

L 2 U 56/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 513/01

Datum

09.12.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 56/04

Datum

10.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 9. Dezember 2003 aufgehoben.

II. Die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 19. Januar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juni 2001 wird abgewiesen.

III. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen Verschlimmerung der Folgen eines Wegeunfalls.

Der am 1938 geborene Kläger erlitt am 17. April 1966 einen Arbeitsunfall. Er war auf dem Weg zur Arbeit mit seinem Pkw von einer Landstraße abgekommen und gegen einen Baum geschleudert. Dabei zog er sich unter anderem einen Oberschenkelbruch rechts und Platzwunden am Kopf zu. Nach operativer Frakturversorgung verblieb eine Beinverkürzung rechts um 6 cm. Die Beklagte gewährte eine vorläufige Rente, zunächst nach einer MdE um 60 v.H. bis 1. September 1966, dann um 50 v.H. und ab 1. Februar 1968 um 40 v.H.

Zur Feststellung der Dauerrente holte die Beklagte ein Gutachten des Prof. Dr. J./Dr. H. vom 12. Januar 1968 ein. Die Gutachter bestätigten im Wesentlichen am rechten Bein eine Verkürzung um 6 cm und eine Außendrehstellung. Die MdE bewerteten sie auf Dauer mit 40 v.H. Mit Bescheid vom 23. Februar 1968 gewährte die Beklagte weiterhin eine Rente nach einer MdE um 40 v.H., nunmehr auf Dauer.

Nach einer am 5. April 1968 durchgeführten Operation zum Ausgleich der rechtsseitigen Beinverkürzung, bei der eine Verkürzung links und eine Verlängerung rechts durchgeführt und eine Falschgelenkbildung im Bereich der ehemaligen Oberschenkelbruchstelle festgestellt wurde, verblieb am rechten unfallverletzten Bein noch eine Verkürzung um 1,5 cm und eine Verringerung der Körperlänge um 3 cm. Dies stellte der Orthopäde, Privatdozent Dr. W. in einem Gutachten vom 20. April 1970 fest. Durch die Unfallfolgen am rechten Bein bestehe noch eine Minderung der Geh- und Stehfähigkeit. Geklagte Schmerzen in beiden Beinen, insbesondere rechts, und in der Lendenwirbelsäule (LWS) seien durchaus glaubhaft. Letztere seien zum Teil auf die Verkürzung des rechten Beins und zum Teil auf die Innendrehfehlstellung des linken Beins zurückzuführen. Die MdE betrage allein auf chirurgischem Fachgebiet ab 1. Juni 1969 bis auf Weiteres 60 v.H.

Mit Bescheid vom 25. Juni 1970 erkannte die Beklagte eine wesentliche Verschlimmerung seit 7. Oktober 1968 an und gewährte bis 30. Juni 1969 Rente in Höhe von 70 v.H. und ab 1. Juli 1969 in Höhe von 60 v.H. ... Als Unfallfolgen stellte sie fest: "Verminderung der Körpergröße um 3 cm, Verkürzung des rechten Beines um 1,5 cm, Einschränkung der Drehfähigkeit des linken Oberschenkels im Hüftgelenk mit einer Innendrehfehlstellung von 30 Grad, keine volle Belastungsfähigkeit des rechten Beines, Minderung der Geh- und Stehfähigkeit, glaubhafte subjektive Beschwerden, weitgehend abgeklungene Hepatitis." Letztere war in Folge des operativen Eingriffs nach einer Bluttransfusion eingetreten.

Der Chirurg Dr. H. kam im Gutachten vom 28. Juni 1971 zum Ergebnis, es sei eine wesentliche Besserung eingetreten. Demzufolge gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 26. Juli 1971 ab 1. September 1971 nur mehr eine Rente nach einer MdE um 40 v.H. ... Die Beweglichkeit im rechten Hüftgelenk, in den Fußgelenken links sowie das Heben des rechten Fußes hätten sich gebessert. Des rechte Bein sei wieder voll belastungsfähig. Im Übrigen wurden die Unfallfolgen nicht weiter aufgeführt.

