
S 20 U 11/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 U 11/98
Datum	29.05.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 234/01
Datum	12.06.2002

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 29.05.2001 wird zurückgewiesen.
- II. Die Beklagte hat dem Kläger ein Viertel der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1959 geborene Kläger macht eine Rotationsverletzung im HWS-Bereich als Folge eines Arbeitsunfalles geltend.

In der Unfallanzeige vom 01.04.1997 ist angegeben, dem Kläger sei am 14.12.1996 eine Sauerstoffflasche aus der Hand gerutscht; beim Versuch, gleichzeitig mit dem Kopf einem Gestänge am Operationstisch auszuweichen, habe er durch eine heftige Rotationsbewegung Schmerzen im HWS-Bereich erlitten. Der Durchgangsarzt Prof.Dr.S. diagnostizierte nach Untersuchung am 23.01.1997 einen Zustand nach HWS-Rotationstrauma mit Discusprotrusion und neurologischer Symptomatik. Ein CCT vom 06.01. 1997 erbrachte keinen Nachweis pathologischer Veränderungen, insbesondere kein Korrelat für die vom Kläger angegebenen

Sensibilitätsstörungen und keinen Anhalt für eine Vertebralisdissektion.

Der Orthopäde Dr.J. stellte am 10.01.1997 die Diagnose eines Zustandes nach C6/7-Protrusion links. Die Beschwerden seien wohl durch eine flüchtige Discusprotrusion mit Kompression der Wurzel C6/7 ausgelöst worden. Es zeigten sich auf den Röntgenaufnahmen keinerlei Verschleißzeichen. Im Bericht vom 13.03.1997 führte Dr.J. aus, nach einer Rotationsbewegung der Halswirbelsäule vor drei Wochen sei es zunächst zu Kribbeln im Bereich der Halswirbelsäule, dann auch Dysästhesien im Bereich der Finger 1 und 2 links gekommen. Ein Unfallereignis sei bei der sehr genau erhobenen Anamnese nicht angegeben worden und habe wohl auch nicht vorgelegen. Es handle sich um eine schicksalsm gliche Erkrankung.

Der Neurologe und Psychiater Dr.M. untersuchte den Kläger am 23.01.1997. Es best nden die Folgen einer Verschleuderung der HWS mit einer Traumatisation der Vertebralarterie links und einer mutmaßlich traumatischen Discusprotrusion bei HWK 5/6 mit C6- und leichten C7-Wurzelaaffektion bei Ausschluss eines Wurzelkompressionssyndroms auf der linken Seite. Bei der Untersuchung am 05.02.1997 stellte Dr.M. außerdem eine mutmaßliche Intimaläsion und nicht mehr nachweisbare funktionelle Basilarisinsuffizienz fest. Es best nden nach Wiederaufnahme der Arbeit vermehrt Parästhesien an der linken Hand, verbunden mit Schmerzen im Schli sselbeinbereich. Vor einigen Tagen habe der Kläger auch beim Schlucken Mißempfindungen gehabt. Die Schwindelerscheinungen seien völlig therapierefraktär.

Beigezogen wurden Unterlagen über ein Stauchungstrauma der Lendenwirbelsäule vom 20.06.1988 und der I.-Krankenversicherung AG über eine Behandlung wegen Skoliose, Lumbalgie und H ftgelenkdsdysplasie 1986.

Der Chirurg Dr.B. führte als beratender Arzt der Beklagten am 12.06.1997 aus, Befunde und Verlauf spr chen nicht für eine unfallm gliche Entstehung. Eine Bandscheibenprotrusion in zwei Segmenten könne gerade bei einem jüngeren Menschen nicht als unfallbedingt bezeichnet werden. Eine Verletzung zweier Bandscheiben hätte eine ganz erhebliche sofortige Verletzungssymptomatik verursachen müssen. Hier sei eine beginnende anlagem gliche Bandscheibendegeneration an dafür typischer Stelle anzunehmen. Ein subklinisch bereits vorbestehendes Cervikobrachialsyndrom mit entsprechenden muskulären Verspannungen sei durch die reaktive Verreissung des Kopfes aktiviert worden. Dafür spreche auch der Crescendo-Effekt. Die Distorsion der Halswirbelsäule könne für den anschließenden Verlauf lediglich im Sinne einer unwesentlichen Gelegenheitsursache eingestuft werden.

mit, ein Unfallereignis gehe aus der Unfallanzeige und dem Durchgangsarztbericht nicht hervor. Es sei offensichtlich davon auszugehen, dass der Vorfall vom 14.12.1996 im Sinne einer sogenannten Gelegenheitsursache zu betrachten sei.

