S 1 U 5131/93 L

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 U 5131/93 L
Datum	02.02.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 34/99
Datum	28.02.2001

3. Instanz

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

- I. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 02.02.1999 wird zurÄckgewiesen.
II. AuÄrgerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am 1957 geborene KlÄgerin stÄrzte am 23.03.1976 im landwirtschaftlichen Betrieb ihres Schwiegervaters bei Ausschaltungsarbeiten in die GÄlle-Grube.

Vom 23.03. bis 14.05.1976 wurde sie im Kreiskrankenhaus E â; stationÄr behandelt. Der Chirurg Dr.E â; stellte die Diagnosen: Fraktur mit Subluxation des 6. Halswirbels, Einbruch der Deckplatte am 7. Halswirbel. Am 03.09.1976 ÄuÄerte der OrthopÄde Dr.R â;, neurologische Ausfallerscheinungen seien nicht gegeben. Dr.E â; berichtete am 20.12.1976 Äber Kopfschmerzen und Bewegungsbehinderung der HalswirbelsÄule. Dr.R â; wies am 11.01.1977 darauf hin, die HalswirbelsÄule sei deutlich bewegungseingeschrÄnkt mit kyphotischem Knick im Bereich des 7. Halswirbelknochens. Es bestÄnden ausstrahlende Schmerzen im Nacken und SchultergÄrtel.

Im Gutachten vom 20.12.1976 fÄ¼hrte Dr.E â aus, die Patientin klage noch Ä¼ber Schmerzen im Bereich der HalswirbelsÄ¼ule. Die Muskulatur beider Arme sei gleichmÄ¼ig und gut entwickelt und die Beweglichkeit beider Schulter- und Armgelenke frei. Die MdE sei vom 26.10.1976 bis 20.12.1976 mit 40 v.H. und ab 21.12.1976 bis 20.06.1977 mit 30 v.H. zu bewerten.

Mit Bescheid vom 11.01.1977 erkannte die Beklagte als Unfallfolgen an: Bruch mit unvollstÄ¼ndiger Verrenkung des 6. Halswirbels, Einbruch der Deckplatte am 7. Halswirbel, Bisswunde an der Unterlippe. Die MdE wurde entsprechend den VorschlÄ¼gen des Dr.E â festgestellt.

Mit Widerspruch vom 31.01.1977 machte die KlÄ¼gerin geltend, sie habe nicht nur Schmerzen im Bruchbereich, sondern im ganzen RÄ¼cken, der linken Schulter, im linken Arm und im Kopf.

Der OrthopÄ¼de Prof.Dr.H â stellte im Gutachten vom 09.03.1977 die Diagnosen: In erheblicher Fehlstellung verheilte Kompressionsfraktur des 7. HWK mit kyphotischer und seitlicher Achsabweichung, HypermobilitÄ¼t des Cervikalsegments C 5/C 6 mit mÄ¼glicher Myelopathie. Es bestehe eine subjektive Zunahme der Beschwerden. Die MdE sei ab 20.12.1976 auf 50 v.H. einzuschÄ¼tzen.

Nach Einholung einer Stellungnahme des beratenden Arztes Dr.Re â, der ab 26.10.1976 die MdE auf 40 v.H. einschÄ¼tzte, teilte die Beklagte der KlÄ¼gerin mit Schreiben vom 21.04.1977 mit, Ä¼ber den 20.12.1976 hinaus werde bis auf Weiteres eine vorlÄ¼ufige Rente nach einer MdE von 40 v.H. gewÄ¼hrt.

Im Gutachten vom 10.10.1977 fÄ¼hrte der OrthopÄ¼de Dr.G â aus, bei der krÄ¼ftigen Konsolidierung der Kompressionsfraktur und Fehlen jeglicher muskulÄ¼rer oder sensibler AusfÄ¼lle bestehe keine Operationsindikation. Die MdE betrage 30 v.H.

Nach AnhÄ¼rung der KlÄ¼gerin, die geltend machte, sie leide weiterhin unter erheblichen Schmerzen, stellte die Beklagte mit Bescheid vom 08.11.1977 die Rente neu fest, weil eine wesentliche Ä¼nderung eingetreten sei. Die MdE betrage ab 01.01.1978 30 v.H. â

Den Widerspruch der KlÄ¼gerin vom 21.11.1977 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.12.1977 zurÄ¼ck.

Der OrthopÄ¼de Dr.G â fÄ¼hrte im Gutachten vom 31.01.1979 aus, die KlÄ¼gerin gebe wechselnde Beschwerden, unabhÄ¼ngig von kÄ¼rperlicher TÄ¼tigkeit, in der HalswirbelsÄ¼ule, in letzter Zeit vermehrt auch im LWS-Bereich, an. Im klinischen wie im rÄ¼ntgenologischen Befund sei keine Ä¼nderung erkennbar. Die MdE betrage weiterhin 30 v.H.

Ab 12.05.1980 wurde die KlÄ¼gerin von dem OrthopÄ¼den Prof.Dr. H â behandelt, der erklÄ¼rte, durch die WirbelkÄ¼rperfraktur komme es zu einer Kompressionserscheinung im Bereich der Nervenwurzel C 8.

Im Gutachten vom 11.12.1980 führte Dr.G aus, weder im klinischen noch im röntgenologischen Befund sei eine Änderung zu verzeichnen. Subjektiv würden von der Klägerin nicht klar zu umschreibende Sensibilitätsstörungen über der Streckseite des rechten Oberarms, manchmal bis zur rechten Ellenkante, angegeben, sowie gelegentlich das Gefühl der eingeschlafenen Finger. Nach dem EMG der Neurologischen Klinik M seien keine Denervierungszeichen erkennbar. Eine Irritation der Wurzel C 8 durch die Fehlhaltung der Halswirbelsäule ohne Kompressionszeichen oder Ausfälle sei möglich, aber bereits im Gutachten vom Oktober 1977 angegeben. Eine wesentliche Verschlimmerung sei nicht feststellbar. Die MdE betrage weiterhin 30 v.H.