In einem Vergleich vor dem Sozialgericht Hamburg vom 7. Oktober 1971 verpflichtete sich die Beklagte, die dem Bescheid zugrunde liegenden und mit einer MdE von 40 v.H. bewerteten Unfallfolgen als nicht mehr besserungsfähigen Dauerzustand anzuerkennen.

Mit einem Verschlimmerungsantrag vom 11. November 1998 machte der Kläger geltend, in der Zwischenzeit seien weitere Schäden und Beschwerden infolge der Fehlstatik eingetreten, wie ein Bandscheibenvorfall in Höhe L 4/5, rezidivierende lumbale Nervenwurzelirritationen, eine Minder- und Fehlbelastung beider Beine mit erheblicher Beeinträchtigung der Gehleistung und des Stehvermögens, besonders durch Verminderung der Stabilität beider Kniegelenke mit belastungsabhängigen und -unabhängigen Schmerzen in den Knie- und Hüftgelenken. Er verwies auf ein Computertomogramm (CT) des lumbalen Spinalkanals vom 31. Juli 1986, das in Höhe L 4/5 eine erhebliche mediale Weichteilvermehrung im Sinne eines medialen Prolapses L 4/5 ohne Sequestrierung darstelle, und auf ein Magnetresonanztomogramm (MRT) der LWS vom 24. Februar 1999. Darauf zeige sich eine rechtskonvexe Skoliose der LWS. Ferner bezog er sich auf ein MRT der Halswirbelsäule (HWS) vom 19. Februar 1999. Die Aufnahmen brachten deutliche degenerative Veränderungen der HWS zur Darstellung. Ein MRT der Brustwirbelsäule vom 22. Februar 1999 war weitgehend unauffällig.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Dr. H. vom 30. Juni 1999 ein, nach dem die MdE weiterhin mit 40 v.H. anzusetzen sei. Unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen an der HWS; diese seien eher nicht den mittelbaren Unfallfolgen zuzuordnen. Die neu aufgetretenen Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich der LWS könnten hingegen durchaus auf die jahrelange Fehlbelastung zurückgeführt werden. Allerdings hätten sich die Bewegungsausmaße in den Hüftgelenken verbessert, die Sprunggelenke seien wieder seitengleich frei beweglich. Verbesserung und Verschlimmerung hielten sich in etwa die Waage. Die Beklagte holte hierzu eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. C. vom 18. Oktober 1999 ein, der die Auffassung vertrat, die LWS-Beschwerden könnten nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, da nur eine geringe Beinverkürzung verblieben sei. Die klinischen, röntgenologischen und kernspintomographischen Befunde aller großen WS-Abschnitte sprächen eher für eine schicksalshafte Genese des lumbalen Beschwerdebildes. Die MdE sei weiterhin mit 40 v.H. anzunehmen.

Mit Bescheid vom 19. Januar 2000 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag auf Erhöhung der Rente ab. Die geltend gemachten LWS-Beschwerden könnten nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juni 2001 zurück. Sie hatte hierzu eine erneute Stellungnahme des Dr. C. sowie zwei gutachterliche Stellungnahmen nach Aktenlage des Dr. S. vom 28. November 2000 und 21. Mai 2001 eingeholt. Letzterer vertrat die Auffassung, die Anerkennung der Bandscheibenproblematik als Unfallfolge könne nicht empfohlen werden. Eine unfallbedingte Verschlimmerung sei nicht eingetreten. Es läge eine relativ grobe asymmetrische Fehlstatik am Wirbelsäulenaufstand auf dem Kreuzbein infolge einer anlagebedingten sechsteiligen LWS vor, die unweigerlich zu vorauseilenden Verschleißveränderungen zu führen pflege. Die mitgeteilten Bandscheibenbefunde seien hierdurch unschwer erklärbar. Diese konkurrierende Kausalität sei im Vergleich zu der skoliotischen Komponente durch die Längendifferenz der Beine so eindrucksvoll, dass die zusätzliche unfallbedingte Komponente als recht bescheiden zu bezeichnen sei. Dies ergebe sich auch anhand der beiden - von ihm für notwendig gehaltenen - Aufnahmen der LWS vom 13. September 2000 im Stehen mit und ohne Längenausgleich. Auch die Vermutung einer Verschlimmerung durch die unfallbedingte Längendifferenz der Beine sei nicht zulässig.

