S 23 U 447/97

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 447/97
Datum	14.07.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 404/00
Datum	27.02.2002

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 14. Juli 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1935 geborene KlÃ¤ger erlitt laut Unfallanzeige der StÃ¤dtischen BÃ¼hnen F. vom 07.03.1990 am 07.09.1989 als Mitglied der technischen Direktion eine WirbelsÃ¤ulenverletzung, als beim Tragen einer Zarge ein Nerv eingeklemmt worden sei.

Am 14.05.1994 beantragte der KlÃ¤ger eine Unfallrente. Er sei seit dem Unfall im Jahr 1989 stÃ¤ndig in Ã¤rztlicher Behandlung, trotzdem zeige sich eine subjektive Verschlimmerung. Am 02.12.1994 schilderte der KlÃ¤ger den Unfall: Er habe eine hohe Leiter aus dem Magazin auf die BÃ¼hne geholt, die ein Ãbergewicht bekommen und ihn im RÃ¼cken und an der linken Schulter getroffen habe. SpÃ¤ter beim Tragen einer Zarge habe er im Lendenwirbelbereich starke Schmerzen verspÃ¼rt. Da sich die Schmerzen gelegt hÃ¤tten, sei er nach Dienstschluss zur

Autoausstellung auf dem MessegelÃ¤nde gegangen. Hier habe er plÃ¶tzlich nicht mehr laufen kÃ¶nnen und vom herbeigerufenen Notarzt Spritzen erhalten, so dass er nach einer bis zwei Stunden habe nach Hause gehen kÃ¶nnen. Von diesem Tag an hÃ¤tten sich seine Beschwerden verschlimmert.

Der KlÃ¤ger Ã¼bersandte ein Schreiben des Dekorateurs an der F. Oper, W.R., vom 13.05.1994, der bestÃ¤tigte, dass der KlÃ¤ger von einer Leiter am RÃ¼cken getroffen worden sei. Am nÃ¤chsten Tag hÃ¤tte er erfahren, dass der KlÃ¤ger auf der Autoausstellung vom Notarzt habe behandelt werden mÃ¼ssen, da er nicht mehr gehfÃ¤hig gewesen sei. Der BÃ¼hnentechniker W.H. bestÃ¤tigte, dass dem KlÃ¤ger im September 1989 eine 14-sprossige Leiter auf den RÃ¼cken gefallen sei. AnschlieÃend sei es ihm beim Zargentragen sichtlich schlecht gegangen. Der KlÃ¤ger habe am Nachmittag nach dem Unfall die Autoausstellung in F. besucht, sei dort plÃ¶tzlich nicht mehr gehfÃ¤hig gewesen und habe vom Notarzt behandelt werden mÃ¼ssen.

Nach seinen Angaben suchte der KlÃ¤ger zunÃ¤chst den OrthopÃ¤den Dr.C. auf, der bestÃ¤tigte, dass sich der KlÃ¤ger vom 22.09.1989 bis zum 09.04.1992 in seiner Behandlung befunden habe. Er habe Ã¼ber KrÃ¤mpfe im linken Bein, die beim Gehen auftrÃ¤ten, geklagt. WÃ¤hrend dieser Behandlungszeit habe er keinen Unfall erwÃ¤hnt. Eine RÃ¶ntgenaufnahme der LendenwirbelsÃ¤ule habe keine wesentlichen pathologischen VerÃ¤nderungen gezeigt, ebensowenig eine Computertomographie. Die RÃ¶ntgenaufnahmen von 1991 hÃ¤tten eine Osteochondrose C 5/C 6, C 6/C 7 ergeben.

Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.K. untersuchte den KlÃ¤ger am 25.09.1989 (Montag). Hier gab der KlÃ¤ger an, am Sonntag vor acht Tagen (17.09.) habe er auf der Autoausstellung KrÃ¤mpfe im linken Oberschenkel bekommen; RÃ¼ckenschmerzen habe er schon lange. Dr.K. kam zu dem Ergebnis, es handele sich wahrscheinlich um eine Bandscheibenprotrusion L 5/S 1 links mit allerdings atypischen Beschwerden.

Eine lumbale Computertomographie vom 03.10.1989 erbrachte keinen Nachweis einer klinisch relevanten Bandscheibenprotrusion oder eines Bandscheibenvorfalles. Bei der Untersuchung in der neurochirurgischen Abteilung des Klinikums am 16.10.1989 gab der KlÃ¤ger an, er habe seit Jahren RÃ¼ckenbeschwerden und sei deswegen bereits in Kur gewesen. Seit der Automobilausstellung dieses Jahres hÃ¤tten sich die Beschwerden heftigst verschlechtert. Hinweise fÃ¼r eine Wurzelkompression ergaben sich nicht, so dass Privatdozentin Dr.T. keine Indikation fÃ¼r ein operatives Vorgehen sah.

Der AnÃ¤sthesist Dr.F., den der KlÃ¤ger am 09.11.1989 aufsuchte, stellte Triggerpunkte im iliolumbosakralen Bandapparat, mÃ¤Ãige Unterschenkeloedeme und Rektusdiathese fest. Der KlÃ¤ger gab an, unter Kreuzschmerzen und KrÃ¤mpfen im linken Bein zu leiden. Einen Unfall habe der KlÃ¤ger nicht angegeben.

Durch die Untersuchung des Internisten Dr.Th. vom 09.02.1990 konnte eine

arterielle Verschlusskrankheit ausgeschlossen werden.

Eine Magnetresonanztomographie der LendenwirbelsÃ¤ule vom 13.02.1990 zeigte eine Spondylochondrose bei L 5/S 1 mit mÃ¤Ãiger knÃ¶cherner Foramenstenose beiderseits sowie geringgradiger Bandscheibenprotrusion. Ein Prolapsnachweis ergab sich nicht. AuÃerdem zeigten sich eine geringgradige Spondylosis deformans der LendenwirbelsÃ¤ule, eine lumbosakrale Spondylarthrosis sowie Zeichen eines Morbus Baastrup der unteren LendenwirbelsÃ¤ule.

