

L 6 U 172/02

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 3 U 107/99

Datum

24.10.2002

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 6 U 172/02

Datum

16.10.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 24. Oktober 2002 wird aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 26. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Juni 1999 abgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung einer Verletztenrente in Folge eines anerkannten Arbeitsunfalls.

Die am. 1968 geborene Klägerin erlitt am 21. Dezember 1995 auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstelle (Altenpflegerin in den P S M) als angurgurte FahrerIn eines PKW Opel Kadett, der mit Kopfstutzen ausgerustet war, gegen 5.50 Uhr einen Verkehrsunfall. Nachdem sie verkehrsbedingt gehalten und sich wieder im Anfahren befunden hatte, fuhr ein nachfolgender PKW Renault 9 auf. Nach Aufnahme des Unfalls durch die Polizeidirektion M suchte die Klägerin gemeinsam mit ihrem von ihr benachrichtigten Ehemann die Notaufnahme der P S M auf.

Dort diagnostizierte der Chefarzt der Chirurgischen Klinik Dr. L mit Durchgangsarztbericht vom 22. Dezember 1995 ein Halswirbelsäulen (HWS) - Schleudertrauma, einen Hartspann des Muskulus trapezius links (Kapuzenmuskel) sowie eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit. Bewusstlosigkeit und Erbrechen hätten nicht vorgelegen. Eine radikuläre Ausstrahlung habe nicht bestanden, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich auslösbar gewesen. Die röntgenologische Untersuchung der HWS in zwei Ebenen habe keinen Anhalt für eine Fraktur oder Luxation gezeigt. Der Klägerin seien eine Cervikalstütze sowie Medikamente verordnet worden. Dr. L schätzte die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit auf sechs Tage. Am 22. Februar 1996 nahm die Klägerin ihre Tätigkeit wieder auf.

Der Neurologe Dr. D berichtete unter dem 28. März 1996, die Klägerin habe seit Januar 1996 über zunehmendes Krisseln und Schweregefühl im linken Arm geklagt, unter Belastung und nachts hätten sich die Beschwerden verstärkt. Auch die Finger eins bis vier sowie der Schulter-Nacken-Bereich seien betroffen. Dr. D führte aus, der neurologische Befund (Motorik, Reflexe, Koordination, Sensibilität) sei unauffällig gewesen. Die Elektromyographie (EMG) habe eine leichte proximale Läsion des Nervus medianus links ergeben. Als vorläufige Diagnose sei von einer leichten Plexusläsion (Spinalnervengeflecht aus den Spinalnervenzwurzeln C 4 bis Th 2) auszugehen. Aufgrund einer erneuten Vorstellung der Klägerin am 26. März 1996 teilte Dr. D ebenfalls unter dem 28. März 1996 mit, neurologisch hätten wiederum keine Auffälligkeiten bestanden. Soweit eine veranlasste Computertomographie (CT) eine Bandscheibenprotrusion (Vorwölbung) bei C 6/7 nachgewiesen habe, habe dies keine therapeutische Konsequenzen, da weder eine funikuläre (vom Rückenmark ausgehende) noch eine radikuläre (von der Wurzel ausgehende) Symptomatik vorliege.

Der Oberarzt Dr. V und Dipl.-Med. F von der orthopädischen Ambulanz der P S berichteten unter dem 13. Mai 1996, die Klägerin leide weiterhin unter Myogelosen (Verhärtungen) im Bereich des linken Muskulus trapezius. Nach anfänglicher leichter Besserung habe sie am 2. Februar 1996 Kribbelparästhesien im Bereich des linken Armes angegeben. Unter konservativer Therapie sei allmählich eine Besserung eingetreten. Zurzeit bestehe noch eine Rotationseinschränkung beidseits sowie eine endgradig eingeschränkte Anteflexion. Der obere Anteil des Muskulus trapezius und des Levator scapulae seien noch deutlich verkürzt gewesen. Zurzeit erhalte die Klägerin Dehnungsübungen für die angegebenen Muskeln und sei mit einem TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) - Gerät versorgt worden.

Unter dem 9. September 1996 teilten der Chefarzt der Orthopädischen Klinik der P S Priv.-Doz. Dr. S und Dipl.-Med. F mit, die Klägerin stelle sich noch in vierzehntägigen bis dreiwöchigen Abständen vor. Trotz der Versorgung mit einem Tensgerät seien die rezidivierenden akuten Schmerzschübe nicht gut zu führen.

Nach Überweisung durch Priv.-Doz. Dr. S und Dipl.-Med. F an den Neurochirurgen Dr. B (S Klinikum M , Krankenhaus A) holte die Beklagte von diesem Befundberichte vom 20. und 23. Januar 1997 ein. Danach habe die neurologische Untersuchung im Oktober 1996 einen ausgeprägten Druckschmerz über dem Epicondylus radialis humeri links, über dem Muskulus levator scapulae (Hebung des oberen Schulterblattwinkels) links und dem Muskulus trapezius links sowie eine Hypästhesie im Dermatome C 5 gezeigt. Das EMG habe eine leichte radikuläre Störung im Muskulus abductor poll. brevis dokumentiert. Die daraufhin angefertigte Magnetresonanztomographie (MRT) habe eine Bandscheibenprotrusion in den Höhen C 4/5 und C 5/6 gezeigt. Nachdem eine am 28. November 1996 durchgeführte Diskographie (chirurgischer Eingriff zur Feststellung eines Bandscheibenschadens) einen Bandscheibenvorfall in Höhe von C 4/5 nachgewiesen habe, sei am 13. Dezember 1996 der Bandscheibensequester operativ entfernt sowie die Fusion von C 5/6 vorgenommen worden. Postoperativ seien die radikulären Schmerzen total restituiert gewesen, auch die Kopfschmerzen seien nicht wieder aufgetreten, subjektiv hätten noch Schmerzen in der linken Schulter bestanden. Die Kontrolluntersuchung vom 9. Januar 1997 habe keine radikulären Schmerzen und einen unauffälligen Lokalbefund der HWS bei freier Beweglichkeit gezeigt. Ergänzend teilte Dr. B unter dem 20. Februar 1997 mit, eine erneute Bilddiagnostik sowie wiederholte neurophysiologische Untersuchungen hätten keine eindeutigen Veränderungen nachgewiesen.

