

## L 2 U 286/02

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 887/97

Datum

23.05.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 286/02

Datum

25.06.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.05.2002 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der im Jahr 1958 geborene Kläger erlitt am 26.09.1995 gegen 14.25 Uhr dadurch einen Unfall, dass ein Kraftfahrzeug auf seinen hinter einem Lkw stehenden Pkw auffuhr. Er stellt sich am 28.09.1995 um 8.00 Uhr erstmals dem Arzt Dr.K. vor, der ein HWS-Schleudertrauma, Brustkorbprellung, sekundäre Myalgie diagnostizierte. Die Röntgenaufnahmen der HWS und der BWS seien frei von pathologischen Veränderungen. Am 09.10.1995 stellte der Chirurg Dr.K. fest, die Aufnahmen vom Unfalltag ergäben eine Steilstellung der HWS wie bei einem Schleudertrauma, keine degenerativen Veränderungen, keine Luxation oder Subluxation. Nachdem sich die Beschwerden deutlich gebessert hätten, habe der Kläger am 09.10.1995 erneut heftige Schmerzen beim Bewegen des Kopfes bekommen. Nach Abnahme der Halskrawatte zeige sich eine deutliche Schonhaltung des Kopfes auf der HWS. Der neurologische Zustand sei unauffällig. Arbeitsunfähigkeit liege bis einschließlich 15.10.1995 vor. Die Techniker-Krankenkasse meldete bei der Beklagten Ersatzansprüche wegen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit des Klägers vom 01.02.1996 bis 23.02.1996 wegen Kreuzschmerz, Stenose der Foramina intervertebralia, vom 01.08.1996 bis 14.08.1996 wegen Schwindels unklarer Genese, vom 11.11.1996 bis 22.11.1996 wegen Schwindelattacken und HWS-Syndrom und vom 13.12.1996 bis auf Weiteres wegen Schwindels unklarer Genese, HWS-Syndrom, Unruhezustände, hypertoner Krise, vegetativer Herzrhythmusstörungen, Perianalvenenthrombose. Die Beklagte holte ein Gutachten des Orthopäden Dr.G. F. vom 01.07.1997 ein. Der Arzt zitiert eine lumbale Computertomographie vom 05.02.1996, eine am 30.09.1996 durchgeführte Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittelgabe, eine Kernspintomographie der HWS vom 27.09.1996, eine Kernspintomographie des Schädels des Klägers vom 26.09.1996, eine Funktionskernspintomographie der Halswirbelsäule vom 09.01.1997, eine internistische Untersuchung vom 12.09.1996, augenärztliche Untersuchung vom 09.05.1997 und HNO-ärztliche Untersuchung vom 15.07.1996. Der Kläger berichtete bei dem Gutachter, er habe zunächst nach dem Unfall keine Beschwerden verspürt, sei zu einem Kunden gefahren und habe das Auto zur Reparatur gebracht. Am nächsten Tag habe er zunehmend Beschwerden im Bereich der Hals-Nacken-Region, ausstrahlend in den linken Schulterbereich, gehabt. Am übernächsten Tag habe er erstmals einen Arzt konsultiert. Nachdem sich über einen weiteren Zeitraum von ca. zwei Wochen die Beschwerden weiter verschlechtert hätten, sei eine Vorstellung beim Durchgangsarzt erfolgt. Hiernach hätten sich die Beschwerden im Laufe der Zeit nur langsam gebessert. Ca. 2 1/2 Wochen nach dem Unfall habe er wieder mit der Arbeit begonnen. Danach sei er seitens der HWS völlig beschwerdefrei gewesen. Im Januar 1996 habe er einen weiteren Unfall erlitten, wobei er auf die linke Seite der Rippenregion gestürzt sei. Im Februar 1996 habe er erstmalig Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule beim Anheben einer schweren Last verspürt. Seit Sommer 1996 habe er wiederkehrend Schwindelanfälle, Hörprobleme, arterielle Hypertonie, rechtsseitige Sehstörung Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule bei Überstreckung. Eine neurologische Untersuchung habe keinen auffälligen Befund ergeben. Bei der jetzigen Untersuchung zeige sich die Wirbelsäule in allen Abschnitten altersentsprechend frei beweglich. Sie sei lotgerecht aufgebaut bei leichtem Flachrücken. Es fänden sich druckschmerzhafte Verspannungen im Bereich der Hals-, Nackenmuskulatur. Druck- und Klopfschmerz werde über den Dornfortsätzen des 7. und 1. Brustwirbelkörpers angegeben. Neurologische Störungen seien nicht nachweisbar. Die Röntgenuntersuchung der HWS zeige im Wesentlichen altersentsprechende Knochen- und Gelenkstrukturen, keine Hinweise auf frische oder stattgehabte knöcherne Verletzung, keinen Hinweis auf Gefügestörung. Eine cervikale Kernspintomographie habe eine Bandscheibenprotrusion am Segment HWK 4/5 sowie diskrete HWK 3/4, speziell bei HWS Anteflexion ergeben. Eine Computertomographie der unteren Lendenwirbelsäule habe eine deutliche mediolaterale Protrusion der Bandscheibe L 4/5 links erbracht. Unauffällige Befunde hätten eine Kernspintomographie des Schädels sowie des Abdomens ergeben. Es bestünde beim Kläger ein chronisches Cervikalsyndrom, Myalgie der HWS, ohne wesentliche Funktionsstörung, Bandscheibenvorwölbung an den Segmenten HWK 4/5 HWK 3/4. Der Kläger habe eine Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, eine sogenannte HWS-Distorsion erlitten. Entsprechend der