Im Befundbericht vom 17.08.1981 bestätigte Prof.Dr.H erhebliche Sensibilitätsstörungen mit Druckschmerz der paravertebralen Muskulatur und Bewegungseinschränkungen des Halses. Im EMG seien keine aktiven Denervierungen des C 8 vorhanden. Am 08.12.1983 berichtete Prof.Dr.H über ein chronisches Cervikalsyndrom mit ausstrahlenden Schmerzen in beide Arme, mehr rechts als links.

Vom 22.02.1984 bis 07.03.1984 erfolgte eine stationäre Heilbehandlung in der Unfallklinik Murnau. Am 12.12.1986 erklärte Prof.Dr.H, nach den derzeitigen neurologischen und radiologischen Befunden sei eine operative Intervention nicht indiziert.

Am 15.09.1987 beantragte die Klägerin eine Neueinstufung, da sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe. Sie leide unter erheblichen Schmerzen und Sensibilitätsstörungen auf der gesamten rechten Körperseite. Durch den hohen Schmerzmittelkonsum und die erhebliche nervliche Belastung bestehe eine chronische Antrumgastritis mit Magen- und Zwölffingerdarmerosionen. Vom 24.07. bis 02.08.1985 hatte sich die Klägerin im Kreiskrankenhaus Eggenfelden in stationärer Behandlung befunden wegen eines Zustandes nach gastrointestinaler Blutung. Der Internist Dr.B diagnostizierte am 17.02.1986 chronische Gastroduodenitis. Am 22.12.1987 bestätigte er eine erosive Gastritis mit Ulcus duodeni, ebenso am 27.11.1989.

Vom 17.02. bis 26.02.1986 wurde die Klägerin im Kreiskrankenhaus A wegen einer chronischen Antrumgastritis und chronischem cervikalen Schmerzsyndrom nach HWK-Fraktur behandelt. Der Internist Dr.Eb zog den Neurologen Dr.H hinzu, der am 20.02.1986 äußerte, der Unfall habe nicht nur zu einem chronischen Schmerzsyndrom geführt, sondern auch erhebliche, bisher nicht bewältigte Konflikte im familiären Bereich hervorgerufen. Seither sei wohl einiges schief gelaufen. Eine chronische Überforderungssituation (Hausbau, Kinder), eine Interruptio 1985 seien noch komplizierend hinzugekommen. Ein psychotherapeutischer Interventionsversuch sei bereits nach dem Erstgespräch gescheitert. Er schlage wegen der chronisch-cervikal bedingten Schmerzen eine Schmerztherapie bei gleichzeitiger Gabe von Tolvin vor, eventuell auch Behandlung durch TNS, eventuell auch Entspannungstechnik, z.B. autogenes Training, kurzfristig Erholungsaufenthalt in einem Müttererholungsheim, langfristige psychiatrische Mitbehandlung, eventuell auch stationäre Behandlung in einer psychosomatischen

Klinik.

Nach stationärer Behandlung vom 26.08. bis 31.08.1987 attestierte der Chirurg Prof.Dr.B. vom Kreiskrankenhaus A. eine leichte Besserung seit der letzten Akupunktursitzung. Dr.M. von der Neuro-chirurgischen Klinik des Krankenhauszweckverbandes Augsburg bestätigte am 19.10.1987, er rate prinzipiell zu einer Operation, da die Klägerin ohne Schmerzmittel nicht auskomme und das neurologische Erscheinungsbild sich verschlechtert habe. Nach stationärer Behandlung vom 14.11.1987 bis 19.11.1987 im Kreiskrankenhaus A. erklärte Prof.Dr.B., unter Gabe von Analgetika sei es zu einem raschen Rückgang der akuten Beschwerdesymptomatik gekommen.

Die Neurologen Dr.W., Dr.N. führten im Gutachten vom 18.01.1988 aus, die Klägerin berichte, dass zunächst nach dem Unfall keine Lähmungen und auch keine Hautgefäßstörungen aufgetreten seien. Etwa 1978 oder 1979 sei es einmal zu einem Pelzigkeitsgefühl des 5. Fingers der rechten Hand gekommen. Dies habe sich dann ausgeweitet. Die von der Klägerin beschriebenen Schmerzen erschienen glaubhaft, wobei es zu einem beträchtlichen Schmerzmittelkonsum gekommen sei. Es seien keinerlei psychopathologische Auffälligkeiten zu finden. Auch auf nervenärztlichem Gebiet bestehe keine MdE rentenberechtigenden Ausmaßes. Es sei ein regelrechter klinisch-neurologischer Befund festzustellen, keinerlei Reflexdifferenzen oder Ausfälle, auch keine Hinweise auf eine organische Hirnleistungsstörung oder Wesensänderung. Es seien keine Hautgefäßstörungen zu objektivieren und motorisch keine Ausfälle nachzuweisen. Aufgrund der nachweisbaren Veränderungen der Halswirbelsäule mit Einengung des Rückenmarkkanales sei längerfristig die Ausbildung einer sogenannten cervikalen Myelopathie möglich.

Der Internist Dr.E. kam im Gutachten vom 21.01.1988 zusammenfassend zu dem Ergebnis, gegenüber den unfallunabhängig aufgetretenen Unterleibsbeschwerden, die sich möglicherweise ebenfalls belastend im Sinne einer Stresssituation für den Magen ausgewirkt hätten, seien die unfallbedingten Beschwerden und die wiederholt notwendigen medikamentösen Maßnahmen für die Entstehung von entzündlichen Magen-Darmerkrankungen mit Geschwülsten wesentlich. Da diese Erscheinungen einer erosiven Gastritis mit Auftreten von Ulcera duodeni im mittelbaren Zusammenhang mit dem Unfallereignis ständen und die Klägerin zumindest seit Juli 1985 verstärkt darunter leide, sei eine MdE in Höhe von 20 v.H. gegeben.