Dagegen erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht München und beantragte, ihm wegen Verschlimmerung der Folgen des Unfalls vom 17. April 1966 Verletztenrente nach einer höheren MdE als 40 v.H. zu gewähren. Das Sozialgericht beauftragte den Arzt für Orthopädie und Sportmedizin Prof. Dr. P. mit der Erstattung eines Gutachtens. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 1. Juli 2002 eine Beinverkürzung rechts von derzeit 2 cm sowie eine Innenrotationsfehlstellung des linken Beines von 25 Grad fest. Ferner bestehe ein wesentlicher Unterschied in Höhe der Kniegelenksquerachsen von mehr als 3 cm. Es habe sich hieraus eine massive Skoliose im Bereich der BWS und der LWS mit konsekutiven spondylarthrotischen Veränderungen über mehrere Etagen entwickelt. Selbst wenn diskutierbar sei, ob die Torsions skoliose nicht auch unfallunabhängig entstanden wäre, wären die Auswirkungen bis hin zu massiven Bandscheibenschädigungen nicht derart gravierend geworden, wie dies heute der Fall sei. Allein die mittelbaren und unmittelbaren Unfallschäden an beiden unteren Extremitäten reichten für eine MdE um 50 v.H. aus; für die mittelbaren Schäden an der Wirbelsäule seien unter Mitberücksichtigung unfallunabhängiger Ursachen ebenfalls 20 v.H. anzusetzen. Somit sei die gesamte Einstufung mit 50 v.H. eher zurückhaltend. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 10. September 2002 führte der Gutachter aus, es bestünde eine Verschlimmerung des Zustandes der unteren Extremitäten in Form einer zunehmenden Gonarthrose. Die Wirbelsäulenveränderungen hätten sich durch die Beinlängendifferenz mit Höhendifferenz der Kniegelenksquerachsen entwickelt.

Mit Gerichtsbescheid vom 9. Dezember 2003 hob das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 19. Januar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juni 2001 auf und verurteilte die Beklagte, dem Kläger ab 31. Juli 1986 Verletztenrente auf der Grundlage einer MdE von 50 v.H. zu gewähren. Es folgte dabei weitgehend dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. P. ... Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass anlässlich einer Untersuchung des Klägers im Jahre 1968 eine völlig regelrecht geformte Wirbelsäule dokumentiert wurde. Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse liege vor. Als maßgeblicher Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse gelte die Feststellung eines Bandscheibenvorfalles auf der Höhe L 4/5, wie im CT vom 31. Juli 1986 ersichtlich.

Dagegen legte die Beklagte Berufung ein und brachte zur Begründung vor, das Sozialgericht habe zum einen gegen die Verjährungsvorschrift des § 45 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB I), zum anderen gegen § 48 des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X) verstoßen. Der Nachweis einer wesentlichen Änderung bzw. Verschlimmerung gegenüber dem Bescheid vom 26. Juli 1971 sei nicht erbracht. Die vom Kläger neu angegebenen Beschwerden im Wirbelsäulenbereich seien nicht auf den Arbeitsunfall vom 17. April 1966 zurückzuführen. Prof. Dr. P. habe die in der gesetzlichen Unfallversicherung herrschenden Kausalitätskriterien nicht beachtet.