Hiergegen legte der Kläger am 09.07.1997 Widerspruch ein; das Herunterfallen der Sauerstoffflasche stelle einen Arbeitsunfall dar; ohne dieses Ereignis wäre die

komplexe Verletzung nicht eingetreten. Vorbestehende degenerative Schädigungen seien durch den Befund von Dr.J. , dass keinerlei Verschleißzeichen beständen, ausgeschlossen. Es treffe nicht zu, wenn Dr.B. von einem Crescendo-Effekt spreche. Am 05.01.1997 hätten sich die von Beginn an bestehenden und zunehmenden Dysästhesien und Hypästhesien im Nackenbereich und im Bereich des linken Arms auch auf die linke Gesichtshälfte ausgebreitet, außerdem sei es zu Schluckbeschwerden gekommen. Aufgrund der klinischen Untersuchung sei nun an die Möglichkeit einer zusätzlichen Verletzung der Arteria vertebralis mit Insuffizienz im Versorgungsgebiet der Arteria basilaris gedacht worden. Bei der neurologischen Untersuchung des Dr.M. habe sich dies bestätigt. Im weiteren Verlauf hätten sich die Schwindelanfälle und Schluckbeschwerden gebessert.

Im Bericht vom 29.07.1997 wies Dr.J. darauf hin, der Kläger habe am 10.01.1997 nicht von einem Unfallereignis gesprochen, vielmehr berichtet, im Anschluss an eine Drehung habe er ein Kribbeln im Nacken verspürt. Innerhalb der nächsten zwei Wochen seien nach Medikamenteneinnahme die Beschwerden besser geworden, erst danach sei es zu Parästhesien im Bereich der Finger 1 und 2 links gekommen. Nach dieser Beschwerdeschilderung und dem primären Krankheitsverlauf sei mit Sicherheit davon auszugehen, dass kein Unfallereignis vorgelegen habe, sondern eine schicksalsmäßige Erkrankung.

Die Assistenzärztin T. bestätigte am 31.07.1997, der Kläger habe sich am Abend des 05.01.1997 notfallmäßig vorgestellt aufgrund von Beschwerden, die im Rahmen eines mehrere Tage zu- vor stattgehabten Arbeitsunfalles entstanden seien. Hierbei habe er bei einem Ausweichmanöver im Operationssaal ruckartig den Kopf zur Seite gedreht.

Die Kernspintomographie vom 28.05.1997 zeige Veränderungen, die für eine ligamentäre Läsion im Bereich des hinteren Längsbandes bei C 5/6 mit Ventralgleiten von C6 sprächen. Das MRT vom 27.06.1997 zeige eine Protrusion in Höhe HWK 4/5 mit begleitender reflektorischer Steilstellung der Halswirbelkörper von HWK 3 bis 6. Es beständen kein cervikaler Massenprolaps und kein Sequester, keine Verletzung des hinteren Längsbandes und keine Veränderungen im Halsmark.

Dr.M. erklärte nach Untersuchung des Klägers am 15.07. 1997, es beständen noch eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit und eine leichte Unsicherheit beim Gehen.

Nach Stellungnahme des Beratungsarztes Dr.B. wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.1997 zurück. Die vor Jahren durchgemachte Bandscheibenerkrankung im Lendenabschnitt spreche zusätzlich für die Annahme einer schicksalhaften Erkrankung.

Der Kläger hat zur Begründung der Klage vom 08.01.1998 darauf hingewiesen, es sei zu Bandscheibenprotrusionen im Bereich von HWK 4/5 mit 5/6 und C 5/6- und C 6/7-Affektion und zu einer Intimaläsion der Arteria vertebralis gekommen.