Der Chirurg Prof.Dr.P. erklärte im Gutachten vom 24.03. 1988, die MdE sei auf chirurgischem Gebiet nach wie vor mit 30 v.H. zu bewerten, so dass sich unter Einbezug der auf internistischem Gebiet bestehenden MdE eine Gesamt-MdE von 40 v.H. ab 01.07.1985 ergebe.

Mit Bescheid vom 10.05.1988 stellte die Beklagte die Rente ab 01.07.1985 in Höhe von 40 v.H. neu fest. Durch die unfallbedingten medikamentösen Behandlungen sei es zur Entstehung einer erosiven Gastritis mit Magengeschwülden und Magenblutungen sowie zu 12-Fingerdarmgeschwülden gekommen. Diese

Erkrankungen wÃ¼rden als mittelbare Unfallfolgen anerkannt.

Vom 25.01. bis 09.02.1988 befand sich die KlÃ¤gerin in der Neurochirurgischen Klinik Augsburg, wo sie am 01.02.1988 operiert wurde. Die verknÃ¶cherten Verwachsungen zwischen Lamina C 6/7 wurden beseitigt. Bei der Nachuntersuchung am 20.04.1988 war eine absolute Besserung der Neurologie feststellbar. Am 15.09. 1988 berichtete die KlÃ¤gerin, dass nach der Operation die SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen nicht mehr aufgetreten seien.

Im Bericht vom 03.03.1989 erklÃ¤rte der Internist Dr.H â vom Kreiskrankenhaus A â, er kÃ¶nne einen Zusammenhang der Magenbeschwerden mit dem Arbeitsunfall nicht beweisen, halte ihn jedoch fÃ¼r wahrscheinlich.

Vom 27.02. bis 08.03.1989 befand sich die KlÃ¤gerin wieder in der Neurochirurgischen Klinik Augsburg und wurde am 03.03.1989 wegen eines C 8-Wurzelreizsyndroms beidseits operiert. Es wurde festgestellt, dass Knochenanteile in die C 8-Neuroforamina hineingewachsen waren und so zu Wurzelkompressionen fÃ¼hrten. Die Neuroforamina wurden aufgestanzt und die Wurzeln neurolysiert. Die radikulÃ¤ren Schmerzen lieÃen postoperativ nach, die SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen bildeten sich zurÃ¼ck. Bei der AbschluÃuntersuchung war die KlÃ¤gerin bis auf noch leichte radikulÃ¤re Schmerzen im C 8 Band rechts beschwerdefrei. Motorisch waren keine sicheren Paresen nachweisbar. Vom 18.03. bis 14.03.1989 wurde die KlÃ¤gerin im Krankenhaus A â behandelt, wo noch Restbeschwerden C 8 rechts festgestellt wurden, wÃ¤hrend die Motorik unauffÃ¤llig war.

Der Neurologe Dr.W â fÃ¼hrte im Gutachten vom 04.09.1989 aus, es habe keine psychische Fehlverarbeitung der chronischen Schmerzen stattgefunden. Unfallbedingt bestÃ¼nden fehlende Bizepsreflexe beidseits, des Trizeps- und Brachioradialisreflexes rechts und leichte HautgefÃ¼hlsminderung in einem Restdermatomstreifen C 8 rechts ohne funktionelle Behinderung. Diese neurologischen Unfallfolgen bedingten keine messbare MdE.

Der Internist Dr.E â fÃ¼hrte im Gutachten vom 05.09.1989 aus, es sei eine wesentliche Besserung der Unfallfolgen eingetreten, da endoskopisch keine Erosionen mehr nachweisbar seien und kein durch chronische Schleimhautblutungen verursachter Eisenmangel mehr vorliege. Es bestehe auf internistischem Gebiet noch eine chronisch rezidivierende Gastroduodenitis, die mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten sei.

Der Chirurg Dr.Ru â erklÃ¤rte im Gutachten vom 05.09.1989, die MdE auf chirurgischem Fachgebiet betrage wie bisher 30 v. H., die Gesamt-MdE weiterhin 40 v.H. Diese Beurteilung wurde von Prof.Dr.P â in der Stellungnahme vom 22.12.1989 bestÃ¤tigt.

Am 22.02.1990 wurde die KlÃ¤gerin in der Neurochirurgischen Klinik von Prof.Dr.G â untersucht und klagte dort Ã¼ber attackenweise auftretende Spannungsschmerzen zwischen den SchulterblÃ¤ttern. Prof.Dr.G â empfahl krankengymnastische Behandlung und Schwimmen. Der praktische Arzt Dr.Wa â

bestätigte im Bericht vom 16.05.1990 rezidivierende schwerste Schmerzzustände im gesamten WS-Bereich.

Vom 16.07. bis 13.08.1990 wurde die Klägerin im orthopädisch-neurologischen Rehabilitationszentrum Klinik Bavaria von Dr. L. behandelt, der im Entlassungsbericht ausführte, die Schmerzen im Nackenbereich hätten sich durch die physikalisch- krankengymnastischen Maßnahmen nicht bessern lassen. Auffällig sei, dass die Klägerin über längere Zeit beim Stricken eine körperliche Zwangshaltung einnehmen können; insgesamt dränge sich der Verdacht auf, dass sie auf Behandlung mit stark wirkenden Analgetika fixiert sei. Es bestehe der Verdacht auf Analgetikabusus.

