
S 41 U 65/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 41 U 65/00
Datum	06.11.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 368/01
Datum	26.02.2003

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 06.11.2001 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄgergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am 1954 geborene KlÄgerin stÄrzte laut Unfallanzeige vom 19.01.1998 am gleichen Tag rÄckwärts von einer ca. 70 cm hohen Trittleiter, fiel auf den Boden und schlug mit dem Hinterkopf gegen einen Schrank.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.B. , diagnostizierte am 20.01.1998 gegen 19.30 Uhr eine HWS-Distorsion. Er stellte einen paravertebralen Hartspann im Bereich der HalswirbelsÄule, Skoliose der HalswirbelsÄule und schmerzbedingt endgradig eingeschrÄnkte Beweglichkeit im Halsbereich fest. SensibilitÄt und Durchblutung waren ohne Befund.

Der Radiologe Dr.R. beschrieb in der Auswertung eines MRT der HalswirbelsÄule vom 23.01.1998 eine anlagebedingte Fehlbildung mit Verblockung zwischen C7 und

Th1 sowie partieller Verblockung zwischen C5 und C6. Im Bandscheibensegment C4/5 fanden sich deutliche Zeichen von Osteochondrose und Uncovertebralarthrose sowie eine mediale Protrusion der Bandscheibe. Dieser Befund sei bereits Älter. Auffällig sei oberhalb und unterhalb der Bandscheibe C4/5 eine Verdickung des hinteren Längsbandes mit Flüssigkeitssignal; dieser Befund sei vereinbar mit einer frischen traumatischen Distorsion. Es ergäbe sich kein Hinweis auf eine frische knöchernerne traumatische Läsion. Der Orthopäde Dr.H. berichtete, dass am 28.04.1998 noch über anhaltende Beschwerden an der Halswirbelsäule sowie Kopfschmerzen und Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule geklagt worden sei. Die Beweglichkeit in der Rotation sei um ein Drittel eingeschränkt. Am 28.06.1998 stellte Dr.B. die Diagnosen: Verdacht auf frische traumatische Läsion des hinteren Längsbandes C4/5 bei vorbestehender Bandscheibenschädigung, anlagebedingter Fehlbildung der Halswirbelsäule mit Blockwirbelbildung und Bogenhypoplasie bei C5/6 sowie Blockwirbelbildung zwischen C7 und Th1.

Der Neurochirurg Dr.J. erklärte am 28.07.1998, auf den MRT-Aufnahmen fanden sich eine angeborene Blockwirbelbildung und altersuntypische ausgeprägte degenerative Veränderungen mit Retrospondylosen, Bandscheibenverschmälerung und unruhiger Grund- und Deckplatte. Auch wenn erhebliche prädisponierende Faktoren vorbestanden hätten, sei doch von einer erheblichen Gewalteinwirkung mit richtungweisender Verschlimmerung auszugehen, so dass die Beschwerden als überwiegend durch den Unfall verursacht gelten dürften. Laut Aktenvermerk vom 14.09.1998 erläuterte der Neurochirurg Dr.B. , der Dr.J. Stellungnahme mitunterzeichnet hatte, die Diagnose dahin, dass es durch die HWS-Verletzung zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens gekommen sei. Die Problematik sei weitestgehend unfallunabhängig. Der Neurologe und Psychiater Dr.S. erklärte nach Untersuchung der Klägerin am 04.06.1998, festzustellen sei eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und leicht- bis mittelgradige Druckschmerzhaftigkeit. Die Klägerin habe während der Untersuchung sehr ängstlich und abwehrend gewirkt.

Nach stationärer Behandlung vom 03.09.1998 bis 01.10.1998 in der Fachklinik für Orthopädie S. Äußerte der leitende Arzt Dr.H. , die Behandlungen hätten objektiv das Bewegungsausmaß verbessern können, subjektiv bestände jedoch eine ungeminderte Schmerzsymptomatik durch reflektorische Verspannungen im HWS- und Schultergürtelbereich.

