

L 6 U 3212/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 5 U 3209/04
Datum
09.05.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3212/07
Datum
19.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 9. Mai 2007 abgeändert. Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Feststellung eines Bruchs des achten Brustwirbelkörpers (nachfolgend BWK-Fraktur) als weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 26. April 2000 sowie um die Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1933 geborene Klägerin wurde im Rahmen ihrer stundenweisen Tätigkeit als Kauffrau im Betrieb ihres Sohnes am 26. April 2000 auf einem Betriebsweg, den sie im Stadtgebiet von Bad M. mit dem Fahrrad zurücklegte, von einem PKW angefahren. Im unmittelbaren Anschluss an den dadurch verursachten Sturz wurde sie stationär in das C.-Krankenhaus Bad M. aufgenommen. Hierzu führte Dr. M. im Durchgangsarztbericht vom 10. Mai 2000 aus, es habe eine mäßige Dolenz im Bereich der mittleren Halswirbelsäule (HWS), eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes, ein leichter Thoraxkompressionsschmerz sowie eine starke Dolenz im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) vorgelegen. Röntgenaufnahmen des Schädels, der HWS und der LWS sowie des Thorax hätten keine Hinweise für frische knöcherne Verletzungen ergeben. Dr. M. diagnostizierte eine schwere Schädel-, HWS-, Thorax- und LWS-Prellung. Bis zur Entlassung am 6. Mai 2000 erfolgte eine konservative Behandlung. Im Zwischenbericht vom 5. Juni 2000 gab Dr. M. an, die Klägerin habe während der stationären Behandlung des Öfteren ein Schwindelgefühl beschrieben. Differenzialdiagnostisch habe sich eine Commotio labyrinthi sowie ein cervikogener Schwindel ergeben. Nachfolgend bescheinigten Dr. M. und die weiter behandelnde Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. B. der Klägerin Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. Juni 2000. Bis dahin gewährte die Beklagte der Klägerin Verletztengeld. Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. M. mit Schreiben vom 7. August 2000 mit, die Klägerin habe sich zuletzt am 9. Juni 2000 vorgestellt. Am 7. Juni 2000 habe sie noch über persistierende Kopfschmerzen, jedoch wenig Schwindel sowie einen leichten Schulter-Arm-Schmerz rechts geklagt. Am 16. Juni 2000 sei noch eine neurologische Untersuchung im C.-Krankenhaus erfolgt. Dabei hätten sich nur noch abklingende Restbeschwerden gezeigt (Arztbrief von Dr. P. vom 16. Juni 2000).

Mit Schreiben vom 13. Oktober 2003 machte die Klägerin bei der Beklagten geltend, sie habe bei dem Arbeitsunfall im Jahr 2000 auch eine BWK-Fraktur erlitten. Diese sei aufgrund eines Fehlers im Anschluss an den Arbeitsunfall nicht behandelt worden. Nachdem sie ihre Bürotätigkeit in geringerem Ausmaß wieder aufgenommen habe, hätten sich immer wieder starke, in den rechten Arm ausstrahlende Schmerzen im Rücken eingestellt. Sie habe Medikamente und laufend physiotherapeutische Behandlungen verordnet bekommen, ohne dass sich die Beschwerden gebessert hätten. Bei einer Röntgenuntersuchung sei dann die BWK-Fraktur entdeckt worden. Auf Nachfrage teilte die Klägerin ergänzend mit Schreiben vom 31. Oktober 2003 mit, sie sei ihres Wissens zuvor nie wegen Wirbelsäulenbeschwerden behandelt worden. Wegen Gelenkbeschwerden und Erschöpfung habe sie in den Jahren 1983, 1988 und 1999 "Kuren" durchgeführt. Zum genauen Unfallhergang machte die Klägerin im Schreiben vom 4. Februar 2004 ergänzende Angaben. Sie könne es nicht hinnehmen, aufgrund gravierender ärztlicher Fehlleistungen (unterlassene Röntgenuntersuchung am Unfalltag) an Unfallfolgen zu leiden.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte der behandelnde Chiroprapeut Dr. W. mit, die Klägerin sei im Februar 1988 mit damals seit ca. 15 Jahren bestehenden Wirbelsäulenbeschwerden einmalig behandelt worden. Hierzu legte er den Arztbrief vom 1. Februar 1988 vor. Bis in das Jahr 2002 sei dann keine weitere Behandlung erfolgt. Bei der Vorstellung am 28. Juni 2002 habe die Klägerin keine Angaben über einen

Unfall vom 26. April 2000 gemacht. Bei einer nochmaligen Vorsprache am 20. August 2002 habe die Klägerin Beschwerden am HWS-Schultergürtel und nächtliche Kreislauf- und Gleichgewichtsstörungen angegeben. Ein Zusammenhang der BWK-Fraktur mit dem Unfall sei schwierig zu beurteilen. Hierzu müssten die Unfallunterlagen hinzugezogen werden (ergänzende Schreiben von Dr. W. an die Beklagte vom 17. Dezember 2003, 9. und 21. Januar 2004).

