

L 8 U 2462/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3880/05
Datum
19.03.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2462/09
Datum
16.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19. März 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob ein Bandscheibenvorfall an der Halswirbelsäule (HWS) der Klägerin Folge des versicherten Unfalls am 28.01.2004 ist.

Die 1970 geborene Klägerin fuhr am 28.01.2004 mit ihrem PKW von ihrem Arbeitsplatz bei der D. T. AG in D. auf der Autobahn A 67 nach Hause. Beim Überholen eines LKW geriet sie ins Schleudern und prallte auf der dreispurigen Autobahn gegen die Mittelleitplanke. Anschließend fuhr ein nachfolgender PKW seitlich auf ihr quer zur Fahrbahn stehendes Fahrzeug auf. Die Klägerin wurde mit Notarztwagen ins Klinikum M. gebracht. Dort wurde sie unter den Diagnosen: Innenknöchelfraktur rechts, Zustand nach Poliomyelitis (Kinderlähmung), Brustwirbelsäule(BWS)-Kontusion, Halswirbelsäule(HWS)-Distorsion, Beckenkontusion, postoperatives Stresssyndrom mit Synkopen und depressiven Verstimmungszuständen stationär vom 28.01. bis 17.02.2004 behandelt. Vom 18.02. bis 04.03.2004 wurde die Klägerin im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit M. stationär behandelt.

Im Durchgangsarztbericht (DAB) von Prof. Dr. O. vom 29.01.2004 war ein Druckschmerz beider Schultern, freie Beweglichkeit, keine Prellmarken, kein Hämatom, ein Druckschmerz der HWS und BWS, LWS (Lendenwirbelsäule), Becken und Thorax unauffällig als Befund angegeben. Nach Poliomyelitis habe unverändert eine Parese des rechten Beines bestanden. Bewusstlosigkeit und retrograde Amnesie habe nicht vorgelegen. Die Computertomografie (CT) des Schädels und des Beckens habe keinen pathologischen Befund ergeben. Im Zwischenbericht des Klinikums M. vom 17.02.2004 war ausgeführt, dass auf Grund einer sensiblen Störung im Bereich der rechten Körperhälfte ein neurologisches Konsil und im Anschluss eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Schädels durchgeführt worden sei mit unauffälligem Befund. Das bei Aufnahme initiale CT der HWS sei ohne Befund gewesen. Am 02.02.2004 sei die Schraubenosteosynthese des Innenknöchels erfolgt. Wegen der Rollstuhlpflichtigkeit auf Grund der Poliomyelitis habe sich die postoperative Mobilisation dementsprechend gestaltet und sei durch regelmäßig auftretende Synkopen unterbrochen worden. Eine psychiatrische Mitbehandlung sei eingeleitet worden. Im Entlassungsbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit vom 08.03.2004 waren als weitere Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung, Bandscheibenprotrusion C 5/6 und Foramenstenose HWS 5/6 links, Migräne, Hypotonie und Gallenblasenkonkrement aufgeführt. Nach psychiatrischer Vorgeschichte mit Psychotherapie im Schulalter und 3 Suizidversuchen zwischen 2002 und 2003 habe die Klägerin nach dem Unfall Ängste und Vermeidungsverhalten angegeben mit Schlafschwierigkeiten und nächtlichen Albträumen vom Unfall und tagsüber mit aufdrängenden Bildern vom Unfall. Nach dem Unfall habe sie an der linken Körperseite über Missempfindungen und Lähmungserscheinungen geklagt. Angegebene Hypästhesien an den Armen links, an den Beinen rechts und im Gesicht links seien keinem Segment zuzuordnen gewesen. Ebenso hinsichtlich des angegebenen Temperaturempfindens. Das spinale MRT am 01.03.2004 habe als Befund posttraumatische Veränderungen der HWS mit Fehlstellung und reaktiven Veränderungen vorwiegend im Segment Halswirbelkörper (HWK) 5/6, geringer ausgeprägt auch HWK 4/5 mit Linkstendenz bei Fehlstellung der HWS und Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes ergeben. Nach neurochirurgischer Beurteilung liege eine diskrete Bandscheibenprotrusion HWK 5/6 sowie Foramenstenose HWK 5/6 links mit Operation-Indikation vor, allerdings keine aktuelle Indikation, sondern vorgeschlagen sei eine zunächst konservative Behandlung für sechs Wochen.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie S. ging in seinem ärztlichen Befundbericht vom 31.03.2004 davon aus, dass sich aufgrund eines bei dem Unfall am 28.01.2004 erlittenen Schleudertraumas der HWS mit Verzögerung die Kopfschmerzsymptomatik der Klägerin eingestellt