Der Orthopäde Dr.L. erklärte im Schreiben vom 28.04.1998, die CT- und NMR-Aufnahmen zeigten eine Protrusion C 4/C 5 und C 5/C 6. Die Doppleruntersuchung des Dr.M. ergebe eine Intimastenosierung der Arteria vertebralis mit Basilarisinsuffizienz. Dr.M. diagnostizierte am 22.07.1998 und 12.04.1999 Folgen eines Berufsunfalles mit Protrusion bei HWK 4/5 und HWK 5/6 mit C 6- und C 7-Läsion und Vertebralis- insuffizienz, stabilisiert. Außerdem bestehe eine unfallgebahnte Läsion von L 4 links.

Das Kernspintomogramm vom 05.03.1998 zeige keinen Bandscheibenprolaps. Beide Vertebralarterien würden dargestellt, die rechte deutlich dominant. Die Arteria basilaris zeige sich normal.

Der vom Sozialgericht (SG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.Dr.K. führte im Gutachten vom 15.10.1999 aus, nur ganz selten komme es zu isolierten Bandscheibenverletzungen. Sie entstehen unfallmäßig meist zusammen mit Wirbelkörperfrakturen. Von echten traumatischen Bandscheibenvorfällen könne nur ausgegangen werden, wenn das Unfallereignis schwer genug und in der Mechanik geeignet gewesen sei. Zu den geeigneten Unfallereignissen zähle der massive Kfz-Heckanprall. Dem stehe beim Kläger eine plötzliche Ausweichbewegung gegenüber. Zwar habe er anlässlich dieser Ausweichbewegung schlagartig Symptome im Nacken-Armbereich empfunden. Ein Anlass sei aber noch keine Ursache. Degenerative-dehydrierende Bandscheibenveränderungen traten nicht zeitgleich mit den reaktiven Knochenrandveränderungen der angrenzenden Wirbelknochen auf. Das bedeute, dass der Nachweis degenerativer Wirbelsäulenveränderungen mit bildgebenden Verfahren keinen Frakturbefund darstelle, sondern eine Verzögerung gegenüber regressiven Bandscheibenveränderungen, meist um mehrere Monate und länger, gegeben sei. Dass die Wirbelsäule nicht völlig gesund gewesen sei, zeigten die lumbalen Bandscheibenbeschwerden, die seit Mitte der 80-iger Jahre bestanden hätten. Somit könne lediglich von einem Gelegenheitsanlass für akute Beschwerden ausgegangen werden.

Der vom SG gleichfalls zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Neurologe Dr.S. hat im Gutachten vom 29.05.2000 zusammenfassend ausgeführt, die Diagnose der Arteria-vertebralis-Dissektion werde mit dem Auftreten von Erkrankungssymptomen, die verdachtsweise dem zentralen Nervensystem zugeordnet worden seien und mit Auffälligkeiten des Blutflusses im Bereich der linken Vertebralarterie, zum Teil auch der Basilararterie, begründet. Die vom Kläger beschriebenen und im Rahmen einer zentral-nervösen Erkrankung eingeordneten Gesundheitsstörungen, wie Schwindel, Schluckbeschwerden, Gangunsicherheit, ließen sich nicht zentral-nervös erklären. Auch seien die Beschwerden erst am 05.01.1997, also in weitem zeitlichen Abstand zum Trauma, aufgetreten. Auch das Fehlen einer im Kernspintomogramm nachzuweisenden Gewebeerweichung des Schädels spreche gegen unfallbedingte Verursachung. Dr.M. erkläre, dass eine Dissektion sicherlich nicht vorliege. Eine derartige Aussage sei allerdings ohne entsprechende bildgebende Diagnostik problematisch. Solche Untersuchungen seien beim Kläger nicht erfolgt und nicht nachholbar, da Vertebralarteriendissektionen innerhalb mehrerer Monate ausheilten und dann