Der Orthopäde Dr.K. führte im Gutachten vom 06.11.1998 zusammenfassend aus, am 19.01.1998 sei es zu einem Stauchungs- und Zerrmechanismus der Halswirbelsäule und einer Prellverletzung des Kopfes gekommen. Im Hinblick auf das MRT vom 23.01. 1998 sei es hinreichend wahrscheinlich, dass eine Teilläsion des hinteren Längsbandes bei C4/C5 unfallbedingt eingetreten sei. Nur so sei die vermehrte Flüssigkeitsansammlung vier Tage nach dem Unfall an der Insertionsstelle des hinteren Längsbandes bei C4 und C5 erklärbar. Bei dem geschilderten Flexionsmechanismus während des Sturzes sei insbesondere der Anteil der Halswirbelsäule geschädigt worden, der kurz oberhalb der

Versteifungsstrecke sitze. Dieses Segment sei im Sinne einer Abknickverletzung getroffen worden. Die Funktionsdiagnostik zeige aber, dass keine diskoligamentäre Instabilität bei C4/C5 verblieben und somit die Läsion des hinteren Längsbandes stabil zur Ausheilung gekommen sei. Die mittelschwere bis stärkere Zerr- und Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule sei auf eine erhebliche vorbestehende Schadensanlage getroffen. Daher bedürfte es längerer Ausheilungszeiträume, als bei einer elastischen und nicht vorgeschädigten Wirbelsäule. Von einer Verschlimmerung eines Vorschadens könne nicht gesprochen werden, da eine Vorerkrankung nicht fassbar werde. Der Unfall habe jedoch die vorbestehende erhebliche Schadensanlage aktualisiert und sichtbar gemacht. Die MdE sei ab dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, dem 31.01.1998, bis zum 31.03.1998 auf 30 v.H., dann bis zum 01.10.1998 auf 20 v.H. und danach bis auf Weiteres auf 10 v.H. einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 02.12.1998 erkannte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalles vom 19.01.1998 eine über das Maß der Schadensanlage im Bereich der Halswirbelsäule hinausgehende anteilige Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach stabil ausgeheilte Teilläsion des hinteren Längsbandes bei C4/C5 an und gewährte Rente nach einer MdE von 30 v.H. bis 31.03.1998 und von 20 v.H. bis 01.10.1998.

Mit Widerspruch vom 10.12.1998 wandte die Klägerin ein, die Läsion des hinteren Längsbandes sei nicht zur Ausheilung gekommen. Sie leide weiterhin unter erheblichen Schmerzen und halte deshalb eine MdE von 50 v.H. für angemessen.

Dr.R. berichtete über die Befunde nach MRT der Halswirbelsäule vom 07.12.1998. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe man den Eindruck einer Zunahme der Fehlhaltung der Halswirbelsäule mit Kyphosierung und rechtsbetonter Skoliose. Unverändert bestehe der Nachweis der deutlichen Osteochondrose C4/5 mit linksbetonten spondylophytären Veränderungen und begleitender Protrusion sowie Verdickung und Abhebung des hinteren Längsbandes. Das hintere Längsband in diesem Segment sei wahrscheinlich chronisch gereizt und zum Teil auch verkalkt.

Der Neurologe Dr.S. erklärte nach Untersuchung der Klägerin am 10.12.1998, es finde sich kein sicheres neurologisches Defizit, insbesondere kein Hinweis für eine Schädigung der langen Bahnen. Bedingt durch das Sturzereignis sei es wohl bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen zu einer Irritation der cervicalen Wurzeln gekommen. Eine Überlagerung lasse sich nicht völlig ausschließen.

Der Beratungsarzt Dr.B. wies in der Stellungnahme vom 08.02.1999 darauf hin, die vermutete Läsion im Bereich des hinteren Längsbandes müsse bei Berücksichtigung der aktuellen Kernspintomographie fraglich erscheinen.

Nach einem weiteren Kernspintogramm vom 01.07.1999 beschrieb Dr.R. eine anlagebedingte Blockwirbelbildung C5/6, eine Gefäßgelockerung im Segment C4/5 mit reaktiver Osteochondrose und eine zunehmende Beugung in Anteflexion durch

einen links lateral liegenden Osteophyten. Der Neurologe Dr.K. erklärte am 15.09.1999, es handle sich um keine klassische Beschleunigungsverletzung.