Vom 30.10. bis 13.11.1990 wurde die Klägerin in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses A. behandelt und am 31.10.1990 eine selektive proximale Vagotomie mit Pyloroplastik vorgenommen.

Am 23.10.1992 führte der Neurologe Dr. K. aus, die Beschwerden im Bereich des rechten Armes und Beines seien sehr wahrscheinlich Ausdruck einer cervikalen Myelopathie nach alter Luxationsfraktur. Die Sensibilitätsausfälle der rechten Gesichtsseite könnten sekundär bedingt und auf eine passagere Durchblutungsstörung im Hirnstammbereich rückföhrbar sein.

Die Klägerin beantragte mit Schreiben vom 23.11.1992 eine höhere MdE wegen Leidensverschlimmerung. Der Neurochirurg Prof. Dr. G. äußerte im Gutachten vom 21.05.1993, eine mechanisch bedingte Beeinträchtigung der Arteria vertebralis sei durchaus denkbar. Eine Verschlimmerung auf neurologischem Gebiet sei nicht eingetreten. Der beratende Arzt Dr. Kl. erklärte, die MdE sei mit 40 v.H. großzügig bewertet. Mit Bescheid vom 23.06.1993 wurde die Erhöhung der bisherigen Rente abgelehnt.

Im Bericht vom 08.07.1993 äußerte Dr. K., die Klägerin wirke verängstigt und unsicher, insgesamt ergebe sich jedoch eine sachliche und glaubhafte Beschwerdedarstellung. Es beständen leichtergradige neurologische Ausfallerscheinungen, aber keine Hinweise für auffällige Progredienz.

Den Widerspruch der Klägerin vom 12.07.1993 gegen den Bescheid vom 23.06.1993 wies die Beklagte nach Einholung einer Stellungnahme des Dr. Kl. mit Widerspruchsbescheid vom 08.11.1993 zurück. Die Beschwerden seien berücksichtigt.

Mit der Klage vom 23.11.1993 hat die Klägerin eingewandt, sie habe gesundheitliche Probleme auf chirurgischem, internistischem und neurologischem Gebiet.

Das SG hat Unterlagen des Klinikums Rechts der Isar und Befundberichte der behandelnden Ärzte Dr. K. und Dr. B. beigezogen. Dr. K. hat im Bericht vom 08.05.1995 ausgeführt, im Vergleich zu den Untersuchungsergebnissen von 1992 und 1993 sei keine auffällige Progredienz festzustellen. Dr. B. hat am

25.07.1995 angegeben, es bestehe ein chronisches Magenleiden mit andauernder Verschlechterung.

Der vom SG zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. hat im Gutachten vom 30.09.1995 erklärt, eine wesentliche objektivierbare Verschlimmerung sei nicht begründbar.

Der auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) zum Sachverständigen ernannte praktische Arzt Dr.Wa. hat im Gutachten vom 18.12.1996 ausgeführt, die gesundheitlichen Probleme, die durch die Halswirbelsäulenfraktur entstanden seien, hätten sich in letzter Zeit deutlich verschlimmert. Objektivierbare Sachverständigenaussagen könnten nicht unbedingt den Leidensdruck und das Ausmaß der Krankheitsproblematik erfassen. Ein genauer Zeitpunkt, wann die Verschlimmerung eingetreten sei, könne nicht festgelegt werden, da sich der Zustand schleichend verschlechtere.

Hierzu hat die beratende Ärztin der Beklagten, Dr.Gr., am 17.01.1997 ausgeführt, die ausführlich beschriebenen Schmerzzustände durch Nervenwurzelbeeinträchtigung und die Reflexausfälle seien bei einer MdE um 40 v.H. bereits ausreichend berücksichtigt.

Das SG hat den Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr.A. zum Ärztlichen Sachverständigen ernannt. Er hat im Gutachten vom 29.10.1997 die Auffassung vertreten, es sei eher eine Stabilisierung des Befundes eingetreten bei Zunahme des Beschwerdebildes.

Der zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.S. hat im Gutachten vom 18.05.1998 zusammenfassend ausgeführt, die Klägerin zeige eine depressive Verstimmung, die multikausal anzusehen sei. Einen sehr großen Anteil daran hätten mit größter Wahrscheinlichkeit die chronischen Schmerzen und die auftretenden Komplikationen. Die Klägerin gebe sich bzw. ihrer Erkrankung die Schuld für die ungünstige familiäre Entwicklung. Auch wenn diese depressive Verstimmung wohl erst in den letzten Jahren einen schwereren Charakter angenommen habe, sei sie doch als mittelbare Unfallfolge anzusehen. Es handle sich um den Ausdruck einer gestörten Erlebnisverarbeitung. Auf neurologischem Gebiet bestehe ein C 8-Syndrom rechts mit Hyp- und Dysästhesie am rechten Arm, außerdem eine beginnende cervikale Myelopathie mit jedoch nur geringen funktionellen Beschwerden, außerdem eine ausgeprägte chronifizierte Schmerzsymptomatik an der Halswirbelsäule, die jedoch bereits chirurgisch-orthopädisch gutachterlich gewürdigt worden sei. Der Beginn der psychiatrischen Folgen sei etwa auf Mitte 1990 festzusetzen, wobei die psychische Fehlentwicklung sicherlich bereits früher ihren Anfang genommen habe, die nach außen sichtbare psychiatrische Symptomatik jedoch erst viele Jahre später eingetreten sei.