Die Beklagte ließ Prof. Dr. W , Direktor der Klinik für Neurologie der O -v -G -Universität M , das Gutachten vom 9. Juni 1997 erstatten. Danach habe die Klägerin über seit 1994, etwa ein- bis zweimal jährlich bestehende belastungsabhängige, schmerzhafte Verspannungen im Schultergürtel berichtet. Nach Behandlungen mit Fango und Massagen sei sie wieder beschwerdefrei gewesen. Zum Unfallereignis habe sie mitgeteilt, nach dem Aufprall sei sie aus dem Auto ausgestiegen und habe mit dem Unfallgegner geredet. Anschließend habe sie der Polizei Angaben gemacht. Etwa 20 Minuten nach dem Unfall hätten Schmerzen im linken Nacken eingesetzt. Im Januar 1996 hätten sich nach durchgeführten Massagen Kribbelgefühle eingestellt und sich die Schmerzen im linken Nacken verstärkt. Trotz durchgeführter Behandlungen sei es im Oktober 1996 zu einer Verschlechterung gekommen. Auch nach der Operation im Dezember 1996 hätten weiterhin Nackenschmerzen bestanden, sodass ihr am 6. Mai 1997 ein cervicales Stimulationsgerät implantiert worden sei. Zurzeit bestünden noch ein anhaltendes Spannungsgefühl im Nacken, Nackenschmerzen bei körperlicher Belastung sowie eine schmerzhafte Einschränkung der Kopfdrehung nach rechts. Prof. Dr. W teilte mit, die Klägerin habe einen Pathologiebefund des Städtischen Krankenhauses Magdeburg vom 18. Dezember 1996 mitgebracht. Danach könnten die im Rahmen der Operation vom 13. Dezember 1996 erhobenen Befunde im Rahmen einer sekundären Degeneration nach Trauma gedeutet werden. Prof. Dr. W diagnostizierte ein cervicales Schmerzsyndrom und führte zur Befunderhebung aus, die paravertebrale cervicale Muskulatur sei schwach, links betont verspannt und druckschmerzhaft gewesen. Die Beweglichkeit der HWS sei mäßiggradig eingeschränkt gewesen. Der neurologische Befund sei bis auf eine diskrete Reflexdifferenz der Achillessehnenreflexe unauffällig gewesen. Für eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert ergebe sich kein Hinweis. Die derzeit bestehenden Beschwerden seien Folge der Operation vom 13. Dezember 1996 und könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge anerkannt werden. Aufgrund des freien Intervalls und des Fehlens neurologischer Symptome bei der Erstuntersuchung habe es sich maximal um ein mittelschweres HWS-Trauma (Grad II) gehandelt. Traumatische Bandscheibenvorfälle gingen in aller Regel mit einer deutlich schwereren initialen Symptomatik einher.

Die Beklagte ließ Dr. B das neurochirurgische Gutachten vom 7. Oktober 1997 erstatten. Danach bestehe bei der Klägerin eine segmentale Instabilität mit traumatischer Bandscheibenprotrusion C 5/6, eine chronische Cervico-Brachialgie links mit nervenwurzelabhängigen Gefühlsstörungen entsprechend der Nervenwurzel C 6 links sowie chronische myostatische Veränderungen, ein Zustand nach einer Entlastungs- und Versteifungsoperation der HWS sowie ein Zustand nach der Implantation eines Neurostimulators. Diese Funktionsstörungen führte Dr. B auf das Unfallereignis vom 21. Dezember 1995 zurück, da das Trauma nicht alleinige Ursache sein müsse, sondern die Anerkennung einer wesentlichen Teilursache genüge. Der Hergang sei geeignet gewesen, diesen Körperschaden herbeizuführen, denn es habe eine indirekte Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule vorgelegen. Der zum Tragen kommende Mechanismus eines Hyperextensionsvorganges müsse nicht zu schwerwiegenden Veränderungen an der Wirbelsäule führen. Auch sei der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem ersten Auftreten von Symptomen gegeben. Zudem verwies Dr. B auf einen vom Zeitpunkt der ersten Untersuchung an bestehenden korrelierenden Befund. Schließlich habe der pathologische Befund eine Vereinbarkeit mit einem stattgehabten Trauma nachgewiesen. Konkurrierende Befunde sehe er nicht. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 20 vom Hundert (vH).

Die Beklagte ließ den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H das Gutachten vom 26. Januar 1998 unter Einbeziehung des elektro-encephalographischen Zusatzgutachtens vom selben Tag erstatten. Dieser diagnostizierte eine Bewegungseinschränkung der HWS und therapieresistente Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation und der Implantation eines Elektrostimulationsgerätes. Er vertrat die Ansicht, der geschilderte Unfallhergang sei nicht geeignet gewesen, diese Gesundheitsstörungen herbeizuführen. Traumatisch bedingte Bandscheibenvorfälle könnten nur dann ernsthaft in Erwägung gezogen werden, wenn es zu einer minimalen knöchernen Begleitverletzung, einer Luxation oder einer Subluxation gekommen sei und die entsprechende Symptomatik zeitnah zum Unfallereignis auftrete. Hinweise für solche Verletzungen lägen hier nicht vor. Zudem hätten weder in der Initialphase nach dem Unfall noch in den folgenden Monaten eine radikuläre Schmerzsymptomatik oder radikuläre Ausfälle vorgelegen. Dr. D habe zwar eine leichte Plexusläsion links diagnostiziert, die von ihm erhobenen Befunde hätten eine solche aber nicht bestätigt, da eine seitengleiche Kraftentfaltung im Bereich der Arme beschrieben und darauf hingewiesen worden sei, dass die Reflexe seitengleich auslösbar gewesen seien. Dr. H sah die Folgen des Unfalls aus nervenärztlicher Sicht längst abgeklungen und verneinte eine unfallbedingte MdE auf neuro-psychiatrischem Fachgebiet.

