S 23 U 887/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 23 U 887/97
Datum	23.05.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 286/02
Datum	25.06.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23.05.2002 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der im Jahr 1958 geborene KlÃ¤ger 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.oo Uhr erstmals dem Arzt Dr.K. vor, der ein HWS-Schleudertrauma, Brustkorbprellung, sekundÃ¤re Myalgie diganostizierte. Die RÃ¶ntgenaufnahmen der HWS und der BWS seien frei von pathologischen VerÃ¤nderungen. Am 09.10.1995 stellte der Chirurg Dr.K. fest, die Aufnahmen vom Unfalltag ergÃ¤ben eine Steilstellung der HWS wie bei einem Schleudertrauma, keine degenerativen VerÃ¤nderungen, keine Luxation oder Subluxation. Nachdem sich die Beschwerden deutlich gebessert hÃ¤tten, habe der KlÃ¤ger 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 unauffÃ¤llig. ArbeitsunfÃ¤higkeit liege bis

einschlieÃ□lich 15.10.1995 vor. Die Techniker-Krankenkasse meldete bei der Beklagten ErsatzansprÃ¼che wegen Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers 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, UnruhezustÃ¤nde, hypertoner Krise, vegetativer HerzrhythmusstÃ¶rungen, Perianalvenenthrombose. Die Beklagte holte ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.G. F. vom 01.07.1997 ein. Der Arzt zitiert eine lumbale Computertomographie vom 05.02.1996, eine am 30.09.1996 durchgefÃ¼hrte Computertomographie des Abdomens mit Konstrastmittelgabe, eine Kernspintomographie der HWS vom 27.09.1996, eine Kernspintomographie des SchÃ¤dels des KlÃ¤gers vom 26.09.1996, eine Funktionskernspintomographie der HalswirbelsÃ¤ule vom 09.01.1997, eine internistische Untersuchung vom 12.09.1996, augenÃ¤rztliche Untersuchung vom 09.05.1997 und HNO-Ã¤rztliche Untersuchung vom 15.07.1996. Der KlÃ¤ger berichtete bei dem Gutachter, er habe zunÃ¤chst nach dem Unfall keine Beschwerden verspÃ¼rt, sei zu einem Kunden gefahren und habe das Auto zur Reparatur gebracht. Am nÃ¤chsten Tag habe er zunehmend Beschwerden im Bereich der Hals-Nacken-Region, ausstrahlend in den linken Schulterbereich, gehabt. Am Ã¼bernÃ¤chsten Tag habe er erstmals einen Arzt konsultiert. Nachdem sich Ã¼ber einen weiteren Zeitraum von ca. zwei Wochen die Beschwerden weiter verschlechtert hÃ¤tten, sei eine Vorstellung beim Durchgangsarzt erfolgt. Hiernach hÃ¤tten 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 vÃ¶llig beschwerdefrei gewesen. Im Januar 1996 habe er einen weiteren Unfall erlitten, wobei er auf die linke Seite der Rippenregion gestÃ¼rzt sei. Im Februar 1996 habe er erstmalig Beschwerden im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule beim Anheben einer schweren Last verspÃ¼rt. Seit Sommer 1996 habe er wiederkehrend SchwindelanfÃ¤lle, GehÃ¶rprobleme, arterielle Hypertonie, rechtsseitige SehstÃ¶rung Schmerzen im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule bei Ã□berstreckung. Eine neurologische Untersuchung habe keinen auffÃ¤lligen Befund ergeben. Bei der jetzigen Untersuchung zeige sich die WirbelsÃ¤ule in allen Abschnitten altersentsprechend frei beweglich. Sie sei lotgerecht aufgebaut bei leichtem FlachrÃ¼cken. Es fÃ¤nden sich druckschmerzhafte Verspannungen im Bereich der Hals-, Nackenmuskulatur. Druck- und Klopfschmerz werde Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen des 7. und 1. BrustwirbelkÃ¶rpers angegeben. Neurologische StÃ¶rungen seien nicht nachweisbar. Die RÃ¶ntgenuntersuchung der HWS zeige im Wesentlichen altersentsprechende Knochen- und Gelenkstrukturen, keine Hinweise auf frische oder stattgehabte knÃ¶cherne Verletzung, keinen Hinweis auf GefÃ¼gestÃ¶rung. 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 LendenwirbelsÃ¤ule habe eine deutliche mediolaterale Protrusion der Bandscheibe L 4/5 links erbracht. UnauffÃ¤llige Befunde hÃ¤tten eine Kernspintomographie des SchÃ¤dels sowie des Abdomens ergeben. Es bestÃ¼nde beim KlÃ¤ger ein chronisches Cervikalsyndrom, Myalgie der HWS, ohne wesentliche FunktionsstÃ¶rung, BandscheibenvorwÃ¶lbung an den Segmenten HWK 4/5 HWK 3/4. Der KlÃ¤ger habe eine Beschleunigungsverletzung