Der zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Internist Dr.N. hat im Gutachten vom 14.09.1998 erklärt, der von Dr.S. vertretene Meinung könne nicht zugestimmt werden. Nicht die Unfallfolgen, sondern eine

persönlichkeitsgebundene Reaktions- und Erlebnisweise stellten die wesentlich mitwirkende Teilursache für die Erkrankung dar. Im Gutachten von Dr. Waßmann fehlten konkrete Kriterien, die einen kausalen Bezug der von ihm aufgeführten seelischen Erschütterung und depressiven Stimmung zum Unfallgeschehen sprechen könnten. Hinsichtlich der als mittelbare Unfallfolge anerkannten erosiven Gastritis mit Magengeschwüren und Magenblutungen, Zwölffingerdarmgeschwüren müsste bemerkt werden, dass dieses Anerkenntnis ohne kritische Prüfung der ätiologischen Faktoren einer Ulcuskrankheit erfolgt sein müsste. Da ein Ulcusrezidiv in letzter Zeit nicht mehr aufgetreten sei, eine Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes nicht vorliege, müsste der bisherige MdE-Grad von 20 v.H. zumindest als wohlwollend bezeichnet werden.

Die zur ärztlichen Sachverständigen ernannte Ärztin für Psychiatrie Dr. M. hat im Gutachten vom 21.11.1998 erklart, weder bei der Begutachtung durch Dr. W. und Dr. N. am 18.01.1988, noch anlässlich des Heilverfahrens vom 16.07. bis 13.08.1990, noch von Dr. K. in den Befunden von 1993 und 1995 und auch nicht im Entlassungsbericht nach dem Heilverfahren vom 17.11. bis 15.12.1993 seien psychische Erkrankungen erwähnt. Die von Dr. S. als multikausal verursacht angesehene Depression müsse vordergründig zum Teil auf chronische Schmerzen zurückzuführen sein. Die psychischen Auffälligkeiten seien durchaus nachvollziehbar. Ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild lasse sich daraus aber nicht ableiten. Es fehlten im Krankheitsverlauf die Brückensymptome, die eine kontinuierliche psychische Fehlentwicklung seit dem Unfall 1976 plausibel machen würden. Die depressive Stimmung dürfe aber überwiegend durch exogene, nicht mit dem Unfall in Verbindung stehende Faktoren ausgelöst worden sein.

Die Klägerin hat dagegen eingewandt, Dr. H. habe schon 1986 eine langfristige psychiatrische Mitbehandlung für erforderlich gehalten. Sie hat ein Attest des Dr. Waßmann vom 18.12.1998 übersandt, der bestätigt, dass er eine deutliche reaktiv-depressive Stimmung seit Anfang 1986 sowohl medikamentös als auch durch stützende hausärztliche Gespräche kontinuierlich therapiert habe.

Mit Urteil vom 02.02.1999 hat das SG die Klage abgewiesen. Eine wesentliche unfallbedingte Verschlimmerung sei nicht festzustellen. Schmerzzustände im Bereich der HWS-Fraktur seien bei einer MdE von 30 v.H. ausreichend berücksichtigt. Die von Dr. S. angenommene Verschlimmerung des neurologischen Befundes werde durch das Gutachten Dr. M. zumindest erschüttert. Die Anerkennung der Gastritis als mittelbare Unfallfolge sei bedenklich, zumal die ätiologischen Faktoren nicht ausreichend in Erwägung gezogen seien. Außerdem seien Ulcusrezidive in letzter Zeit nicht mehr aufgetreten. [§ 48 Abs. 3 SGB X](#) garantiere den bisherigen, wenngleich durch rechtswidrigen Bescheid zustande gekommenen Besitzstand, erlaube aber ein Abschmelzen der an sich zu gewährenden Erhaltung bis zur Höhe des Bestandsschutzes. Selbst wenn man die Beurteilung des Dr. S. auf neurologischem Fachgebiet zugrunde legen würde, käme es somit nicht zu der begehrten Erhaltung der MdE auf 50 v.H. Die von der Klägerin geltend gemachte depressive Verstimmung sei keine

weitere mittelbare Unfallfolge, dies ergebe sich aus den $\frac{1}{4}$ berzeugenden Gutachten von Dr.N $\hat{\square}$ und Dr.M $\hat{\square}$. Es fehlten im Krankheitsverlauf Br $\frac{1}{4}$ ckensymptome, die eine kontinuierliche psychische Fehlentwicklung schl $\frac{1}{4}$ ssig und $\frac{1}{4}$ berzeugend darstellen w $\frac{1}{4}$ rden.

Mit der Berufung vom 03.02.1999 wendet die Kl $\ddot{a}$ gerin ein, schon 1988 sei festgestellt worden, dass die Schmerzsymptome zu einer erheblichen Belastungssituation gef $\frac{1}{4}$ hrt h $\ddot{a}$ tten. Dr.Wa $\hat{\square}$ und Dr.S $\hat{\square}$, deren Fachgebiet die Neurologie sei, h $\ddot{a}$ tten sie $\frac{1}{4}$ ber l $\ddot{a}$ ngere Zeit und intensiv untersucht, im Gegensatz zu dem fachfremden Internisten Dr.N $\hat{\square}$. Daher sollten ihre Feststellungen der Entscheidung zugrunde gelegt werden. Psychische Probleme seien bereits 1986, also rund 10 Jahre fr $\frac{1}{4}$ her als von Dr.M $\hat{\square}$ angenommen, vom Kreiskrankenhaus A $\hat{\square}$ dokumentiert.