Die Beklagte ließ die Fachärztin für Radiologie Dr. M das Zusatzgutachten vom 18. Februar 1998 erstatten, die keine Fraktur der Wirbelkörper nachweisen konnte.

Unter dem 29. Mai 1998 berichtete Priv.-Doz. Dr. S über eine erneute Vorstellung der Klägerin wegen Beschwerden der Nackenmuskulatur und im Bereich des ventralen Halses. In der Anlage befand sich ein Arztbrief des Chefarztes der Neurologischen Klinik des Fachkrankenhauses B Dr. B vom 6. Juli 1998. Danach habe er keine motorischen oder sensiblen radikulären Ausfallserscheinungen im linken Arm nachweisen können. Die von der Klägerin angegebene Gefühlsstörung sehe er eher im Zusammenhang mit der dauerhaft schmerztherapeutischen Elektrostimulation als mit einer primär traumatischen oder perioperativen Schädigung.

Die Beklagte ließ die Chirurgen Dr. K und Dr. P (B U H) das Gutachten vom 29. September 1998 erstatten. Zum Unfallhergang habe die Klägerin ausgeführt, sie sei mit dem Kopf nirgends gegen gestoßen und nach dem Unfall allein und ohne Fremdhilfe aus ihrem Fahrzeug ausgestiegen. Zunächst habe sie keine Schmerzen gehabt, sie habe den Kopf halten und auch ungestört Schlucken können. Nach der Unfallregelung hätten die Schmerzen richtig angefangen. Die Sachverständigen führten aus, die Klägerin habe über zum Teil wahnsinnige

Schmerzen im Nacken-Hals-Bereich mit einer Ausstrahlung in die linke Hand geklagt. Diese Beschwerden seien glaubhaft und durch eine endgradige Bewegungseinschränkung der HWS, eine Verspannung der linken Schulter-Nacken-Muskulatur, eine reizlose, berührungsempfindliche Narbe nach Spondylodese und Implantation eines Nervenstimulators, röntgenologisch nachweisbare, degenerative Veränderungen der HWS sowie therapieresistente Schmerzen nach Bandscheibenoperation und Implantation eines Elektrostimulationsgerätes objektiv zu bestätigen. Diese Beschwerden seien Folgen der Operation vom 13. Dezember 1996 und nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Aufgrund der fehlenden Initialsymptomatik sei das Unfallereignis nicht geeignet gewesen, einen traumatischen Bandscheibenprolaps hervorzurufen. Auch hätten keine zumindest minimalen knöchernen Begleitverletzungen (Luxation oder Subluxation) oder Instabilitäten vorgelegen. Doch sei nicht auszuschließen, dass es zu einer geringen, röntgenologisch nicht fassbaren isolierten Weichteilgewebsverletzung gekommen sei. Somit habe maximal ein mittelschweres HWS-Trauma nach Erdmann, Grad II, vorgelegen.

Priv.-Doz. Dr. S teilte unter dem 13. Oktober 1998 mit, die Klägerin habe weiterhin über massive Beschwerden im Bereich des Muskulus Trapezius berichtet; eine Änderung des Untersuchungsbefunds sei nicht eingetreten. Eine Überweisung an Prof. Dr. A (Chefarzt Klinikum B, Klinik für Anaesthesiologie und Intensivmedizin) sei erfolgt. Dieser beantragte bei der Beklagten unter dem 14. Oktober 1998 eine Plexus brachialis Portkatheterimplantation.

Mit Bescheid vom 26. Oktober 1998 erkannte die Beklagte als Folge des Arbeitsunfalls ein folgenlos ausgeheiltes HWS-Trauma II. Grades an. Nicht Folgen des Arbeitsunfalls seien eine endgradige Bewegungseinschränkung der HWS, die Verspannung der linken Schulter-Nacken-Muskulatur, eine reizlose berührungsempfindliche Narbe nach Spondylodese und Implantation eines Nervenstimulators, röntgenologisch nachweisbare degenerative Veränderungen der HWS und therapieresistente Schmerzen nach Bandscheibenoperation und Implantation eines Elektrostimulationsgerätes. Außerdem lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente ab und führte zur Begründung aus, die nunmehr noch bestehenden Beschwerden seien nicht auf den Unfall vom 21. Dezember 1995 zurückzuführen. Bereits vor dem Unfall hätten behandlungsbedürftige Beschwerden der Schulter und degenerative Veränderungen der HWS bestanden. Ein traumatisch bedingter Bandscheibenvorfall habe sich nicht ereignet.

Am 29. Oktober 1998 erhob die Klägerin Widerspruch und trug vor, sie habe vor dem Unfall keine Beschwerden der HWS gehabt. Außerdem zeige der Totalschaden ihres PKW die Schwere des Unfallereignisses. Die gesamte Karosserie sei verzogen gewesen, die hintere Tür habe sich nicht mehr öffnen lassen, die Scheibe vorn sei aufgrund der Stauchung gerissen. Zur weiteren Unterstützung ihres Vortrags legte die Klägerin einen Bescheid des Amtes für Versorgung und Soziales M vom 27. Oktober 1998 vor, wonach bei ihr ein Grad der Behinderung von 40 aufgrund von Funktionseinschränkungen der HWS nach Bandscheiben- und Verblockungsoperation festgestellt worden war. Zudem übersandte sie eine Erklärung der praktischen Ärztin Dr. P vom 4. November 1998, wonach die Klägerin vor dem Unfall weder ein HWS-Syndrom noch eine Erkrankung des linken Schultergelenks gehabt habe. Sie habe auch keine Behandlungen (Medikamente, Physiotherapie) für diesen Bereich erhalten.