Dr. B. teilte der Beklagten mit Schreiben vom 18. November 2003 mit, sie könne sich keine Beurteilung des Zusammenhangs der BWK-Fraktur mit dem Unfall erlauben. Die Klägerin sehe auch ihre Schulterbeschwerden in einem solchen Zusammenhang. Ihrem Schreiben fügte sie den Arztbrief von Dr. D. (Facharzt für Orthopädie) vom 5. Oktober 2001, betreffend eine Untersuchung aufgrund von Schmerzen in der rechten Hüfte und der rechten Schulter sowie den Arztbrief von Dr. W. vom 28. Juni 2002 bei. Darin hatte Dr. W. u. a. eine degenerative Wirbelsäulenveränderung, einen Zustand nach einer Deckplattenimpressionsfraktur Th8 und eine Osteoporose diagnostiziert.

Auf Anforderung der Beklagten übersandte die Krankenkasse der Klägerin mit Schreiben vom 17. Dezember 2003 und 2. Februar 2004 Vorerkrankungsverzeichnisse.

Am 8. Juni 2004 erstellte Prof. Dr. G. (J.spital W.) ein chirurgisches Fachgutachten. Er führte aus, heute bestünden auf dem chirurgischen Fachgebiet keine Unfallfolgen mehr. Die BWK-Fraktur könne wegen des langen beschwerdefreien Intervalls nicht in Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden. Das genaue Alter der Fraktur könne nicht ermittelt werden. Es fehlten Hinweise auf eine traumatisch bedingte Fraktur. Störungen im Abdomen seien während des Krankenhausaufenthalts nicht beschrieben worden. Die Fraktur sei später zufällig entdeckt worden. Auffällig sei, dass sich die Klägerin an eine spezifische Behandlung nicht erinnere, obwohl sie nicht vergesslich gewirkt habe. Zudem erscheine bei einer allgemeinen Osteoporose, die sich insbesondere an der HWS und der LWS im Sinne von arthrotischen Veränderungen mit spondylophytären Randausziehungen und subchondralen Sklerosierungssäumen zeige, eine allgemeine Deckplattensinterung möglich.

Darauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 6. Juli 2004 die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Versicherungsfalles vom 26. April 2000 ab. Als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannte sie folgenlos verheilte Prellungen des Schädels, des Brustkorbs, sowie der HWS und der LWS. Keine Folgen des Versicherungsfalles seien der Kompressionsbruch des achten BWK, die Osteoporose mit Spondylose im Bereich der HWS und Veränderungen an der LWS und Brustwirbelsäule (BWS) sowie ein verschmälertes Subakromialraum im Bereich der rechten Schulter.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom 22. Juli 2004. Nach dem Unfall sei versäumt worden, auch die BWS zu röntgen. Noch während des Krankenhausaufenthalts habe sie über anhaltende Schmerzen geklagt, die nachfolgend fortbestanden hätten. Im Jahr 2002 habe sie im Zusammenhang mit der Röntgenuntersuchung dem Arzt genau die Stelle zeigen können, wo sie immer Schmerzen gehabt habe. Der Arzt habe bestätigt, dass dort der Bruch sei. Auch Dr. B. hätte den Zusammenhang zwischen dem Unfall und der BWK-Fraktur bestätigen müssen. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 8. Oktober 2004 zurück. Das eingeholte Gutachten sei überzeugend. An der Wirbelsäule hätten erhebliche degenerative Veränderungen bestanden, derentwegen die Klägerin seit 1973 immer wieder über Beschwerden geklagt habe und derentwegen auch schon Kurmaßnahmen durchgeführt worden seien.

Deswegen erhob die Klägerin am 27. Oktober 2004 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage. Sie trug vor, die BWK-Fraktur bei dem Arbeitsunfall erlitten zu haben. Die Ärzte wollten ihre Fehler vertuschen. Die Ursache ihrer Schmerzen seien lange nicht erkannt worden. Die Entdeckung sei schließlich kein Zufallsfund, sondern die Konsequenz der längst fälligen Untersuchung gewesen. Es habe kein beschwerdefreies Intervall zwischen dem Unfall und der Entdeckung der Fraktur gegeben. Hierzu reichte die Klägerin eine Auflistung der seit dem Unfallereignis verordneten Heilmittel ein.