Der vom Senat zum $\ddot{a}$ rztlichen Sachverst $\ddot{a}$ ndigen ernannte Arzt f $\frac{1}{4}$ r Neurologie und Psychiatrie Dr.Ki $\hat{\square}$ kommt im Gutachten vom 08.12.1999 zusammenfassend zu dem Ergebnis, der Unfall habe nicht zu einer Sch $\ddot{a}$ digung neurologischer Strukturen gef $\frac{1}{4}$ hrt. Der vorliegende fluktuierende Verlauf, die lange zeitliche Latenz vom Unfall bis zur Erstdokumentation dieser St $\ddot{a}$ rungen, die wechselnden Angaben und auch die mangelnde Reproduzierbarkeit spr $\ddot{a}$ chen gegen ein sensibles Defizit. Insofern sei eine rein neurologische MdE aufgrund des Unfalles nicht zu begr $\frac{1}{4}$ nden. Grunds $\ddot{a}$ tzlich w $\ddot{a}$ re die M $\ddot{a}$ glichkeit einer unfallbedingten depressiven Verstimmung durchaus gegeben. Allerdings fehlten jegliche Br $\frac{1}{4}$ ckensymptome. Der psychiatrische Untersuchungsbefund lasse in den ersten Jahren keinerlei Auff $\ddot{a}$ lligkeiten erkennen. Allein die lange zeitliche Latenz schlie $\ddot{a}$ e einen Zusammenhang mit hinreichender Sicherheit aus, unabh $\ddot{a}$ ngig davon, dass Symptome einer schwerwiegenden Depression auch jetzt bei der Kl $\ddot{a}$ gerin nicht zu erkennen seien, sondern die Kl $\ddot{a}$ gerin lediglich etwas bedr $\frac{1}{4}$ ckt, teilweise auch etwas unzufrieden und moros erscheine. Die Kl $\ddot{a}$ gerin sei zum Zeitpunkt des Unfalls auch anderweitig erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt gewesen, die in den folgenden Jahren noch zugenommen h $\ddot{a}$ tten. Auch diese Konstellation lasse einen Unfallzusammenhang als unwahrscheinlich erachten.

Die Kl $\ddot{a}$ gerin $\frac{1}{4}$ bersendet ein Attest des Nervenarztes Dr.Re $\hat{\square}$, bei dem sie sich seit 10.03.2000 in algesiologisch-neurologischer Behandlung befindet. Dr.Re $\hat{\square}$ f $\frac{1}{4}$ hrt aus, es handele mit einer Krankengeschichte von 24 Jahren. Die Beschwerdesymptomatik sei eindeutig auf die stattgehabten Frakturen und die daraus resultierenden Operationen zur $\frac{1}{4}$ ckzuf $\frac{1}{4}$ hren. Die Kl $\ddot{a}$ gerin sei in ihrer Handlungsf $\ddot{a}$ higkeit und Arbeitsf $\ddot{a}$ higkeit um mindestens 40 % eingeschr $\ddot{a}$ nkt.

Auf Antrag der Kl $\ddot{a}$ gerin wird der Arzt f $\frac{1}{4}$ r Neurologie und Psychiatrie Dr.S $\hat{\square}$ gem $\ddot{a}$ Ä [ÄS 109 SGG](#) zum $\ddot{a}$ rztlichen Sachverst $\ddot{a}$ ndigen ernannt. Im Gutachten vom 27.09.2000 f $\frac{1}{4}$ hrt Dr.S $\hat{\square}$ aus, bei der Operation am 03.03.1989 sei festgestellt worden, dass Knochenanteile in die C 8-Neuroforamina hineingewachsen seien. Es gebe keinen sichereren Anhalt f $\frac{1}{4}$ r eine radikul $\ddot{a}$ re Kompression als diesen intraoperativen Befund. Er halte es weiterhin f $\frac{1}{4}$ r m $\ddot{a}$ glich, dass eine beginnende cervikale Myelopathie vorliege. Diese Befunde

f¼hrten allerdings nur zu geringen Funktionseinbu¼en. Er wolle sich zwar der Einsch¼tzung einer MdE von Null v.H. nicht unbedingt anschlie¼en, halte sie aber f¼r vertretbar. Dagegen sei die depressive Verstimmung als l¼nger dauernde depressive Reaktion anzusehen. Nach allen ihm vorliegenden Informationen und auch dem klinischen Eindruck, den er von der Kl¼gerin gewonnen habe, st¼nden hier nicht pers¼nlichkeitsabh¼ngige Faktoren im Vordergrund. Es gebe keinerlei Hinweise, dass die Kl¼gerin vor dem Unfall psychische Probleme gehabt habe. Sie habe sich nie in nerven¼rztlicher Behandlung befunden. Dr.Ki â¼ habe nicht ber¼cksichtigt, dass die Kl¼gerin schon 1986 von Dr.H â¼ untersucht worden sei. Zwar liege zwischen dem Unfall 1976 und dem erstmaligen Auftreten psychischer Auff¼lligkeiten 1986 ein langer Zeitraum. Nach seiner festen Åberzeugung und auch nach den glaubw¼rdigen Angaben der Kl¼gerin h¼tten erhebliche psychische Probleme bereits in der ersten Zeit nach dem Unfall bestanden, die die Kl¼gerin aber nicht habe angeben wollen. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege ab etwa Mitte 1990 eine MdE von 20 v.H. vor. 1990 sei zum ersten Mal klar das nach Au¼ensichtbarwerden einer depressiven Verstimmung beschrieben.

Die Beklagte Åbersendet eine Stellungnahme des Orthop¼den Dr.D â¼ vom 13.11.2000, der ausf¼hrt, von Dr.Si â¼ werde kein schl¼ssiger Beweis f¼r eine rein neurologische Unfallfolge gegeben. Es fehle die genaue Bezeichnung f¼r die objektiv festgestellten Symptome der jeweiligen Nervenwurzelsch¼digung. Er spreche zwar wiederholt vom Vorliegen eines C 8 Syndroms, die objektiven Kriterien daf¼r seien jedoch nicht aufgef¼hrt. Im Åbrigen halte auch Dr.S â¼ eine MdE von Null v.H. f¼r vertretbar.

Die Kl¼gerin stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 03.02.1999.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der Kl¼gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 02.02.1999 zur¼ckzuweisen â¼

Zur Erg¼nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und der Krankenakte des Krankenhauses A â¼ sowie der Klage und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgr¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zul¼ssig, sachlich aber nicht begr¼ndet.