Nach dem beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der AOK Sachsen-Anhalt hatte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) der Klägerin im Zeitraum vom 12. September bis 10. Oktober 1995 ein Heilverfahren wegen einer spinalen Stenose, einer chronischen Pyelonephritis (bakterielle Infektion der oberen Harnwege) sowie Struma simplex gewährt.

Ferner zog die Beklagte das medizinisch-technische Gutachten des Sachverständigenbüros Dipl.-Ing. O vom 8. Mai 1998 bei, das dieser gemeinsam mit dem Oberarzt für Unfallchirurgie der M H H Prof. Dr. P im Auftrag der Versicherung Hamburg-Mannheimer, dem Haftpflichtversicherer des Unfallgegners, erstattet hatte. Danach habe die Geschwindigkeitsänderung aufgrund der Kollision 5 bis maximal 8 km/h betragen. Allenfalls soweit sich die Kopfstütze nicht in sachgerechter Position zum Kopf befunden habe, habe eine Überstreckung des Kopfes und eine kurzzeitige Biegebelastung der HWS eintreten können. Diese habe bei der vorstehenden Unfallschwere nicht zu knöchernen Schäden führen können. Nach den Symptomen der Erstbehandlung sei von einer leichten Distorsion als Folge einer aufgetretenen Muskelkontraktion auszugehen. Die von Dr. B und Prof. Dr. W beschriebene Schmerzsymptomatik könne in dem vorliegenden Umfang nicht mit dem Unfallablauf, der Insassenkinematik und der Unfallschwere in Einklang gebracht werden. Ursächlich hierfür seien wohl die zum Unfallzeitpunkt bereits vorhandenen degenerativen Schäden.

Die Beklagte holte eine beratende Stellungnahme des Chirurgen Dr. M (Kreiskrankenhaus St. M H) vom 26. März 1999 ein. Danach könne den Ausführungen von Dr. B nicht gefolgt werden, da dieser keine eingehende Anamnese für die Zeit vor dem Unfall erhoben habe, eine Analyse des Unfallmechanismus nicht vorliege, die Beurteilung sich nicht mit den anerkannten Richtlinien zur Begutachtung von Wirbelsäulenschäden decke und auch die Ausführungen zur Kausalität nicht nachvollziehbar seien. Nachdem die Beklagte diese Stellungnahme der Klägerin übersandt hatte, teilte diese mit Schreiben vom 8. April 1999 mit, vor dem Unfall keine Beschwerden im Bereich der HWS, der Schulter, des Nackens und des linken Arms gehabt zu haben. Sie habe lediglich ein- bis zweimal Massagen und Fangopackungen bekommen. Auch habe sie zwei Monate nach dem Unfall freiwillig die Arbeit wieder aufgenommen, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juni 1999 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Am 20. Juli 1999 hat die Klägerin beim Sozialgericht Magdeburg Klage unter Hinweis auf den versorgungsrechtlich festgestellten Grad der Behinderung von 40 erhoben, der auch einer Verletztenrente zugrunde zu legen sei. Ergänzend hat sie vorgetragen, die Aufprallgeschwindigkeit sei tatsächlich weit höher als 12 km/h gewesen. Zudem seien bei der Arbeitsaufnahme am 22. Februar 1996 die Unfallfolgen nicht ausgeheilt gewesen. Da die Schulter nicht belastet worden sei, seien lediglich die Symptome zurückgegangen. In der Anlage hat sie ein Gutachten der Kfz-Sachverständigen J und M übersandt, wonach bei veranschlagten Reparaturkosten von 7.151,00 DM von einem wirtschaftlichen Totalschaden auszugehen sei. Weiterhin hat die Klägerin den Pathologiebefund des Städtischen Klinikums M vom 18. Dezember 1996 vorgelegt. Danach sei eine knapp kirschgroße Bandscheibengewebemenge mit einem schmalen Streifen, in dem kleine Kalkschollen vorgekommen seien, eingesandt worden. Es habe sich überwiegend um Bandscheibengewebe mit hyaliner (Bezeichnung für heterogene Substanzen, zumeist Proteine, die bei Alterungsprozessen ohne pathologische Bedeutung vorkommen) Verquellung gezeigt sowie eine asbestartige Auffaserung der Grundsubstanz mit einigen eingeschlossenen Brutkapseln sowie teilweise ein angedeuteter lobulierter Aufbau vorgelegen. Die Befunde könnten nach Ansicht des Pathologen im Rahmen einer sekundären Degeneration nach Trauma gedeutet werden. Des Weiteren hat die Klägerin ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt (MDK)

vom 23. Dezember 1997 vorgelegt, in dem ein Cervikalsyndrom nach Schleudertrauma diagnostiziert und ausgeführt worden war, dass sie aufgrund des geminderten Leistungsvermögens die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht wieder aufnehmen könne.