der HalswirbelsÃ¤ule, eine sogenannte HWS-Distorsion erlitten. Entsprechend der Einteilung der HalswirbelsÃ¤ulendistorsion nach Erdmann handele es sich, insbesondere unter BerÃ¼cksichtigung des zunÃ¤chst beschwerdefreien Intervalls, um eine leichte bis mittlere Beschleunigungsverletzung. Hierbei komme es zu Gelenkkapselteilrissen, BÃ¤nderzerrungen, BÃ¤nderdehnungen ohne InstabilitÃ¤t, ohne neurologische AusfÃ¤lle, gelegentlich zu vegetativen Irritationen und mehr oder minder diffusen Hinterkopfschmerzen. Wie bei Distorsionen an anderen KÃ¶rperabschnitten bestehe hierbei ein Verletzungsmechanismus, der bereits definitionsgemÃ¤Ã eine weitergehende SchÃ¤digung ausschlieÃe. ErfahrungsgemÃ¤Ã heilten derartige Verletzungen ohne bleibende messbare Folgen zu hinterlassen, rasch ab. Entsprechend sei ca. ein Monat nach dem Unfallereignis subjektive Beschwerdefreiheit seitens der HWS eingegetreten. RÃ¼ckblickend sei die unfallbedingte BehandlungsbedÃ¼rftigkeit sowie unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit bis 15.10.1995 zu bestÃ¤tigen. Die BandscheibenvorwÃ¶lbungen an den Segmenten HWK 4/5 und HWK 3/4 mit bewegungsabhÃ¤ngigen Beschwerdesymptomatik seien nicht dem Unfallereignis vom 26.09.1995 zuzuordnen. Eine BandscheibenvorwÃ¶lbung oder Vorfall entstÃ¼nden in der Regel auf dem Boden degenerativer VerÃ¤nderungen durch alltÃ¤gliche Belastung. Traumatische BandscheibenvorwÃ¶lbungen seien demgegenÃ¼ber selten. Sie kÃ¤men vor nach BrÃ¼chen, benachbarter WirbelkÃ¶rper, bei Einwirkung erheblicher KrÃ¤fte auf die gebeugte WirbelsÃ¤ule, die die Beugung zu verstÃ¤rken 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, fÃ¼r den Bandscheibenvorfall typischer Wurzelreizsymptome gekommen sei. Diese Kriterien trÃ¤fen bei dem KlÃ¤ger nicht zu. Die vom KlÃ¤ger angegebenen Funktionsbeschwerden im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule seien glaubhaft und lieÃen sich objektivieren. Sie seien zurÃ¼ckzufÃ¼hren auf unfallunabhÃ¤ngige BandscheibenverÃ¤nderungen der mittleren HalswirbelsÃ¤ule. Die RÃ¼ckfÃ¼hrung der ca. ein Jahr nach dem Unfallereignis aufgetretenen Schwindelattacken, HÃ¶r- und SehstÃ¶rungen, HerzrhythmusstÃ¶rungen 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 GehirnerschÃ¼tterung sowie der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unauffÃ¤llige neurologische Befund schlÃ¶ssen eine weitergehende SchÃ¤digung zentral nervaler Strukturen aus. Internistischerseits sei diesbezÃ¼glich der Verdacht auf ein funktionelles Beschwerdebild geÃ¤uÃert worden. Wesentliche Unfallfolgen lÃ¤gen nicht mehr vor. Eine vorÃ¼bergehende oder richtunggebende Verschlimmerung bei unfallunabhÃ¤ngigen BandscheibenvorwÃ¶lbungen im Bereich der mittleren HWS seien nicht nachweisbar. Ab 16.10.1995 bestÃ¼nden keine wesentlichen Unfallfolgen mehr. Mit Bescheid vom 17.07.1997 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente ab, da der Unfall eine MdE rentenberechtigenden Grades Ã¼ber die 13. Woche nicht hinterlassen. Sie bezog sich auf das Gutachten des Dr.G. F â¦