Die Ãrztin fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.P. stellte am 30.01. und 05.02.1990 hinsichtlich der lumbalen Symptomatik keinen Anlass fÃ¼r ein operatives Vorgehen fest. Sie Ã¤uÃerte den Verdacht auf einen beginnenden cerebralen GefÃ¤Ãprozess sowie auf ein leichtes beginnendes hirnorganisches Psychosyndrom.

Die Neurochirurgin Dr.Ku. erklÃ¤rte am 04.06.1991, seit 1989 bestÃ¼nde eine rezidivierende Lumboischialgie links, seit dem 03.06.1991 seien wieder heftige Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein aufgetreten. Ein Prolaps sei im CT nicht nachweisbar.

Am 12.06.1991 gab der KlÃ¤ger bei der Antragstellung nach dem Schwerbehindertengesetz an, er leide an einem chronischen Lendenwirbelsyndrom sowie seit 1989 an KrÃ¤mpfen im linken Bein, die durch Verheben im Rahmen der BerufstÃ¤tigkeit entstanden seien. Vom 10.03.1987 bis 07.04.1987 habe er wegen der LendenwirbelsÃ¤ulenbeschwerden ein Heilverfahren in der Klinik Dr.Sch. absolviert. Am 04.06.1991 sei nach einem LendenwirbelsÃ¤ulenanfall eine Computertomographie erfolgt. Bereits 1985 zweimal und 1986 einmal habe er derartige AnfÃ¤lle gehabt. Er kÃ¶nne dann nicht stehen und habe keine Kraft in beiden Beinen. Nach Spritzenbehandlung gehe es wieder.

Vom 26.12.1990 bis 23.01.1991 absolvierte der KlÃ¤ger ein Heilverfahren in der K.-klinik N. wegen persistierender Lumbalgien links. Im Entlassungsbericht wurde angegeben, seit ca. 15-Jahren seien degenerative LendenwirbelsÃ¤ulenverÃ¤nderungen bekannt. Im September 1989 habe der KlÃ¤ger an akuten starken KrÃ¤mpfen im linken Bein gelitten. Seither bestÃ¼nden immer noch rezidivierende KrÃ¤mpfe. Die chronischen LendenwirbelsÃ¤ulenbeschwerden seien Ã¤uÃerst therapieresistent.

Eine Behandlungsserie bei Dr.C. vom 25.02. bis 09.04.1992 brachte keine Verbesserung der Beschwerden. Dr.P. untersuchte den KlÃ¤ger am 12.05. und 15.05.1992 und wies darauf hin, dass der Kernspintomographiebefund vom 25.05.1992, der eine Osteochondrose und umschriebene spondylophytÃ¤re Kantenbildung mit Engpasssituation des Spinalkanals in der HÃ¶he C 6/7 und Verdacht auf myelopathische VerÃ¤nderungen im cervikalen Spinalmarkabschnitt zeige, mit der Klinik nicht korreliere. Die Beschwerden des KlÃ¤gers blieben unklar.

Am 07.10.1992 wurde der KlÃ¤ger im Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie des Klinikums der J.W.G. UniversitÃ¤t F. untersucht. Die Diagnose lautete:

degeneratives WirbelsÃ¤ulenleiden. Der Patient leide seit ca. 20 Jahren an chronischen lumbalen WirbelsÃ¤ulenbeschwerden. In der letzten Zeit klage er Ã¼ber ein elektrisierendes GefÃ¼hl im linken Bein sowie ein Wegknicken. Die elektromyographische Untersuchung habe keine Hinweise fÃ¼r ein C-8-Syndrom links oder akute radikulÃ¤re LÃ¤sionen erbracht. In den Krankenunterlagen des Zentrums der Neuroradiologie des Klinikums wurde am 11.11.1992 ausgefÃ¼hrt, es bestÃ¼nden mÃ¤Ãige degenerative VerÃ¤nderungen der LendenwirbelsÃ¤ule ohne wesentliche BefundÃ¤nderung gegenÃ¼ber den Voraufnahmen von 1987.

Ein MRT der LendenwirbelsÃ¤ule vom 17.09.1993 zeigte eine Chondrose der Segmente TH 12/L 1, L 1/2 sowie L 5/S 1. Hier kam es auch zu einer dezenten dorsalen Protrusion.

Am 28.10.1993 erklÃ¤rte der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.S., eine sichere segmentale Abgrenzung einer HypÃ¤sthesie oder Hypalgesie sei nicht mÃ¶glich Der AnÃ¤sthesist Dr.E. berichtete Ã¼ber eine Untersuchung am 02.11.1993. Im Computertomogramm vom 03.10.1989 sei der Verdacht auf eine laterale spinale Stenose L 5/S 1 links geÃ¤uÃert worden, die aber elektrophysiologisch nicht habe nachgewiesen werden kÃ¶nnen. Eine Engpassstellung des Spinalkanales in HÃ¶he C 6/7 sei im Kernspintomogramm vom 25.05.1992 gefunden worden. Dies kÃ¶nnte mit der Angabe des Patienten, dass er im Bereich C 8 rechts ein TaubheitsgefÃ¼hl verspÃ¼re, Ã¼bereinstimmen. Am 17.09.1993 sei im MRT eine ausgeprÃ¤gte Chondrose in L 5/S 1 mit dorsaler Protrusion diagnostiziert worden.