habe. Im Vergleich zu der bei ihm durchgeführten neurologischen Voruntersuchung sei aber ein im Wesentlichen unveränderter Neurostatus zu erheben. Der Radiologe Dr. R. berichtete über die von ihm durchgeführte Kernspintomografie der HWS (Bericht vom 15.04.2004), es habe ein exakt identischer Befund zur Voruntersuchung am 15.08.2003 vorgelegen. Insbesondere habe keine Progression der degenerativen Erkrankungen mit hartem Nukleuspulposusprolaps (NPP) bei C 5/6 stattgefunden. Eine Myelopathie, insbesondere Hinweise auf posttraumatische Läsionen, liege nicht vor.

In dem Nachschauerbericht der orthopädischen-chirurgischen Gemeinschaftspraxis Dres. B. und Kollegen vom 08.03.2004 ist angegeben, dass die Klägerin nach der Entlassung aus dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit weiter über Gefühlsstörungen in der linken Hand klagt. Im ihrem Nachschauerbericht vom 14.05.2004 wurde als Befund ein Zustand nach cervikalem Beschleunigungstrauma mit gesichertem traumatischen Bandscheibenvorfall angegeben.

Vom 07.05. bis 26.05.2004 wurde die Klägerin stationär in der Neurochirurgischen Klinik des Klinikums M. behandelt. Am 04.05.2004 wurde operativ eine ventrale Diskektomie des Bandscheibenvorfalls HWK 5/6 mit Implantation eines PEEK-Cages durchgeführt. Postoperativ habe die Klägerin über eine akzentuierte Schwäche des linken Arms geklagt, die sich mit einer hochgradigen Parese der Beugung und Hebung präsentiert habe. Ein postoperatives MRT der HWS sowie ein CT des Kopfes habe eine persistierende Wurzelkompression wie auch eine intrakranielle Pathologie als Ursache der aufgetretenen Beschwerden ausgeschlossen (Entlassungsbericht der Neurochirurgischen Klinik Mannheim vom 26.05.2004).

In Auswertung der beigezogenen Röntgenaufnahmen vom 24.04. und 14.08.2003 sowie der MRT-Aufnahme vom 15.08.2003, die bereits einen harten Bandscheibenprolaps mit leichter Einengung des Zwischenwirbellochs und mit leichtem Eindrücken des Rückenmarks bei C 5/6 habe erkennen lassen, verneinte Dr. B. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme für die Beklagte vom 10.09.2004 einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Es habe bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses am 28.01.2004 ein erheblicher Vorschaden bestanden, selbst bei Wertung einer Verschlimmerung sei dies bei den erheblichen degenerativen Vorveränderungen nicht unfallursächlich. Hierauf sowie auf die Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. M. vom 04.11.2004 gestützt stellte die Beklagte mit Bescheid vom 22.12.2004 das Ereignis vom 28.01.2004 als Arbeitsunfall fest, lehnte aber die ab 07.05.2004 geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule als Folge des Unfalls und die Gewährung von Leistungen hierfür ab.

Hiergegen legte die Klägerin ohne nähere Begründung Widerspruch ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 05.12.2005 zurückgewiesen wurde.