Einteilung der Halswirbelsäulendistorsion nach Erdmann handele es sich, insbesondere unter Berücksichtigung des zunächst beschwerdefreien Intervalls, um eine leichte bis mittlere Beschleunigungsverletzung. Hierbei komme es zu Gelenkkapselteilrissen, Bänderzerrungen, Bänderdehnungen ohne Instabilität, ohne neurologische Ausfälle, gelegentlich zu vegetativen Irritationen und mehr oder minder diffusen Hinterkopfschmerzen. Wie bei Distorsionen an anderen Körperabschnitten bestehe hierbei ein Verletzungsmechanismus, der bereits definitionsgemäß eine weitergehende Schädigung ausschließe. Erfahrungsgemäß heilten derartige Verletzungen ohne bleibende messbare Folgen zu hinterlassen, rasch ab. Entsprechend sei ca. ein Monat nach dem Unfallereignis subjektive Beschwerdefreiheit seitens der HWS eingetreten. Rückblickend sei die unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit sowie unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 15.10.1995 zu bestätigen. Die Bandscheibenvorwölbungen an den Segmenten HWK 4/5 und HWK 3/4 mit bewegungsabhängigen Beschwerdesymptomatik seien nicht dem Unfallereignis vom 26.09.1995 zuzuordnen. Eine Bandscheibenvorwölbung oder Vorfall entstünden in der Regel auf dem Boden degenerativer Veränderungen durch alltägliche Belastung. Traumatische Bandscheibenvorwölbungen seien demgegenüber selten. Sie kämen vor nach Brüchen, benachbarter Wirbelkörper, bei Einwirkung erheblicher Kräfte auf die gebeugte Wirbelsäule, die die Beugung zu verstärken trachteten, bei Verdrehung des Rumpfes oder gleichzeitigem Heben und Bewegen schwerer Lasten. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei zu bejahen, wenn eine erhebliche Unfalleinwirkung der vorgenannten Art nachzuweisen sei, es zweitens in unmittelbarem zeitlichen Anschluss an den Unfall zur Ausbildung deutlicher, für den Bandscheibenvorfall typischer Wurzelreizsymptome gekommen sei. Diese Kriterien träfen bei dem Kläger nicht zu. Die vom Kläger angegebenen Funktionsbeschwerden im Bereich der Halswirbelsäule seien glaubhaft und ließen sich objektivieren. Sie seien zurückzuführen auf unfallunabhängige Bandscheibenveränderungen der mittleren Halswirbelsäule. Die Rückführung der ca. ein Jahr nach dem Unfallereignis aufgetretenen Schwindelattacken, Hör- und Sehstörungen, Herzrhythmusstörungen und Hypertonie auf das Unfallereignis sei insbesondere aufgrund des fehlenden unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs nach medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnissen nicht nachvollziehbar. Ein entsprechend objektives Korrelat sei nicht erkennbar. Speziell der aktendokumentierte klinische Ausschluss einer Gehirnerschütterung sowie der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unauffällige neurologische Befund schlossen eine weitergehende Schädigung zentral nervaler Strukturen aus. Internistischerseits sei diesbezüglich der Verdacht auf ein funktionelles Beschwerdebild geäußert worden. Wesentliche Unfallfolgen lägen nicht mehr vor. Eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung bei unfallunabhängigen Bandscheibenvorwölbungen im Bereich der mittleren HWS seien nicht nachweisbar. Ab 16.10.1995 bestünden keine wesentlichen Unfallfolgen mehr. Mit Bescheid vom 17.07.1997 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente ab, da der Unfall eine MdE rentenberechtigenden Grades über die 13. Woche nicht hinterlassen. Sie bezog sich auf das Gutachten des Dr.G. F. ...