Der OrthopÃ¤de Prof.Dr.R. fÃ¼hrte im Gutachten vom 19.04.1995 aus, der KlÃ¤ger leide nach Aktenlage seit Ã¼ber 25 Jahren an rezidivierenden RÃ¼ckenbeschwerden. So zeigten die Aufzeichnungen der Krankenversicherung, dass bereits am 10.03.1987 ein chronisches LWS-Syndrom zur ArbeitsunfÃ¤higkeit gefÃ¼hrt habe. Ebenso wiesen die RÃ¶ntgenaufnahmen von 1987 bereits erhebliche degenerative VerÃ¤nderungen nach. Auch lieÃen sich anlagebedingte VerÃ¤nderungen wie Morbus Baastrup, ÃbergangsstÃ¶rung L 5/S 1, GelenkspaltverschmÃ¤lerung L 5/S 1, Hyperlordosierung sowie auch degenerative VerÃ¤nderungen der Grund- und Deckplatten nachweisen, die bereits vor dem Unfall bestanden hÃ¤tten. Die heutigen Beschwerden seien ursÃ¤chlich nicht vollstÃ¤ndig auf den Unfall vom 07.09.1989 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die neurologischen Befunde seien widersprÃ¼chlich, so dass letztlich bei glaubhaften Beschwerden im lumbosakralen Ãbergang mit Projektion in die linke untere ExtremitÃ¤t und subjektiv angegebenem TaubheitsgefÃ¼hl UnfallschÃ¤den vorlÃ¤gen, die zwar radiologisch nicht relativiert werden kÃ¶nnten. Es bestÃ¼nden jedoch ligamentÃ¤re Irritationen, so dass auch in Kenntnis der Ã¼brigen Erkrankungen eine Rente befÃ¼rwortet werden kÃ¶nne. Sicherlich liege aber eine erhebliche psychische Ãberlagerung vor, unter UmstÃ¤nden bedingt durch eine CT-gesicherte frontalbetonte Hirnatrophie, die oft mit nachfolgenden hirnorganischen Psychosyndromen einhergehe. In Kenntnis der degenerativen VorschÃ¤digung und der radiologisch nicht nachweisbaren Unfalltraumatisierung sei maximal von einer MdE von 30 v.H. auszugehen.

Im Gutachten vom 27.02.1996 nach Aktenlage fÃ¼hrte der OrthopÃ¤de Dr.H. aus, die Vielfalt der Diagnosen spreche dafÃ¼r, dass andere als kÃ¶rperliche Ursachen fÃ¼r die Beschwerden anzuschuldigen seien. Das Ereignis vom 07.09.1989 habe nicht zu einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens fÃ¼hren kÃ¶nnen. Hierzu wÃ¤re eine entsprechende Krafteinwirkung vorauszusetzen, die mit ganz Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kÃ¶nne. Denn immerhin habe der KlÃ¤ger erst 15 Tage spÃ¤ter Dr.C. aufgesucht, ohne diesen auf einen Arbeitsunfall hinzuweisen. Ebensowenig habe er bei Dr.K. oder Dr.F. von einem Arbeitsunfall gesprochen. Nachweisbare Folgen des Unfalles lÃ¤gen nicht vor. Eine unfallbedingte MdE habe in der Zeit nach dem 07.09.1989 in messbarer HÃ¶he nicht vorgelegen.

Mit Bescheid vom 27.03.1996 hat die Beklagte den Rentenanspruch abgelehnt. Der Arbeitsunfall habe eine MdE in rentenberechtigendem Grade Ã¼ber die 13. Woche hinaus nicht hinterlassen. Es sei lediglich zu einer oberflÃ¤chlichen Prellung des RÃ¼ckens und der linken Schulter gekommen.

Mit Widerspruch vom 15.04.1996 wandte der KlÃ¤ger ein, seit dem Unfall leide er an Dauerschmerzen im Kreuz mit Ausstrahlung in das S-1-Dermatom links, die vor dem Unfall nicht vorhanden gewesen seien; anlagebedingte Beschwerden bestÃ¼nden nicht.

Ein MRT vom 15.04.1996 deutete nach Angabe des Radiologen Dr.Kl. im Bereich BWK 12/LWK 1 und LWK 1/2 auf eine vorausgegangene posttraumatische Genese hin, ebenso in der Diskusebene LWK 4/5. Es zeige sich eine erhebliche Intervertebralarthrose. In der Diskusebene LWK 5/SWK 1 sei eine erhebliche Intervertebralarthrose mit Reduzierung des Reserveraums des Spinalkanals lateral gegeben.

Dr.L. vom Institut fÃ¼r AnÃ¤sthesiologie, Klinikum G., fÃ¼hrte im Bericht vom 23.04.1996 aus, der KlÃ¤ger werde seit dem 21.12.1994 in der Schmerzambulanz behandelt. Aufgrund der zeitlichen Koinzidenz von RÃ¼ckenschmerzen und Arbeitsunfall sei ein Zusammenhang anzunehmen.

Der Neurochirurg Dr.V. kam im Gutachten vom 10.04.1997 zusammenfassend zu dem Ergebnis, vor dem 07.09.1989 habe eine Prodromalsymptomatik bestanden. Eine unmittelbare Traumatisierung der LendenwirbelsÃ¤ule mit bleibenden Folgen kÃ¶nne nicht vorgelegen haben. KnÃ¶cherne Verletzungsfolgen fehlten, ein Bandscheibenvorfall liege nicht vor; andere MÃ¶glichkeiten wie eine Distorsion verursachten keine bleibenden SchÃ¤digungen. Die Ileosakralgelenksarthrose kÃ¶nne zwar zu Beschwerden fÃ¼hren, keineswegs jedoch in der geschilderten Form. Zwar bestÃ¼nden degenerative VerÃ¤nderungen bei C 6/C 7, aber auch hier fÃ¤nden sich keine Hinweise fÃ¼r eine Markbeteiligung als ErklÃ¤rung der sehr atypischen Symptomatik. Das einzige Symptom, das einen HÃ¶henhinweis hÃ¤tte geben kÃ¶nnen, sei ausschlieÃlich subjektiver Natur, nÃ¤mlich die Minderung der Schmerz- und BerÃ¼hrungsempfindung am linken Bein. Dieser Befund deute aber eher auf eine SchÃ¤digung der Wurzel L 5 und nicht S 1 hin. Dieses Segment sei praktisch kaum verÃ¤ndert. Auch fehlten weitere Symptome. Sowohl klinisches Bild

als auch Verlauf, subjektive Beschwerdesymptomatik und rÃ¶ntgenologische bzw. kernspintomographische Diagnostik gÃ¤ben nicht den geringsten Hinweis fÃ¼r eine traumatisch bedingte LÃ¤sion im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule, ebensowenig im Bereich der Brust- und HalswirbelsÃ¤ule. Das Gutachten von Prof.Dr.R. sei in der Interpretation inkonsequent, bezÃ¼glich der LokalisationshÃ¶he der LÃ¤sion und der Interpretation des mÃ¶glichen Unfallschadens falsch. Warum die Zunahme der Schmerzsymptomatik sich mit dem Geschehen vom 07.09.1989 gekoppelt habe, sei nicht festzustellen. Denkbar sei eine gewisse Distorsion als Folge des Sturzes. Aber schon die UnmÃ¶glichkeit, beide Beine zu benutzen, sei mit einem derartigen Befund nicht erklÃ¤rbar. Folgen des Arbeitsunfalles vom 07.09.1989 lÃ¤gen nicht vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck.