wieder normale Blutflussverhältnisse herrschten. Ein sicherer indirekter Hinweis für eine Arteria-vertebralis-Dissektion wäre der Nachweis eines Hirnstamminfarktes gewesen. Er habe aber im Kernspintomogramm des Schädels vom 06.01.1997 ausgeschlossen werden können. Dr.K. habe keine ausreichende traumatische Gefäßgestörung in der Halswirbelsäule angenommen. Die von Dr.M. gefundenen Minderdurchblutungszeichen, nämlich eine geminderte systolische und diastolische Strömung seien auch jetzt noch gegeben. Dieser Befund sei typisch für eine Minderanlage der Vertebralarterie, die in der ergänzend durchgeführten Duplex-Sonographie bestätigt worden sei und sich auch in der Kernspintomographie vom 27.06.1997 zeige. Eine Gefäßwandbeschädigung sei bei der Untersuchung vom 28.01.2000 nicht zu finden gewesen. Die von Dr.M. festgestellte Durchblutungsänderung im Bereich der Basilararterie sei unspezifisch und habe keine wegweisende pathologische Bedeutung.

Außerdem wurden vom Kläger peripher-neurogene Erkrankungssymptome angegeben, nämlich trapezförmige Missempfindungen im Bereich des Nackens bis zum Schultergürtel und Sensibilitätsstörungen mit Einschränkung des Tastsinnes im Bereich der Finger 1 und 2 linksbetont. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich der Finger seien Folge einer sensiblen Wurzelschädigung C 6 beidseits. Motorische Schäden im Halswirbelsäulenwurzelbereich seien nicht zu finden. Bei einer akut entstandenen Schädigung hätte man aktive Wurzelschädigungszeichen erwartet, die Dr.M. nicht beschrieben habe. Aufgrund der Zunahme der klinischen Symptome und der langsamen Zunahme der nervenbedingten Veränderungen bei der Muskelstromableitung sei davon auszugehen, dass sich eine degenerative Gefäßgelockerung im Bereich der Halswirbelsäule ergeben habe. Dies belegten auch die röntgendiagnostischen Befunde. Eine beginnende schicksalhafte degenerative Halswirbelsäulenerkrankung zeige sich auch durch die über Jahre zunehmenden röntgenologischen Verschleißzeichen im Bereich der Halswirbelsäule. Die im Kernspintomogramm vom März 1998 festgestellte Wasseransammlung im Rückenmarksbereich im Sinne einer Syrinx sei in den Folge-MR-Aufnahmen nicht mehr zu sehen. Es zeigten sich lediglich streifige Aufhellungen, die Artefakte durch Nervenwasserpulsationen darstellten. In seltenen Fällen könne eine zentrale Höhlenbildung durch ein schweres Trauma entstehen, allerdings dann durch erhebliche Gewalteinwirkung von außen, fast immer im Zusammenhang mit Wirbelkörperbrüchen und gleichzeitiger Rückenmarksschädigung. Solche Veränderungen hätten beim Kläger nicht vorgelegen. Einige der von Dr.M. erhobenen Befunde wären bei einer multiplen Sklerose oder einer weit oben liegenden Schädigung des Rückenmarks denkbar. Hinweise für diese beiden Erkrankungen fehlten aber. Andererseits habe Dr.M. bei weiteren Untersuchungen wieder normale Werte gefunden.

Der Kläger habe beim Arbeitsunfall keine strukturelle Verletzung der Halswirbelsäule erlitten. Das chronische HWS-Syndrom mit Wurzelbeteiligung C6, fraglich auch C7, anfänglich nur links, im späteren Verlauf auch rechts, sei durch eine schicksalhafte degenerative Halswirbelsäulenerkrankung bedingt, die sich erst später als die schon Jahre zuvor bekannte schicksalhafte degenerative LWS-

Erkrankung gezeigt habe, wobei der Unfall nicht ursächlich sei. Lediglich die passageren Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich links könnten theoretisch zentral-nervös bedingt sein. Sie seien inzwischen auch abgeklungen. Folgen einer eventuellen Arteria-vertebralis-Dissektion seien ebenfalls nicht mehr nachzuweisen.

Mit Urteil vom 29.05.2001 hat das SG die Klage abgewiesen.