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 Åber einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen w¼re ([Å§ 212, 214 Abs.3 SGB VII](#) i.V.m. [580 RVO](#)).

Die Kl¼gerin hat unstreitig am 23.03.1976 einen Arbeitsunfall ([Å§ 548 RVO](#)) erlitten. Eine h¼here MdE als 40 v.H. der Vollrente liegt aber nach den Åberzeugenden Darlegungen der Årztlichen Sachverst¼ndigen Dr.Ki â¼, Dr.F

Dr. A, Dr. N und Dr. M nicht vor. In den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Bescheides vom 10.05.1988 vorgelegen haben, ist keine wesentliche Änderung eingetreten (Ä§ 48 Abs. 1 SGB X). Die Einschränkungen des Gesundheitszustandes der Klägerin durch die Folgen des Arbeitsunfalles vom 23.03.1976 sind mit einer MdE von 40 v.H. zutreffend bewertet.

Beim Vergleich der von Dr. F am 28.09.1995 erhobenen Befunde mit denjenigen, die Prof. Dr. P im Gutachten vom 24.03.1988 nach Untersuchung am 10.01.1988 festgestellt hat, ergibt sich, dass die Kopfbeweglichkeit bereits damals deutlich eingeschränkt war. Die Überstreckung nach hinten gelang um 30°. Dieser Befund ist von Dr. F nahezu unverändert gemessen worden. Die Drehung wurde am 10.01.1988 um die Hälfte eingeschränkt gezeigt, ebenso die Seitneigung. Bei der Untersuchung durch Dr. F wurden diese Bewegungen deutlich geringer ausgeführt, wobei allerdings die gezeigte nahezu völlige Versteifung bei Drehung und Seitneigung mit dem Röntgenbefund nicht ausreichend korreliert. Die Röntgenuntersuchung durch Prof. Dr. P zeigte, dass der 6. und 7. Halswirbelkörper bereits damals miteinander unter deutlicher Knickbildung verblockt waren. Auch die kompensatorisch verstärkte Rückwärtsbiegung der oberen Halswirbelsäule zeigte sich schon damals. Die leichten Gefügestörungen der mittleren Halswirbelsäule liegen, so Dr. F, ganz angedeutet unverändert vor. Damit ist eine wesentliche objektivierbare Verschlimmerung bei Vergleich mit dem Vorgutachten nicht begründbar.

Auf internistischem Fachgebiet ist eine erosive Gastritis mit Magengeschwüren und Magenblutungen sowie Zwölffingerdarmgeschwüren als mittelbare Unfallfolge anerkannt. Eine Verschlimmerung dieser Gesundheitsstörung ist nicht gegeben, denn ein Ulcusrezidiv ist in den letzten Jahren nicht mehr aufgetreten. Zudem besteht keine Minderung des Kräfte- und Ernährungszustandes, zumal im Kreiskrankenhaus A während der stationären Behandlung vom 17.02. bis 26.02.1986 ein Gewicht von 52,2 kg festgestellt wurde, während die Klägerin bei der Untersuchung durch Dr. N 55,5 kg wog. Bei Berücksichtigung der ätiologischen Faktoren einer Ulcuskrankheit bestehen, so Dr. N, erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Anerkennung des Magenleidens. Trotzdem kann diese Frage dahingestellt bleiben, da die Anerkennung im Bescheid vom 10.05.1988 Bindungswirkung erlangt hat. Eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes auf diesem Gebiet ist jedenfalls nicht eingetreten.

Auch auf neurologischem Fachgebiet ist nach den überzeugenden Feststellungen von Dr. M und Dr. Ki eine Leidensverschlimmerung nicht festzustellen. Zwar sind Schädigungen sensibler Bahnen im Rückenmarksbereich sowie peripher einzuordnende Sensibilitätsstörungen, vor allen Dingen radikulärer Art, als Folge der Verletzungen, die die Klägerin bei dem Arbeitsunfall vom 23.03.1976 erlitten hat, grundsätzlich möglich. Zu fordern ist aber in jedem Fall, dass diese Sensibilitätsstörungen bereits unmittelbar nach dem Unfall vorhanden sind. Wie sich aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, hat der Orthopäde Dr. R am 03.09.1976 angegeben, neurologische Ausfallerscheinungen bestanden nicht. Auch der Orthopäde Dr. G hat im Gutachten vom 10.10.1977, das im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, darauf hingewiesen, dass keine neurologischen