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein, mit dem er geltend machte, es seien wesentliche, bisher nicht ausgeheilte Unfallfolgen verblieben. Er bezog sich auf einen Befundbericht des Dr.M. vom 16.06.1997 sowie einen Bericht des Dr.H. vom 15.07.1996 und einen Bericht der Radiologengemeinschaft A. vom 27.09.1996. Es bestehe bei ihm eine Fehlhaltung der HWS mit deutlicher Überstreckung sowie deutliche Instabilität der Segmente C 3/C 4, C 4/C 5. Auch liege eine deutliche Steilstellung mit angedeuteter Knickkyphose bei C 4/C 5 vor. Nach der Auffassung von Dr.M. sei eine deutliche Indikation zur Operation gegeben. Seit dem Schadensereignis habe er erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Bluthochdruck, Pulsrasen, Schweißausbrüche, Schwindelanfälle, rezidivierende Kopfschmerzen sowie Sehstörungen. Im Bericht vom 15.07.1996 führt der HNO-Arzt Dr.H. aus, der Kläger gebe an, einen Autounfall vor Jahren gehabt zu haben. Jetzt stelle sich ein Pfeifen im linken Ohr ein. Subjektiv ergebe sich eine leichte Hörminderung linksseitig. Im Tonschwellenaudiogramm zeige sich eine mögliche Ursache für das Pfeifen durch lärmbedingten Schaden oder Schaden an der Wirbelsäule. Weiter verwies der Kläger auf eine Kernspintomographie des Schädels vom 26.09.1996, welche wegen anfallsartigen Schwindelgefühl und Taubheitsgefühl im Körper gefordert worden war. Sie erbrachte keine abgrenzbare cerebrale Läsion, keine Raumforderung, keine auffällige Gefäßstruktur. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 15.09.1997 führte der Gutachter Dr.F. erneut aus, die ab Februar 1996 aufgetretenen Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die funktionellen Beschwerden ab Sommer 1996 seien aufgrund des fehlenden zeitlichen Zusammenhangs nicht auf das Unfallereignis vom 26.09.1995 zurückzuführen. Bei der Funktionskernspintomographie der HWS vom 09.01.1997 habe sich eine funktionelle Bandscheibenvorwölbung an den Segmenten C 4/5 und C3/4 ohne Hinweise auf Gefügestörung gefunden. Entsprechend habe die klinische Untersuchung am 26.06.1997 keine Hinweise auf segmentale Instabilität ergeben. Die im Rahmen der neurochirurgischen Untersuchung am 16.06.1997 festgestellte deutliche Instabilität der Segmente C 3/4 und C 4/5 sei aus orthopädischer Sicht weder klinisch noch röntgenologisch nachweisbar. Ebenso seien beim Kläger aus schulmedizinischer Sicht operative Maßnahmen derzeit kontraindiziert.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In dem daran anschließenden Klageverfahren verwies der Kläger erneut auf das Attest des Dr.M. vom 16.06.1997 und auf Dr.V. , der die Steilstellung der gesamten mittleren HWS und eine Instabilität der Wirbel auf den Arbeitsunfall vom 26.09.1995 zurückführe. Das Sozialgericht hat einen Bericht des Nervenarztes Dr.K. vom 23.11.2000 eingeholt, der ausführt, der Kläger sei von ihm am 21.01.1986 und am 05.06.2000 untersucht worden. Er habe 1986 Einschlafstörungen mit herzphobischen Symptomen, Luftnot, Globusgefühle, sowie Konzentrationsstörungen im Rahmen einer Konversionsneurose geäußert. Am 05.06.2000 habe er über seit 1995 bestehende rezidivierende Schwindelzustände und hochgradig eingeschränkte Beweglichkeit sowie in Abheilung befindliche Narbe bei Zustand nach ventraler Distektomie C 3/4 und Zeichen einer vegetativen Dysregulation geklagt. Es habe kein Anhalt für einen intracraniellen raumfördernden Prozess bestanden. Beim Kläger habe ein Zustand nach Bandscheiben-OP C 4/5 und C 3/4, psychovegetatives Syndrom und leichte cerebrale Durchblutungsstörungen bei Hypertonie vorgelegen. Weiter hat das Sozialgericht einen Befundbericht der Nervenärztin Dr.F. vom 27.11.2000 eingeholt, bei welchem sich der Kläger am 11.11.1999 und 30.11.1999 vorgestellt hatte. Er hatte erklärt, seit Mitte 1996 vor allem beim Autofahren, laufe es ihm heiß und kalt durch den Körper, wie wenn etwas eingespritzt worden wäre. Der Puls gehe in die Höhe, der Blutdruck steige (180/110). Er könne sich schlechter konzentrieren und habe deswegen Psychopharmaka erhalten, was jedoch keine Änderung gebracht habe. Er sehe rechts alles verschwommen, zeitweise habe er auch Sehstörungen links, teilweise Doppelbilder seit 14 Tagen. Bei der Wiedervorstellung am 30.11.1999 habe er bekundet, einmal das Gefühl gehabt zu haben, ohnmächtig zu werden, gleichzeitig Nackenschmerzen zu haben. Bei den beschriebenen Anfällen gehe ein Gefühl, wie eine Explosion durch den Körper, wie kurz vor einer Ohnmacht. Im Sommer 1996 seien solche Zustände erstmals nach einer Infusionsbehandlung aufgetreten. Er habe zunächst Kribbeln im Kopf, anschließend werde es heiß und kalt, der Blutdruck steige, er erlebe die vertraute Umgebung als fremd. Solche Erlebnisse habe er auch außerhalb der obengenannten Zustände seit der Jugend. Er habe zeitweise das Gefühl, dass die Umgebung auf ihn zukomme, nehme faule Gerüche vor dem Anfall wahr und habe weiter Schmerzen da und dort. Der neurologische Befund vom 11.11.1999 sei unauffällig gewesen. Es bestehe der dringende Verdacht auf komplex-partielle Anfälle und Subclaviastenose links. In einem Bericht des Prof.Dr.L. (Krankenhauszweckverband A.) vom 30.12.1999 werden die Diagnosen gestellt: Paroxysmale vegetative Anfälle, Zustand nach schwerer HWS-Distorsion 1995, Zustand nach Operation im Bereich der HWS. Weiter fügte die Ärztin Dr.F. einen CCT-Befund des Gehirns des Klägers vom 15.11.1999 bei, worin ein unauffälliges