Der Kläger hat zur Begründung der Berufung ausgeführt, die Gutachten von Dr.K. und Dr.S. seien nicht zeitnah erstellt, medizinisch unrichtig, wesentliche klinische Befunde seien außer Acht gelassen worden, wesentliche medizinisch-technische Befunde würden keine Erwähnung, es werde fälschlicherweise der Vorwurf erhoben, dass nicht alle notwendigen Untersuchungen durchgeführt worden seien.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 20.11.2001 hat Dr.S. zu den Einwendungen des Klägers erläutert, die vom Kläger vermutete Verletzung im hinteren Längsband der Halswirbelsäule sei unwahrscheinlich, da die Kernspintomogramme vom 06.01.1997 und 27.06.1997 keine derartige Verletzung zeigten. Die im Kernspintogramm vom 28.05.1997 gefundenen Flüssigkeitseinlagerungen im hinteren Längsband müssten also als Zeichen einer schicksalhaften degenerativen HWS-Erkrankung angesehen werden. Dass auf den Röntgenaufnahmen vom 10.01.1997 noch keine Röntgenmanifesten Verschleißerscheinungen festgestellt worden seien, spreche nicht gegen einen schon vorliegenden Verschleiß, der sich ja zu Anfang nicht durch knöcherner Veränderungen manifestiere. Im übrigen zeige das Kernspintogramm vom 08.04.1999 die Entwicklung degenerativer Veränderungen, nämlich Osteochondrosen im Bereich der Halswirbelsäule 5, 6 und 7 mit Bandscheibenvorwölbungen HWK 4/5 und 5/6 sowie einen Bandscheibenvorfall HWK 6/7. Dieser Bandscheibenvorfall sei im späteren Verlauf entstanden und werde nach dem Unfall nicht beschrieben. Die HWS-Erkrankung mit komplizierender, vorwiegend sensibler C6/7-Kompression habe keinen Zusammenhang mit dem Unfall. Auch die cervikalen Wurzelkompressionserscheinungen mit leichtgradigen sensomotorischen Störungen im Bereich der Hände mit Einschränkung für feinmotorische Aufgaben, könnten nicht als Unfallfolge gewertet werden, sondern als Folge einer schicksalhaften degenerativen HWS-Erkrankung. Sie seien durch eine Schädigung peripherer Nervensubstanz und nicht zentral-nervöser Nervensubstanz bedingt. Dies belegten auch die elektrodiagnostischen Befunde des Dr.M., die ja eindeutig periphere Nervenschäden nachgewiesen hätten. Ein Schlaganfall sei durch das normale Kernspintogramm vom 06.01.1997 ausgeschlossen. Auch Dr.M. äußere im Bericht vom 24.01.1997, dass eine Gefäßdissektion sicherlich nicht vorliege. Eine kernspintomographische Angiographie vom 27.06.1997 habe die linke Vertebralarterie etwas kaliberschwächer als die rechte dargestellt im Sinne einer anlagebedingten Normvariante. Die spontane Dissektion ohne Traumagenese sei sehr viel häufiger als die Dissektion durch Traumagenese. Wenn der Kläger geltend mache, die Erkrankungssymptomatik, die er auf einen Schlaganfall nach Vertebralisdissektion zurückführe, sei gegen Jahresende 1996 aufgetreten, so wäre schon aufgrund zeitlicher Faktoren kein Unfallbezug mehr gegeben,

insbesondere, da ja kernspintomographisch am 06.01.1997 eine morphologisch intakte Halswirbelsäule nachgewiesen sei.

Im Termin am 12.06.2002 hat die Beklagte folgendes Teilanerkenntnis abgegeben: Die Beklagte erkennt an, dass es sich bei dem Ereignis vom 14.12.1996 um einen Arbeitsunfall gehandelt hat, wobei als Unfallfolge nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr.S. und Dr.K. eine geringe Halsmuskelzerrung, die folgenlos ausgeheilt ist, anerkannt wird.

beantragt darüber hinaus, das Urteil des Sozialgerichts München vom 29.05.2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 02.07.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.12.1997 aufzuheben bzw. abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, weitere Folgen des Unfalls anzuerkennen und Verletztenrente zu gewähren. Er bezieht sich dabei insbesondere auf die Ausführungen des Dr.M. und des Dr.L.;

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, soweit die Anträge darüber das Teilanerkenntnis hinausgehen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wäre ([§ 212, 214 Abs.2 SGB VII](#) i.V.m. [§ 580 RVO](#)).