Dagegen legte der KlÃ¤ger 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 Ãberstreckung sowie deutliche InstabilitÃ¤t 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 BeeintrÃ¤chtigungen wie Bluthochdruck, Pulsrasen, SchweiÃausbrÃ¼che, SchwindelanfÃ¤lle, rezidivierende Kopfschmerzen sowie SehstÃ¶rungen. Im Bericht vom 15.07.1996 fÃ¼hrt der HNO-Arzt Dr.H. aus, der KlÃ¤ger gebe an, einen Autounfall vor Jahren gehabt zu haben. Jetzt stelle sich ein Pfeifen im linken Ohr ein. Subjektiv ergebe sich eine leichte HÃ¶rminderung linksseitig. Im Tonschwellenaudiogramm zeige sich eine mÃ¶gliche Ursache fÃ¼r das Pfeifen durch lÃ¤rmbedingten Schaden oder Schaden an der WirbelsÃ¤ule. Weiter verwies der KlÃ¤ger auf eine Kernspintomographie des SchÃ¤dels vom 26.09.1996, welche wegen anfallsartigen SchwindelgefÃ¼hl und TaubheitsgefÃ¼hl im KÃ¶rper gefertigt worden war. Sie erbrachte keine abgrenzbare cerebrale LÃ¤sion, keine Raumforderung, keine auffÃ¤llige GefÃ¤Ãstruktur. In einer ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 15.09.1997 fÃ¼hrte der Gutachter Dr.F. erneut aus, die ab Februar 1996 aufgetretenen Beschwerden im Bereich der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule sowie die funktionellen Beschwerden ab Sommer 1996 seien aufgrund des fehlenden zeitlichen Zusammenhangs nicht auf das Unfallereignis vom 26.09.1995 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Bei der Funktionskernspintomographie der HWS vom 09.01.1997 habe sich eine funktionelle BandscheibenvorwÃ¶lbung an den Segmenten C 4/5 und C3/4 ohne Hinweise auf GefÃ¼gestÃ¶rung gefunden. Entsprechend habe die klinische Untersuchung am 26.06.1997 keine Hinweise auf segmentale InstabilitÃ¤t ergeben. Die im Rahmen der neurochirurgischen Untersuchung am 16.06.1997 festgestellte deutliche InstabilitÃ¤t der Segmente C 3/4 und C 4/5 sei aus orthopÃ¤discher Sicht weder klinisch noch rÃ¶ntgenologisch nachweisbar. Ebenso seien beim KlÃ¤ger aus schulmedizinischer Sicht operative MaÃnahmen derzeit kontraindiziert.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. In dem daran anschlieÃenden Klageverfahren verwies der KlÃ¤ger erneut auf das Attest des Dr.M. vom 16.06.1997 und auf Dr.V. , der die Steilstellung der gesamten mittleren HWS und eine InstabilitÃ¤t der Wirbel auf den Arbeitsunfall vom 26.09.1995 zurÃ¼ckfÃ¼hre. Das Sozialgericht hat einen Bericht des Nervenarztes Dr.K. vom 23.11.2000 eingeholt, der ausfÃ¼hrt, der KlÃ¤ger sei von ihm am 21.01.1986 und am 05.06.2000 untersucht worden. Er habe 1986 EinschlafstÃ¶rungen mit herzphobischen Symptomen, Luftnot, GlobusgefÃ¼hle, sowie KonzentrationsstÃ¶rungen im Rahmen einer Konversionsneurose geÃ¤uÃert. Am 05.06.2000 habe er Ã¼ber seit 1995 bestehende rezidivierende SchwindelzustÃ¤nde und hochgradig eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit sowie in Abheilung befindliche Narbe bei Zustand nach ventraler Distektomie C 3/4 und Zeichen einer vegetativen Dysregulation geklagt. Es habe kein Anhalt fÃ¼r einen intracraniellen raumfÃ¶rdernden Prozess bestanden. Beim KlÃ¤ger habe ein Zustand nach Bandscheiben-OP C 4/5 und C 3/4, psychovegetatives Syndrom und

leichte cerebrale DurchblutungsstÃ¶rungen bei Hypertonie vorgelegen. Weiter hat das Sozialgericht einen Befundbericht der NervenÃ¤rztin Dr.F. vom 27.11.2000 eingeholt, bei welchem sich der KlÃ¤ger am 11.11.1999 und 30.11.1999 vorgestellt hatte. Er hatte erklÃ¤rt, seit Mitte 1996 vor allem beim Autofahren, laufe es ihm heiÃ und kalt durch den KÃ¶rper, wie wenn etwas eingespritzt worden wÃ¤re. Der Puls gehe in die HÃ¶he, der Blutdruck steige (180/110). Er kÃ¶nne sich schlechter konzentrieren und habe deswegen Psychopharmaka erhalten, was jedoch keine Ãnderung gebracht habe. Er sehe rechts alles verschwommen, zeitweise habe er auch SehstÃ¶rungen links, teilweise Doppelbilder seit 14 Tagen. Bei der Wiedervorstellung am 30.11.1999 habe er bekundet, einmal das GefÃ¼hl gehabt zu haben, ohnmÃ¤chtig zu werden, gleichzeitig Nackenschmerzen zu haben. Bei den beschriebenen AnfÃ¤llen gehe ein GefÃ¼hl, wie eine Explosion durch den KÃ¶rper, wie kurz vor einer Ohnmacht. Im Sommer 1996 seien solche ZustÃ¤nde erstmals nach einer Infusionsbehandlung aufgetreten. Er habe zunÃ¤chst Kribbeln im Kopf, anschlieÃend werde es heiÃ und kalt, der Blutdruck steige, er erlebe die vertraute Umgebung als fremd. Solche Erlebnisse habe er auch auÃerhalb der obengenannten ZustÃ¤nde seit der Jugend. Er habe zeitweise das GefÃ¼hl, dass die Umgebung auf ihn zukomme, nehme faule GerÃ¼che vor dem Anfall war und habe weiter Schmerzen da und dort. Der neurologische Befund vom 11.11.1999 sei unauffÃ¤llig gewesen. Es bestehe der dringende Verdacht auf komplex-partielle AnfÃ¤lle und Subclaviastenose links. In einem Bericht des Prof.Dr.L. (Krankenhauszweckverband A.) vom 30.12.1999 werden die Diagnosen gestellt: Paroxysmale vegetative AnfÃ¤lle, Zustand nach schwerer HWS-Distorsion 1995, Zustand nach Operation im Bereich der HWS. Weiter fÃ¼gte die Ãrztin Dr.F. einen CCT-Befund des Gehirns des KlÃ¤gers vom 15.11.1999 bei, worin ein unauffÃ¤lliges SchÃ¤del- CT festgestellt wird. Weiter holte das Sozialgericht einen Bericht des Allgemeinarztes Dr.S. vom 27.11.2001 ein, bei dem sich der KlÃ¤ger erstmals am 24.09.1996 vorgestellt hatte. Der Arzt stellte die Diagnosen: Ausschluss-PhÃ¤ochromozytom, Schwindel, Tinnitus, arterielle Hypertonie, Hyperhydrosis, Verdacht auf somatoforme StÃ¶rung, Ausschluss Hypertheriose, Diarrhoe, Verdacht auf GefÃ¼gestÃ¶rung im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule mit konsekutiven vegetativen Begleitsymptomen.