In dem von Amts wegen eingeholten orthopädischen Gutachten vom 29. März 2005 diagnostizierte Dr. R. u. a. eine BWK-8-Deformierung mit vermehrter BWS-Kyphosierung, eine leichte Thorakalskoliose mit diskreter Rippenbuckelbildung rechtsseitig sowie muskulo-statische BWS-Beschwerden. Das Unfallereignis sei grundsätzlich geeignet gewesen, eine BWK-Fraktur herbeizuführen. Das Beschwerdebild nach dem Unfall spreche nicht gegen eine solche Fraktur. Jedoch erlaubten die Röntgenaufnahmen keine Aussage, ob die Fraktur unfall- oder durch die Osteoporose bedingt sei. Für eine Verursachung durch den Unfall spreche das geeignete Unfallgeschehen und die durchgängigen Beschwerden. Jedoch könne die Kausalkette nicht mit Sicherheit geführt werden. Es bestünden unfallunabhängige Entstehungs- und Verschlimmerungsfaktoren. Eine wesentliche Verschlimmerung durch den Unfall sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Die Klägerin führte zu diesem Gutachten aus, sie sei noch einmal bei Dr. M. gewesen. Dieser habe zugesagt, sich ergänzend zu äußern. Im Zwischenbericht vom 21. März 2005 informierte Dr. M. die Beklagte über die Vorsprache der Klägerin am 18. März 2005. Seitens der Fraktur habe sie über keine wesentlichen Beschwerden geklagt. Es sei möglich, dass die Fraktur durch den Unfall bedingt sei. In Anbetracht der im Anschluss erfolgten spezifischen Behandlung der Schulter und der Wirbelsäule sei der Unfallzusammenhang aus seiner Sicht eher denkbar. Mit Schreiben vom 23. April 2005 teilte die Klägerin mit, nie eine Verletztenrente begehrt zu haben. Es gehe ihr um eine finanzielle Entschädigung. Auf Antrag der Klägerin wurde der in der Praxis von Dr. W. tätige Facharzt für Orthopädie Dr. R. mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragt. Im Gutachten vom 2. August 2005 führte er aus, die Klägerin habe, befragt zu den Beschwerden, angegeben, sie habe zur Zeit keine Schmerzen mehr, wenn sie im Bett liege. Beim Liegen auf ihrer Yoga-Matte habe sie jedoch Rückenschmerzen. Dann trete auch ein Knacksen auf. Beim normalen Gehen und Laufen habe sie keine Schmerzen. Dr. R. diagnostizierte u. a. einen Zustand nach einer BWK-Fraktur vom 26. April 2000 mit Vorderkantenhöhenminderung, eine Einschränkung der Vor- und Rückbeugung wie auch der Drehung der Wirbelsäule, eine vermehrte BWS-Kyphose mit Hohlkreuzbildung und nachvollziehbaren Belastungsschmerzen sowie Schmerzsyndromen. Diese Zustände bestünden unfallabhängig. Es liege keine Osteoporose, sondern nur eine Osteopenie vor. Somit könne es nicht zu einem osteoporosebedingten Bruch gekommen sein. Zudem seien keine weiteren Brüche aufgetreten. Die Klägerin habe auch nicht vier Zentimeter, sondern nur 3,7 Zentimeter an Körpergröße verloren. Es lägen klinische und radiologische Hinweise vom Unfalltag für einen Bruch vor. Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei um 20 vom Hundert (v. H.) gemindert. Die Beklagte hielt diesem Gutachten im Schreiben vom 17. September 2005 entgegen, eine Osteoporose liege vor. Dies ergebe sich sogar aus den eigenen früheren Angaben aus der Praxis von Dr. R. ... Es hätten auch schon früher Rückenbeschwerden bestanden. Nicht nachvollziehbar seien die radiologischen Hinweise vom Unfalltag, da eine Röntgenaufnahme nicht gemacht worden sei.

Das SG holte ein weiteres Gutachten von Amts wegen bei Prof. Dr. C. (Orthopädische Universitätsklinik H.) ein. Dieser beschrieb in seinem Gutachten vom 17. November 2006 eine keilförmige Deformierung des achten BWK infolge vorderer Höhenminderung mit einem Keilwinkel