Schädel-CT festgestellt wird. Weiter holte das Sozialgericht einen Bericht des Allgemeinarztes Dr.S. vom 27.11.2001 ein, bei dem sich der Kläger erstmals am 24.09.1996 vorgestellt hatte. Der Arzt stellte die Diagnosen: Ausschluss-Phäochromozytom, Schwindel, Tinnitus, arterielle Hypertonie, Hyperhydrosis, Verdacht auf somatoforme Störung, Ausschluss Hypertheriose, Diarrhoe, Verdacht auf Gefügestörung im Bereich der Halswirbelsäule mit konsekutiven vegetativen Begleitsymptomen.

Das Sozialgericht hat ferner einen Bericht des Orthopäden Dr.W. M. vom 24.11.2000 eingeholt, der ausführte, der Kläger sei ihm seit 06.02.1992 bekannt. Zuletzt habe er sich am 23.04.1999 bei ihm vorgestellt. Er habe bei seinen regelmäßigen Vorstellungen Beschwerden im HWS-Bereich, mal mit, mal ohne Ausstrahlung und Sensibilitätsstörungen in den oberen Extremitäten geklagt. Als Begleiterscheinung seien häufig Kopfschmerzen und Schwindelsensationen angegeben worden. Am 06.02.1992 habe er, Dr.M., eine HWS-Fehlhaltung rechtskonvex, BWS linkskonvex, LWS rechtskonvex, tiefsitzende Kyphose, Stauchschmerz der HWS festgestellt. Am 09.03.1993 hätten u.a. eine endgradige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen und spannungsvermehrte Schulternackermuskulatur vorgelegen. Am 15.02.1994 sei eine Prüfung der HWS-Beweglichkeit erfolgt. Die Blickwendungen hätten sich als nahezu altersgemäß erwiesen. Neurologisch und HNO-ärztlich sei eine Abklärung ohne pathologischen Befund erfolgt. Er legte Beurteilungen von Computertomographien der HWS durch Dr.A. vom 05.03.1999 und durch den Radiologen W. vom 10.06.1998 vor. Weiter zog das Sozialgericht einen Bericht des HNO-Arztes Dr.H. bei, bei dem sich der Kläger lediglich am 09.07.1996 vorgestellt hatte. Der Arzt diagnostizierte einen Tinnitus aurium links bei Innenohrschwerhörigkeit und Zustand nach Kontusio der HWS. Weiter zog es einen Bericht des Augenarztes Dr.S. vom 11.12.2000 bei, der eine kleine zentrale, wohl angeborene Linsentrübung links beim Kläger feststellte und ausführte, der Kläger leide an unklaren Sehbeschwerden, eventuell bedingt durch Einnahme eines Muskelrelaxans (Musaril). Weiter zog das Sozialgericht einen Bericht des Dr.Z. vom 01.2001 bei, der den Kläger seit 01.07.1987 behandelte und das Hinzutreten von Kreislaufstörungen und einem Angstsyndrom diagnostizierte. Es bestünde eine deutliche psychosomatische Überlagerung im Sinn eines posttraumatischen Stresssyndroms.

Weiter holte das Sozialgericht einen Bericht des Dr.B. vom 26.01.2001 ein, der den Kläger seit 10.12.1996 behandelt und die Diagnosen gestellt hat: Bandscheibenprotrusion bei Hypermobilität/Instabilität C 4/C 5 bei Inklinatation der HWS mit generalisiert erhöhter neuraler Gegenspannung und rezidivierender über die Inklinatation der HWS ausgelöste vegetative Kreislaufunktionsstörung mit hypotoner Kreislaufgegenregulation. Beigefügt waren Berichte des Dr.M. über Röntgenaufnahmen der HWS vom 27.10.1997 und ein Bericht des Dr.M. vom 16.06.1997. Letzterer führte aus, durch Bewegen des Kopfes werde beim Kläger eine deutliche Instabilität der Segmente C 3/C 4, C 4/C 5 sichtbar. Die mitgebrachte MR-Aufnahme der Gemeinschaftspraxis A. vom 27.09.1996 zeige eine deutliche Steilstellung mit angedeuteter Knickkyphose bei C 4/C 5 als Hinweis eines diskoligamentären Schadens.