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß [§ 548 Abs.1 RVO](#) einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den [§ 539, 540](#) und [543 bis 545 RVO](#) genannten versicherten Tätigkeiten erleidet. ein von außen auf den Körper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den Körperschaden verursacht hat (vgl. [BSGE 23, 139](#)). Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfallenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney, Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 1993, 81, 114).

Der Klager hat durch die abrupte Kopfbewegung vom 14.12.1996 zur Überzeugung des Senats keine bleibenden Gesundheitsstorungen erlitten. Zwar hat er ansslich dieser Ausweichbewegung schlagartig Symptome im Nacken-Armbereich als Folge der geringen Halsmuskelzerrung, die die Beklagte als Unfallfolge anerkannt hat, empfunden; der Bewegungsablauf war aber nicht ursächlich für die weiter aufgetretene HWS-Problematik. Die vom Klager geltend gemachte kausale Verknüpfung ist, wie Dr.K. betont, sehr problematisch. Isolierte Bandscheibenschäden ohne gleichzeitige Traumatisierung der benachbarten Wirbel- und Bandstrukturen gibt es nicht. Anders ist die Situation bei degenerativen Vorschäden. Hier reichen bagatellhafte äußere Ansse aus, um einen latenten Bandscheibenschaden zu einem akuten Beschwerdebild zu verändern. Von Kausalität kann hier aber nicht gesprochen werden, denn der zeitliche Zusammenhang ist nicht gleichzusetzen mit einem ursächlichen Zusammenhang. Wie sich aus den Unterlagen der Krankenversicherung des Klagers ergibt, bestanden Beschwerden von seiten der Lendenwirbelsäule bereits seit Mitte der 80-iger Jahre. Schon 1984 wurde die Lendenwirbelsäule geröntgt. Es ist, wie Dr.K. erutert, davon auszugehen, dass degenerativ- dehydrierende Bandscheibenveränderungen zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 14.12.1996 bereits bestanden, wenn auch reaktive Knochenrandvernderungen der angrenzenden Wirbelknochen erst später auftraten.

Eine Arteria-vertebralis-Dissektion, wie sie der Klager geltend macht, ist nicht nachzuweisen. Die Minderdurchblutungszeichen im Bereich der linken Vertebralarterie, die Dr.M. beschreibt und die bei der Untersuchung durch Dr.S. noch zu finden waren, nämlich eine geminderte systolische und diastolische Strömung mit noch vorhandenem aber niedrigen diastolischem Restfluss und erhöhter Pulsatilität, sind gerade typisch für eine Minderanlage der Vertebralarterie. Sie konnte auch durch die von Dr.S. durchgeführte Duplex-Sonographie bestätigt werden. Wie Dr.S. erutert, fand sich der typische Befund mit einem eng angelegten Gefäßdurchmesser, der sich über die gesamte Untersuchungsstrecke im Verlaufsbereich der Vertebralarterie in der Wirbelsäule nicht änderte. Bei Dissektionen würden im Gegensatz dazu starke Kaliberunregelmigkeiten zu erwarten sein. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Dr.M. im Bericht vom 24.01. 1997 ausdrücklich erklärte, eine Dissektion liege sicherlich nicht vor. Allerdings ist diese Aussage ohne bildgebende Diagnostik mit Duplex-technischer Darstellung des Gefäßes problematisch. Eine derartige Untersuchung oder auch eine Angiographie konnten aber nur in den ersten drei Monaten nach Symptomentstehung Ergebnisse zeigen, da Vertebralarterienwandrisse über einen Mehrmonatsverlauf ausheilen und dann wieder normale Blutflussverhltnisse herrschen. Ein indirekter Hinweis für eine Arteria-vertebralis-Dissektion wäre auch der Nachweis eines Hirnstamminfarktes im Gefversorgungsbereich, der aber im Kernspintomogramm des Schädels vom 06.01.1997 ausgeschlossen werden konnte.