Der KlÃ¤ger hat mit der Klage vom 11.06.1997 eingewandt, vor dem 07.09.1989 habe er an keiner WirbelsÃ¤ulensymtpomatik mehr gelitten, frÃ¼her bestehende Beschwerden seien folgenlos ausgeheilt gewesen. Die unfallbedingten Verletzungsfolgen seien nicht abgeklungen, sondern nach wie vor vorhanden.

Der KlÃ¤ger hat ein Attest des Internisten Dr.KL. vom 21.07.1997 Ã¼bersandt, in dem dieser ausgefÃ¼hrt hat, dafÃ¼r, dass es sich nicht um ein degeneratives Leiden handele, spreche der Befund, dass eine Bandscheibenprotrusion bei L 5/S 1 gesehen werde, die Beschwerden jedoch dem Charakter nach dem Segment L 4/L 5 zuzuordnen seien. Dass der KlÃ¤ger am Abend des 07.09.1989 beide Beine nicht mehr habe bewegen kÃ¶nnen, sei reflektorisch bedingt und typisch. Bei dem Unfall mÃ¼sse es zweifellos zu Muskelzerrungen, Muskelfasereinrissen, Sehnenzerrungen und Muskelquetschungen gekommen sein. Wahrscheinlich sei zunÃ¤chst eine ErschÃ¼tterung des Spinalmarks in der WirbelsÃ¤ule eingetreten. Eine solche Contusio spinalis kÃ¶nne zu schweren dauernden NervenschÃ¤den bis hin zu TeillÃ¤hmungen und BlasenlÃ¤hmung fÃ¼hren. Als Hausarzt mit Ã¼ber 20-jÃ¤hriger Erfahrung, mit einer Ã¼ber zweijÃ¤hrigen fachchirurgischen Ausbildung und jahrelanger NotarzttÃ¤tigkeit kÃ¶nne Dr.KL. sich gut vorstellen, dass es bei dem Unfall auch zu Sehnenfaserabrissen und Blutungen gekommen sei. Daher kÃ¶nne als Ursache der NervenschÃ¤den ein Blutgerinsel in Frage kommen, das den Nerv nach dem Unfall eingeklemmt habe, wenn nicht sogar kleine Bandscheibensequester die Nerven eingeklemmt und beschÃ¤digt hÃ¤tten. Solche Sequester seien in der Regel nach einem bis zwei Jahren im CT nicht mehr nachweisbar. Dennnoch kÃ¶nnten sie zur Narbenbildung fÃ¼hren und damit Schmerzen verursachen.

Nach stationÃ¤rer Behandlung des KlÃ¤gers in der Klinik fÃ¼r Physikalische Medizin und Rehabilitation des Klinikums GroÃ hadern vom 01.09. bis 05.09.1997 hat Dr.RÃ¶. erklÃ¤rt, durch bildgebende Verfahren habe eine Narbenbildung im Bereich des lumbosakralen Ã bergangs mit Affektion der Nervenwurzeln diagnostiziert werden kÃ¶nnen. Der KlÃ¤ger sei deshalb zu einem Versuch der invasiven Narbenlyse nach Racz aufgenommen worden.

Der auf Antrag des KlÃ¤gers gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte OrthopÃ¤de Prof.Dr.R. hat im Gutachten vom 26.08.1998 zusammenfassend ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤ger leide an einer Osteochondrose L 5/S 1 und einem pseudoradikulÃ¤ren Schmerzsyndrom links. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit kÃ¶nne ausgeschlossen werden, dass diese Diagnosen von dem Unfall im September 1989 herrÃ¼hrten. Beginnende degenerative VerÃ¤nderungen im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule hÃ¤tten sich schon auf den RÃ¶ntgenaufnahmen von 1987 gefunden. Aus den nach dem Unfall durchgefÃ¼hrten Aufnahmen ergebe sich kein Anhalt fÃ¼r hÃ¶hergradige mechanische Verletzungen im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule. Von einer eindeutigen auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden stark progredienten SchÃ¤digung der LendenwirbelsÃ¤ule kÃ¶nne deshalb nicht ausgegangen werden. Die Zunahme der degenerativen VerÃ¤nderungen seit dem Unfalltag kÃ¶nne anhand der bildgebenden Verfahren nicht nachvollzogen werden. Zwar habe der KlÃ¤ger seit dem Unfall glaubhaft deutliche Beschwerden gehabt, da aber die degenerativen VerÃ¤nderungen ohne morphologischen Bandscheibenvorfall oder Spinalkanalstenose mit Wurzelkompression vorlÃ¤gen, kÃ¶nne bei einem Beschwerdebild, das sich bei einer Vielzahl von Patienten im Alter des KlÃ¤gers biete, nicht von einer Unfallfolge ausgegangen werden. Problematisch sei sicherlich, dass sich das Beschwerdebild keinem sicheren Krankheitsbild zuordnen lasse. Wenn es im Rahmen des Unfalls zu einer BÃ¤nderzerrung im Bereich der LumbalwirbelsÃ¤ule gekommen wÃ¤re, wÃ¤ren im weiteren Verlauf entweder eine InstabilitÃ¤t mit Osteochondrose in dem betroffenen Segment oder ein Bandscheibenvorfall oder ein Wirbelgleiten eingetreten. Dies sei jedoch nicht der Fall gewesen. Wenn eindeutige klinische Hinweise vorlÃ¤gen, wÃ¤re im Hinblick auf die subjektiven Beschwerden des KlÃ¤gers eine WurzellÃ¤sion oder NervenschÃ¤digung auch ohne morphologisches Korrelat nicht mit hinreichender Sicherheit auszuschlieÃen. Derartige klinische Hinweise biete der KlÃ¤ger jedoch nicht. Es bestÃ¼nden keine Unterschiede hinsichtlich der AuslÃ¶sbarkeit der Reflexe der unteren ExtremitÃ¤ten, der LasÃ¨gue sei beiderseits negativ, es bestÃ¼nden keinerlei motorische AusfÃ¤lle, wÃ¤hrend eine sensible LÃ¤sion der Wurzel L 5 oder S 1 keine HypÃ¤sthesie im Bereich der gesamten Zehen links nach sich ziehen wÃ¼rde. Die Beschwerdesymptomatik, die der KlÃ¤ger angebe, sowie die Ergebnisse der klinischen Untersuchung und die bildgebenden Verfahren bÃ¶ten keinen Anhalt fÃ¼r eine SpÃ¤tfolge einer traumatisch bedingten WirbelsÃ¤ulenerkrankung. Im radiologischen Fachgutachten vom 08.07.1998 hat Prof.Dr.Re. ausgefÃ¼hrt, an der LendenwirbelsÃ¤ule zeigten sich eine degenerative Listhesis im Bereich LWK 4/5, und Zeichen einer Spondylarthrose im Bereich LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1.