Das Sozialgericht hat ferner einen Bericht des OrthopÃ¤den Dr.W. M. vom 24.11.2000 eingeholt, der ausfÃ¼hrte, der KlÃ¤ger sei ihm seit 06.02.1992 bekannt. Zuletzt habe er sich am 23.04.1999 bei ihm vorgestellt. Er habe bei seinen regelmÃ¤Ãigen Vorstellungen Beschwerden im HWS-Bereich, mal mit, mal ohne Ausstrahlung und SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen in den oben ExtremitÃ¤ten geklagt. Als Begleiterscheinung seien hÃ¤ufig 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 hÃ¤tten u.a. eine endgradige EinschrÃ¤nkung der HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen und spannungsvermehrte Schulternackenmuskulatur vorgelegen. Am 15.02. 1994 sei eine PrÃ¼fung der HWS-Beweglichkeit erfolgt. Die Blickwendungen hÃ¤tten sich als nahezu altersgemÃ¤Ã erwiesen. Neurologisch und HNO-Ã¤rztlich sei eine AbklÃ¤rung 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 KlÃ¤ger lediglich am 09.07.1996 vorgestellt hatte. Der Arzt diagnostizierte einen Tinnitus aurium links bei InnenohrschwerhÃ¶rigkeit 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 LinsentrÃ¼bung links beim KlÃ¤ger feststellte und ausfÃ¼hrte, der KlÃ¤ger 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 KlÃ¤ger seit 01.07.1987 behandelte und das Hinzutreten von KreislaufstÃ¶rungen und einem Angstsyndrom diagnostizierte. Es bestÃ¼nde eine deutliche psychosomatische Ãberlagerung im Sinn eines posttraumtischen Stresssyndroms.

Weiter holte das Sozialgericht einen Bericht des Dr.B. vom 26.01.2001 ein, der den KlÃ¤ger seit 10.12.1996 behandelt und die Diagnosen gestellt hat: Bandscheibenprotrusion bei HypermobilitÃ¤t/InstabilitÃ¤t C 4/C 5 bei Inklinitation der HWS mit generalisiert erhÃ¶hter neuraler Gegenspannung und rezidivierender Ã¼ber die Inklination der HWS ausgelÃ¶ste vegetative KreislauffunktionsstÃ¶rung mit hypotoner Kreislaufgegenregulation. BeigefÃ¼gt waren Berichte des Dr.M. Ã¼ber RÃ¶ntgenaufnahmen der HWS vom 27.10.1997 und ein Bericht des Dr.M. vom 16.06.1997. Letzterer fÃ¼hrte aus, durch Bewegen des Kopfes werde beim KlÃ¤ger eine deutliche InstabilitÃ¤t 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 diskoligamentÃ¤ren Schadens.

Zur KlÃ¤rung der Unfallfolgen hat das Sozialgericht ein Gutachten des Leitenden Oberarztes der Abteilung fÃ¼r Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des StÃ¤dtischen Krankenhauses M. Dr.L. vom 10.04.2001 eingeholt. Der SachverstÃ¤ndige stimmt dem Gutachter Dr.G.F. zu, dass die bei der neurochirurgischen Untersuchung am 16.06.1997 festgestellte deutliche InstabilitÃ¤t der Segmente C 3/C 4, C 4/C 5 aus orthopÃ¤discher Sicht weder klinisch noch rÃ¶ntgenologisch nachweisbar sei. Zusammenfassend kÃ¶nne gesagt werden, dass die operativen BemÃ¼hungen sich ausschlieÃlich anlagebedingt degenerativer VerÃ¤nderungen und nicht wie auch immer gearteten InstabilitÃ¤tskriterien widmeten. Im Hinblick auf die noch rechtsgÃ¼ltige traumatologische Literatur kÃ¶nne von einem leichten HalswirbelsÃ¤ulenbeschleunigungstrauma ausgegangen werden. Die Dauer der ArbeitsunfÃ¤higkeit kÃ¶nne mit vier Wochen festgelegt werden bei einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit mit 10 v.H. fÃ¼r maximal drei Monate. Eine Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit in rentenrelevantem Umfang liege nicht vor. Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Arztes fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.K. vom 16.07.2001 eingeholt, bei dem der KlÃ¤ger erklÃ¤rte 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 anschlieÃend mit einem Leihwagen nach Hause gefahren. Er habe noch keine Beschwerden gehabt, habe auch die Nacht ruhig durchgeschlafen. Als er am nÃ¤chsten Morgen wach geworden sei, habe er den Kopf nicht mehr