von 16 Grad und eine generelle Kalksalzminderung sämtlicher BWK. Wie alle anderen Gutachter habe er keine Zweifel an der traumatischen Ursache der Fraktur. Nach dem röntgenologischen Befund läge die typische Konfiguration einer stattgehabten Wirbelkörperkompression vor. Die Verminderung der Knochendichte sei hierfür nicht ursächlich geworden. Aufgrund fehlender konkurrierender Faktoren könne nur der Unfall Ursache der Fraktur gewesen sein. Die Schmerzen seien aufgrund der Stabilisierung durch den Brustkorb nicht so stark gewesen. Die vorangegangene Wirbelsäulenbehandlung stelle kein Gegenargument dar. Wohlwollend sei die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) unter Anwendung des Segmentprinzips nach Wimmer und Weber mit 10 v. H. einzuschätzen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24. Januar 2007 führte er zu Einwendungen der Klägerin ergänzend aus, selbst wenn man aufgrund der nicht erfolgten Diagnosestellung einen verzögerten Heilungsverlauf unterstelle, sei davon auszugehen, dass aufgrund der Stabilisierung des Bruches durch den umgebenden Brustkorb eine weitgehende knöcherne Stabilisierung spätestens nach drei Monaten eingetreten sei. Es erscheine wenig plausibel, dass eine MdE in rentenberechtigendem Grade über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus vorgelegen habe. Im Schreiben vom 18. Dezember 2006 und 16. Februar 2007 ergänzte die Klägerin, sie wolle eine Entschädigung für die Folgen der falschen Behandlung. Im Übrigen habe eine MdE um 20 v. H. für länger als 26 Wochen vorgelegen. Die Beklagte ergänzte mit Schreiben vom 15. Dezember 2006 und 12. März 2007, es liege keine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit für den erlittenen Gesundheitsschaden vor. Die Vorgutachten hätten entgegen der Einschätzung von Prof. Dr. C. eine zwingend traumatische Ursache der BWK-Deformierung nicht bestätigt. Hinsichtlich der Nichtfeststellung eines alternativen Unfallereignisses nehme Prof. Dr. C. eine Umkehr der Beweislast vor. Im Übrigen ergebe sich auch nach seiner Einschätzung kein Rentenanspruch der Klägerin.

Mit Urteil vom 9. Mai 2007 stellte das SG fest, dass der Bruch des achten BWK auf den Unfall vom 16. April 2000 zurückzuführen sei. Im Übrigen wies es die Klage ab. Eine Deformierung des achten BWK liege mit Sicherheit vor. Dies sei auch unstreitig. Diese Deformierung sei hinreichend wahrscheinlich auf den Versicherungsfall vom 26. April 2000 zurückzuführen. Das SG schloss sich der Einschätzung von Prof. Dr. C. an. Entgegen der Einschätzung von Dr. R. habe dieser ausschließen können, dass das Vorliegen einer Kalksalzminderung im Sinne einer Osteoporose ursächlich für die Fraktur geworden sein könnte. Es liege maximal eine MdE um 10 v. H. vor. Bei Unterstellung eines verzögerten Heilungsverlaufs ergebe sich kein günstigeres Ergebnis. Es sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. R. zu einer MdE um 20 v. H. gelange.

Gegen das ihr am 18. Juni 2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 28. Juni 2007 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, es gebe keine feststellbare konkurrierende Ursache. Dr. R. habe die MdE zutreffend bewertet. Sie befinde sich noch immer in fachorthopädischer Behandlung.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 26. Juni 2007 zugestellte Urteil am 23. Juli 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt die Beklagte aus, entgegen der Behauptung von Prof. Dr. C. hätten die Vorgutachter eine allmähliche Deckplattensinterung durch die Osteoporose der Klägerin nicht ausgeschlossen. Sie seien nicht zwingend von einer traumatischen Ursache ausgegangen. Das Bundessozialgericht (BSG) habe in den Urteilen vom 9. Mai 2006 ([B 2 U 26/04 R](#), [B 2 U 1/05 R](#)) deutlich darauf hingewiesen, dass aus einem rein zeitlichen Zusammenhang von Gesundheitsstörungen mit einem Arbeitsunfall und fehlenden konkurrierenden Ursachen nicht automatisch auf die Wesentlichkeit der einen festgestellten naturwissenschaftlich - philosophischen Ursache geschlossen werden könne, da dies sonst zu einer Umkehr der Beweislast führe. Zudem bestehe hier nicht einmal ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Erstdiagnose der BWK-Fraktur.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Heilbronn vom 9. Mai 2007 und weiterer Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 6. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Oktober 2004 zu verurteilen, ihr Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. zu gewähren und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 9. Mai 2007 abzuändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtzüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen der Klägerin und der Beklagten sind statthaft und zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Zwangsläufig hat damit die Berufung der Klägerin keinen Erfolg. Das SG hat zu Unrecht festgestellt, dass der Bruch des achten BWK auf den Unfall vom 26. April 2000 zurückzuführen ist. Insoweit war das Urteil aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 6. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Oktober 2004 erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Nach [§ 8 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleidet. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt. Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist danach erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang, vgl. [BSGE 63, 273](#), 274 = [SozR 2200 § 548 Nr 92 S. 257](#); [BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 19](#)), dass die Verrichtung zu dem Unfallereignis geführt hat und letzteres einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ([BSGE 94, 269](#)).

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem bei dem Unfall erlittenen Primärschaden einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen diesem und der

verbliebenen Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Primärschaden und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht ([BSGE 19, 52](#); BSG [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#) mwN). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr 15](#) und vom 09.05.2006 = [SozR 4-2700 § 8 Nr 17](#)). Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen.

Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die Klägerin am 26. April 2000 auf einem Betriebsweg einen Arbeitsunfall erlitten hat. Auch der Senat ist davon überzeugt. Als Radfahrerin wurde sie von einem Auto angefahren und zog sich bei dem dadurch bedingten Sturz Prellungen des Schädels, des Brustkorbs sowie der HWS und der LWS zu. Diese von der Beklagten im Bescheid vom 6. Juli 2004 als folgenlos verheilt anerkannten Gesundheitserstschädigungen ergeben sich aus dem Durchgangsarztbericht von Dr. M. vom 10. Mai 2000.

Streitig ist nunmehr noch, ob sich die Klägerin bei diesem Arbeitsunfall auch einen Bruch des achten BWK zugezogen hat. Davon konnte sich der Senat anders als das SG keine Überzeugung verschaffen. Der Senat hält es zwar für möglich, dass sich die Klägerin bei diesem Unfall auch die ca. zwei Jahre später erstmalig im Arztbrief der Dres. M./W. beschriebene BWK-Fraktur zugezogen hat. Hinreichend wahrscheinlich oder gar mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist dies unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Unterlagen und insbesondere der vier eingeholten Gutachten jedoch nicht. Da bereits die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht vorliegt, kann dahingestellt bleiben, ob die BWK-Fraktur als Gesundheitserstschaden - und nicht nur als länger andauernde Unfallfolge - einzuordnen und folglich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als am Unfalltag eingetreten nachzuweisen wäre.

Für einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der BWK-Fraktur spricht zweifelsohne, dass das streitgegenständliche Unfallereignis geeignet war, eine solche Fraktur herbeizuführen. Diese Annahme haben letztlich sowohl Prof. Dr. G. als auch Dr. R., Dr. R. und Prof. Dr. C. ihrer Einschätzung zugrundegelegt. Dr. R. hat den Unfallhergang ausdrücklich als Argument, das für einen Unfallzusammenhang spreche, in seine Abwägung einbezogen. Auch in der unfallmedizinischen Literatur wird das Auftreffen schwerer Kräfte auf Nacken oder BWS, wie auch das Herausschleudern aus Fahrzeugen als geeignet angesehen, einen Kompressionsbruch an der Wirbelsäule zu verursachen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 524). Mit einem solchen Vorgang kann der Radunfall der Klägerin verglichen werden.

Das nach dem Arbeitsunfall eingetretene Beschwerdebild spricht nicht gegen eine damals zugezogene BWK-Fraktur. Zwar sahen sich die Ärzte im C.-Krankenhaus nicht zu einer Röntgenaufnahme der BWS veranlasst. Daraus darf jedoch nicht geschlossen werden, dass tatsächlich kein einer BWK-Fraktur entsprechendes Beschwerdebild vorlag. Nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. R. im Gutachten vom 29. März 2005 könnte ein durch eine BWK-Fraktur aufgetretenes Beschwerdebild durch die mit der unstreitig eingetretenen Rippenprellung entstandenen Schmerzen überdeckt worden sein. Zudem geht Prof. Dr. C. in seinem Gutachten vom 17. November 2006 davon aus, dass die Schmerzen einer BWK-Fraktur wegen einer Stabilisierung durch den Brustkorb nicht so stark ausfallen müssen. Festzuhalten ist allerdings, dass das während der stationären Behandlung aufgetretene Beschwerdebild auch nicht zwingend dafür spricht, dass es zu einer frischen BWK-Fraktur gekommen ist. Nach der den Senat überzeugenden Auffassung von Prof. Dr. G. wären in diesem Zusammenhang Schmerzen im Abdomen zu erwarten gewesen. Die tatsächlich aufgetretenen Schmerzen sind ausreichend durch die unstreitig erlittenen Schädigungen erklärbar.

Hinsichtlich des von der Klägerin in den Mittelpunkt ihrer Begründung gerückten langanhaltenden Beschwerdebilds nach dem Arbeitsunfall ist anzumerken, dass Dr. R. zwar einerseits das anhaltende Beschwerdebild als Argument für einen Zusammenhang des Unfalls mit der BWK-Fraktur sieht, andererseits jedoch sofort einschränkt, dieses Beschwerdebild könnte auch auf die begleitenden degenerativen Veränderungen zurückgeführt werden. Letzteres hält der Senat für überzeugender. Denn Anlass für die Untersuchung, die zur Entdeckung der BWK-Fraktur führte, waren nach dem Arztbrief der Dres. M./W. vom 28. Juni 2002 nicht Beschwerden der BWS, sondern Schmerzen im Bereich der HWS und der rechten Schulter. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin im Klageverfahren handelte es sich mithin bei der