Der auf Antrag des KlÃ¤gers gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Neurochirurg Dr.W. hat im Gutachten vom 14.02.2000 unter BerÃ¼cksichtigung des neuroradiologischen Zusatzgutachtens von Prof.Dr.Br. vom 30.03.1999 ausgefÃ¼hrt, eine Prodromalsymptomatik habe im Sinne eines LWS-Syndroms bereits vor dem Unfall vorgelegen. Seit dem Unfall sei eine deutliche Zunahme der BeschwerdeintensitÃ¤t eingetreten. Allerdings habe der KlÃ¤ger zunÃ¤chst den Ãrzten nicht von dem Unfall berichtet, es liege kein Notarztprotokoll vom Besuch der Automobilausstellung vor und in der Akutphase habe keine

diagnostische AbklÃ¤rung vorgelegen, die den heutigen AnsprÃ¼chen gerecht werde. Die in frÃ¼heren Ã¤rztlichen Stellungnahmen angesprochenen Narbenbildungen, die posttraumatischer Genese sein sollten, kÃ¶nnten ausgeschlossen werden. HierfÃ¼r gebe es weder neuroradiologisch noch durch die Racz-Methode einen Anhalt. Die Auffassung von Dr.L. sei nicht Ã¼berzeugend; die Therapie, die nicht zum Erfolg gefÃ¼hrt habe, zeige, dass es wahrscheinlich nicht die posttraumatische Narbenbildung gewesen sei, die zu dem Beschwerdebild gefÃ¼hrt habe. Nach der Racz-Methode sollte Narbengewebe durch Injektionen gelÃ¶st werden. Da eine Beschwerdelinderung nach den Angaben des KlÃ¤gers allenfalls fÃ¼r drei bis vier Tage eingetreten sei, spreche dies dagegen, dass Narbengewebe fÃ¼r die Beschwerden verantwortlich gewesen sei. Im neuroradiologischen Gutachten habe Prof.Br. degenerative VerÃ¤nderungen und nicht eine posttraumatische Narbenbildung festgestellt. UnfallunabhÃ¤ngig bestÃ¼nden ausgeprÃ¤gte degenerative VerÃ¤nderungen sowohl in HÃ¶he HWK 6/7, wo sie zu einer relativen Stenosierung der Neuroforamina gefÃ¼hrt hÃ¤tten, als auch mit einer relativen Spinalkanalstenose in HÃ¶he LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1. AuÃerdem bestÃ¼nde eine rechtsseitige Coxarthrosis. Ein unmittelbarer Zusammenhang Ã¼ber eine kausale VerknÃ¼pfung Narbengewebe/Spinalstenose und Bandscheibenvorfall, der de facto nicht vorliege, sei nicht gegeben. In der posttraumatischen Phase kÃ¶nne eine mÃ¶gliche spinale Kontusion eine Rolle gespielt haben, die man damals nicht habe diagnostizieren kÃ¶nnen.

Nach stationÃ¤rer Behandlung des KlÃ¤gers vom 04.04. bis 25.04.2000 diagnostizierte Dr.Bi. eine chronische Radikulopathie L 5 links bei epiduraler Vernarbung L 3 bis L 5 (posttraumatisch Prellung der LendenwirbelsÃ¤ule 07.09.1989), erhebliche muskulÃ¤re Dysbalancen, Blockierungen, Ligamentosen.

Im MRT vom 15.05.2000 stellte Dr.Sc. arachnitische Verwachsungen im Bereich des duralen Endsackes sowie der L 5-Wurzel beidseits, links etwas ausgeprÃ¤gter als rechts, fest. Es zeigten sich kein lumbaler Bandscheibenvorfall, keine knÃ¶cherne Spinalstenose, keine knÃ¶chernen Rezessusstenosen. Eine mittelgradige Spondylarthrose in den unteren beiden lumbalen Etagen wurde festgestellt.

Mit Urteil vom 14.07.2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe zu Recht die GewÃ¤hrung einer Rente abgelehnt, da die ErwerbsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers wegen der Folgen des Arbeitsunfalls nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert sei. Prof.Dr.V. habe in Ã¼berzeugender Weise dargelegt, dass entgegen der Interpretation von Prof.Dr.R. ein Bandscheibenvorfall im Segment L 5/S 1 links nicht nachweisbar sei. Eine unmittelbare Traumatisierung der LendenwirbelsÃ¤ule mit bleibenden Folgen habe nicht vorgelegen. Wie Dr.H. sehe Prof. Dr.V. keinerlei VerbindungsmÃ¶glichkeiten zwischen dem Unfall vom 07.09.1989 und der sich spÃ¤ter entwickelnden Symptomatik. UnterstÃ¼tzt werde diese Auffassung von Prof.Dr.R., der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausschlieÃe, dass die Beschwerden des KlÃ¤gers von einem WirbelsÃ¤ulentrauma mit Bandscheibenvorfall oder einer unfallbedingten WirbelsÃ¤ulendegeneration herrÃ¼hrten. Auch Dr.W. bestÃ¤tige das Ergebnis der Vorgutachter.