Zur Klärung der Unfallfolgen hat das Sozialgericht ein Gutachten des Leitenden Oberarztes der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Städtischen Krankenhauses M. Dr.L. vom 10.04.2001 eingeholt. Der Sachverständige stimmt dem Gutachter Dr.G.F. zu, dass die bei der neurochirurgischen Untersuchung am 16.06.1997 festgestellte deutliche Instabilität der Segmente C 3/C 4, C 4/C 5 aus orthopädischer Sicht weder klinisch noch röntgenologisch nachweisbar sei. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass die operativen Bemühungen sich ausschließlich anlagebedingt degenerativer Veränderungen und nicht wie auch immer gearteten Instabilitätskriterien widmeten. Im Hinblick auf die noch rechtsgültige traumatologische Literatur könne von einem leichten Halswirbelsäulenbeschleunigungstrauma ausgegangen werden. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit könne mit vier Wochen festgelegt werden bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit mit 10 v.H. für maximal drei Monate. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenrelevantem Umfang liege nicht vor. Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. vom 16.07.2001 eingeholt, bei dem der Kläger erklärte er habe unmittelbar nach dem Aufprall keine Beschwerden gehabt, es sei dann noch zu einem Kunden gefahren, mit dem er 15 Minuten verhandelt habe und habe dann das Auto in die Werkstatt gebracht und sei anschließend mit einem Leihwagen nach Hause gefahren. Er habe noch keine Beschwerden gehabt, habe auch die Nacht ruhig durchgeschlafen. Als er am nächsten Morgen wach geworden sei, habe er den Kopf nicht mehr bewegen können, starke Schmerzen in der HWS gehabt. Er sei dann zum Hausarzt gegangen, der ihn sofort zum Durchgangsarzt überwiesen habe. Er sei 14 Tage arbeitsunfähig gewesen, die Beschwerden hätten sich dann auch gebessert und er sei wieder zur Arbeit gegangen. Nach ca. drei Monaten habe er erneut plötzlich heftige Nackenschmerzen bekommen, zusätzlich Kopfschmerzen und einen beidseitigen Tinnitus, links mehr als rechts. Dann seien in zunehmenden Maße auch Schwindelanfälle aufgetreten. Er sei im Anschluss daran wiederholt untersucht worden, unter anderem orthopädisch, neurologisch und auch HNO-ärztlich. Es sei jedoch nichts Fassbares dabei herausgekommen. Er sei dann zum Röntgenarzt Dr.V. nach K. vermittelt worden, der eine Untersuchung am offenen Kernspintomographen durchgeführt habe. Danach habe ihn Dr.V. sofort zur OP geraten und ihn an Dr.M. weiter verwiesen. Dieser habe auch die OP-Notwendigkeit bestätigt. Der Sachverständige führt aus, der psychiatrische Untersuchungsbefund sei normal. Neurologische Ausfälle hätten in Bestätigung sämtlicher Vorbefunde nicht vorgelegen. Aufgrund der Initialsymptomatik und aufgrund der doch relativ langen zeitlichen Latenz bis zum Auftreten der ersten Beschwerden sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis zu einer Distorsionsverletzung der HWS Grad I geführt habe. Der Kläger sei aus Unfallanlass nur kurze Zeit krank geschrieben worden und habe danach über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten hinweg keine Beschwerden gehabt. Die Beschwerden, die zur Erweiterung der Diagnostik geführt hätten und dann schließlich auch zum ersten operativen Eingriff, seien nach Angaben mehr als drei Monate nach dem Unfall aufgetreten, so dass ein Zusammenhang nicht anzunehmen sei. Eine traumatisch bedingte Instabilität wie bei Dr.V. beschrieben, sei mit einem relativ langen symptomfreien Intervall, wie es beim Kläger vorgelegen habe, nicht in Übereinstimmung zu bringen. Im Gegenteil sei bei einer unfallbedingten Instabilität eines oder mehrerer HWS-Abschnitte eine klinische Sofortsymptomatik zu fordern, die beim Kläger nicht vorgelegen habe. Beim Kläger habe aufgrund des Unfalls vom 26.09.1995 keine MdE messbaren Grades über die 13. Woche hinaus vorgelegen.

