kann (Schoenberger-Mehrtens-Valentin, a.a.O. S.492 f.).

Unter Berücksichtigung dieser in der medizinischen Wissenschaft vertretenen Auffassungen kann der Sturz der Klägerin vom 12.02.1996 nicht als geeignetes Unfallereignis angesehen werden, denn nicht jede Gewalteinwirkung - sie mag auch als Unfallereignis noch so dramatisch abgelaufen sein - ist nach Art und Richtung in der Lage, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen oder den Zustand einer vorgeschädigten Bandscheibe zu verschlimmern. Wie Dr.K. in Übereinstimmung mit Dr.T. , dessen im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, zutreffend ausgeführt hat, ist es durch den Sturz nur zu einer Anprallverletzung an der Hüfte gekommen. Eine schwere Prellung ist insofern auszuschließen, als äußere Verletzungszeichen wie Schürfwunden oder Blutergussbildungen nicht aufgetreten sind. Wenn man voraussetzen würde, dass eine derartige Gewalteinwirkung geeignet wäre, die Bandscheibe zu schädigen, so müssten auch andere knöcherne Verletzungen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule, z.B. des Beckens, der Hüfte oder des körpernen Oberschenkels, statistisch gesehen signifikant gehäuft mit Bandscheibenvorfällen vergesellschaftet sein. Dies ist aber, so Dr.K. , nicht der Fall.

Wenn auch bei der Klägerin vor dem Unfall ein Vorschaden, der zu messbaren Funktionseinschränkungen geführt hätte, nicht dokumentiert ist, so ist aber doch eine Schadensanlage zweifellos gegeben gewesen; zum einen schon deshalb, weil das Bandscheibengewebe einem fortschreitenden Degenerationsprozess unterliegt. In Übereinstimmung mit der herrschenden medizinischen Lehrmeinung hat Dr.T. darauf hingewiesen, dass die Degenerationsvorgänge an der Wirbelsäule ein sich schicksalsgemäß entwickelndes Leiden darstellen, denn am gesamten Binde- und Stützgewebe des Organismus kommt es zu degenerativen Abnutzungs- und Abbauvorgängen, die im dritten und

vierten Lebensjahrzehnt einsetzen und verschieden stark ablaufen. Sie bestehen ganz allgemein in einem Nachlassen der Elastizität und des Flüssigkeitsgehaltes des Gewebes.

Das Bandscheibengewebe gehört zu den bradytrophen Geweben, die nur über eine sehr mäßige Regenerationskraft verfügen. Schon im Kindesalter beginnen Erscheinungen, die als Degeneration zu bezeichnen sind. Von Laien wird immer wieder argumentiert, dass vorher keinerlei Beschwerden vorgelegen hätten. Dies liegt daran, dass der langsam, aber sicher weiter fortschreitende Degenerationsvorgang nicht empfunden wird, da das Bandscheibengewebe nicht mit wesentlichen Schmerzfasern durchsetzt ist, wie Dr.T. erläutert. Erst wenn auf Grund der Massenverschiebung bei fortgeschrittener Degeneration eine relevante Formveränderung eingetreten ist und die sich verformende Bandscheibe dann gegen Nerven- oder Bandstrukturen mit vermehrter Nervenversorgung drückt, kann es zur Schmerzhaftigkeit kommen. Selbst die Phase der Vorwölbung und sogar des Vorfalles würde häufig überhaupt nicht bemerkt, weil sie langsam vonstatten geht, meist parallel verlaufend mit Reparationsvorgängen und keine Kompression von umliegendem Nervengewebe bedingt. Hier spielt auch die anlagebedingte Enge oder Weite des Rückenmarkkanales eine Rolle. Wenn ein Ungleichgewicht zwischen degenerativen Vorgängen und Reparation vorliegt, kann dies zu einer Erweichung des Bandscheibengewebes führen. Bei zahlreichen Bewegungsabläufen des täglichen Lebens, so Dr.T. , kann dann eine Blockierung entstehen, d.h. die Gelenkfacetten werden nun ungünstig zueinander belastet, und schmerzreflektorisch kann sich eine sog. Blockierstellung mit schmerzhafter Bewegungsstörung entwickeln. Dieser Vorgang tritt meist plötzlich auf, erfahrungsgemäß, wie Dr.T. betont, auch bei völlig harmlosen Bewegungs- und Belastungsabläufen. Kommt es zu einem derartigen Schmerz aber bei größerer körperlicher Belastung oder bei einem Unfall, wird diesem Ereignis Ursächlichkeit zugeordnet, obwohl eigentlich nur ein Anlasscharakter besteht. Es handelt sich nämlich nur um eine schicksalsmäßige Schmerzentstehung auf dem Boden einer sich schon lange vorher entwickelnden degenerativen Veränderung. Da die Reißfestigkeit der Bandverbindungen eindeutig höher ist als die Bruchfestigkeit der knöchernen Strukturen, ist eine isolierte Bandscheibenschädigung ohne Beteiligung der knöchernen Strukturen nicht denkbar. Zudem besteht die Wirbelsäule aus zahlreichen Gliedern, sodass es unwahrscheinlich ist, dass bei einer hypermobilisierenden Gewalteinwirkung nur ein Segment isoliert von der schädigenden Kraft betroffen sein sollte. Die extrem seltenen traumatischen Bandscheibenschäden beschränken sich, wie Dr.T. ausführt, auf Vorgänge, die einen außergewöhnlichen Schweregrad aufweisen, beispielsweise das Herausschleudern aus einem Pkw oder auch eine exzessive unerwartete Lastübernahme, z.B. beim Tragen eines Flügels.