Zur BegrÃ¼ndung der Berufung vom 02.10.2000 weist der KlÃ¤ger darauf hin, dass

er vor dem Unfall auÃer einem Hexenschuss keine WirbelsÃ¤ulenbeschwerden gehabt habe. Es gebe keinen vernÃ¼nftigen Zweifel daran, dass die narbigen VerÃ¤nderungen von dem Unfall her stammten. Typisch fÃ¼r solches Narbengewebe sei eine allmÃ¤hliche Schrumpfung und Verdickung, die laufend zunehme und zu den Beschwerden fÃ¼hre. Daher sei eine MdE von mindestens 30 v.H. gegeben.

In der neuroradiologischen Stellungnahme vom 01.09.2000 fÃ¼hrt Prof.Dr.Br. aus, im MRT der WirbelsÃ¤ule vom 29.08.2000 zeige sich ein Befund, der am ehesten narbigen VerÃ¤nderungen in HÃ¶he LWK 4/5 entspreche. Die Untersuchung erhÃ¤rte den Verdacht auf eine narbige VerÃ¤nderung. Inwieweit sie sich ausdehne, sei nicht beantwortbar. Die VerÃ¤nderung sei fÃ¼r eine Arachnopathia adhaesiva zu umschrieben. Hinweise fÃ¼r eine Arachnopathia adhaesia hÃ¤tten sich auch nicht in der MRT-Untersuchung vom 18.03.1999 gefunden.

Der Neurochirurg Dr.W. fÃ¼hrt am 11.09.2000 hierzu aus, es liege mÃ¶glicherweise Narbengewebe vor. Es bleibe weiterhin zu attestieren, dass der KlÃ¤ger in zeitlichem Zusammenhang mit dem Trauma eine deutliche EinbuÃe von LebensqualitÃ¤t erlitten habe. Eine MdE von mindestens 30 v.H. habe in den folgenden Jahren vorgelegen. Ob die von Prof.Br. bestÃ¤tigte narbige VerÃ¤nderung mit dem Sturz der Leiter auf den RÃ¼cken in Zusammenhang stehe, werde nicht zu beweisen, aber auch nicht auszuschlieÃen sein. Das Trauma kÃ¶nne der AuslÃ¶ser fÃ¼r die narbige VerÃ¤nderung gewesen sein.

Auf Anfrage teilt die Messe F. GmbH am 24.08.2001 mit, die Internationale Automobilausstellung 1989 habe vom 14. bis 24.09. stattgefunden.

Der Antrag des KlÃ¤gers auf Einholung eines Gutachtens gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG von Dr.KL. wird im Hinblick darauf, dass bereits im Klageverfahren Prof.Dr.R. und Dr.W. als Gutachter gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG gehÃ¶rt wurden, abgelehnt. Der KlÃ¤ger kÃ¼ndigt an, Dr.KL. zu einer Berufungsverhandlung mitzubringen, damit er mit medizinischen ErlÃ¤uterungen konkret eingreifen und ErklÃ¤rungen abgeben kÃ¶nne. Da dies der Rechtsfindung diene, werde davon ausgegangen, dass Einwendungen nicht erhoben wÃ¼rden. Dass der KlÃ¤ger angegeben habe, der Besuch der Autoausstellung sei am Tag des Unfalls erfolgt, habe auf einem Irrtum des KlÃ¤gers beruht. Es spiele dies jedoch fÃ¼r den tatsÃ¤chlichen Hergang keine Rolle. Der Unfall sei am 07.09.1989 gewesen.

Der KlÃ¤ger stellt den Antrag, den anwesenden Arzt Dr.KL. als weiteren SachverstÃ¤ndigen zu den Unfallfolgen bzw. zu dem Thema zu hÃ¶ren, dass der Unfall zu einer Contusio spinalis gefÃ¼hrt habe und die beim KlÃ¤ger geltend gemachten Beschwerden auf diese zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind. Weiter stellt er den Antrag, die anwesende Ehefrau des KlÃ¤gers als Zeugin des einzuvernehmen, dass der KlÃ¤ger seit dem Unfall vom 07.09.89 keinen weiteren traumatischen Unfall mehr im RÃ¼ckenbereich erlitten hat. Zur Sache stellt er den Antrag aus dem Schriftsatz vom 29.09.2000.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Akte des Versorgungsamtes MÃ¼nchen II sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, sachlich aber nicht begrÃ¼ndet.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Verischerungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und Ã¼ber einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wÃ¤re (Â§Â§ 212, 214 Abs.3 SGB VII in Verbindung mit Â§ 580 RVO).

Ein Arbeitsunfall setzt gemÃ¤Ã Â§ 548 RVO einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der in den Â§Â§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten versicherten TÃ¤tigkeiten erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein Ã¤uÃeres Ereignis, d.h. einen von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkenden Vorgang, der rechtlich wesentlich den KÃrperschaden verursacht hat (vgl. BSGE 23, 139). Das Ã¤uÃere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit rechtlich wesentlich zusammenhÃ¤ngen. Dabei bedÃ¼rfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie mÃ¼ssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. BSGE 45, 285). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursÃ¤chliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten TÃ¤tigkeit zuzurechnenden und zum Unfall fÃ¼hrenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t zwischen dem Arbeitsunfall und der maÃgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney, VSSR 1993, 81, 114).