Der Orthopäde Dr.H. führte im Gutachten vom 25.10.1999 aus, die kernspintomographischen Befunde zeigten mehrsegmentale Anomalien, die an das Bild eines so genannten Klippel-Feil-Syndroms erinnerten. Die am 23.01.1998 festgestellten Konturunregelmäßigkeiten des hinteren Längsbandes seien nicht genügend vor dem Bild der darunter bestehenden partiellen Blockwirbelbildung geprägt worden. Hypermobilitäten an Bewegungssegmenten traten gerade dann auf, wenn in unmittelbarer Nähe Blockwirbelbildungen bestanden. Dies führe im höheren Lebensalter zu klinischen Auswirkungen, da die Bewegungseinschränkung infolge der altersbedingt häufiger werdenden Osteochondrosen nicht mehr ausgeglichen werden könne. Auch im Fall der Klägerin seien typischerweise osteochondrotische Veränderungen im Segment C4/5 beschrieben worden. Es könne also nicht von einer traumatischen Schädigung dieses Segments ausgegangen werden, sondern primär von einer durch Hypermobilität entstandenen osteochondrotischen Veränderung. Insgesamt spreche die Befunddokumentation für ein funktionelles Beschwerdebild nach Schädelprellung, dessen Verlauf einerseits unerklärlich, andererseits aber nicht unfalltypisch sei. Die wechselnden klinischen Befunde belegten Störungen mit Ursachenmöglichkeiten, die sich eher den anatomischen Formvarianten der Halswirbelsäule zuordnen ließen als den Folgen einer Schädelprellung. Eine Gewalteinwirkung im Bereich der Halswirbelsäule sei nicht zweifelsfrei festzustellen, zumal ein Stauchungs- und Zerrmechanismus nicht anzunehmen sei. Die Schädelprellung habe keine erkennbaren Folgen hinterlassen, auch habe die Klägerin weiter gearbeitet, was bei einer schwerwiegenden Verletzung der Halswirbelsäule untypisch sei. Zwar seien nach dem Unfall in zeitlichem Zusammenhang Beschwerden im Halswirbelsäulenbereich aufgetreten. Der zu fordernde ursächliche Zusammenhang mit sicherbaren Veränderungen sei nicht belegt. Der Unfall stelle eine austauschbare Gelegenheitsursache für den weiteren, durch verletzungsspezifische Befunde nicht zu begründenden Verlauf dar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.01.2000 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und stützte sich dabei auf die Ausführungen von Dr.H.;

Die Klägerin hat zur Begründung der Klage vom 31.01.2000 ausgeführt, sie sei vor dem Arbeitsunfall beschwerdefrei gewesen. Sie hat auf einen Bericht des Orthopäden Dr.A. vom 04.02.1999 verwiesen, nach dem unfallunabhängig bei ihr Blockwirbel bestanden, während die übrigen Schäden im Bereich der Wirbelsäule auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Dr.A. hat eine stationäre Behandlung in einer orthopädischen Fachklinik mit begleitender psychologischer Betreuung vorgeschlagen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. hat im Gutachten vom 26.06.2000 ausgeführt, außer dem Blockwirbel zwischen dem 5. und 6. Halswirbelkörper bestanden ausgeprägte Randspornbildungen zwischen dem 4. und 5. Halswirbelkörper sowie degenerative Veränderungen der