bewegen kÃ¶nnen, starke Schmerzen in der HWS gehabt. Er sei dann zum Hausarzt gegangen, der ihn sofort zum Durchgangsarzt Ã¼berwiesen habe. Er sei 14 Tage arbeitsunfÃ¤hig gewesen, die Beschwerden hÃ¤tten sich dann auch gebessert und er sei wieder zur Arbeit gegangen. Nach ca. drei Monaten habe er erneut plÃ¶tzlich heftige Nackenschmerzen bekommen, zusÃ¤tzlich Kopfschmerzen und einen beidseitigen Tinnitus, links mehr als rechts. Dann seien in zunehmenden MaÃe auch SchwindelanfÃ¤lle aufgetreten. Er sei im Anschluss daran wiederholt untersucht worden, unter anderem orthopÃ¤disch, neurologisch und auch HNO-Ã¤rztlich. Es sei jedoch nichts fassbares dabei herausgekommen. Er sei dann zum RÃ¶ntgenarzt Dr.V. nach K. vermittelt worden, der eine Untersuchung am offenen Kernspintomographen durchgefÃ¼hrt habe. Danach habe ihn Dr.V. sofort zur OP geraten und ihn an Dr.M. weiter verwiesen. Dieser habe auch die OP-Notwendigkeit bestÃ¤tigt. Der SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrt aus, der psychiatrische Untersuchungsbefund sei normal. Neurologische AusfÃ¤lle hÃ¤tten in BestÃ¤tigung sÃ¤mtlicher Vorbefunde nicht vorgelegen. Aufgrund der Initialsymptomatik und aufgrund der doch relativ langen zeitlichen Latenz bis zum Auftraten der ersten Bescherden sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis zu einer Distorsionsverletzung der HWS Grad I gefÃ¼hrt habe. Der KlÃ¤ger sei aus Unfallanlass nur kurze Zeit krank geschrieben worden und habe danach Ã¼ber einen Zeitraum von mehr als drei Monaten hinweg keine Beschwerden gehabt. Die Beschwerden, die zur Erweiterung der Diagnostik gefÃ¼hrt hÃ¤tten und dann schlieÃlich 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 InstabilitÃ¤t wie bei Dr.V. beschrieben, sei mit einem relativ langen symptomfreien Intervall, wie es beim KlÃ¤ger vorgelegen habe, nicht in Ãbereinstimmung zu bringen. Im Gegenteil sei bei einer unfallbedingten InstabilitÃ¤t eines oder mehrerer HWS-Abschnitte eine klinische Sofortsymptomatik zu fordern, die beim KlÃ¤ger nicht vorgelegen habe. Beim KlÃ¤ger habe aufgrund des Unfalls vom 26.09.1995 keine MdE messbaren Grades Ã¼ber die 13. Woche hinaus vorgelegen.

GemÃ¤Ã Â§ 109 SGG hat das Sozialgericht ein Gutachten des Facharztes fÃ¼r Neurochirurgie Dr.M. vom 28.01.2002 eingeholt. Der KlÃ¤ger hat dort bekundet, frÃ¼her immer gesund gewesen zu sein, nie derartige Probleme wie nach seinem Unfall gehabt zu haben. Unmittelbar nach dem Unfall habe er keine grÃ¶Ãeren Schmerzen gehabt, allerdings seien ein Tag nach diesem Ereignis starke Spannung im Nacken-Schulterbereich aufgetreten, weshalb er dann zwei Tage spÃ¤ter den Arzt aufgesucht habe. Er sei mit der Diagnose eines HWS-Schleudertraumas krank geschrieben worden und habe eine Halskrawatte tragen mÃ¼ssen. Nach dieser MaÃnahme sei anfÃ¤nglich eine leichte Besserung eingetreten, es sei aber bald wieder zu Nackenschmerzen, Ohrenschmerzen, SehstÃ¶rungen, Schwindel und Hinterkopfschmerzen gekommen. Im Mai 2000 sei die zweite Operation, jetzt in HÃ¶he HWK 3/4 vorgenommen worden. Dieses Mal habe er sich sehr rasch erholt und sei annÃ¤hernd beschwerdefrei gewesen, so dass er bereits 4 Wochen nach der Operation mit seiner Arbeit habe beginnen kÃ¶nnen. 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

kÃ¶rperlichen Schaden und keine Verschlimmerung seiner Beschwerden erlitten habe. Es sei zu einer GefÃ¼geinstabilitÃ¤t beim KlÃ¤ger zwischen drittem, vierten und fÃ¼nften HWK gekommen. Alle angefertigten Aufnahmen, die in der Zeit nach dem Unfall durchgefÃ¼hrt worden seien, seien im Stillstand bei liegendem Patienten gemacht worden. Somit habe eine InstabilitÃ¤t durch Ãberdehnung, Lockerung der BÃ¤nder und Halteapparat der genannten WirbelkÃ¶rper nicht gezeigt werden kÃ¶nnen. Erst die kernspintomographische Untersuchung unter Bewegung bei Dr.V. habe gezeigt, dass tatsÃ¤chlich eine InstabilitÃ¤t bei HWK 3/4 und HWK 4/5 bestehe. Unter Bildwandler habe er den Nachweis einer InstabilitÃ¤t im genannten WirbelkÃ¶rper noch einmal bestÃ¤tigen kÃ¶nnen. Bis 16.06.2000 habe eine MdE in HÃ¶he von 40 v.H. bestanden.