Der Arbeitsunfall des KlÃ¤gers vom 07.09.1989 hat keine bleibenden GesundheitsstÃ¶rungen, die eine MdE von wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen wÃ¼rden, zurÃ¼ckgelassen. Dies ergibt sich zur Ãberzeugung des Senats aus den schlÃ¼ssigen Gutachten der Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen Prof.Dr.R. und Dr.W. sowie aus den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr.H. und Dr.V., die im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Der Hergang des Unfalls und das Auftreten der ersten unfallbedingten Beschwerden werden vom KlÃ¤ger nicht widerspruchsfrei geschildert. WÃ¤hrend er offenbar dem Arbeitgeber angegeben hatte, beim Tragen einer Zarge habe er sich einen Nerv eingeklemmt und dadurch sei es zu Schmerzen gekommen, legte er vier Jahre spÃ¤ter Zeugenaussagen vor, die bestÃ¤tigten, dass ihm am Unfalltag zunÃ¤chst eine Leiter auf den RÃ¼cken gefallen sei. So hat er auch im weiteren Verlauf den Unfall beschrieben. Allerdings fÃ¤llt auf, dass er nach den entsprechenden Arztberichten gegenÃ¼ber den erstbehandelnden ÃrzTen Dr.C., Dr.K und Dr.F. einen Unfall nicht angegeben hat und, wie Dr.C. betont, davon wÃ¤hrend des gesamten Behandlungszeitraumes bei Dr.C. vom 22.09.1989 bis 09.04.1992 nicht

gesprochen hat. Dagegen hat der KlÃ¤ger auch schon gegenÃ¼ber Dr.C. und Dr.K. stets erwÃ¤hnt, es sei plÃ¶tzlich beim Besuch der Autoausstellung zu Beschwerden im Bein, die ihm das Gehen unmÃ¶glich gemacht hÃ¤tten, gekommen. Den Besuch der Autoausstellung haben er und die Zeugen W.R. und W.H. ab 1994 fÃ¼r den Nachmittag bzw. Abend des Unfalltages angegeben. Dass sie hierin irren, ergibt sich daraus, dass die Automobilausstellung erst eine Woche nach Eintritt des Unfalles, nÃ¤mlich am 14.09.1989, begonnen hat.

Selbst wenn man die Angaben des KlÃ¤gers, er habe einige Stunden nach dem Unfall vom 07.09.1989 erstmals erhebliche Beschwerden verspÃ¼rt, als glaubhaft ansieht, bleibt festzuhalten, dass er entgegen seinem Vorbringen im Klage- und Berufungsverfahren schon vor dem Unfall vom 07.09.1989 RÃ¼ckenbeschwerden hatte, die auf VorschÃ¤den zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind. So gab er gegenÃ¼ber Dr.K. am 25.09.1989 an, er habe schon seit langer Zeit RÃ¼ckenbeschwerden und wies zur BegrÃ¼ndung seines Schwerbehindertenantrages vom 12.06.1991 "auf drei LendenwirbelsÃ¤ulenanfÃ¤lle" in den Jahren 1985 und 1986 hin. Von MÃ¤rz 1987 bis April 1987 absolvierte er wegen LendenwirbelsÃ¤ulenbeschwerden ein Heilverfahren. Wie der Ã¤rztliche SachverstÃ¤ndige Prof.Dr.R. erklÃ¤rt hat, sind auf den RÃ¶ntgenaufnahmen der LendenwirbelsÃ¤ule von 1987 degenerative VerÃ¤nderungen im Sinne einer VerschmÃ¤lerung des Bandscheibenzwischenraumes L 5/S 1 sowie eine vermehrte Sklerosierung der kleinen Zwischenwirbelgelenke zu sehen.

Beim KlÃ¤ger besteht, so Prof.Dr.R., zwar eine Osteochondrose L 5/S 1 sowie im gleichen Bereich ein pseudoradikulÃ¤res Schmerzsyndrom. Von einer eindeutigen, auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden, stark progredienten SchÃ¤digung der LendenwirbelsÃ¤ule kann aber nicht ausgegangen werden. Ohne Bandscheibenvorfall oder Wurzelkompression ist bei einem Beschwerdebild, das sich bei einer Vielzahl von Patienten im Alter des KlÃ¤gers bietet, keine Unfallfolge anzunehmen.

Prof.Dr.R. betont, dass die RÃ¶ntgenaufnahmen, die nach dem 07.09.1989 angefertigt wurden, keinen Anhalt fÃ¼r eine knÃ¶cherne LÃ¤sion zeigen, so dass davon auszugehen ist, dass der Unfall keine hÃ¶hergradigen Verletzungen verursacht hat. Auch hat Dr.C., der den KlÃ¤ger zwei Wochen nach dem Unfall untersuchte, keine Ã¤uÃeren Verletzungszeichen festgestellt, wie sie noch zu erwarten gewesen wÃ¤ren, wenn die von Dr.KL. fÃ¼r mÃ¶glich gehaltenen Muskelquetschungen, Sehnen- und Muskelfaserrisse tatsÃ¤chlich am 07.09.1989 eingetreten gewesen wÃ¤ren. Jedenfalls fÃ¤llt auf, dass der KlÃ¤ger unmittelbar nach der Verletzung durch die Leiter weitergearbeitet und erst zwei Wochen spÃ¤ter Dr.C. aufgesucht hat.

Wenn es im Rahmen des Unfalls zu einer BÃ¤nderzerrung im Bereich der LumbalwirbelsÃ¤ule gekommen wÃ¤re, hÃ¤tte, wie Prof.Dr.R. erlÃ¤utert, im weiteren Verlauf entweder eine InstabilitÃ¤t mit Osteochondrose in dem betroffenen Segment eintreten mÃ¼ssen oder ein Bandscheibenvorfall oder ein Wirbelgleiten. Dies ist jedoch nach den vorliegenden Ã¤rztlichen Befunden nicht der Fall gewesen.

Im Ãbrigen fehlen eindeutige klinische Hinweise fÃ¼r eine WurzellÃ¤sion oder NervenschÃ¤digung. Es bestehen keine Unterschiede hinsichtlich der AuslÃ¶sbarkeit der Reflexe der unteren ExtremitÃ¤ten, der LasÃ¨gue ist beidseits negativ, und es sind keinerlei motorische AusfÃ¤lle in den Beinen festgestellt worden. Eine sensible LÃ¤sion der Wurzeln L 5 oder S 1 wÃ¼rde zudem keine HypÃ¤sthesie im Bereich der gesamten Zehen links nach sich ziehen. Insofern kann, so Prof.Dr.R., mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Beschwerden des KlÃ¤gers durch einen einem WirbelsÃ¤ulentrauma folgenden Bandscheibenvorfall oder eine massive progrediente WirbelsÃ¤ulendegeneration als Folge des Unfalls verursacht wurden.