Die Klägerin erhob am 29.12.2005 Klage beim Sozialgericht Mannheim. Sie machte geltend, nach dem Unfall seien Gefühlsstörungen der linken Hand und allgemeine Bewegungsstörungen aufgetreten, neben einer Halbseitenlähmung links sei es zu einer Sprachstörung gekommen. Im Zuge der Erstversorgung sei allerdings ein cervikaler Bandscheibenvorfall übersehen worden. Eine MRT-Untersuchung im Universitätsklinikum Heidelberg habe im August 2000 einen altersentsprechenden Befund ohne Anhalt für krankhafte Veränderungen ergeben. Die Klägerin verwies auf den vorgelegten Befundbericht des Universitätsklinikums Heidelberg vom 30.08.2000 (kraniale MRT vom 30.8.2000) und die Nachschauerberichte der Gemeinschaftspraxis Dr. B. und Kollegen. Außerdem wurden vorgelegt die Atteste des Arztes S. vom 27.04. und 05.05.2006, in denen eine unfallbedingte linksseitige, progrediente Cervicobrachialgie angegeben wurde, die Erklärung der Krankengymnastin Bannholzer-Schaab vom 23.05.2006, die fachärztliche Stellungnahme von PD Dr. Z. vom 19.06.2006, wonach die Verschlechterung des neurologischen Zustandbildes unmittelbar nach dem Unfall und die Operation am 11.05.2004 Folgen des Unfalls seien.

Das Sozialgericht hörte schriftlich als sachverständige Zeugen die Allgemeinärztin Dr. V. (Aussage vom 08.05.2007) und den Chirurgen Dr. J. (Aussage vom 05.07.2007), die jeweils weitere Befundberichte ihren Aussagen beifügten. Außerdem zog das Sozialgericht von Professor Dr. O. die vom Klinikum M. dokumentierte Krankengeschichte aus dem Zeitraum vom 28.01.-17.02.2004 bei.

Schließlich holte das Sozialgericht das orthopädische Gutachten vom 13.02.2008 mit Ergänzung vom 06.01.2009 ein. Darin kam Prof. Dr. C. zu dem Ergebnis, dass nur die klinischen und radiologischen Veränderungen des rechten Sprunggelenks im Zusammenhang mit dem Unfall vom 28.01.2004 stünden. Die jetzt bestehenden Veränderungen im Bereich der HWS seien dagegen nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Ein degenerativer Vorschaden in dem später operierten Segment C 5/6 habe vorgelegen, denn am 03.11.2003 sei der Befund einer rechtsbetonten Schwäche des rechten Arms mit belastungsabhängigen Cervikobrachialgien und Taubheitsgefühl der Finger 4 und 5 rechts erhoben worden. Das MRT der HWS habe damals bereits einen harten Nucleus pulposus-Prolaps ergeben. Zwar sei der von der Klägerin geschilderte Unfallmechanismus grundsätzlich geeignet, eine HWS-Distorsion hervor zu rufen. Der Erstbefund lasse aber eher auf eine nur leichtgradige HWS-Distorsion schließen. Auch der später dokumentierte neurologische Befund mit Missempfindungen und Lähmungserscheinungen habe sich nicht auf das Segment C 5/6 beziehen lassen. Die Auswertung der vorgelegten Bildbefunde habe im Verlauf keinerlei Hinweis für eine knöcherne oder weichteilige Strukturverletzung der HWS ergeben. Vielmehr habe der Vergleich mit den vor dem Unfall gefertigten kernspintomografischen Aufnahmen gezeigt, dass keinerlei Änderung nach dem Unfall eingetreten gewesen sei. Auch wenn 2003 die Symptomatik eher rechtsseitig vorhanden gewesen sei, bleibe festzuhalten, dass die Kernspintomografie vom 15.08.2003 vorwiegend eine linksseitige Einengung des Nervenwurzelaustrittsloches zeige. Der Unfall habe keine Verschlimmerung der fortbestehenden Veränderungen bewirkt. Aus dem Befund eines "weichen Bandscheibenvorfall" sei nicht auf einen "frischen" Bandscheibenvorfall zu schließen, dies beschreibe nur, dass noch keine Verkalkungen aufgetreten seien. Über den Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens des Bandscheibenvorfalls sei deswegen keine Aussage möglich.

Mit Urteil vom 19.03.2009 wies das Sozialgericht die Klage ab. In den Entscheidungsgründen stützte es sich auf das Gutachten von Prof. Dr. C. ...