Der Senat holte ein Gutachten des Chirurgen Dr. L. vom 19. November 2004 ein. Der Sachverständige vertrat die Auffassung, die MdE betrage weiterhin 40 v.H. Da die Beinlängendifferenz ab April 1968 weniger als 2 cm betrug, habe es sich um eine vergleichsweise geringfügige, auf die untere LWS nur wenig einwirkende unfallbedingte Fehlstatik gehandelt. Ferner bestehe beim Kläger eine angeborene Normvariante der LWS (sechsgliedrige LWS). Infolgedessen habe sich eine mediane Bogenschlussstörung und eine rechtsseitige Höhenminderung des WK S1 mit einer Verkipfung der Deckplatte von 15 Grad entwickelt. Allein deswegen komme es zu einer erheblichen seitlichen Verkipfung auch des darüber liegenden WK L5 mit einer konsekutiv rechtskonvexen skoliotischen Seitverbiegung der LWS. Abgesehen davon sowie unfallunabhängig bestünden auch an der HWS und BWS degenerative Veränderungen im Sinne deutlich altersvoraussetzender Verschleißbefunde. Demgegenüber sei die breite Protrusio (an der Grenze zum Prolaps) im Segment L4/L5 nicht altersvoraussetzend. Wichtigstes Argument gegen eine maßgebliche Beteiligung der unfallbedingten Beinlängendifferenz an den Veränderungen der unteren LWS sei der aktuelle Untersuchungsbefund. Danach liege eine altersentsprechende progrediente idiopathische LWS-Skoliose aufgrund des asymmetrisch angelegten Wirbelkörpers S 1 zugrunde. Die zusätzliche, geringfügige unfallbedingte Beinlängendifferenz habe an diesen insgesamt progredienten Veränderungen nur einen geringen Anteil. Die anerkannten Unfallfolgen

hätten sich nicht wesentlich verschlechtert, eher verbessert.

Auf den Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte der Senat ein Gutachten des Radiologen Prof. Dr. F. ein. In seinem Gutachten vom 24. März 2005 und seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Mai 2005 führte der Sachverständige aus, es liege eine erhebliche rechtskonvexe Dreh skoliose der LWS als Folge der unfallbedingten Beinlängenverkürzung rechts vor. Die nach der Korrektur-Operation verbliebene Beinlängenverkürzung von 2 cm habe ausgereicht, um eine einmal "angeschobene" Kompensationsskoliose zu beschleunigen, zumal die Beinverkürzung in den ersten 1 ½ Jahren nach dem Unfall mit 6 cm sehr ausgeprägt gewesen sei. Der zeitliche Ablauf der Veränderungen belege ganz eindeutig den Zusammenhang zwischen der Beinlängenverkürzung rechts und der allmählichen Entwicklung einer schweren rechtskonvexen Dreh skoliose. Bei dem sakrolumbalen Übergangswirbel mit den damit verbundenen Assimilationsstörungen handele es sich um eine Normvariante, nicht um eine Fehlbildung. Die Diskussion um die Bedeutung von Übergangsstörungen sei kontrovers, aber eigentlich nur in Fällen, bei denen eine asymmetrische und nicht wie beim Kläger eine symmetrische Übergangsstörung vorliege.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 6. August 2005 führte Dr. L. aus, die ihm nunmehr vorgelegten Röntgenaufnahmen vom 12. Januar 1968 zeigten, dass bereits ein Jahr und neun Monate nach dem Unfall, also zu einem Zeitpunkt, als der Kläger das unfallverletzte Bein noch kaum belasten konnte und sich viele Monate überwiegend mit Hilfe von Gehstützen fortbewegt hatte, eine bereits knöchern fixierte, rechtskonvexe Skoliose bestanden habe. Diese Skoliose habe sich dann in den folgenden 35 Jahren vergleichsweise nur geringfügig verschlechtert. Es sei völlig undenkbar, dass der kurze Zeitraum zwischen Unfall und der Röntgenaufnahme vom Januar 1968 ausgereicht hätte, knöcherner seitliche Verformungen aller sechs LWK einschließlich einer beginnenden Fehlrotation hervorzurufen. Ebenso unwahrscheinlich sei es, wären diese Veränderungen aufgrund einer Beinlängendifferenz entstanden, dass in den 35 Jahren danach eine eher geringe Progression stattgefunden hätte.

Der Kläger beruft sich auf das Gutachten des Prof. Dr. P. und auf ein Attest des M. Hospital P., N., vom 20. Juni 1967. Darin wird berichtet, der Kläger habe zum damaligen Zeitpunkt einen Gehstock benutzen müssen und über Schmerzen u.a. in der rechten Rückenpartie geklagt. Der Kläger ist zudem der Meinung, Prof. Dr. F. habe die Auffassung des Dr. L. widerlegt. Es bestehe keine asymmetrische Übergangsstörung am untersten LWK und infolgedessen auch keine Verkipfung des darüberliegenden WK, die Dr. L. für die Rechtsskoliose der LWS verantwortlich gehalten habe. Auch dessen Argument, der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Röntgenaufnahme vom 12.01.1968 sei zu kurz, um zu einer Skoliose zu führen, halte einer Überprüfung nicht stand. Die von Dr. L. auf den vorgenannten Röntgenbildern gesehene knöcherner Fixierung der LWS sei weder von den Voruntersuchern noch von den späteren Gutachtern aus den vorhandenen Röntgenaufnahmen abgeleitet worden.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 9. Dezember 2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 9. Dezember 2003 mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass Rente nach einer MdE um 50 v.H. erst ab 1. Januar 1994 zu gewähren ist.