Auch ein Röntgenbild, das noch keine Anzeichen für eine Verminderung der Höhe der Bandscheibe und Verdichtung der angrenzenden knöchernen Deckplatten erkennen lässt, schließt eine beginnende Osteochondrose nicht aus. Vorzugsweise betroffen werden die Bandscheiben, die am Übergang von einem beweglichen zu einem unbeweglichen Wirbelsäulenabschnitt einer besonderen Beanspruchung ausgesetzt sind. Hier handelt sich ganz besonders um die untere Lendenwirbelsäule, nämlich die letzte und - wie im Falle der Klägerin - vorletzte Bandscheibe (vgl. Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Auflage 1993, S.164 f.). Bei der Klägerin liegen, wie sich aus den Röntgenaufnahmen und MRTs ergibt, degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule eindeutig vor. Denn die Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 14.07.1997 zeigte degenerative Veränderungen insbesondere in den Segmenten LWK 4/5, geringer L 3/4, wie Dr.L. vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in R. festgestellt hat. Auch Prof.Dr.G. hat im Gutachten vom 27.11.1997 auf ein persistierendes sensibles distales L-5- und S-1-Syndrom hingewiesen. Dr.N. hat im Befundbericht vom 12.11.1992 auf eine beginnende Spondylose und Osteochondrose der Lendenwirbelsäule, die auf dem Röntgenbild vom 01.06.1992 zu sehen sei, aufmerksam gemacht.

Insofern fehlt es nicht nur an einem geeigneten Unfallereignis, sondern an der unteren Lendenwirbelsäule bestand bereits vor dem Unfall eine eindeutig gesicherte Schadensanlage.

Auch wenn man trotz der fehlenden entsprechenden Angaben im Bericht des Dr.K. davon ausgeht, dass gleich nach dem Unfall heftige Beschwerden mit Urinabgang bestanden haben, so ist jedenfalls Beschwerdefreiheit vor dem Unfall im Hinblick auf die für 1992 dokumentierten Lumboischialgien nicht gegeben gewesen. Denn, so Dr.K. , auch eine normale Verrichtung des täglichen Lebens hätte wahrscheinlich zu der gleichen Zeit oder in zeitlicher Nähe zu einem Bandscheibenvorfall geführt. Wie Dr.K. betont, untermauert der von Prof.Dr.G. festgestellte intraoperative Befund mit mehreren sequestrierten, also abgestorbenen Bandscheibenanteilen den alleinigen degenerativen Entstehungscharakter der Bandscheibenprotrusion.

Die entgegenstehenden Ausführungen von Prof.Dr.G. , Prof. Dr.P. , Dr.M. und Prof.Dr.B. können dagegen nicht überzeugen. Prof.Dr.G. ging, ebenso wie Prof. Dr.B. , davon aus, dass vor dem Unfall Beschwerdefreiheit bestanden hätte, was, wie die vorliegenden ärztlichen Unterlagen zeigen, eindeutig nicht der Fall war. Prof.Dr.P. wies in der Stellungnahme vom 18.10.2000 auf die unzweifelhaft vorliegende degenerative Vorschädigung hin und führte weiter aus, der Bandscheibenvorfall sei durch das Trauma ausgelöst worden, von der vorbestehenden physiologischen Degeneration aber mitbedingt. Zur Begründung der haftungsausfüllenden Kausalität ist aber eine lediglich auslösende Funktion nicht ausreichend. Das Gutachten des Prof.Dr.B. wurde für die Feststellungen im Rechtsstreit mit der privaten Versicherung erstellt; in diesem Verfahren sind andere Kausalitätserfordernisse gegeben, als im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung.

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

2003-09-04