Gegen das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 29.04.2009 zugestellte Urteil hat sie am 29.05.2009 beim Landesozialgericht Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Bandscheibenvorfall bei C 5/6 links und dem Unfall liege vor. Nach dem Unfall seien eine Halbseitenlähmung links und Gefühlsstörungen der linken Hand aufgetreten. Im Zuge der Erstversorgung sei allerdings ein cervikaler Bandscheibenvorfall übersehen worden. Nach dem Zwischenbericht der Klinik vom 15.03.2004 sei ein CT der HWS mit unauffälligem Befund durchgeführt worden. Wegen sensibler Störungen im Bereich der rechten Körperhälfte habe das Hauptaugenmerk hierauf gelegen. Erstmals während der Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit sei wegen Schmerzen

im Halsbereich und Sensibilitätsstörungen im linken Arm mit Kernspintomografieaufnahme eine Bandscheibenprotrusion C5/6 und eine Foramenstenose C5/6 festgestellt worden, die durch den Unfall verursacht worden sei. Die einen ursächlichen Zusammenhang verneinenden Ärzte gingen nicht auf die Frage ein, weshalb eine angeblich zwischen August 2003 und April 2004 unverändert gebliebene Bandscheibenerkrankung sich akut innerhalb von vier Wochen so verschlechtert habe, dass die Bandscheibenoperation am 11.05.2004 notwendig geworden sei. In dem vorgelegten Arztbericht von Dr. J. vom 15.04.2009 sei dieser zu dem Ergebnis gekommen, dass es aufgrund des Unfalls zu einem zentralen Halsmark-Syndrom gekommen sei. Diese Symptomatik einer spastischen Tetraparese habe sich auf den vorbestehenden Polio aufgepfropft. Die MRT-Untersuchung von August 2000 habe einen altersentsprechenden Befund ergeben. Die behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis Dr. B. beschrieben im Mai 2004 als Befund einen Zustand nach cervikalem Beschleunigungstrauma mit gesichertem traumatischen Bandscheibenvorfall. Der von Prof. Dr. C. angenommene Vorschaden habe sich nicht durch Beschwerden auf der linken, sondern auf der rechten Körperseite geäußert. Ein Bandscheibenvorfall mit linksseitigen Beschwerden sei vor dem Unfall niemals diagnostiziert worden. Der von Dr. R. im August 2003 diagnostizierte NPP sei nicht vergleichbar mit einem zentralen Halsmark-Syndrom, weswegen bei spinaler Stenose die Operation am 11.05.2004 erforderlich geworden sei. Aus dem Operationsbericht vom 11.05.2004 ergebe sich, dass weiche und harte Bandscheibenvorfälle vorhanden gewesen und entfernt worden seien. Weiche Bandscheibenvorfälle seien jedoch frische, sie hätten nichts mit einer degenerativen Veränderungen zu tun.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 19.03.2009 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 22.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.12.2005 abzuändern und den Bandscheibenvorfall an der Halswirbelsäule bei C 5/6 als Folge des Unfalls vom 28.01.2004 festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf das für zutreffend erachtete angefochtene Urteil des Sozialgerichts Mannheim.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts Mannheim beigezogen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf diese Unterlagen und auf die vor dem Senat angefallenen Akte im Berufungsverfahren Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung der geltend gemachten Gesundheitsstörung als Unfallfolge.

Der Antrag der Klägerin war sachdienlich als Feststellungsbegehren auszulegen. Die Klägerin kann mit der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage die Feststellung einer Erkrankung als Unfallfolge begehren ([§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)). Das vom Sozialgericht im angefochtenen Urteil unterstellte Begehren einer Leistungsklage allgemein auf Gewährung von Entschädigungsleistungen ist auch als Antrag auf ein Grundurteil nicht zulässig. Eine entsprechende Auslegung wäre vorliegend nicht sachdienlich, da nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 07.09.2004 - 2 B U 35/03 , [SozR 4-2700 § 8 Nr. 6](#); zuletzt auch 30.01.2007 - [B 2 U 6/06 R](#) - veröffentlicht in Juris) gegen einen nur die Anerkennung eines Unfallfolge ablehnenden Bescheid des Versicherungsträgers die Leistungsklage unzulässig ist, zumal einem Grundurteil ([§ 130 SGG](#)) nur die in Betracht kommenden Geldleistungen zugänglich sind – nicht aber das Sachleistungsbegehren nach Heilbehandlung-. Die Ablehnung von "Leistungen" für die geltend gemachten Beschwerden im angefochtenen Bescheid vom 22.12.2004/Widerspruchbescheid vom 05.12.2005 ist kein mit unkonkreter Leistungsklage anfechtbarer Entscheidungssatz.