Das Sozialgericht hat den Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie L.-L. Prof. Dr. B. das Gutachten vom 2. August 2000 nach Aktenlage erstatten lassen. Danach komme als Ursache für die nach dem Unfallereignis eingetretene therapiefraktäre Cervikobrachialgie links mit rezidivierenden radikulären Reizerscheinungen der am 28. November 1996 nachgewiesene Bandscheibenvorfall in Betracht. Für eine ursächliche Verknüpfung zwischen den Krankheitserscheinungen und dem Bandscheibenvorfall spreche der Erstbefund und insbesondere die von Dr. B. unter dem 23. Januar 1997 dokumentierte Brückensymptomatik sowie das Ergebnis der feingeweblichen Untersuchung. Zudem hätten sich die Krankheitserscheinungen nach der Behandlung des Bandscheibenvorfalles zurückgebildet. Auch habe der tatsächliche Schädigungsmechanismus das Risiko einer Beschleunigungsverletzung der HWS enthalten. Bei einer kollisionsdynamischen Belastung von unter 10 km/h (Harmlosigkeitsgrenze) ergebe sich nach den bislang bekannten technischen und medizinischen Untersuchungsergebnissen zwar keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass das Unfallereignis alleine, z.B. ohne Begünstigung durch eine degenerative Vorschädigung, den Bandscheibenschaden hätte bewirken können. Hier biete die im chirurgischen Gutachten vom 29. September 1998 niedergelegte Befunddeutung der Röntgenaufnahme der HWS vom 21. Dezember 1995 auch Hinweise auf das Vorliegen und das ursächliche Mitwirken einer degenerativen Vorschädigung der Bandscheibe C 5/6. Denn der Nachweis von osteochondrotischen und spondylotischen Veränderungen im Segment C 5/6 rechtfertige den Rückschluss auf das Bestehen und das ursächliche Mitwirken einer degenerativen Vorschädigung der Bandscheibe C 5/6 am Eintritt des Schadens, da diese Röntgenzeichen sich infolge der Verschleißvorgänge der Bandscheibe selbst entwickelten. Bei einer wertenden Betrachtung der Kausalfaktoren überwiege die Schadensanlage nicht so eindeutig, dass sie die allein wesentliche Ursache des Schadens sei. Daher sei die Zerrung der HWS mit den rückbildungsfähigen Begleiterscheinungen der Distorsion allein wesentlich durch den Arbeitsunfall und die Halsbandscheibenschädigung im Bereich C 5/6 mit den nachfolgenden Erscheinungen der so genannten Cervikobrachialgie links mit radikulären Reizerscheinungen durch den Arbeitsunfall wesentlich mit verursacht. Die MdE betrage ab dem 22. Februar 1996 20 vH.

Die Beklagte hat sich unter Vorlage einer beratenden Stellungnahme von Prof. Dr. W., Dr. J. und Dr. G. vom 2. November 2000 gegen das Gutachten gewandt.

Daraufhin hat die Klägerin unter dem 12. Dezember 2000 mitgeteilt, während der Erstuntersuchung habe sie unter Schock gestanden, sodass bestehende Einschränkungen nicht hätten erkannt werden können. Abwechselnd seien Schüttelfrosterscheinungen aufgetreten, nach dem Abklingen des Schocks habe sie auch die weiteren Auswirkungen wahrgenommen. Ergänzend hat sie unter dem 9. Oktober 2001 vorgetragen, bereits nach dem Unfall hätten einstrahlende Schmerzen in den linken Arm bestanden. Die erstbehandelnde Ärztin habe dies fehlerhaft nicht vermerkt.

Mit ergänzender gutachtlicher Stellungnahme vom 20. Juli 2001 hat Prof. Dr. B. mitgeteilt, es sei trotz der unfallunabhängigen degenerativ bedingten Schadensanlage nicht auszuschließen, dass die Klägerin ohne das konkrete Unfallereignis noch unabsehbar lange Zeit ohne den Gesundheitsschaden und die hierdurch bedingten Beschwerden geblieben wäre.

Mit Urteil vom 24. Oktober 2002 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 27. Oktober 1998 (richtig 26. Oktober) in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 1999 verurteilt, der Klägerin nach einer MdE um 20 vH Verletztenrente zu leisten. Der Arbeitsunfall sei eine rechtlich wesentliche Mitursache für den Eintritt des Gesundheitsschadens. Zwar hätten zum Unfallzeitpunkt degenerative Veränderungen vorgelegen, doch habe die Klägerin bis zum Unfallgeschehen als Altenpflegerin schwere körperliche Arbeit verrichtet, ohne dass diese zu medizinischen Behandlungen oder Zeiten der Arbeitsunfähigkeit geführt hätte. Dies spreche gegen eine Schadensanlage, die alle äußeren Einwirkungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall als bedeutungslos in den Hintergrund rücke. Zudem sei ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Bandscheibenschaden hinreichend wahrscheinlich, da in den anhaltend therapieresistenten Beschwerden seit dem Arbeitsunfall mit finaler Zunahme bis zur Indikation einer Bandscheibenoperation die hierfür notwendigen Brückensymptome zu sehen seien. Insgesamt sei hinreichend wahrscheinlich, dass posttraumatisch auf dem Boden einer klinisch stummen vorbestehenden Degeneration eine krankhafte Entwicklung an der HWS beschleunigt worden sei, sodass sowohl die Indikationsoperation als auch die fortbestehenden Gesundheitsstörungen rechtlich wesentlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Die MdE betrage nach den gutachtlichen Einschätzungen von Prof. Dr. B. und Dr. B. 20 vH. Die Forderung der Klägerin nach einer MdE um 40 vH sei nach den allgemeinen Bewertungskriterien der MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht nachvollziehbar.

Gegen das am 25. November 2002 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 18. Dezember 2002 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und ihre bisherige Auffassung wiederholt und vertieft.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 24. Oktober 2002 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 26. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juni 1999 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 24. Oktober 2002 zurückzuweisen.

Die Klägerin sieht sich durch das erstinstanzliche Urteil bestätigt. Das Gutachten von Dipl.-Ing. O. sei ein Parteigutachten der Beklagten und die dort angenommene Kollisionsgeschwindigkeit von unter 10 km/h weder nachvollziehbar noch bewiesen. Insbesondere sprächen die Unfallfolgen gegen einen nur leichten Anstoß.