Im Termin am 23.05.2002 beantragte der KlÃ¤ger, die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide zu verurteilen, vom 16.10.1995 an Verletztenrente in HÃ¶he von 40 v.H. der Vollrente zu zahlen und festzustellen, dass die GesundheitsstÃ¶rungen, Fehlhaltung der HWS mit deutlicher Ãberstreckung, InstabilitÃ¤t 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 MÃ¼nchen die Klage abgewiesen. Es hat ausgefÃ¼hrt, als Folge des Unfalls sei es zu einer leichten Beschleunigungverletzung der HalswirbelsÃ¤ule gekommen. Weitere Folgen hÃ¤tten, wie aus den Gutachten, insbesondere denen der Ãrzte Dres. L. und K. ergÃ¤ben, nicht festgestellt werden kÃ¶nnen.

Dagegen richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers.

Der KlÃ¤ger macht geltend, die zur BerufsunfÃ¤higkeit fÃ¼hrenden KÃ¶rper- und GesundheitsschÃ¤den seien auf das Unfallereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Der streitgegenstÃ¤ndliche Verkehrsunfall sei nicht in seiner ganzen Schwere erfasst worden. Aus all diesen GrÃ¼nden kÃ¶nne den AusfÃ¼hrungen des Gerichts nicht gefolgt werden, wonach eine weitere Begutachtung des KlÃ¤gers nicht durchgefÃ¼hrt werden solle. Er verweist auf einen Befundbericht des Dr.B. vom 13.11.2002, der darin ausfÃ¼hrt, von besonderer Bedeutung seien die bei Inklination auftretenden vegetativen Reaktionen, die von ihm anlÃ¤Ãlich einer Untersuchung am 21.04.1997 akut gesehen worden seien. Neue Leiden seien seines Wissens nicht hinzugekommen, alte allerdings auch nicht hinweggefallen.

Der BevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers beantragt, das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23.05.2002 aufzuheben sowie den Bescheid vom 17.07.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.10.1997 entsprechend abzuÃ¤ndern, festzustellen dass beim KlÃ¤ger als Folgen des Unfalls vom 26.09.1995 die im Antrag vor dem Sozialgericht vom 23.05.2002 genannten GesundheitsstÃ¶rungen vorliegen und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente in HÃ¶he von 40 v.H. der Vollrente zu gewÃ¤hren, hilfsweise ein Gutachten nach Â§ 109 SGG von Dr.B. , einzuholen zur Frage der KausalitÃ¤t zwischen dem Unfall und den heute bestehenden StÃ¶rungen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der Senat hat die Funktionskernspintomographie der HalswirbelsÃ¤ule des KlÃ¤gers des Dr.V. vom 09.01.1997 und die Kernspintomographie Ã¼ber die HWS des KlÃ¤gers 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 ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist gemÃ¤Ã Â§Â§ 143 ff. SGG zulÃ¤ssig, sachlich jedoch nicht begrÃ¼ndet.

Die Entscheidung richtet sich auch im Berufungsverfahren nach den Vorschriften der RVO, weil der Unfallzeitpunkt vor dem 01.01.1997 liegt und EntschÃ¤digungsleistungen vor diesem Zeitpunkt geltend gemacht werden (Â§ 212 i.V.m. Â§ 214 Abs.3 SGB VII). Der Anspruch auf Feststellung von Unfallfolgen und EntschÃ¤digungsleistungen setzt voraus, dass die zu entschÃ¤digende GesundheitsstÃ¶rung vorliegt und Folge eines Arbeitsunfalls ist. Bei der Beurteilung dieser Frage bedÃ¼rfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises dergestalt, dass sie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen mÃ¼ssen (vgl. BSGE 45, 285). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als es den ursÃ¤chlichen Zusammenhang im Sinn der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten TÃ¤tigkeit zuzurechnenden und zum Unfall fÃ¼hrenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie den Zusammenhang betrifft, der im Rahmen der haftungsausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t zwischen dem Arbeitsunfall und der maÃgebenden Erkrankung bestehen muss (Krasney, Vierteljahresschrift fÃ¼r Sozialrecht, 1993, 81, 114).