Hakengelenke. Der Unfallmechanismus, bei dem die KlÄgerin eine Kontaktverletzung des Kopfes beschreibe, schlieÙe eine nennenswerte Distorsion der HalswirbelsÄule aus. Ein Schleudertrauma sei eng begrenzt auf Auffahrnfülle und werde selbst bei solchen dann ausgeschlossen, wenn eine Kontaktverletzung abgelaufen sei. Dr.B. habe am 20.01.1998 lediglich einen Hartspann der Halsmuskulatur mitgeteilt, die Beweglichkeit sei nur endgradig schmerzhaft eingeschrÄnkt gewesen. Wenn ein Blockwirbel vorliege, wÄrden die benachbarten Segmente chronisch Äberlastet. Dies sei auch bei der KlÄgerin der Fall gewesen. Dadurch seien die VerschleiÙerscheinungen an den Hakengelenken und die Randspornbildungen entstanden, die zu der Verdickung des hinteren LÄngsbandes gefÄhrt hÄtten. Die KlÄgerin habe eine Prellverletzung des SchÄdels erlitten, die nach dem 31.01.1998 eine unfallbedingte MdE nicht begrÄnden lieÙe.

Der gemÄÙ [Ä§ 109 SGG](#) auf Antrag der KlÄgerin zum Ärztlichen SachverstÄndigen ernannte OrthopÄde Dr.L. ist im Gutachten vom 09.12.2000 zu dem Ergebnis gekommen, am 19.01.1998 sei es zu einer SchÄdelprellung und einer Distorsion der HalswirbelsÄule gekommen. Als anatomische Besonderheit habe eine Blockwirbelbildung bestanden, die zu einer HypermobilitÄt im Segment C4/5 gefÄhrt habe. Bei einer Verblockung komme es nÄmlich zu einer kompensatorischen HypermobilitÄt der darÄber befindlichen bewegungsfreien Segmente. Ein solches Äberbewegliches Segment entwickle durch besondere StresseinflÄsse vorzeitige AbnÄtzungen im Bandscheibenlager, die als VerschleiÙerscheinungen der Bandscheibe und als osteochondrotische VerÄnderungen erkennbar seien. Die Blockwirbelbildung hÄtte aber selbst bei einem hypermobilen Segment nicht zu den jetzt bestehenden Beschwerden gefÄhrt. Die Distorsion der HalswirbelsÄule mit Verletzung der Weichteilstrukturen im hinteren LÄngsbandbereich und vermutlich auch der hypermobilen Zone im Segment C4/5 habe zu einer Traumatisierung der Weichteile gefÄhrt. Die von der KlÄgerin geÄuÙerten Beschwerden seien typisch fÄr das Bestehen einer posttraumatischen InstabilitÄt eines HalswirbelsÄulensegments. Die mÄglicherweise durch Narbenbildung oder Bandscheibenzerreißung hervorgerufene Stenose des Neuroforamens links und die Ausbildung von rezidivierenden Brachialgien bei bestimmten Kopfhaltungen seien ebenfalls typische Merkmale dieser Verletzungsfolge. Die MdE sei seit dem 31.01.1998 auf 20 v.H. zu schÄtzen.

Hierzu hat Dr.F. in der ergÄnzenden Stellungnahme vom 30.12.2000 ausgefÄhrt, eine Distorsion der HalswirbelsÄule sei biomechanisch nur dann vorstellbar, wenn eine muskulÄr nicht kontrollierte, energiereiche, sagittale, freie Bewegung des Kopfes gegenÄber dem fixierten Rumpf ablaufe und diese Bewegung nicht in einem Kopfanprall ende. Davon zu unterscheiden sei der Kopfanprall bei gleichzeitigem Nachschieben des OberkÄrpers, also eine Hyperextension oder Hyperflexion der HalswirbelsÄule. Die KlÄgerin sei mit dem Hinterkopf gegen einen Schrank gestoÙen und nach dem Sturz am Boden gelegen. Ein Abknicken der HalswirbelsÄule und ein Nachschieben des OberkÄrpers sei also nicht zu unterstellen. Die Verdickung des LÄngsbandes sei durch die vorbestehende knÄcherne Randspornbildung zu erklÄren. Eine InstabilitÄt sei nur dann