Im Übrigen wird gemäß [§ 136 Abs. 2 SGG](#) auf den Inhalt der Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)) und begründet. Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) ist gegenüber dem Bescheid der Beklagten vom 26. Juli 1971 nicht eingetreten. Auf den im Berufungsverfahren eingeschränkten Antrag des Klägers, ihm erst ab 01.01.1994 und nicht wie vom Sozialgericht zugesprochen ab 31.07.1986 höhere Rente zu gewähren, kommt es daher nicht an.

Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, [§ 48 Abs. 1 S. 1 SGB X](#).

Eine derartige wesentliche Änderung im Gesundheitszustand des Klägers ist beim Vergleich der von Dr. H. im Gutachten vom 28.06.1971 erhobenen Befunden, die der Anerkennung von Unfallfolgen im Bescheid vom 26.07.1971 zugrunde lagen, mit den jetzigen Befunden nicht eingetreten. Dies gilt zunächst für die bereits anerkannten unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie der Verkürzung des rechten Beins, der Verminderung der Körpergröße und der Einschränkung der Drehfähigkeit des linken Oberschenkels im Hüftgelenk mit Innendrehfehlstellung von 30 Grad. Der vom Senat zum medizinischen Sachverständigen bestellte Dr. L. führt in seinem Gutachten vom 19.11.2004 aus, dass sich die Weichteilsituation an der rechten Hüfte nach Fascienlückenverschluss und Tractopexie im März 1999 gebessert hat; ansonsten konnte er im Bereich der Knie- und Hüftgelenke keine wesentliche Veränderung, insbesondere keine Verschlechterung erkennen.

Der Rechtsstreit konzentriert sich damit auf die Frage, ob die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden an der Wirbelsäule, die ab 1986 dokumentiert sind, mit Wahrscheinlichkeit in einem wesentlich ursächlichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen stehen.

Eine wesentliche Änderung wäre anzunehmen, wenn der durch das CT vom 31. Juli 1986 festgestellte Bandscheibenschaden im Bereich der LWS, insbesondere die festgestellte breite Protrusion an der Grenze zu einem Prolaps im Segment L4/L5, als mittelbare Folge des Unfalls vom 17. April 1966 anzusehen wäre. Das wäre dann der Fall, wenn die unfallbedingte Verkürzung des rechten Beins zu dem Bandscheibenschaden geführt hätte. Dies ist jedoch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen.

Die Gesundheitsbeeinträchtigung muss in einem notwendigen ursächlichen Zusammenhang mit der schädigenden Einwirkung stehen. Die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind,

liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Dabei ist allerdings die Beurteilung der Kausalität im Ergebnis eine Frage der richterlichen Würdigung. Verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren, wie z.B. Vorerkrankungen, nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender Bedeutung für die Entstehung der Gesundheitsstörung war oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache). Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung zu Ätiologie und Pathogenese den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt.