Gegen das Vorliegen einer Arteria-vertebralis-Dissektion spricht auch die Tatsache, dass die vom Klager angegebenen Symptome, wie Gangunsicherheit, Schwindel, abgeschwächte Bauchhautreflexe links und Schluckbeschwerden nicht zentral-

nervÄ¶s bedingt sind. Sie traten nach Angaben des KlÄ¶gers erst Tage bis drei Wochen spÄ¶ter anÄ¶sslich einer raschen Kopfbewegung nach hinten auf, also in weitem zeitlichen Abstand zum erlittenen Trauma vom 14.12.1996. Dies spricht gegen einen Zusammenhang. Hinzu kommt, dass bei mehrwÄ¶chig bestehenden Gesundheitssymp- tomen im Kernspintomogramm des SchÄ¶dels eine Gewebeerweichung nachgewiesen werden mÄ¶sste. Diese wurde aber im Kernspintomogramm des SchÄ¶dels vom 06.01.1997 nicht gefunden. Damit ist, so Dr.S. , eine solche StÄ¶rung ausreichend sicher ausgeschlossen.

Hinweise auf eine zentral verursachte StÄ¶rung im Bereich des Beines im Hinblick auf die vom KlÄ¶ger angegebene Gangunsi- cherheit fanden sich bei den neurologischen Untersuchungen vom 05.01.1997 und 23.01.1997 nicht. Allerdings berichtet Dr.M. am 23.01.1997 Ä¶ber Reflexbetonungen am linken Bein. Im Hinblick darauf, dass die von Dr.M. angegebenen Reflexbefunde in jedem seiner Berichte wechseln, kann diesen Befunden, so Dr.S. , keine sichere diagnostische Wertbarkeit zukommen. Sie sind sehr stark vom Spannungszustand der Muskulatur und vom Untersucher abhÄ¶ngig. Da die Untersuchungen keine zentralen AugenbewegungsstÄ¶rungen ergaben, kann nicht von einer Schwindelverursachung durch Hirngewebes- chÄ¶digung , z.B. infolge einer Vertebralarteriendissektion, ausgegangen werden. Es hat sich mit Ä¶berwiegender Wahrscheinlichkeit, so Dr.S. , um einen HWS-bedingten Schwindel gehandelt, der sich bei starken Nackenmuskelverspannungen entwickelte. Die Bauchhautreflexe links sind noch schwieriger als die Muskeleigenreflexe zu prÄ¶fen. Bei einer HirnstammdurchblutungsstÄ¶rung mit sensiblen StÄ¶rungen im Gesichtsbereich links hÄ¶tte man allerdings eher rechtsseitig geminderte Bauchhautreflexe erwartet. Zudem berichtet Dr.M. am 23.01.1997, dass diese Reflexe wieder unauffÄ¶llig waren. BezÄ¶glich der SchwÄ¶chen im Bereich des linken Beines ist zu berÄ¶cksichtigen, dass Dr.M. sie, nach Kenntnis des Verlaufs, als WurzelschÄ¶digung L4 links einordnet, also nicht als eine zentral-motorische oder KoordinationsstÄ¶rung des linken Beines. Da eine degenerative LendenwirbelsÄ¶ulenkrankung beim KlÄ¶ger bekannt ist, die bereits seit Mitte der 80-iger Jahre besteht, ist ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14.12.1996 nicht wahrscheinlich. Die kurzdauernden Schwindelattacken, die der KlÄ¶ger angegeben hat und die sich insbesondere nach Krankengymnastik besserten, dÄ¶rften als innenohrbedingter Lageschwindel anzusehen sein, der folgenlos abgeklungen ist. Er kann, wie Dr.S. betont, nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit als unfallabhÄ¶ngig eingeordnet werden. Neurogene SchluckstÄ¶rungen durch SchÄ¶digung der die Schluckmuskulatur versorgenden Nerven bzw. Nervenkerne oder der Nervenleitungsbahn mit Schwierigkeiten des Einschluckens und des Nahrungstransportes lagen beim KlÄ¶ger nie vor.