Mit dieser Beurteilung befindet sich Prof.Dr.R. in Ãbereinstimmung mit Dr.H. und Dr.V â¦ Dr.H. hat im Gutachten vom 27.02.1996 nach Aktenlage Ã¼berzeugend darauf hingewiesen, dass angesichts der Vielfalt der gestellten Diagnosen andere als kÃ¶rperliche Ursachen fÃ¼r die Beschwerden anzuschuldigen sind.

Auch der Neurochirurg Dr.V. fÃ¼hrt im Gutachten vom 10.04.1997 Ã¼berzeugend aus, dass eine unmittelbare Traumatisierung der LendenwirbelsÃ¤ule mit bleibenden Folgen nicht vorgelegen haben kann. KnÃ¶cherne Verletzungsfolgen fehlen, ein Bandscheibenvorfall liegt nicht vor; andere Unfallfolgen, wie etwa eine Distorsion, wÃ¼rden keine bleibenden SchÃ¤digungen auslÃ¶sen. Die festgestellte Ileosakralgelenksarthrose kann zwar Beschwerden verursachen, jedoch nicht in der vom KlÃ¤ger geschilderten Form. Zwar sind die hÃ¶heren WirbelsÃ¤ulenabschnitte im Bereich C 6/C 7 degenerativ verÃ¤ndert, aber auch hier finden sich keinerlei Hinweise fÃ¼r eine Markbeteiligung als ErklÃ¤rung der sehr atypischen Symptomatik. Sowohl klinisches Bild als auch subjektive Beschwerdesymptomatik und rÃ¶ntgenologische bzw. kernspintomographische Diagnostik ergeben, so Dr.V., nicht den geringsten Hinweis fÃ¼r eine traumatisch bedingte LÃ¤sion im Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule.

Im Hinblick auf diese sachlichen Argumente kann das Gutachten des OrthopÃ¤den Prof.Dr.R. vom 19.04.1995 nicht Ã¼berzeugen. Einerseits weist Prof.Dr.R. auf ausgeprÃ¤gte VorschÃ¤den hin, da bereits am 10.03.1987 bei chronischem LWS-Syndrom und nervÃ¶sem ErschÃ¶pfungszustand eine ArbeitsunfÃ¤higkeitszeit fÃ¼r 34 Arbeitstage bestanden hatte und RÃ¶ntgenaufnahmen von 1987 erhebliche degenerative VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule zeigten. Anlagebedingte VerÃ¤nderungen, z.B. Morbus Baastrup, ÃbergangsstÃ¶rung L 5/S 1, GelenkspaltverschmÃ¤lerung L 5/S 1, Hyperlordosierung sowie auch degenerative VerÃ¤nderung der Grund- und Deckplatten sind, wie er betont, nachgewiesen. Wenn Prof.Dr.R. dann davon ausgeht, dass diese anatomischen Schwachpunkte durch eine stumpfe Traumatisierung einen entsprechenden Impuls bekommen haben kÃ¶nnten, um richtungweisend Beschwerden zu verursachen, so schrÃ¤nkt er diese Aussage andererseits wieder insofern ein, als er darauf hinweist, dass die vom KlÃ¤ger angegebenen Beschwerden nicht vollstÃ¤ndig auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Denn die Insbesondere weist auch Prof.R. darauf hin, dass die UnfallschÃ¤den radiologisch nicht relativiert werden kÃ¶nnen.

GestÃ¼tzt wird die Auffassung, die Prof.Dr.R., Dr.V. und Dr.H. Ã¼berzeugend

vertreten, auch von dem Neurochirurgen Dr.W. im Gutachten vom 14.02.2000. Er erlÃ¤utert, dass Unfallfolgen nicht im Sinne einer kausalen VerknÃ¼pfung, sondern nur im Sinne einer zeitlichen Interkurrenz gegeben sind. Der rein zeitliche Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Beschwerdebeginn reicht aber fÃ¼r die Annahme des Kausalzusammenhanges im Sinne der Unfallversicherung nicht aus. Zwar hÃ¤lt Dr.W. eine spinale Kontusion fÃ¼r mÃ¶glich, betont aber, dass sie nicht nachgewiesen ist. Zu einer anderen Beurteilung der Sachlage fÃ¼hrt auch nicht die Stellungnahme des Neuroradiologen Prof.Dr.Br. vom 01.09.2000, da auch durch das MRT der LendenwirbelsÃ¤ule vom 29.08.2000 narbige VerÃ¤nderungen in HÃ¶he LWK 4/5 nicht nachgewiesen sind, sondern, so Prof.Dr.Br., nur der Verdacht auf eine narbige VerÃ¤nderung erhÃ¤rtet ist. FÃ¼r eine Arachnopathia adhaesiva sind die VerÃ¤nderungen aber zu umschrieben. Insbesondere Dr.W. spricht in der Stellungnahme vom 11.09.2000 nur von der MÃ¶glichkeit, dass Narbengewebe vorliege. Ob diese narbige VerÃ¤nderung mit dem Unfall vom 07.09.1989 in Zusammenhang steht, lÃ¤sst Dr.W. offen. Die MÃ¶glichkeit eines ursÃ¤chlichen Zusammenhangs reicht fÃ¼r die Annahme der KausalitÃ¤t nicht aus. Die Zweifel an einem Zusammenhang werden noch dadurch verstÃ¤rkt, dass ein entsprechender Behandlungsversuch vom 01.09. bis 05.09.1997 im Klinikum GroÃhadern keinen dauerhaften Erfolg brachte.

Weitere Ermittlungen waren im Hinblick auf die bereits vorliegenden Gutachten und Ã¤rztlichen Stellungnahmen nicht erforderlich. Die AnhÃ¶rung des Dr.KL. war deshalb nicht angezeigt, insbesondere da er bereits schriftlich ausfÃ¼hrlich zu den Beweisfragen Stellung genommen hat, vorallem auch zu der Frage der Contusio spinalis. Der Einvernahme der Ehefrau des KlÃ¤gers als Zeugin bedurfte es nicht, da der Senat als wahr unterstellt, dass der KlÃ¤ger nach dem 07.09.1989 keinen weiteren Unfall im RÃ¼ckenbereich erlitten hat.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 24.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024