Unstreitig liegt beim Kläger im Bereich der LWS eine Besonderheit vor, nämlich eine sechsgliedrige LWS. Ob dies richtigerweise als Fehlbildung oder als Normvariante, wie Prof.Dr. F. hervorhebt, zu bezeichnen ist, kann dahinstehen. Entscheidend ist vielmehr, ob sich genügend Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass nicht diese Anlagestörung, sondern die unfallbedingte Beinverkürzung von zunächst 6 cm und nach der Ausgleichsoperation am 5. April 1968 von 1,5 bzw. 2 cm zu den bis jetzt anhaltenden Beschwerden führte. Für den Senat ist insoweit von besonderer Bedeutung, dass bereits auf den Röntgenaufnahmen vom 12. Januar 1968, also ca. 1 Jahr und neun Monate nach dem Unfallereignis, als der Kläger erst 29 Jahre alt war, eine rechtskonvexe Skoliose, d.h. eine seitliche Verbiegung der Wirbelsäule mit Drehung der einzelnen Wirbelkörper und Versteifung in diesem Abschnitt (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch), sichtbar ist. Prof. Dr. F. stellte hierzu fest, dass auf dieser Aufnahme eine flache rechtskonvexe Drehskoliose der LWS erkennbar ist, wobei diese Aufnahme - wie er anmerkt - offensichtlich im Liegen angefertigt wurde. Der medizinische Sachverständige Dr. L. führt hierzu in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.08.2005 unter Bezug auf diese Röntgenaufnahme, die ihm zuvor nicht vorgelegen hatte, aus, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt eine knöchern fixierte - im Sinne einer auf sehr kleinen, seitlichen Verformungen aller sechs LWK beruhende - rechtskonvexe Skoliose bestanden hatte. Er gelangt zu der Feststellung, es sei völlig undenkbar, dass der kurze Zeitraum zwischen dem Unfall und der Anfertigung der Röntgenaufnahme im Januar 1968 ausgereicht hätte, knöcherner seitliche Verformungen aller sechs LWK einschließlich einer beginnenden Fehlrotation hervorzurufen. Die Kritik des Klägers, das Gutachten des Dr. L. stehe im Widerspruch zu seiner Stellungnahme vom 6. August 2005, geht fehl. Dass sich der Sachverständige der Auffassung des Röntgenologen Prof.Dr.F. anschloss und nicht mehr von einer Beckenverkipfung, sondern von einer symmetrischen Übergangsstörung ausging, beruht darauf, dass ihm die entscheidenden Röntgenaufnahmen von 1968 zunächst nicht vorgelegen hatten.

Wenn der Kläger meint, Dr. L. gehe von einer knöchernen Fixierung aus, die andere Gutachter nicht gesehen hätten, so ist das für die vorliegende Entscheidung von untergeordneter Bedeutung. Im Übrigen widerlegt kein anderer Gutachter diese Annahme. Prof.Dr. F. spricht von einer Drehskoliose, wobei Skoliose eine seitliche Verbiegung der WS mit Drehung einzelner WK und Versteifung dieses Abschnitts bedeutet (Psyhyrembel, a.a.O.). Der Ausdruck "knöcherne Fixierung" geht somit über diese Definition nicht hinaus. Prof.Dr. F. erläutert die Art der Skoliose nicht weiter. Ob 1968 schon eine stärkere - über die Drehskoliose hinausgehende - Fixierung vorgelegen hatte, ist zudem ohne Bedeutung. Entscheidend ist vielmehr, ob die relativ kurze Zeit von 1 1/2 Jahren ausreichte, um eine Kompensationsskoliose hervorzurufen und ob - so Prof. Dr. F. - eine einmal angeschobene Kompensationsskoliose trotz des Beinlängenausgleichs im April 1968 Ursache für die - nach Dr. L. geringe, nach Prof.Dr. F. beträchtliche - Fortentwicklung ist. In der Fachliteratur ist anerkannt, dass es infolge Beinlängendifferenz zu einem Beckenschiefstand mit folgender Fehllage der Wirbelsäule kommen kann. Eine derartige Fehlstatik kann über lange Zeit hinweg zu strukturellen Veränderungen an der Wirbelsäule mit fixierter Verkrümmung (Skoliose) führen. Bei traumatischer Beinlängendifferenz ist somit eine Skoliose als mittelbare Unfallfolge in Betracht zu ziehen (Schönberger/ Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 542).