Aufdeckung der BWK-Fraktur zum damaligen Zeitpunkt um einen Zufallsbefund. Soweit die Klägerin im Widerspruchsverfahren vorgetragen hat, sie habe im Jahr 2002 dem Arzt genau die Stelle an der BWS zeigen können, wo sie immer Schmerzen gehabt habe, soll dies nicht gänzlich in Zweifel gezogen werden. Aus dem eben genannten Arztbrief ergibt sich jedoch, dass diese Schmerzen jedenfalls nicht im Vordergrund der Gesundheitsstörungen standen, derentwegen sich die Klägerin behandeln ließ. Dem entspricht im Übrigen auch die unter der Annahme eines Unfallzusammenhangs nachvollziehbar anhand der in der unfallmedizinischen Literatur erarbeiteten Kriterien (segmentbezogene Beurteilung von Wirbelsäulenschäden nach Weber und Wimmer, z. B. in Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, S. 537) von Prof. Dr. C. erfolgte MdE-Bewertung mit 10 v. H. Daraus folgt, dass die Bedeutung der BWK-Fraktur insgesamt als untergeordnet anzusehen ist, auch wenn die Klägerin jetzt ihre gesamte Leidensgeschichte auf diesen einen Punkt konzentrieren möchte. Dabei übersieht sie, dass in dem bereits genannten Arztbrief der Dres. M./W. neben einem Zustand nach einer Deckplattenimpressionsfraktur Th 8 eine Wirbelsäulenveränderung bei mäßiger S-förmiger Skoliose, mehrfache segmentale Blockierungen und eine Osteoporose (dazu noch unten) diagnostiziert wurden. Neben einer vorsichtigen Manipulationsbehandlung erfolgte therapeutisch eine Infiltration an der HWS beidseits. Anzumerken ist, dass die Klägerin sich mit dem streitgegenständlichen Antrag erst über ein Jahr nach Erstellung des Arztbriefs der Dres. M./W. an die Beklagte wandte. Im Übrigen fällt hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Beschwerdebilds der Klägerin auf, dass sie im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. R. am 19. Juli 2005 angab, beim Im-Bett-liegen, Gehen und Laufen keine Schmerzen zu haben, vielmehr nur unter Rückenschmerzen zu leiden, wenn sie sich auf ihre Yoga-Matte lege. Dies erscheint bei einem Alter von 72 Jahren und den eben beschriebenen degenerativen Veränderungen nicht ungewöhnlich. Hinsichtlich des von der Klägerin gegenüber Prof. Dr. C. geschilderten Beschwerdebilds im Nacken und an der mittleren BWS kommt der Senat aufgrund der Diskrepanz zur Beschwerdeschilderung gegenüber Dr. R. nicht umhin anzunehmen, dass diese Angabe zumindest teilweise zielgerichtet im Hinblick auf das anhängige Streitverfahren, in dem die Klägerin im Übrigen wiederholt bemerkte, es gehe ihr nicht um eine Rentenleistung, sondern um eine Entschädigung wegen einer angeblich fehlerhaften Behandlung, erfolgte.

Als alternative Ursache der BWK-Fraktur kommt nach Auffassung des Senats eine - "altersbedingte" - Verminderung der Knochenbruchfestigkeit in Betracht. Sowohl Prof. Dr. G. als auch Dr. R. gehen in ihren Gutachten vom Vorliegen einer Osteoporose aus. Soweit Dr. R. lediglich eine Osteopenie als Vorform einer Osteoporose als gegeben erachtet, setzt er sich damit in Widerspruch zur diagnostischen Beurteilung der Kollegen seiner eigenen Gemeinschaftspraxis im schon genannten Arztbrief vom 28. Juni 2002. Zwar stützt sich Dr. R. auf durchgeführte Knochendichtemessungen. Soweit er jedoch ergänzend argumentiert, auf den angefertigten Röntgenbildern seien keine Hinweise für eine Osteoporose erkennbar gewesen, ist auf die Anmerkung von Prof. Dr. C. hinzuweisen, die Diagnose einer Osteoporose sei im Arztbrief vom 28. Juni 2002 gerade aufgrund einer nativen Röntgenaufnahme der BWS gestellt worden. Mit seiner Argumentation mit dem eingetretenen Körperlängenverlust von 3,7 cm, der nicht die für eine Osteoporose maßgebliche Grenze von 4 cm erreicht habe und im Übrigen durch eine Kyphose der BWS erklärbar sei, beschreibt Dr. R. nach Auffassung des Senats jedenfalls einen grenzwertigen Befund. Im Gegensatz zu Dr. R. hat Dr. G. eine allgemeine Osteoporose insbesondere in der HWS und der LWS aufgrund arthrotischer Veränderungen und der spondylophytären Randausziehungen und subchondralen Sklerosierungssäume als gegeben erachtet. Dr. R. hatte keine Zweifel am Vorliegen einer Osteoporose. Die hier möglicherweise nur schwer vorzunehmende genaue Zuordnung zu einer Osteoporose oder einer Osteopenie kann jedoch nach Auffassung des Senats dahingestellt bleiben, denn Prof. Dr. C. weist in seinem Gutachten darauf hin, dass auch die Osteopenie ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche aufweist. Dies gilt mithin erst recht, wenn sich diese Erkrankung im Grenzbereich zur Osteoporose befindet - wovon der Senat aufgrund der Äußerungen der eben genannten Ärzte mit Sicherheit ausgeht. Aufgrund der Einschätzung von Prof. Dr. C. sieht es der Senat als gerechtfertigt an, die in der unfallmedizinischen Literatur für die Osteoporoseerkrankung enthaltenen Darstellungen zu Spontanverformungen an Wirbelkörpern entsprechend anzuwenden (Schönberger/Mehrtens/Valentin, aaO, S. 540/541). Danach finden sich typische Wirbelkörperverformungen gerade im oberen und mittleren Brustwirbelabschnitt. Sämtliche Sachverständige und der Gutachter Prof. Dr. G. haben zumindest vom Ansatz her eine osteoporosebedingte Wirbelkörperverformung angesichts der Lokalisation der BWK-Fraktur in Betracht gezogen. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. G. ist eine allmähliche Deckplattensinterung als möglich anzusehen. In der unfallmedizinischen Literatur (a.a.O.) wird beschrieben, dass sich im Bereich der Brustkyphose spitze Keilwirbel bilden. Körperverformungen sollten bei Osteoporose nicht als Spontanfrakturen, sondern als Spontanverformung bezeichnet werden, da der Unkundige mit dem Begriff der Fraktur die Vorstellung einer erheblichen Krafteinwirkung verbindet. Insoweit ist aus Sicht des Senats "bezeichnend", dass sowohl Dr. R. als auch Prof. Dr. C. auf die Frage nach den bei der Klägerin vorliegenden Gesundheitsstörungen im Unterschied zu Dr. R. keine BWK-Fraktur, sondern eine Deformierung des achten BWK nennen.