Auf Veranlassung des Senats hat Dr. S. das Gutachten vom 2. August 2004 nach ambulanter Untersuchung der Klägerin erstattet. Danach habe die Klägerin ständige Beschwerden im Bereich der linken Schulter und an der HWS. Der Sachverständige hat eine operative Versteifung des Segments C 4/5 der HWS nach Ausräumung des Bandscheibenfachs, eine grenzwertig normale bzw. leicht unterhalb der Norm gelegene aktive Beweglichkeit des Kopfes in der HWS, Operationsnarben am Hals und an den oberen Gliedmaßen sowie

röntgenologische Veränderungen an der HWS mit operativer Verschmelzung des Segments C 5/6 und Verlust des Dornfortsatzes des 5. Halswirbels diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörungen seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit allein oder wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 21. Dezember 1995 verursacht, denn ein unfallbedingter Erstkörperschaden sei nicht im Sinne des Vollbeweises gesichert. Strukturelle Verletzungen und Verletzungsfolgen seien im Zusammenhang mit dem Unfall nicht festgestellt worden. Hinweise auf eine knöcherne Verletzung oder eine abnorme Seitverschiebung seien nicht ersichtlich gewesen. Die am Unfalltag erhobenen klinischen und röntgenologischen Befunde seien unauffällig bzw. unspezifisch gewesen. Objektive Verletzungszeichen hätten nicht vorgelegen, für die subjektiv verspürte Missempfindung habe sich kein objektivierbares Korrelat gefunden. Ein Muskelhartspann weise nicht auf eine Verletzung hin. Es habe auch kein für eine strukturelle Bandscheibenverletzung geeigneter Unfallhergang vorgelegen. Dagegen zeige die Funktionsaufnahme der HWS vom 21. Dezember 1995 ein vorbestehendes Schadensbild. Der Zwischenwirbelraum C 5/6 sei leicht höhengemindert gewesen, die Deck- und Abschlussplatte von C 5 und die Deckplatte von C 6 seien etwas unscharf im Sinne einer Osteochondrose (Verschleiß des Bandscheibenraumes) gezeichnet. Diese Befunde seien ohne Zweifel länger vorbestehend und als Folge einer knapp eine Stunde zuvor stattgehabten äußeren Einwirkung auszuschließen. Zudem habe die MRT-Untersuchung der HWS im Oktober 1996 Bandscheibenvorwölbungen bei C 4/5 und C 5/6, aber keine Hinweise auf verletzungsbedingte Veränderungen gezeigt. Der am 29. November 1996 diagnostizierte Bandscheibenschaden könne keiner speziellen Ursache zugeordnet werden, auch dem Operationsbericht seien keine näheren Informationen zu entnehmen. Der histologische Untersuchungsbefund reihe sich zwanglos in das Bild eines anlagebedingten Bandscheibenschadens ein. So sei ein typischer degenerativer Bandscheibenschaden ohne irgendwelche Hinweise auf verletzungsbedingte Veränderungen beschrieben worden. Die spekulative Äußerung des Pathologen "die Befunde können im Rahmen einer sekundären Degeneration nach Trauma gedeutet werden" sei eine missverständliche und suggestive Interpretation des Befundes ohne Begründung. Auch das von der AOK beigezogene Vorerkrankungsverzeichnis zeige mehrere Wochen vor dem Unfall ein manifest einschlägiges Schadensbild. So sei die Klägerin vom 12. September bis 10. Oktober 1995 unter anderem wegen einer "Spinalstenose oh. cervic. Berei." (Verengung im oberen Halswirbelsäulenbereich) arbeitsunfähig erkrankt gewesen. Auch daher sei nicht von einer von außen induzierten Verschlimmerung eines vorbestehenden krankhaften Zustands auszugehen. Schließlich sei der chronische therapieresistente klinische Verlauf atypisch für ein verletzungsbedingtes Krankheitsbild, da es in der Folgezeit trotz vielfältiger hoch- bis höchstinvasiver Medikamente und Maßnahmen zu keiner nachhaltigen Besserung des subjektiven Beschwerdebildes gekommen sei.

Da derartige Verläufe vielfach Indiz für eine Somatisierungsstörung seien, habe er ein neurologisch-psychiatrisches Zusatzgutachten veranlasst. In dem Gutachten vom 20. Juli 2004 hat die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. K nach zwei ambulanten Untersuchungen der Klägerin ausgeführt, der Unfallhergang sei infolge fehlender Initialsymptomatik und aufgrund seiner Schwere nicht geeignet gewesen, einen traumatischen Bandscheibenprolaps wesentlich (mit) zu verursachen. Das jetzt bestehende cervikale Schmerzsyndrom sei Folge der operativen Fusionsbehandlung. Hinweise auf eine Übertreibung der Symptomatik oder auf eine Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens hätten sich nicht gefunden.

Abschließend hat Dr. S ausgeführt, selbst wenn eine Zerrung der HWS ohne nachgewiesene strukturelle Verletzung unterstellt werde, resultiere daraus ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 22. Februar 1996 keine unfallbedingte MdE. Die zu diesem Zeitpunkt noch bestehenden Beschwerden ließen sich mit den Verletzungsfolgen nicht begründen. Selbst wenn der Bandscheibenvorfall zeitnah zum Unfallereignis gesichert worden wäre, wäre dies noch kein Beweis dafür, dass der Bandscheibenschaden durch den Unfall auch verursacht worden sei. Die wesentliche Ursache für die Manifestation des Bandscheibenschadens sei dann nicht die äußere Einwirkung, sondern der vorbestehende krankhafte Zustand.