Die Beinlängendifferenz im Stehen beträgt beim Kläger nach der Messung des PD Dr. W. vom 20. April 1970 sowie des Dr. L. anlässlich der Begutachtung am November 2004, also jeweils nach dem operativen Eingriff vom April 1968, nur mehr 1,5 cm, nach den Feststellungen des Prof. Dr. P. sowie des Prof. Dr. F. 2 cm. Damit ist der Längenunterschied, worauf Dr. L. hinweist, als geringfügig einzustufen. Es handelt sich deshalb um eine nur wenig, auf die untere LWS einwirkende, unfallbedingte Fehlstatik. Zwar betrug die Beinlängendifferenz vor dem operativen Korrekturingriff noch ca. 6 cm, doch konnte der Kläger, der zunächst ca. 1 1/2 Monate stationär behandelt worden war, das Bein am Anfang kaum belasten. Im Übrigen benutzte er in dieser Zeit Gehhilfen, wie dem vom Kläger vorgelegten Attest des M. Hospital vom 20. Juni 1967 zu entnehmen ist. Danach war der Kläger zu diesem Zeitpunkt noch auf die Hilfe eines Gehstockes angewiesen. Das bedeutet, dass es in dieser Zeit nur kurzzeitig zu einer Fehlbelastung kommen konnte.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Differenzwerte ergeben können je nachdem, ob der Kläger liegt oder steht. In entspannter Rückenlage zieht die LWS-Skoliosierung aufgrund des asymmetrisch geformten Wirbelkörpers S 1 das Becken in einen vermehrten Schiefstand, so dass ein enormer Beinlängenunterschied sichtbar wird. Dabei handelt es sich, wie der Gutachter Dr. L. ausführt, lediglich um eine vermeintliche Längendifferenz. Bei gleichmäßiger Belastung beider Beine im Stehen besteht beim Kläger nur ein vergleichsweise geringfügiger Beckenschiefstand von unter 2 cm.; die LWS krümmt sich hierbei nur in geringem Umfang.

Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte, dass eine Beinlängenverkürzung von maximal 2 cm nach der Korrektur-Operation ausreichte, um eine einmal "angeschobene" Kompensationsskoliose zu beschleunigen, wie Prof. Dr. F. es annimmt. Zwar war in den ersten 1 1/2 Jahren nach dem Unfall die Beinverkürzung mit 6 cm sehr ausgeprägt, doch ist dieser Zeitraum nicht als "über lange Zeit hinweg" einzustufen. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass der Kläger, worauf bereits hingewiesen wurde, zunächst 1 1/2 Monate in stationärer Behandlung war, anschließend Gehhilfen benutzte und das Bein nicht entsprechend belastete. Zudem finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass vor der Ausgleichsoperation die Skoliose infolge der Unfallfolgen bereits angeschoben worden wäre. Eine Röntgenaufnahme vor der Längenausgleichsoperation ist nicht vorhanden. Insoweit beruhen die Äußerungen des Prof.Dr. F. weitgehend auf Vermutungen gepaart mit ärztlicher Erfahrung. Ein positiver Nachweis, dass ein Skoliosierungsprozess nach dem Unfall in Gang gekommen wäre, fehlt hingegen.

Insgesamt ist die Skoliose beim Kläger mit einer Innenrotationsfehlstellung des linken Oberschenkels um 30 Grad entgegen der Annahme des Prof. Dr. F. auch gegenwärtig als leicht einzustufen (zur Einstufung: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 543). Beim Vergleich der Röntgenaufnahme vom 12. Januar 1968 mit der vom 3. Juli 2003 ist nach den Darlegungen des Dr. L. nur eine leichte Zunahme des Skoliosewinkels und eine leichte Zunahme auch der bereits auf den Voraufnahmen diskret erkennbaren Rotationskomponente festzustellen. Der Gutachter kommt deshalb zu dem Schluss, es sei unwahrscheinlich - wären diese Veränderungen aufgrund einer Beinlängendifferenz entstanden -, dass in den folgenden 35 Jahren dann eine nur eher geringe Progression stattgefunden hätte. Die nur geringe Zunahme der

strukturellen Veränderungen an der Wirbelsäule über viele Jahre, wie die vorliegenden Röntgenaufnahmen belegen, spricht gegen eine traumatische und für eine anlagenbedingte, idiopathische LWS-Skoliose. Die idiopathische Form, wie sie von Dr. L. , aber auch von dem im Widerspruchsverfahren gehörten Dr. S. angenommen wurde, macht statistisch etwa 90 % aller Wirbelsäulenverbiegungen aus (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 542).