Vorliegend hat die Beweisaufnahme erbracht, dass es durch den Unfall des KlÃ¤gers vom 26.09.1995 lediglich zu einer leichten bis hÃ¶chsten mittleren Beschleunigungsverletzung der HalswirbelsÃ¤ule des KlÃ¤gers gekommen ist. Dies ergibt sich aus den unmittelbar nach dem Unfall erstatteten Berichten der untersuchenden Ãrzte und dem Gutachten des Dr.G. F. , dessen ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 15.09.1997, sowie den Gutachten der SachverstÃ¤ndigen Dr.L. und Dr.K â¦ Dr.G.F. weist in seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten zu Recht darauf hin, dass die Erstuntersuchung des KlÃ¤gers erstmalig zwei Tage nach dem Unfallereignis durchgefÃ¼hrt wurde und der KlÃ¤ger bei ihm angab, zunÃ¤chst nach dem Unfall keine Beschwerden verspÃ¼rt zu haben. Erst am nÃ¤chsten Tag kam es zunehmend zu Beschwerden im Bereich der Hals-Nacken-Region. Zwar ergab die erste Untersuchung eine schmerzhaft eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule in allen Richtungen, jedoch keine neurologischen Ausfallserscheinungen. Die RÃ¶ntgenaufnahmen zeigten keinen Hinweis auf knÃ¶cherne Verletzungen oder wesentliche GefÃ¼gestÃ¶rungen. Entsprechend ist eine sogenannte HWS-Distorsion leichten bis mittleren Grades nach Erdmann anzunehmen. Wie Dr.F. ausfÃ¼hrt, kommt es hierbei zu Gelenkkapselteilrissen, BÃ¤nderzerrungen, BÃ¤nderdehnungen ohne InstabilitÃ¤t,

ohne neurologische AusfÃ¤lle, gelegentlich zu vegetativen Irritationen und mehr oder minder diffusen Hinterkopfschmerzen. Es handelt sich um einen Verletzungsmechanismus, der bereits definitionsgemÃ¤Ã eine weitergehende SchÃ¤digung ausschlieÃt. Wie Dr.F. betont, heilen erfahrungsgemÃ¤Ã derartige Verletzungen rasch ab ohne bleibende, messbare Folgen zu hinterlassen. Entsprechend ist der KlÃ¤ger ab 16.10.1995 vom Durchgangsarzt Dr.K. auch wieder als arbeitsfÃ¤hig erachtet worden. Diese Beurteilung wird von den SachverstÃ¤ndigen Dr.L. bestÃ¤tigt, der sogar nur von einem leichten HalswirbelsÃ¤ulenbeschleunigungstrauma ausgeht. Der Auffassung des Dr.M. im Gutachten vom 28.01.2002, es sei durch den Unfall vom 26.09. 1995 zu einer GefÃ¼geinstabilitÃ¤t zwischen dritten, vierten und fÃ¼nften HalswirbelkÃ¶rper gekommen, die auch Dr.V. und Dr.B. teilen, kann nicht beigepflichtet werden. Zum einen ist schon nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass beim KlÃ¤ger seit dem Unfall eine derartige GefÃ¼gestÃ¶rung Ã¼berhaupt 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 BandscheibenvorwÃ¶lbung an den Segmenten C 4/5 und C 3/4 zeigte jedoch ohne Hinweise auf GefÃ¼gestÃ¶rung. Entsprechend ergab auch die klinische Untersuchung durch Dr.F. am 26.06.1997 keine Hinweise auf segmentale InstabilitÃ¤t. Auch rÃ¶ntgenologisch ergaben sich keine Hinweise auf GefÃ¼gestÃ¶rung. Auch Dr.L. meldet Zweifel an dem Vorliegen einer GefÃ¼gestÃ¶rung an, da es an einer gravierenden Wurzelreizsymptomatik beim KlÃ¤ger fehlt. Auch betont Dr.L. , dass er in einem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren mehrsegmentale discoligamentÃ¤re InstabilitÃ¤ten noch nicht beobachtet hat. Er betont, dass diese ausschlieÃlich zu diskutieren sind bei schwersten Beschleunigungstraumen mit erheblicher Verletzung knÃ¶cherner Strukturen mehrsegmental, respektive schwersten Luxationen. Aber selbst wenn man beim KlÃ¤ger das Vorliegen einer InstabilitÃ¤t der genannten Segmente annehmen wollte, kÃ¶nnen diese nicht auf den angeschuldigten Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. DiesbezÃ¼glich betont auch Dr.K. , dass eine traumatisch bedingte InstabilitÃ¤t mit einem relativ langen symptomfreien Intervall, wie es beim KlÃ¤ger vorgelegen hat, nicht in Ãbereinstimmung zu bringen ist. Im Gegenteil ist, wie er ausfÃ¼hrt, bei einer unfallbedingten InstabilitÃ¤t eines oder mehrerer HWS-Abschnitte eine klinische Sofortsymptomatik zu fordern, die beim KlÃ¤ger nicht vorgelegen hat. Die beim KlÃ¤ger kernspintomographisch diagnostizierten funktionellen BandscheibenvorwÃ¶lbungen an den Segmenten HWK 4/5 und HWK/4 mit bewegungsabhÃ¤ngiger Beschwerdesymptomatik kÃ¶nnen ebenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 26.09. 1995 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. DiesbezÃ¼glich legt Dr.G.F. sachkundig dar, dass eine BandscheibenvorwÃ¶lbung oder ein Bandscheibenvorfall in der Regel auf den Boden degenerativer VerÃ¤nderungen durch alltÃ¤gliche Belastungen entstehen. Traumatische BandscheibenvorwÃ¶lbungen oder VorfÃ¤lle sind demgegenÃ¼ber selten. Sie kommen vor nach BrÃ¼chen benachbarter WirbelkÃ¶rper, bei Einwirkung erheblicher KrÃ¤fte auf die gebeugte WirbelsÃ¤ule, welche die Beugung zu verstÃ¤rken trachten, bei Verdrehung des Rumpfes unter gleichzeitigem Heben und Bewegen schwerer Lasten. Beim KlÃ¤ger lagen nach klinischer und rÃ¶ntgenologischer Untersuchung keine Hinweise auf knÃ¶cherne Verletzung oder