nachzuweisen, wenn Funktionsaufnahmen die Dislokation der Wirbelkörper bewiesen. Nach Schänberger-Mehrtens-Valentin sei die mechanische Instabilität definiert als abnorme Beweglichkeit in unphysiologischer Richtung. Die durchgeführten Funktionsaufnahmen hätten lediglich eine leichte Rückwärtsverschiebung zwischen dem 3. und 4. Halswirbelkörper bei Inklination gezeigt. Falls tatsächlich eine Bandscheibenverletzung eingetreten wäre, hätten sich in der Folgezeit reaktive Randspornbildungen entwickeln müssen. Zudem lasse sich eine derart schwerwiegende Verletzung, wie sie durch Bandscheibenverletzungen entstehe, bei einer Kontaktverletzung nicht erwarten. Die Behauptung, dass die Klägerin ohne das Trauma beschwerdefrei wäre, verträge sich nicht mit dem Vorschaden des Klippel-Feil-Syndroms und der daraus resultierenden sekundären Bandscheibenverengung, die auch von Dr.L. festgestellt worden sei. Zu den Unfallfolgen werde ausschließlich auf das subjektive Beschwerdebild abgestellt, das als typisch für das Bestehen einer posttraumatischen Instabilität bezeichnet werde. Andererseits weise Dr.L. selbst darauf hin, dass schon aufgrund der Verblockungsanteile mit verstärktem kompensatorischen Bewegungseffekt in den nicht betroffenen Segmenten eine Hypermobilität entstanden sein müsse. Es sei unklar, wie Dr.L. diese aus dem Vorschaden erklärbare Überfunktion der freien Segmente von einer unfallbedingten Instabilität abgrenzen wolle, zumal ein für eine Segmentlockerung geeigneter Unfallmechanismus nicht zu unterstellen sei. Zudem spreche Dr.L. von möglichen Stenosen, wobei es sich um reine Spekulationen handle.

Dr.L. hat in der Stellungnahme vom 15.01.2001 entgegnet, mit der Auffassung, dass es sich nur um eine Schädelprellung und nicht um eine Zerrung gehandelt habe, stehe Dr.F. völlig allein. Die drei Tage nach dem Unfall im Kernspintomogramm gefundene Zystenbildung sei als Distorsionsfolge zu verstehen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Prof.Dr.L. hat unter Mitarbeit des wissenschaftlichen Assistenten Dr.K. im Gutachten vom 25.07.2001 ausgeführt, die angeborene Fehlbildung der cervikalen und thorakalen Wirbelsäule lasse sich nur teilweise als Klippel-Feil-Syndrom bezeichnen, denn diese Diagnose werde der vorliegenden komplexen Missbildung nicht gerecht. Durch den Unfall habe die Klägerin eine Schädelprellung mit Gehirnerschütterung, außerdem eine traumatische Läsion des Bewegungssegmentes C4/5 mit traumatischer Läsion des hinteren Ligaments sowie der Bandscheibe C4/5 erlitten. Als Unfallfolgen ließen sich eine Hypermobilität im Segment C4/5 mit reaktiven osteochondralen Reaktionen nachweisen, die zu einer teilweisen Verlegung des Spinalkanales geführt hätten. Der Verletzungsmechanismus mit dem Anschlagen des Kopfes und spontaner Inklinationsbewegung des Kopfes führe auch zu einer Inklinationsbewegung im Bereich der Halswirbelsäule. Dies bringe bei fixierter oberer und unterer Halswirbelsäule zwangsläufig übermäßigigen Stress für die mobile Zone C3/4 und C4/5 und habe zu einer Traumatisierung der diskoligamentären Strukturen geführt. Insbesondere müsse darauf eingegangen werden, dass die Klägerin vor dem Unfall subjektiv keinerlei Krankheitsgefühl verspürt habe.