Gemäß § 109 SGG hat das Sozialgericht ein Gutachten des Facharztes für Neurochirurgie Dr.M. vom 28.01.2002 eingeholt. Der Kläger hat dort bekundet, früher immer gesund gewesen zu sein, nie derartige Probleme wie nach seinem Unfall gehabt zu haben. Unmittelbar nach dem Unfall habe er keine größeren Schmerzen gehabt, allerdings seien ein Tag nach diesem Ereignis starke Spannung im Nacken-Schulterbereich aufgetreten, weshalb er dann zwei Tage später den Arzt aufgesucht habe. Er sei mit der Diagnose eines HWS-Schleudertraumas krank geschrieben worden und habe eine Halskrawatte tragen müssen. Nach dieser Maßnahme sei anfänglich eine leichte Besserung eingetreten, es sei aber bald wieder zu Nackenschmerzen, Ohrenscherzen, Sehstörungen, Schwindel und Hinterkopfschmerzen gekommen. Im Mai 2000 sei die zweite Operation, jetzt in Höhe HWK 3/4 vorgenommen worden. Dieses Mal habe er sich sehr rasch erholt und sei annähernd beschwerdefrei gewesen, so dass er bereits 4 Wochen nach der Operation mit seiner Arbeit habe beginnen können. Leider habe sich am 04.11.2000 noch einmal ein Autounfall (Heckaufprall) ereignet. Seitdem habe er eine Verschlimmerung der geringen Restbeschwerden. Am 01.07.2001 habe sich ein dritter Unfall ereignet, der selbst verschuldet gewesen sei, wobei er aber keinen körperlichen Schaden und keine Verschlimmerung seiner Beschwerden erlitten habe. Es sei zu einer Gefügestabilität

beim Kläger zwischen drittem, vierten und fünften HWK gekommen. Alle angefertigten Aufnahmen, die in der Zeit nach dem Unfall durchgeführt worden seien, seien im Stillstand bei liegendem Patienten gemacht worden. Somit habe eine Instabilität durch Überdehnung, Lockerung der Bänder und Halteapparat der genannten Wirbelkörper nicht gezeigt werden können. Erst die kernspintomographische Untersuchung unter Bewegung bei Dr.V. habe gezeigt, dass tatsächlich eine Instabilität bei HWK 3/4 und HWK 4/5 bestehe. Unter Bildwandler habe er den Nachweis einer Instabilität im genannten Wirbelkörper noch einmal bestätigen können. Bis 16.06.2000 habe eine MdE in Höhe von 40 v.H. bestanden.

Im Termin am 23.05.2002 beantragte der Kläger, die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide zu verurteilen, vom 16.10.1995 an Verletztenrente in Höhe von 40 v.H. der Vollrente zu zahlen und festzustellen, dass die Gesundheitsstörungen, Fehlhaltung der HWS mit deutlicher Überstreckung, Instabilität der Segmente C 3, C 4/C 5 sowie deutliche Steilstellung mit angedeuteter Knickkyphose beim Segment C 4/C 5 Folge des Arbeitsunfalls vom 26.09.1995 seien.

Mit Urteil vom 23.05.2002 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt, als Folge des Unfalls sei es zu einer leichten Beschleunigungverletzung der Halswirbelsäule gekommen. Weitere Folgen hätten, wie aus den Gutachten, insbesondere denen der Ärzte Dres. L. und K. ergäben, nicht festgestellt werden können.

Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers.

Der Kläger macht geltend, die zur Berufsunfähigkeit führenden Körper- und Gesundheitsschäden seien auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der streitgegenständliche Verkehrsunfall sei nicht in seiner ganzen Schwere erfasst worden. Aus all diesen Gründen könne den Ausführungen des Gerichts nicht gefolgt werden, wonach eine weitere Begutachtung des Klägers nicht durchgeführt werden solle. Er verweist auf einen Befundbericht des Dr.B. vom 13.11.2002, der darin ausführt, von besonderer Bedeutung seien die bei Inklination auftretenden vegetativen Reaktionen, die von ihm anlässlich einer Untersuchung am 21.04.1997 akut gesehen worden seien. Neue Leiden seien seines Wissens nicht hinzugekommen, alte allerdings auch nicht hinweggefallen.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.05.2002 aufzuheben sowie den Bescheid vom 17.07.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.10.1997 entsprechend abzuändern, festzustellen dass beim Kläger als Folgen des Unfalls vom 26.09.1995 die im Antrag vor dem Sozialgericht vom 23.05.2002 genannten Gesundheitsstörungen vorliegen und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente in Höhe von 40 v.H. der Vollrente zu gewähren, hilfsweise ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) von Dr.B. , einzuholen zur Frage der Kausalität zwischen dem Unfall und den heute bestehenden Störungen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Funktionskernspintomographie der Halswirbelsäule des Klägers des Dr.V. vom 09.01.1997 und die Kernspintomographie über die HWS des Klägers vom 10.06.1998 und 27.09.1996 der Radiologengemeinschaft A. , die von Dr.G. F. in seinem Gutachten zitiert worden waren sowie die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts beigezogen. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist gemäß [§§ 143 ff. SGG](#) zulässig, sachlich jedoch nicht begründet.