Das vom Anfechtungs- und Leistungsantrag umgestellte Begehren auf den kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsantrag unter Beibehaltung des Klagegrundes ist nach [§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) keine Klageänderung und ohne weitere Voraussetzungen zulässig.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)), wobei auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)) versicherte Tätigkeit in diesem Sinne ist. Mit dem angefochtenen Bescheid der Beklagten ist der Unfall vom 28.01.2004 als Arbeitsunfall auf einem versicherten Weg – bestandskräftig – festgestellt

Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis dem Unfallereignis – geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. 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. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (ständige Rechtsprechung; vgl. stellvertretend zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#)., veröffentlicht in juris).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach diesen Grundsätzen hat das Sozialgericht zutreffend die Kausalität des Unfall für den diagnostizierten Bandscheibenvorfall bei C5/6 und die in dessen Folge notwendig gewordene Behandlung verneint. Zur Überzeugung des Senat ist der Bandscheibenvorfall weder als Gesundheitserstschaden noch als sich in der Folge entwickelnde Erkrankung der haftungsbegründenden oder haftungsausfüllenden Kausalität zuzurechnen.

Eine HWS-Dorsion ist am Unfalltag von Prof. Dr. O. diagnostiziert worden. In unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall standen anfangs auch unspezifische Sensibilitätsstörungen der Klägerin auf der rechten (vgl. Zwischenbericht des Klinikums Mannheim vom 17.02.2004), später linken Körperseite (Entlassungsbericht des Instituts für Seelische Gesundheit vom 08.03.2004), die mit Wahrscheinlichkeit hierauf zurückzuführen waren. Prof. Dr. C. hat überzeugend darauf hingewiesen, dass diese - und auch die bei seiner Untersuchung geklagten - Sensibilitätsstörungen keinem Dermatome eines Halsnerven zuzuordnen waren, was auch dem Entlassungsbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit vom 08.03.2004 zu entnehmen ist für die damals geklagten Hypästhesien und Temperaturempfindungen auf der linken Körperseite. Die - bandscheibenbedingte - Kompression einer Nervenwurzel der HWS ist damit für diesen Zeitpunkt nicht nachgewiesen. Eine spastische Tetraparese auf Grund einer Halsmarkschädigung, wie von Dr. J. in seinem Arztbericht vom 15.04.2009 ausgeführt, ist von den Neurologen des Instituts für Seelische Gesundheit Mannheim zu keiner Zeit diagnostiziert worden. Ebenso berichtet der die Klägerin seit 1999 behandelnde Arzt für Neurologie und Psychiatrie Seibert nur über eine nach dem Unfall aufgetretene motorische Schwäche des linken Armes - also keine Tetraparese -, die er mit der von ihm angenommenen linksseitigen, progredienten unfallbedingten Cervikobrachialgie in Verbindung brachte (Fachärztliches Attest vom 05.05.2006). Eine Halsmarkschädigung hat auch er nicht diagnostiziert.