Dies fließe mit in die Beurteilung ein, dass die Verletzungsfolgen allein auf den Unfall vom 19.01.1998 zurückzuführen seien. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sich die anlagebedingte Missbildung im biologischen Gleichgewicht befunden. Das Unfallereignis mit Traumatisierung von Weichteilstrukturen habe die jetzige persistierende Beschwerdesymptomatik hervorgerufen. Der Unfall habe an der dauernden Verschlimmerung zu mehr als einem Drittel aller sonst zu berücksichtigenden Umstände beigetragen. Die MdE sei seit dem 31.01.1998 auf 20 v.H. einzuschätzen. Das Gutachten von Dr.L. sei schlüssig und könne nachvollzogen werden. Dr.F. habe die Komplexität der vorliegenden Fehlbildung nicht erkannt bzw. nicht in die Beurteilung einbezogen. Unverständlich sei, dass er eine nennenswerte Distorsion der Halswirbelsäule ausschließe.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Orthopäden Dr.H. vom 11.09.2001 übersandt, in der Dr.H. erklärte, Prellungen und Distorsionen stellten durchaus unterschiedliche Ereignisabläufe dar. Die Schädelprellung schließe definitionsgemäß den Schleudermechanismus, der ja kontaktfrei erfolge, aus. Zudem sei ein verletzungskonformes Verhalten der Klägerin nicht zu erkennen, da sie weitergearbeitet habe, was den begründeten Schluss zulasse, dass von einem belangvollen Ereignis überhaupt nicht ausgegangen werden könne. Die subjektiven Befunde im Durchgangsarztbericht des Dr.B. seien ebenso wenig aussagekräftig wie die Verdachtsdiagnose einer Halswirbelsäulendistorsion. Sichere Hinweise für eine frische Schädigung des Segments C4/5 ergäben sich aus dem Kernspintomogramm vom 23.01.1998 nicht. Bei anlagebedingten mehrsegmentalen Veränderungen seien Verdickungen des vorderen oder hinteren Längsbandes kaum ausreichend, um auf eine sogenannte diskoligamentäre Läsion schließen zu können, zumal auch die Funktionsaufnahmen keinesfalls die Annahme einer traumatisch bedingten Segmentinstabilität stützten. Der von Dr.L. angegebene "Eindruck" einer Hypermobilität sei wenig valide. Selbst führende Vertreter der Manualtherapie seien der Auffassung, dass manualtherapeutische Befunde von geringer Validität seien. Eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorschadens könne nicht eingetreten sein, weil ein Vorschaden mit einer klinisch manifesten Symptomatik verbunden sein müsse, die hier nicht vorliege. Dr.L. spreche von einer vermehrten Instabilität in Höhe des Segments C4/5, ohne zu erklären, in welcher Weise diese Instabilität vermehrt worden sein solle, dies insbesondere deshalb, weil im Hinblick auf den Unfallmechanismus von einer Beteiligung der Halswirbelsäule nicht begründet ausgegangen werden könne und Zeichen einer äußeren Gewalteinwirkung am Schädel nicht gegeben seien. Prof.Dr.L. gehe offenbar davon aus, dass Menschen mit einem so genannten Klippel-Feil-Syndrom im Fall eines Traumas besonders gefährdet seien, auch Dr.L. hebe dies hervor. Es werde also aus der Möglichkeit einer Traumatisierung auf einen Strukturschaden im Bereich der Halswirbelsäule geschlossen, der bisher nicht erkennbar objektiviert sei.

Mit Urteil vom 06.11.2001 hat das SG die Klage abgewiesen und sich auf die Gutachten und Stellungnahmen von Dr.K. , Dr.H. und Dr.F. gestützt.

Zur Begründung der am 16.11.2001 eingelegten Berufung führte die Klägerin im Schreiben vom 10.07.2002 aus, das Unfallereignis habe als wesentliche Ursache

dazu beigetragen, dass es zu einem ganz gewaltigen Verschlechterungsschub gekommen sei. Zwischen dem Unfall und den Beschwerden bestehe mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang, den Prof.Dr.L. und Dr.L. stützten. Die Stellungnahme Dr.H. sei nicht als Urkundenbeweis, sondern als qualifizierter Parteivortrag zu bewerten.

Die Klägerin stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 15.11.2001 und beantragt weiter hilfsweise, von Amts wegen ein weiteres Gutachten zur Klärung des Sachverhalts einzuholen.

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.

Arbeitsunfälle sind gemäß [§ 8 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit. Voraussetzung ist, dass die zum Unfall führende Verrichtung mit der versicherten Tätigkeit sachlich verknüpft ist, der Unfall ursächlich auf der versicherten Tätigkeit beruht und im Sinne der haftungsauslösenden Kausalität einen Gesundheitsschaden bewirkt hat.