Weitere Gesichtspunkte sprechen gegen einen traumatischen Zusammenhang des Bandscheibenschadens mit der Beinlängendifferenz. Zum einen stellt sich bei dem 1938 geborenen Kläger die LWS trotz der bestehenden Normvariante einer sechsgliedrigen LWS auch 2003 und 2004 insgesamt altersdurchschnittlich dar. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, zumal beim männlichen Geschlecht, sind am häufigsten bereits zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr bemerkbar. Der objektive Befund einer Bandscheibendegeneration nimmt mit wachsendem Alter stetig zu. Eine besondere Ausprägung liegt zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr. Die untere LWS ist dabei besonders betroffen (zum Ganzen: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 546 m.w.N.). Die im Juli 1986 computertomographisch nachgewiesene Bandscheibendegeneration im Segment L4/L5 im Sinne einer breiten Protrusion an der Grenze zu einem Prolaps ist deshalb ebenfalls noch als altersgemäß einzustufen.

Zum anderen sind beim Kläger auch degenerative Veränderungen in anderen Abschnitten der Wirbelsäule, nämlich im HWS- und BWS-Bereich dokumentiert, die unstreitig unfallunabhängig sind. Dr. L. verweist hierzu auf einen Röntgenbefund vom 20. Februar 1989 der HWS, aus dem sich ein fortgeschrittener, im Segment C4/C5 deutlich vorseilender Verschleiß ergibt, der nur mit einer schicksalhaften, anlagebedingt umschriebenen biologischen Minderwertigkeit des Bandscheibengewebes zu erklären ist. Gleiches gilt für die - wesentlich geringer ausgeprägten - Veränderungen an der oberen Brustwirbelsäule.

Aus den dargelegten Gründen vermag sich der Senat nicht der Auffassung des Prof. Dr. F. anzuschließen, der bei seiner Argumentation im Ergebnis das zeitliche Moment zu stark in den Vordergrund stellt. Er begründet zusammenfassend seine Auffassung damit, man komme vorliegend aufgrund des zeitlichen Ablaufes der Veränderungen und der sich daraus ergebenden Logik nicht umhin, ganz eindeutig einen Zusammenhang zwischen der Beinlängenverkürzung rechts und der allmählichen Entwicklung einer schweren rechtskonvexen Drehskoliose anzuerkennen. Dabei wird der in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Kausalität nicht ausreichend Rechnung getragen und die Bedeutung vor allem der degenerativen bzw. angeborenen Komponenten nicht gewürdigt. Eine Abwägung zwischen den verschiedenen Verursachungsfaktoren nimmt er nicht vor.

Der Senat folgt auch dem Gutachten des Prof. Dr. P. , dem sich das Sozialgericht anschloss, nicht. Auch dieser setzt sich nicht überzeugend mit den erforderlichen Kausalitätskriterien auseinander. Wenn er darauf hinweist, es sei diskutierbar, ob die bestehende Torsionsskoliose nicht auch unfallunabhängig entstanden ist, so gibt er zu erkennen, dass differentialdiagnostisch nichttraumatische Ursachen in Betracht zu ziehen sind, ohne sich damit auseinanderzusetzen, welche Gesichtspunkte im Einzelnen für eine traumatische und welche für eine degenerative Verursachung sprechen. Ferner berücksichtigt er die Röntgenaufnahme vom 12. Januar 1968 nicht, aus der sich für den Senat entscheidende Gesichtspunkte für das Vorliegen eines anlagebedingten Bandscheibenschadens ergeben.

Der Senat kommt daher zum Ergebnis, dass eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht eingetreten ist. Die fachlich umstrittene Frage, ob und in welchem Umfang für den nachgewiesenen Bandscheibenschaden die angeborene Normvariante der LWS in Form einer sechsgliedrigen LWS eine Rolle spielt, kann somit offen bleiben, da nach Überzeugung des Senats feststeht, dass die Beinlängenverkürzung als unfallbedingte Ursache für den Bandscheibenschaden nicht wahrscheinlich ist. Die MdE ist deshalb weiterhin mit 40 v.H. anzusetzen. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts war daher aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 19. Januar 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 27. Juni 2001 abzuweisen.

Die Kostenfolge stützt sich auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2006-09-04