Prof. Dr. C. hat weiter überzeugend ausgeführt, dass bereits vor dem Unfall ein behandlungsbedürftiger degenerativer Vorschaden an dem später operierten Segment C 5/6 nachgewiesen ist. Zwar waren Beschwerden vor dem Unfall auf der rechten Körperseite aufgetreten, jedoch ist durch die MRT-Aufnahme vom 15.08.2003 durchgehend eine vorwiegend linksseitige Einengung des Foramens dokumentiert. Der Sachverständige hat nach eigener Auswertung der ihm vorliegenden Bildbefunde im Vergleich sowohl der Befunde vom 01.03. und 15.04.2004 als auch mit dem unfallvorgehenden MRT vom 15.08.2003 keinerlei Hinweise auf eine Änderung der unfallvorbestehenden Bandscheibenveränderung feststellen können. Dies ist für den Senat auch deshalb zusätzlich überzeugend, weil dies mit der Beurteilung des Radiologen Dr. R. übereinstimmt, der in seinem Befundbericht vom 15.04.2004 einen "exakt identischen Befund" zur Voruntersuchung vom 15.08.2003 angegeben hat und betont, dass kein Hinweis auf eine posttraumatische Läsion dem von ihm 2004 gefertigten MRT zu entnehmen ist. Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich aus dem Operationsbericht vom 11.05.2004 des Klinikums Mannheim nichts anderes. Darin wird auf den bildgebenden Befund Bezug genommen, wonach degenerative Veränderungen beim HWK 4/5 und 5/6 vorlagen, bei HWK 5/6 mit dorsalen Spondylophyten links und teilweise weichem Bandscheibenvorfall. Operativ ergab sich dann nach Abtragen der Osteophyten, um überhaupt das Bandscheibenfach öffnen zu können, eine Kombination aus weichem und hartem Bandscheibenvorfall, der entfernt wurde. Hinweise auf einen alten und einen neuen Bandscheibenvorfall sind darin nicht zu sehen. Vielmehr hat Prof. Dr. C. nachvollziehbar dargelegt, dass insoweit nur eine Unterscheidung zwischen verkalkten und nicht verkalkten Bandscheiben getroffen werden kann und eine Aussage über den Entstehungszeitpunkt nicht möglich ist. Die operativ entfernten knöchernen Anbauten sprechen aber für einen längeren reaktiven Prozess, was auch nach der Einschätzung des Beratungsarztes Dr. B. auf einen erheblichen Vorschaden hinweist. Eine Differenzierung von Bandscheibenvorfällen nach der einen oder anderen Seite ist ebenso wenig möglich, denn nach dem Operationsbericht befand sich die angesprochene Kombination aus weichem und hartem Bandscheibenvorfall auf der linken Seite.

Aus diesen Gründen hat Prof. Dr. C. nachvollziehbar auch eine unfallbedingte Verschlimmerung der bereits 2003 behandlungsbedürftigen, zumindest aber für Diagnosemaßnahmen Anlass gebenden Beschwerden verneint. Das Bestreiten eines Vorschadens der HWS unter

Hinweis auf die Untersuchung der Klägerin im August 2000, bei der sich ein altersentsprechender Befund ergeben habe, ist nicht überzeugend. Dem vorgelegten Befundbericht der Universitätsklinik Heidelberg vom 30.08.2000 ist zu entnehmen, dass sich der Befund auf eine craniale Magnetresonanztomografie vom 30.08.2000 bezieht. Ein HWS-Befund wird darin nicht beschrieben. Im Übrigen wäre die Entwicklung eines pathologischen Befundes bis 2003 damit auch nicht ausgeschlossen. Die einen Unfallzusammenhang bejahende Beurteilung von Nervenarzt S., PD Dr. Z. und den Ärzten der Gemeinschaftspraxis Dr. B. und Kollegen ist deshalb für den Senat nicht überzeugend, da sie die Überlegungen von Prof. Dr. C., die auch mit denen von Dr. B. übereinstimmen, ihrer Beurteilung nicht zugrunde gelegt haben, sondern vielmehr auf den zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall und dem Auftritt der Beschwerden abstellen. PD Dr. Z. räumt ein, dass ihm auch kein Bericht über die stationäre Behandlung der Klägerin im Universitätsklinikum Mannheim vorgelegen hatte. Die von ihm unterstellte unmittelbare Verschlechterung des neurologischen Zustands nach dem Unfall lag nicht vor und die dringende Operationsindikation war im Entlassungsbericht des Instituts für Seelische Gesundheit vom 08.03.2004 noch nicht gesehen worden.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-11-08