Zu Recht hat das Sozialgericht entschieden, dass die Klägerin gegen die Beklagte wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19.01.1998 keinen Anspruch auf Verletztenrente über den 01.10. 1998 hinaus hat, weil über diesen Zeitpunkt hinaus eine MdE von mindestens 20 v.H. nicht mehr gegeben ist ([§ 8 Abs.1, 56 Abs.1](#) und [2 SGB VII](#)).

Der ärztliche Sachverständige Dr.F. hat im Gutachten vom 26.06.2000 und der ergänzenden Stellungnahme vom 30.12.2000 überzeugend dargelegt, dass der Unfall vom 19.01.1998 zwar zu einer Schädelprellung, nicht aber zu einer Halswirbelsäulen- distorsion geführt hat. Der biomechanische Ablauf, der zu einer Halswirbelsäulendistorsion führt, muss eine nicht muskulär kontrollierte, energiereiche, sagittale, freie Bewegung des Kopfes gegenüber dem fixierten Rumpf darstellen und darf nicht in einem Kopfanprall enden (non contact-Verletzung). Der Begriff Beschleunigungsmechanismus ist nur zulässig, wenn kein Kopfanprall stattfand (vgl. Schäferberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S.515; Rompe/Erlencämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 3. Auflage 1998, S.393 ff.; LSG Essen, Urteil vom 07.02.2001, HVBG-Info 2001, 1336 ff.). Im typischen Fall folgt auf eine schnelle Rückwärtsbewegung des Kopfes eine ungebremste Vorwärtsbewegung (vgl. Suchenwirth/Kunze/Krasney, Neurologische Begutachtung, 3. Auflage 2000, S.301).

Ein derartiger Unfallmechanismus ist im Fall der KlÄgerin nicht abgelaufen. Sie hat stets angegeben, dass sie beim Sturz von der 70 cm hohen Leiter mit dem Kopf gegen einen Schrank geschlagen ist, so dass also ein Schleudermechanismus, der zu einer HWS-Distorsion hätte führen können, nicht gegeben war.

Die von sämtlichen Gutachtern festgestellte Blockwirbelbildung führte, wie Dr.F. erläutert, zu einer chronischen Überlastung der benachbarten Segmente. Dadurch entstanden die bei der KlÄgerin festgestellten Verschleißerscheinungen an den Haken Gelenken zwischen dem Blockwirbel und dem darüberliegenden Wirbelkörper ebenso wie die kräftigen nach rechts ausgeprägten Randspornbildungen. Diese Randspornbildungen führten zu einer Veränderung des hinteren Längsbandes, die im MRT vom 23.01. 1998 erstmals beschrieben wurde. Es handelt sich also nicht, wie Dr.F. betont, um eine traumatisch verursachte Läsion. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Verdachtsdiagnose im MRT vom 07.12.1998 abgeändert wurde, da Dr.R. nun davon ausging, das Längsband sei chronisch gereizt.

Wenn tatsächlich eine Bandschädigung eingetreten wäre, hätten sich in der Folgezeit reaktive Randspornbildungen entwickeln müssen. Zudem ist eine derart schwerwiegende Verletzung bei einer Kontaktverletzung nicht wahrscheinlich. Auch Schänberger-Mehrtens-Valentin bezeichnen die Zerrung bzw. Ruptur des hinteren Längsbandes als eine seltene Hyperflexionsverletzung (Schänberger-Mehrtens-Valentin a.a.O., S.516). Sie wird in der Regel bei Frontalaufprall ausgelöst. Im Hinblick auf die Art des Unfalles, nämlich einen Sturz von einer 70 cm hohen Leiter mit Anprall des Kopfes, waren auch unter Berücksichtigung der bei ihr bestehenden Wirbelanomalien derart schwerwiegende Unfallfolgen nicht zu erwarten.