Die Klägerin hat sich gegen das Gutachten gewandt und den Reha-Entlassungsbericht aus B W vom 11. Oktober 1995 vorgelegt. Dort waren eine chronische Pyelonephritis, eine euthyreote Struma diffusa sowie rezidivierende Lumbalgien diagnostiziert worden. Dr. S hat unter dem 6. Februar 2006 ergänzend Stellung genommen. Er hat eine Diskrepanz zwischen dem Reha-Entlassungsbericht und dem Vorerkrankungsverzeichnis der AOK eingeräumt sowie zu den weiteren Einwänden der Klägerin ausgeführt, er sei nicht fehlerhaft von einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Tagen ausgegangen. Er habe lediglich die vom Durchgangsarzt voraussichtlich prognostizierte Arbeitsunfähigkeit von sechs Tagen wiedergegeben, die ein Indiz dafür sei, dass die erstbehandelnden Ärzte am Unfalltag von einem eher harmlosen Schadensbild ausgegangen seien. Auch bedürfe es keiner weiteren pathologischen Stellungnahme, denn hinsichtlich des Gewebesadens selbst bestehe keine Unklarheit. Schließlich sei auch kein weiteres bewegungsanalytisches Kfz-Sachverständigengutachten zur Ermittlung der Kollisionsgeschwindigkeit notwendig. Dieses könne zwar erhellen, was alles hätte passieren können, nicht jedoch darüber Auskunft geben, ob das Ereignis tatsächlich zu einer Gesundheitsstörung geführt habe.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F das Gutachten vom 6. Januar 2007 erstattet. Danach habe die Klägerin über noch am Unfallort eingetretene und noch immer bestehende HWS- und Schulter-Arm-Schmerzen berichtet. Im Oktober 1996 seien ihr auch Gegenstände aus der Hand gefallen. Der Sachverständige hat eine chronische Schmerzerkrankung nach HWS-Distorsion durch Beschleunigungstrauma, einen Zustand nach cervikaler Bandscheibenoperation am 23. Dezember 1996 (richtig: 13. Dezember), eine somatoforme Schmerzstörung im Stadium III nach Gerbershagen, eine Somatisierungsstörung, eine Anpassungsstörung, ein Karpaltunnelsyndrom sowie Neuropathien im Nervus ulnaris links, im Nervus tibialis rechts und im Nervus peroneus rechts diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörungen seien mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch den Arbeitsunfall vom 21. Dezember 1995 wesentlich mit verursacht worden. Die Klägerin habe nach einem HWS-Beschleunigungstrauma auftretende Störungen, nämlich das cervicocephale Syndrom und das cervicobrachiale Syndrom, beschrieben. Die weitere Beschwerdesymptomatik der Klägerin zeige eine Beeinträchtigung des Plexus brachialis. Beweisend für die Schädigung sei das sofortige Nachlassen der Beschwerden nach der Operation im Jahr 1996, die jedoch dann wiederkehrten und mit einem Plexus brachiales Port-System sofort wieder verschwunden seien. Unter dem biopsychosozialen Aspekt sei auffällig gewesen, dass nach der Operation am 13. Dezember 1996 die Parästhesien aus dem Bereich des Plexus brachiales nicht mehr vorgelegen hätten, doch das Schmerzsyndrom weiter bestanden habe. Hier seien die erste Dissoziation und die ersten pathogenen Faktoren zur gravierenden Entwicklung und beginnenden Selbstständigkeit eines chronischen Schmerzsyndroms im Sinne einer chronischen Schmerzkrankheit zu sehen. Hinzu kämen noch die muskulären Dysbalancen mit einem ausgeprägten Spannungszustand im Schulter-Nacken-Bereich und einer Ausstrahlung in den linken Arm. Im weiteren Verlauf habe sich das Schmerzsyndrom, bedingt durch die Funktionalität der Schulter-Nacken-Muskulatur, generalisiert. Es sei zu entsprechenden unbewussten Fehlhaltungen gekommen, sodass auch Schmerzen in entfernten Gebieten aufgetreten seien. Zurzeit seien die psychopathologischen Merkmale stark ausgeprägt und fixiert. Der Grundkonflikt bestehe in dem Nichtverstehenkönnen, dass der Unfall anerkannt, aber das gesamte chronische Schmerzsyndrom nicht entsprechend gewürdigt werde. Die weitere Chronifizierung habe zu Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur, zu einer allgemein sich entwickelnden Fehlanpassung und im Ergebnis zu einer

Anpassungsstörung geführt. Zunehmend sei es auch zu zentralen kognitiven Störungen und einer Leistungsminderung gekommen. Dr. F hat außerdem ausgeführt, die MdE habe aufgrund einer Anpassungsstörung mit chronischer Schmerzstörung seit der neurochirurgischen Operation am 13. Dezember 1996 20 vH betragen. Zwischenzeitlich sei aufgrund der Schmerzproblematik (Spinalkatheder, Portsystem, Opiatabhängigkeit) eine MdE um 50 vH gerechtfertigt gewesen, nunmehr betrage sie 40 vH.

Die Beklagte hat unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. M vom 20. März 2007 gegen das Gutachten von Dr. F Einwände erhoben. Danach hätten die am Unfalltag erstellten Röntgenbilder der HWS eine uneingeschränkte Streckung und Beugung ohne Gefügestörung gezeigt. Diese ausgiebigen HWS-Bewegungen wären bei einer frischen traumatischen Verletzung der Weichstrukturen dieses Bereichs aufgrund eines zu erwartenden Verletzungsschmerzes unmöglich gewesen. Zudem seien die seit 1994 wiederholten Behandlungsmaßnahmen wegen schmerzhafter Verspannungen im Schultergürtel typisch bei einer Irritation der Nervenwurzel im Halsbereich und wahrscheinlich die ersten Symptome der Bandscheibenerkrankung gewesen.