Soweit Prof. Dr. C. gleichwohl von einem hinreichend wahrscheinlichen Unfallzusammenhang ausgeht, sind seine Argumente letztlich nicht überzeugend. Zu Unrecht nimmt er an, seine Einschätzung, ein traumatisches Ereignis sei Ursache der Deformierung, stehe in Übereinstimmung mit den Beurteilungen durch Prof. Dr. G., Dr. R. und Dr. R. ... Lediglich Dr. R. sah einen solchen Zusammenhang als hinreichend wahrscheinlich an.

Im Wesentlichen begründet Prof. Dr. C. seine Einschätzung mit dem röntgenologischen Befund. Er führt aus, dieser weise die typische Konfiguration eines stattgehabten Wirbelkompressionsbruchs auf und er habe "also überhaupt kein Zweifel daran, dass ein traumatisches Ereignis Ursache der Deformierung" sei. Nachfolgend bezieht er sich jedoch ausschließlich auf seine irrtümliche Annahme einer Übereinstimmung mit den anderen Sachverständigen und dem Gutachter. Die Argumentation von Prof. Dr. C. mit dem röntgenologischen Befund steht darüber hinaus im Widerspruch zum Inhalt seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24. Januar 2007. Darin gibt er an, aus einem Röntgenbild lasse sich generell keine Ursache eines Bruchs ablesen. Dies steht in Übereinstimmung mit den Einschätzungen von Prof. Dr. G. und insbesondere von Dr. R. ... Der Senat ist daher der Überzeugung, dass aus den vorliegenden Röntgenaufnahmen keine Aussage darüber hergeleitet werden kann, ob die Fraktur durch den Unfall war oder durch die Osteoporose bzw. Osteopenie.

Die Argumentation von Prof. Dr. C., es sei kein anderer Unfall ersichtlich, der zu einem mit sofort einsetzenden akuten Schmerzen verbundenen Wirbelkörperbruch geführt habe, überzeugt ebenfalls nicht. Nach der unfallmedizinischen Literatur - und davon gehen offensichtlich auch Prof. Dr. G., Dr. R. und Dr. R. aus - setzen spontane Zusammensinterungen kein beachtliches Trauma voraus (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 540). Der isolierte Wirbelkörperbruch verursacht häufig uncharakteristische und auch relativ leichte Beschwerden. Es ist daher bekannt, dass bei entsprechender Toleranz die Betroffenen nicht zur Behandlung gehen und dass bei den Untersuchungen derartige Schäden wegen der oft nur gering ausgebildeten klinischen Zeichen nicht beachtet und übersehen werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 522). Im Übrigen erweist sich das Gutachten von Prof. Dr. C. auch in diesem Punkt als in sich nicht schlüssig. Zum einen schließt er eine alternative Ursache aus, da dann mit einer akut einsetzenden Schmerzhaftigkeit zu rechnen gewesen wäre, um kurz darauf hinsichtlich der erfolgten Behandlung im C.-Krankenhaus anzumerken, dass die aus der nach seiner Auffassung bei dem Unfall eingetretenen BWK-Fraktur resultierende Schmerzhaftigkeit wegen der stabilisierenden Wirkung des umgebenen Brustkorbs

nicht so stark gewesen sei, wie bei entsprechenden Brüchen im Bereich der HWS und LWS. Somit kommt dem Argument, es liege kein alternatives herausragendes Ereignis vor, das zu einer Fraktur geführt haben könnte, keine Bedeutung zu.