Die Auffassung von Dr.L. , es sei tatsächlich am 19.01.1998 zu einer Bandschädigung gekommen, kann auch darum nicht überzeugen, weil eine Instabilität nicht nachgewiesen ist. Sie wird definiert als abnorme Beweglichkeit in unphysiologischer Richtung. Die Funktionsaufnahmen, die Dr.F. durchführte, ergaben lediglich eine leichte Vorwärtsverschiebung zwischen dem 3. und 4. Halswirbelkörper bei Inklination, erkennbar schon in am Unfalltag angefertigten Röntgenaufnahmen.

Zu Recht macht Dr.F. in der ergänzenden Stellungnahme vom 30.12.2000 bei der Beurteilung der Ergebnisse, die Dr.L. mitgeteilt hatte, geltend, dass bei der KlÄgerin als Folge des Klippel-Feil-Syndroms eine sekundäre Bandscheibenschädigung bestand. Die von Dr.L. diagnostizierte Instabilität ist, wie Dr.F. erläutert, nicht auf den Unfall bzw. Unfallfolgen zurückzuführen, denn auch Dr.L. bestätigt, dass schon aufgrund der Verblockungsanteile der Halswirbelsäule durch verstärkten kompensatorischen Bewegungseffekt in den von der Verblockung nicht betroffenen Segmenten eine Hypermobilität entstanden sein muss. Insofern ist nicht ersichtlich, wie diese aus dem anlagebedingten Schadensbild erklärbare Überfunktion der freien Segmente von einer unfallbedingten Instabilität abzugrenzen wäre, zumal ein für eine Segmentlockerung geeigneter Unfallmechanismus nicht gegeben ist. Eine

vermehrte Instabilität in Höhe des Segmentes C4/5 ist durch den Unfall nicht zu erklären, da einerseits von einer Beteiligung der Halswirbelsäule nicht begründet ausgegangen werden kann und keine Zeichen einer äußeren Gewalteinwirkung am Schädel gegeben sind, die den Schluss zuließen, dass indirekt auch die Halswirbelsäule miteinbezogen worden wäre.

Zutreffend hat auch Dr.H. , dessen im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, sowohl in diesem Gutachten als auch in der Stellungnahme vom 11.09.2001 darauf hingewiesen, dass die radiologisch beschriebenen Verdickungen des hinteren Längsbandes kaum ausreichend sein können, um auf eine diskoligamentäre Läsion zu schließen, um so mehr, als auch die Funktionsaufnahmen nicht die Annahme einer traumatisch bedingten Segmentinstabilität stützen, und insbesondere bei Berücksichtigung der Tatsache, dass angesichts des ausgeprägten Anlagebefundes die Beurteilung einzelner Segmente erschwert ist. Der von Dr.L. geäußerte Eindruck einer Hypermobilität ist ebenso wenig geeignet, die Überzeugung von einer Unfallfolge zu begründen wie die von ihm beschriebenen subjektiven Angaben der Klägerin, die mit den von Dr.F. und Dr.H. mitgeteilten objektiven Befunden nicht korrelieren.

Die Beklagte hat im Bescheid vom 02.12.1998 als Folgen des Arbeitsunfalles eine über das Maß der Schadensanlage im Bereich der Halswirbelsäule hinausgehende anteilige Bewegungseinschränkung der HWS nach stabil ausgeheilter Teilläsion des hinteren Längsbandes bei C4/C5 anerkannt. Die Auffassung Dr.K. , auf die sich die Beklagte im Bescheid vom 02.12.1998 stützte, dass es zu einer vorübergehenden Aktualisierung der Schadensanlage gekommen sei, ist zwar von Dr.F. widerlegt; zu Recht hatte aber auch Dr.K. jedenfalls keine über den 01.10.1998 vorliegende rentenberechtigende MdE angenommen.

Im Hinblick auf die bereits vorliegenden ärztlichen Befunde und Stellungnahmen, insbesondere die Gutachten von Dr.F. und Dr.H. , waren weitere Ermittlungen nicht erforderlich.

Da Unfallfolgen zumindest nach dem 01.10.1998 nicht mehr festzustellen waren, ist eine MdE über diesen Zeitpunkt hinaus nicht bedingt.

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

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

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024