Die Entscheidung richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, weil der Unfallzeitpunkt vor dem 01.01.1997 liegt und Entschädigungsleistungen vor diesem Zeitpunkt geltend gemacht werden ([§ 212 i.V.m. § 214 Abs.3 SGB VII](#)). Der Anspruch auf Feststellung von Unfallfolgen und Entschädigungsleistungen setzt voraus, dass die zu entschädigende Gesundheitsstörung vorliegt und Folge eines Arbeitsunfalls ist. Bei der Beurteilung dieser Frage bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises hergestellt, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen müssen (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als es den ursächlichen Zusammenhang im Sinn der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie den Zusammenhang betrifft, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Erkrankung bestehen muss (Krasney, Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 1993, 81, 114).

Vorliegend hat die Beweisaufnahme erbracht, dass es durch den Unfall des Klägers vom 26.09.1995 lediglich zu einer leichten bis höchsten mittleren Beschleunigungverletzung der Halswirbelsäule des Klägers gekommen ist. Dies ergibt sich aus den unmittelbar nach dem Unfall erstatteten Berichten der untersuchenden Ärzte und dem Gutachten des Dr.G. F. , dessen ergänzender Stellungnahme vom 15.09.1997, sowie den Gutachten der Sachverständigen Dr.L. und Dr.K ... Dr.G.F. weist in seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten zu Recht darauf hin, dass die Erstuntersuchung des Klägers erstmalig zwei Tage nach dem Unfallereignis durchgeführt wurde und der Kläger bei ihm angab, zunächst nach dem Unfall keine Beschwerden verspürt zu haben. Erst am nächsten Tag kam es zunehmend zu Beschwerden im Bereich der Hals-Nacken-Region. Zwar ergab die erste Untersuchung eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Richtungen, jedoch keine neurologischen Ausfallserscheinungen. Die Röntgenaufnahmen zeigten keinen Hinweis auf knöcherne Verletzungen oder wesentliche Gefügestörungen. Entsprechend ist eine sogenannte HWS-Distorsion leichten bis mittleren Grades nach Erdmann anzunehmen. Wie Dr.F. ausführt, kommt es hierbei zu Gelenkkapselrissen, Bänderzerrungen, Bänderdehnungen ohne Instabilität, ohne neurologische Ausfälle, gelegentlich zu vegetativen Irritationen und mehr oder minder diffusen Hinterkopfschmerzen. Es handelt sich um einen Verletzungsmechanismus, der bereits definitionsgemäß eine weitergehende Schädigung ausschließt. Wie Dr.F. betont, heilen erfahrungsgemäß derartige Verletzungen rasch ab ohne bleibende, messbare Folgen zu hinterlassen. Entsprechend ist der Kläger ab 16.10.1995 vom Durchgangsarzt Dr.K. auch wieder als arbeitsfähig erachtet worden. Diese Beurteilung wird von den Sachverständigen Dr.L. bestätigt, der sogar nur von einem leichten Halswirbelsäulenbeschleunigungstrauma ausgeht. Der Auffassung des Dr.M. im Gutachten vom 28.01.2002, es sei durch den Unfall vom 26.09. 1995 zu einer Gefügestabilität zwischen dritten, vierten und fünften Halswirbelkörper gekommen, die auch Dr.V. und Dr.B. teilen, kann nicht beigezogen werden. Zum einen ist schon nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass beim Kläger seit dem Unfall eine derartige Gefügestörung überhaupt vorlag. An diesem Befund sind vielmehr erhebliche Zweifel anzumelden. Dr.G.F. betont in der Stellungnahme vom 15.09.1997, dass auch die