Der Umstand, dass es zu keinen weiteren BWK-Frakturen bzw. Deformierungen gekommen ist, worauf Dr. R. in seinem Gutachten ausdrücklich hinweist, spricht nicht zwingend gegen einen Zusammenhang mit der Osteoporose bzw. Osteopenie. Erfahrungsgemäß beginnt eine Zusammensinterung der Wirbelkörper bei Osteoporose der Wirbelsäule zunächst bei einem Wirbelkörper. Das Krankheitsbild muss nicht zugleich zur Zusammensinterung mehrerer Wirbelkörper führen, wobei wie bei anderen Erkrankungen mit einem Fortschreiten und weiteren Zusammensinterungen zu rechnen ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 540 f.). Das Fehlen solcher weiteren Sinterungsfrakturen ist somit zwar ein Gesichtspunkt, der im Umkehrschluss eher für einen Unfallzusammenhang spricht. Dieser wird jedoch dadurch relativiert, dass hinsichtlich des Zeitpunktes des Eintritts der Deformierung bis zu deren röntgenologischen Feststellung im Jahr 2002 keine sichere Aussage gemacht werden kann und mithin nicht gesagt werden kann, dass ein "überfälliges" Fortschreiten der Erkrankung ausgeblieben ist. Zudem ist bei einer Osteopenie als Vorform der Osteoporose zwangsläufig mit einem langsameren Fortschreiten zu rechnen. Wobei noch einmal anzumerken ist, dass Prof. Dr. C. auch für die Osteopenie ein höheres Frakturrisiko beschrieben hat.

Soweit Dr. R. aus den radiologischen Befunden vom Unfalltag Hinweise für einen Bruch sah, hat dem Prof. Dr. C. sinngemäß widersprochen, indem er darauf hinwies, aus dem Gutachten von Dr. R. gehe nicht hervor, welche klinischen und radiologischen Zeichen vorgelegen haben sollen. Auch Prof. Dr. G. und Dr. R. haben solche Hinweise nicht gesehen, was insbesondere deswegen plausibel ist, da die BWS gerade nicht geröntgt wurde.

Zusammenfassend sieht sich der Senat nicht in der Lage, eine hinreichend wahrscheinliche Aussage zum Zeitpunkt des Eintritts der BWK-Fraktur zu machen. Nach Abwägung der dargestellten Gesichtspunkte hält er es zwar für möglich, dass es durch den Arbeitsunfall zu der BWK-Fraktur kam. Gleichmaßen möglich ist jedoch, dass die BWK-Fraktur - im Sinne einer BWK-Deformierung - als Folge einer degenerativen Entwicklung zu einem anderen Zeitpunkt eingetreten ist. In der Zusammenschau dieser Alternativen sprechen nicht mehr Gesichtspunkte für als gegen einen Unfallzusammenhang. Mithin fehlt es an der hinreichenden Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhangs. Zum Gutachten von Dr. R. ist insoweit noch anzumerken, dass seine Formulierung, die Kausalkette lasse sich nicht mit der notwendigen "Sicherheit" führen vom Senat nicht rechtstechnisch im Sinne der eingangs formulierten Beweismaßstäbe gewertet wird. Dieses Ergebnis kann auch in Einklang mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte Dr. W. (Schreiben vom 9. und 21. Januar 2004) und Dr. B. (Schreiben 18. November 2003) gebracht werden. Trotz ihrer Kenntnisse aus dem Behandlungsverlauf sahen diese sich nicht in der Lage, eine Aussage zum Zusammenhang in die eine oder die andere Richtung zu machen. Nun hat auch die von beiden Ärzten in den Raum gestellte weitere Abklärung - mit insgesamt vier Gutachten - aus Sicht des Senats nicht die notwendige Klarheit gebracht. Die Klägerin hat diesbezüglich die Feststellungslast zu tragen.

Da die von der Klägerin geltend gemachte Gesundheitsstörung nicht als Arbeitsunfallfolge festgestellt werden kann, erübrigen sich weitere Ausführungen zur MdE. Ungeachtet dessen hält der Senat die Ausführungen des SG zur MdE - eine Arbeitsunfallfolge unterstellt - für zutreffend.

Die Berufung der Klägerin war mithin zurückzuweisen; das Urteil des SG war auf die Berufung des Beklagten dahingehend abzuändern, dass die Klage in vollem Umfang abgewiesen wird.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-23