Die StÄ¶rungen sind insgesamt nicht als Folgen einer zentral-nervÄ¶sen SchÄ¶digung zu erklÄ¶ren. Lediglich die pasageren sensiblen StÄ¶rungen im Gesichtsbereich links kÄ¶nnten zentral-nervÄ¶s bedingt sein, wobei sie bei Fehlen einer Hirngewebes- chÄ¶digung auf jeden Fall nach drei Tagen hÄ¶tten abklingen mÄ¶ssen. Immerhin sind sie nach einer nicht sicher angegebenen Zeitdauer letztlich wieder abgeklungen.

Zusätzlich hat der Kläger peripher-neurogene Erkrankungssymptome angegeben, nämlich trapezförmige Missempfindungen im Bereich des Nackens bis zum Schultergürtel beiderseitig und Sensibilitätsstörungen mit Einschränkung des Tastsinns im Bereich der Finger 1 und 2 linksbetont. Aufgrund der Zunahme der klinischen Symptome und der langsamen Zunahme der nervenbedingten Veränderungen bei der Muskelstromableitung ist davon auszugehen, dass sich eine degenerative Gefäßlockerung im Bereich der Halswirbelsäule ergeben hat. Dies belegen auch die röntgendiagnostischen Befunde. So war im Januar 1997 noch keine pathologisch wertbare Veränderung der Halswirbelsäule in der bildgebenden Diagnostik mit Kernspintomographie nachzuweisen, insbesondere auch keine Bandscheibenvorwölbungen, Bandscheibenvorfälle und keine Zerreissung des hinteren Längsbandes. Die schicksalhafte degenerative Halswirbelsäulenerkrankung führte zwischen Anfang 1997 und April 1999 zu zunehmenden röntgenologischen Verschleißzeichen. In der Beschreibung des Kernspintomogramms vom Mai 1997 wurde mitgeteilt, dass als Ausdruck einer entstandenen Segmentlockerung ein angedeutetes Ventralgleiten des 6. gegenüber dem 5. Halswirbelkörper bestand und das hintere Längsband in diesem Bereich lüdiert war. Im Kernspintomogramm vom April 1999 werden beginnende degenerative Veränderungen im Sinne der Osteochondrose zwischen 5., 6. und 7. Halswirbelkörper und Bandscheibenveränderungen der Räume vom 4. bis zum 7. Halswirbelkörper beschrieben. In diesem Zusammenhang sind auch die vom Kläger angegebenen Nackenschmerzen und die Einschränkung der Kopfbeweglichkeit zu sehen. Da die Art der erlittenen Halswirbelsäulenverletzung, wie auch Dr.K. betont hat, nur zu einer HWS-Zerrung führen konnte, war sie nicht geeignet, Vorschäden entscheidend zu aktivieren oder zu prolongieren.

Hinweise auf eine Rückenmarksläsion ergaben sich durch die bildgebende Diagnostik nicht. Lediglich im Kernspintomogramm vom 05.03.1998 stellte Prof.H. eine linear betonte Hohlbildung im Sinne einer Syrinx fest. Sie wurde aber in den Folge-MR-Aufnahmen der HWS nicht mehr gefunden. Es zeigten sich lediglich streifige Aufhellungen, die Artefakte durch Nervenwasserpulsationen darstellen. In seltenen Fällen kann allerdings, so Dr.S. , eine zentrale Hohlbildung des Rückenmarks durch ein schweres Trauma vorkommen, allerdings ist eine erhebliche Gewalteinwirkung von außen, fast immer im Zusammenhang mit Wirbelkörperbrüchen und gleichzeitiger Rückenmarksschädigung erforderlich, die ja beim Kläger gerade nicht gegeben sind.

Somit ist das chronische Halswirbelsäulensyndrom mit Wurzelbeteiligung C6, eventuell auch C7, das anfänglich nur links, im späteren Verlauf auch rechts auftrat, als schicksalhafte degenerative Halswirbelsäulenerkrankung zu sehen, die sich erst später als die schon Jahre zuvor bekannte schicksalhafte degenerative LWS-Erkrankung, zeigte, wobei der Unfall nach den überzeugenden Ausführungen von Dr.K. und Dr.S. nicht ursächlich ist. Eine zentral-nervöse Schädigung als Ursache für die vom Kläger angegebenen Störungen ist nicht nachzuweisen. Im übrigen sind die Störungen abgeklungen.

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

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

Erstellt am: 05.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024