erhebliche Bandverletzung im Sinn einer GefÃ¼gestÃ¶rung vor. Entsprechend zeigten sich auch keine Hinweise fÃ¼r eine typische Wurzelreizsymptomatik. Auch die erst im Sommer 1996 aufgetretenen Schwindelattacken, HÃ¶r- und SehstÃ¶rung, HerzrhythmusstÃ¶rungen und Hypertonie kÃ¶nnen insbesondere aufgrund des fehlenden unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs nach medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnissen, wie Dr.G.F. darlegt, nicht auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Ein entsprechendes objektive Korrelat ist nicht erkennbar. Der in den Akten dokumentierte klinische Ausschluss einer GehirnerschÃ¼tterung sowie der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unauffÃ¤llige neurologische Befund schlieÃen eine weitergehende SchÃ¤digung zentral nervaler Strukturen aus. Dem Gutachten des Dr.M. kann sich der Senat schon deshalb nicht anschlieÃen, weil er, wie dargelegt, zu Unrecht eine unfallbedingte InstabilitÃ¤t der Segmente C 3/4 und C 4/5 annimmt. Auch geht der SachverstÃ¤ndige davon aus, dass der KlÃ¤ger frÃ¼her immer gesund gewesen sei und nie derartige Probleme wie nach dem Unfall gehabt habe. DemgegenÃ¼ber ergibt sich aus dem Arztbericht des OrthopÃ¤den Dr.M. vom 24.11.2000, dass der KlÃ¤ger bereits seit 06.02.1992 in regelmÃ¤Ãigen Vorstellungen Beschwerden im HWS-Bereich, mal mit, mal ohne Ausstrahlung und SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen in den oberen ExtremitÃ¤ten beklagt hat und als Begleiterscheinungen hÃ¤ufig Kopfschmerzen und Schwindelsensationen angegeben hat. Schon am 06.02.1992 hat der OrthopÃ¤de Dr.M. beim KlÃ¤ger eine rechtskonvexe HWS-Fehlhaltung festgestellt. Am 09.03.1993 stellte er eine endgradige EinschrÃ¤nkung der HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen und spannungsvermehrte Schulter-Nackenmuskulatur fest. Es kann also keine Rede davon sein, dass der KlÃ¤ger vor dem Unfall keine Probleme mit der WirbelsÃ¤ule gehabt hÃ¤tte.

Nach alldem ist dem Gutachter Dr.G.F. beizupflichten, dass die Beschwerden und GesundheitsstÃ¶rungen des KlÃ¤gers, die Ã¼ber den 15.10.1995 hinaus vorlagen, unfallunabhÃ¤ngig sind, und entsprechend auch keine unfallbedingte Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit mehr gegeben war.

Dem Antrag des KlÃ¤gers, Dr.B. gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG gutachtlich zu hÃ¶ren, war nicht stattgegeben. Zum einen ist das Recht des KlÃ¤gers auf AnhÃ¶rung eines bestimmten Arztes durch die auf Antrag des KlÃ¤gers erfolgte AnhÃ¶rung des SachverstÃ¤ndigen Dr.M. verbraucht. Der KlÃ¤ger hat nichts dazu vorgetragen, aus welchen GrÃ¼nden ausnahmsweise die Begutachtung durch einen weiteren von ihm gewÃ¼nschten Arzt erforderlich wÃ¤re. Zum anderen ist der entsprechende Antrag auch verspÃ¤tet. Erkennt ein Beteiligter, dass die Beweiserhebung durch das Gericht abgeschlossen ist, muss er innerhalb angemessener Frist den Antrag nach Â§ 109 SGG stellen, wobei eine Frist von sechs Wochen zulang ist (Meyer-Ladewig, SGG, 7.Auflage, Â§ 109, Anm.8a). Vorliegend war dem KlÃ¤ger bereits mit Schreiben vom 14.11.2002 mitgeteilt worden, dass der Rechtsstreit fÃ¼r entscheidungsreif angesehen werde. Hierauf wurde der KlÃ¤ger nochmals mit Schreiben vom 21.03.2003 hingewiesen. Der Antrag in der Verhandlung vom 25.06.2003 ist deshalb verspÃ¤tet.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor (Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG).

Erstellt am: 04.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024