Ausfälle bestanden. Erst am 17.08.1991 bestätigte Prof. Dr. H. [Name] Sensibilitätsstörungen. Dies stimmt mit den Angaben im Bericht der neurochirurgischen Klinik vom 19.10.1997 überein, dass zunächst keine neurologischen Ausfälle oder Reizerscheinungen bestanden hätten, aber seit sechs Jahren ein langsam zunehmendes Taubheitsgefühl in beiden Armen, insbesondere im C 7-Ausbreitungsgebiet bestehe. Bei der Untersuchung durch Dr. Ki [Name] hat die Klägerin selbst angegeben, die Taubheitsmissempfindungen hätten ungefähr ein halbes Jahr nach dem Unfall begonnen. Nach den Operationen vom 01.02.1988 und 03.03.1989 wurde von den behandelnden Ärzten ein völlig regelrechter Befund attestiert. Bei der Operation am 01.02.1988 wurden die verknöcherten Verwachsungen zwischen Lamina C 6/7 beseitigt. Der behandelnde Arzt Dr. Gr [Name] attestierte einen komplikationslosen postoperativen Verlauf und gab an, bereits bis zur Entlassung habe die Klägerin eine Besserung der Dysästhesien angegeben. Bei der Nachuntersuchung am 20.04.1988 wurde eine absolute Besserung der Neurologie festgestellt. Bei der Operation vom 03.03.1989 wurde zwar festgestellt, dass Knochenanteile in der C 8 Neuroforamina beidseits hineingewachsen waren und so zu Wurzelkompressionen führten. Die Neuroforamina wurden aufgestanzt und die Wurzeln neurolysiert. Die in den Arztbriefen gelegentlich erwähnten Dysästhesien sind Missempfindungen, aber, wie Dr. Ki [Name] betont, keine Sensibilitätsstörungen, die auf eine konstante neurogene Schädigung eines Nerven zurückzuführen wären. Auch Dr. W [Name] hat am 04.09.1989 erklärt, die neurologischen Unfallfolgen bedingten keine messbare MdE. Die von Dr. S [Name] angenommene cervikale Myelopathie ist daraus nicht abzuleiten, da keinerlei spastische Zeichen mitgeteilt werden. Die Hypästhesie und Dysästhesie in C 8 rechts sind nicht ausreichend, da sie kein zentrales, sondern nur ein peripheres Symptom darstellen. Dr. S [Name] führt selbst aus, dass die von ihm angenommenen Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet nur zu geringen Funktionseinbußen führen und eine MdE von Null v.H. auch aus seiner Sicht vertretbar ist. Zusammenfassend ist im Hinblick auf den fluktuierenden Verlauf, die lange zeitliche Latenz vom Unfall bis zur Erstdokumentation der Störungen, die wechselnden Angaben und auch die mangelnde Reproduzierbarkeit eine rein neurologisch begründete MdE durch den Unfall nicht gegeben. Mit dieser Beurteilung befindet sich Dr. Ki [Name] in Übereinstimmung mit der vom SG zur ärztlichen Sachverständigen ernannten Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M [Name], die überzeugend dargelegt hat, dass sich schon bei der Gutachtenerstellung vom 18.01.1988 neurophysiologisch zwar Hinweise für eine abgelaufene Teilschädigung im Segment C 7 rechts ohne aktiven Denervierungsprozess und motorisches Defizit fanden, hieraus aber keine MdE abzuleiten ist.

Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet sind gleichfalls nicht gegeben. Erstmals bei der Untersuchung am 20.02.1986 stellte der Neurologe Dr. H. [Name] fest, eine psychiatrische Mitbehandlung, eventuell in einer psychosomatischen Klinik sei zu empfehlen. Damit ist die von der Klägerin jetzt geltend gemachte depressive Erkrankung als Unfallfolge nicht belegt. Der behandelnde Arzt Dr. Wa [Name] spricht von seelischem Erschöpfung- und stark stimmungsgedrückten Zuständen, die zu einer schleichenden Verschlimmerung in den letzten Jahren geführt hätten. Andererseits hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K [Name] in den Berichten

vom 23.10.1992 und 08.07.1993 psychiatrische Krankheitsbilder nicht beschrieben. Zwar gibt Dr. K am 08.07.1993 an, die Klägerin wirke verängstigt und unsicher, verweist jedoch auf eine sachliche und glaubhafte Beschwerdedarstellung und stellt keine psychiatrische Diagnose. Weder von Dr. W und Dr. N, die im Gutachten vom 18.01.1988 keinerlei psychopathologische Auffälligkeiten feststellten und im Gutachten vom 04.09.1989 erklärten, es liege keine hirnorganische Funktionsstörung, Verhaltensstörung oder psychische Fehlverarbeitung vor, noch von den Ärzten in der Klinik Bavaria, die nach stationärem Aufenthalt der Klägerin vom 16.07. bis 13.08.1990 keine psychiatrische Diagnose stellten, noch während der stationären Behandlung vom 17.11.1993 bis 15.12.1993 wurden Befunde erhoben, die auf ein sich entwickelndes psychiatrisches Krankheitsbild hindeuten würden. Das Fehlen jeglicher Brückensymptome zwischen 1976 und 1986 schließt einen Zusammenhang zwischen den jetzt bestehenden psychiatrischen Befunden und dem Unfallgeschehen mit hinreichender Sicherheit aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der behandelnde Arzt Dr. Wa kein Arzt für Neurologie und Psychiatrie, sondern praktischer Arzt ist und insofern die Ausführungen der Ärztin für Psychiatrie Dr. M und des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. Ki mehr Gewicht haben.

Nicht gefolgt werden kann den Ausführungen des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. S, der eine reaktive depressive Verstimmung mit einer Verminderung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit als Unfallsfolge annimmt. Auch Dr. S vertritt die Auffassung, dass zwischen dem Unfallgeschehen von 1976 und der ersten psychiatrischen Behandlung 1986 ein langer Zeitraum vergangen ist. Für ein früheres Auftreten von psychischen Problemen als Unfallsfolge führt Dr. S lediglich die Angaben der Klägerin an, die das Fehlen der Befunde damit erklärt, dass sie geizigert habe, psychische Probleme den behandelnden Ärzten mitzuteilen. In diesem Zusammenhang ist allerdings auffällig, dass die Klägerin einen Nervenarzt als behandelnden Arzt wegen ihrer psychischen Probleme auch später nicht aufgesucht hat. Dies spricht gegen das Vorliegen eines Leidens mit Krankheitswert. Dr. Ki hat im Gegensatz zu Dr. S überzeugend beschrieben, dass Symptome einer schwerwiegenden Depression bei der Klägerin nicht zu erkennen sind, sondern sie lediglich etwas bedrückt, teilweise auch etwas unzufrieden und moros erscheint. Insgesamt ist mit Dr. K davon auszugehen, dass ein Unfallzusammenhang der jetzt bestehenden, nur geringen seelischen Störungen mit dem Unfallereignis unwahrscheinlich ist.

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: 24.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024