Funktionskernspintomographie der HWS vom 09.01.1997 zwar eine funktionelle Bandscheibenvorwölbung an den Segmenten C 4/5 und C 3/4 zeigte jedoch ohne Hinweise auf Gefügestörung. Entsprechend ergab auch die klinische Untersuchung durch Dr.F. am 26.06.1997 keine Hinweise auf segmentale Instabilität. Auch röntgenologisch ergaben sich keine Hinweise auf Gefügestörung. Auch Dr.L. meldet Zweifel an dem Vorliegen einer Gefügestörung an, da es an einer gravierenden Wurzelreizsymptomatik beim Kläger fehlt. Auch betont Dr.L. , dass er in einem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren mehrsegmentale discoligamentäre Instabilitäten noch nicht beobachtet hat. Er betont, dass diese ausschließlich zu diskutieren sind bei schwersten Beschleunigungstraumen mit erheblicher Verletzung knöcherner Strukturen mehrsegmental, respektive schwersten Luxationen. Aber selbst wenn man beim Kläger das Vorliegen einer Instabilität der genannten Segmente annehmen wollte, können diese nicht auf den angeschuldigten Unfall zurückgeführt werden. Diesbezüglich betont auch Dr.K. , dass eine traumatisch bedingte Instabilität mit einem relativ langen symptomfreien Intervall, wie es beim Kläger vorgelegen hat, nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. Im Gegenteil ist, wie er ausführt, bei einer unfallbedingten Instabilität eines oder mehrerer HWS-Abschnitte eine klinische Sofortsymptomatik zu fordern, die beim Kläger nicht vorgelegen hat. Die beim Kläger kernspintomographisch diagnostizierten funktionellen Bandscheibenvorwölbungen an den Segmenten HWK 4/5 und HWK/4 mit bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik können ebenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 26.09. 1995 zurückgeführt werden. Diesbezüglich legt Dr.G.F. sachkundig dar, dass eine Bandscheibenvorwölbung oder ein Bandscheibenvorfall in der Regel auf den Boden degenerativer Veränderungen durch alltägliche Belastungen entstehen. Traumatische Bandscheibenvorwölbungen oder Vorfälle sind demgegenüber selten. Sie kommen vor nach Brüchen benachbarter Wirbelkörper, bei Einwirkung erheblicher Kräfte auf die gebeugte Wirbelsäule, welche die Beugung zu verstärken trachten, bei Verdrehung des Rumpfes unter gleichzeitigem Heben und Bewegen schwerer Lasten. Beim Kläger lagen nach klinischer und röntgenologischer Untersuchung keine Hinweise auf knöcherne Verletzung oder erhebliche Bandverletzung im Sinn einer Gefügestörung vor. Entsprechend zeigten sich auch keine Hinweise für eine typische Wurzelreizsymptomatik. Auch die erst im Sommer 1996 aufgetretenen Schwindelattacken, Hör- und Sehstörung, Herzrhythmusstörungen und Hypertonie können insbesondere aufgrund des fehlenden unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs nach medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnissen, wie Dr.G.F. darlegt, nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. Ein entsprechendes objektive Korrelat ist nicht erkennbar. Der in den Akten dokumentierte klinische Ausschluss einer Gehirnerschütterung sowie der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unauffällige neurologische Befund schließen eine weitergehende Schädigung zentral nervaler Strukturen aus. Dem Gutachten des Dr.M. kann sich der Senat schon deshalb nicht anschließen, weil er, wie dargelegt, zu Unrecht eine unfallbedingte Instabilität der Segmente C 3/4 und C 4/5 annimmt. Auch geht der Sachverständige davon aus, dass der Kläger früher immer gesund gewesen sei und nie derartige Probleme wie nach dem Unfall gehabt habe. Demgegenüber ergibt sich aus dem Arztbericht des Orthopäden Dr.M. vom 24.11.2000, dass der Kläger bereits seit 06.02.1992 in regelmäßigen Vorstellungen Beschwerden im HWS-Bereich, mal mit, mal ohne Ausstrahlung und Sensibilitätsstörungen in den oberen Extremitäten beklagt hat und als Begleiterscheinungen häufig Kopfschmerzen und Schwindelsensationen angegeben hat. Schon am 06.02.1992 hat der Orthopäde Dr.M. beim Kläger eine rechtskonvexe HWS-Fehlhaltung festgestellt. Am 09.03.1993 stellte er eine endgradige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen und spannungsvermehrte Schulter-Nackermuskulatur fest. Es kann also keine Rede davon sein, dass der Kläger vor dem Unfall keine Probleme mit der Wirbelsäule gehabt hätte.

Nach alldem ist dem Gutachter Dr.G.F. beizupflichten, dass die Beschwerden und Gesundheitsstörungen des Klägers, die über den 15.10.1995 hinaus vorlagen, unfallunabhängig sind, und entsprechend auch keine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr gegeben war.

Dem Antrag des Klägers, Dr.B. gemäß [§ 109 SGG](#) gutachtlich zu hören, war nicht stattgegeben. Zum einen ist das Recht des Klägers auf Anhörung eines bestimmten Arztes durch die auf Antrag des Klägers erfolgte Anhörung des Sachverständigen Dr.M. verbraucht. Der Kläger hat nichts dazu vorgetragen, aus welchen Gründen ausnahmsweise die Begutachtung durch einen weiteren von ihm gewünschten Arzt erforderlich wäre. Zum anderen ist der entsprechende Antrag auch verspätet. Erkennt ein Beteiligter, dass die Beweiserhebung durch das Gericht abgeschlossen ist, muss er innerhalb angemessener Frist den Antrag nach [§ 109 SGG](#) stellen, wobei eine Frist von sechs Wochen zulang ist (Meyer-Ladewig, SGG, 7.Auflage, § 109, Anm.8a). Vorliegend war dem Kläger bereits mit Schreiben vom 14.11.2002 mitgeteilt worden, dass der Rechtsstreit für entscheidungsreif angesehen werde. Hierauf wurde der Kläger nochmals mit Schreiben vom 21.03.2003 hingewiesen. Der Antrag in der Verhandlung vom 25.06.2003 ist deshalb verspätet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-09-04