Ergänzend hat Dr. F unter dem 16. August 2007 ausgeführt, durch einen Schreck könnten hochgradige Muskelverkrampfungen entstehen, die zu einer entsprechenden Mitgestaltung des gesamten Schmerzsyndroms herangezogen werden könnten. Ein wichtiges Indiz dafür seien die cervicobrachialen Schmerzen am Unfallort. Weiterhin zeigten die zahlreichen psychotherapeutischen Maßnahmen die Entwicklung eines therapieresistenten chronischen Schmerzsyndroms, wobei die emotionale Belastung und die Fehlinterpretation ebenfalls eine Rolle gespielt hätten. Außerdem sei als Höhepunkt eine Bandscheibenoperation erfolgt. Zudem seien degenerative Veränderungen an der HWS nicht zu begründen. Hier erscheine ein mechanisches Konstrukt von Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose, welches nicht nachzuvollziehen sei. Die Klägerin sei als hochgradig einsatzbereite, ehrgeizige und im Team anerkannte Mitarbeiterin beschrieben worden. Nach dem Unfall sei es zu einer vollkommenen Dekompensation gekommen.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. Dr. W (Facharzt für Nervenheilkunde und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin) vom 18. September 2007 vorgelegt. Dieser hat ausgeführt, abgesehen von einer Weichteilzerrung der HWS seien keine strukturellen Schäden aufgetreten, um eine mit Unfallfolgen zu begründende seelische Störung hervorzurufen. Nach der Besserung aufgrund der durchgeführten Operation habe sich das Schmerzsyndrom erst weiter ausgeweitet, nachdem die Beklagte die Anerkennung als Unfallfolgen verweigert und die Klägerin im Rahmen ihrer Primärpersönlichkeit die Nichtanerkennung von Unfallfolgen nicht bewältigt habe. Die von Dr. F ausgeführten inneren Spannungen und Probleme der weiteren Selbstverwirklichung zur eigenen Identitätsstabilisierung seien aber keine Unfallfolgen und dem persönlichen Bereich der Klägerin zuzurechnen.

Der Senat hatte die Behandlungskarte der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. P beigezogen. Danach finden sich Eintragungen, die sich auf Wirbelsäulenbeschwerden bezogen haben, unter dem 16. Mai 1994 (HWS bewegungseingeschränkt, Myogelosen, Kopfschmerzen, sechsmal Fango und Massage für den Schulter-Nacken-Bereich), dem 12. September 1994 (schmerzhafte Myogelosen, bewegungseingeschränkte HWS, Zervikalsyndrom, sechsmal Fango und Massagen), dem 2. Februar 1995 (Rückenschmerzen, Verordnung von sechsmal Fango und Massage im Schulter-Nacken-Bereich), dem 20. Februar 1995 (Rückenschmerzen bei klinisch positiven Lasèguezeichen, keine neurologischen Ausfälle, Reizstrom und Voltaren), dem 23. Februar 1995 (geht etwas besser), dem 28. Februar 1995 (starke Schmerzen, keine neurologischen Ausfälle), dem 6. März 1995 (Rückenschmerzen fast ständig, wieder deutlich schlechter, sechsmal Interferenzstrom), dem 4. April 1995 (LWS-Syndrom, Rückenschmerzen) und dem 24. Mai 1995 (akutes HWS-Syndrom, sechsmal Massage, Extension der HWS). Am 26. Mai 1995 ist nach der Eintragung eine Röntgenuntersuchung des Thorax veranlasst worden. Außerdem sind mehrfach Infekte (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber) vermerkt worden (20. Juni 1994, 10. Januar 1995, 16. Oktober 1995, 4. Dezember 1995).

Daraufhin hat die Klägerin mitgeteilt, die Beschwerden mit Bezug zur HWS seien geringfügige Muskelverspannungen gewesen. Außerdem hat sie einen Entlassungsbericht des Klinikums M vom 24. Juni 2008 übersandt, wonach sie wegen eines Bandscheibenvorfalls im Bereich C 6/7 operiert worden sei. Die Klägerin ist der Ansicht, auch dieser Bandscheibenvorfall sei auf das Unfallgeschehen zurückzuführen und bei der Höhe der MdE zu berücksichtigen.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Juli 2008 hat Dr. F ausgeführt, die beigezogenen Krankenunterlagen zeigten keine Hinweise auf pathologische Vorbefunde. So habe Dr. P keine bildgebende Diagnostik veranlasst, die subjektiv geschilderten Beschwerden seien höchstwahrscheinlich alle infektbedingt gewesen. Es hätten sich klinisch auch keine Hinweise für neurologische Ausfallstörungen gezeigt. Ein großer Teil der Rückenschmerzen lasse sich ganz einfach durch den Prozess in der Niere erklären. Zudem sei der Beruf der Altenpflegerin körperlich anstrengend, sodass durch einseitige Hebearbeiten schon einmal ein Rücken- sowie Schulter-Arm-Schmerz leicht erklärbar sei.

Im Übrigen wird auf die Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung gemacht worden sind.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte und auch form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet. Das Sozialgericht hat sie zu Unrecht verurteilt, der Klägerin eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu zahlen. Denn bei ihr liegt keine rentenberechtigende unfallbedingte MdE vor.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalls (Arbeitsunfalls) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist, einen Anspruch auf eine Verletztenrente. Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Der Rentenanspruch setzt demnach voraus, dass die MdE durch Gesundheitsstörungen verursacht wird, die durch den Arbeitsunfall entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität).

Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Gesundheitsstörung und dem Arbeitsunfall gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteile des BSG vom 7. September 2004 – [B 2 U 34/03 R](#) – und vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 26/04 R](#) –; einsehbar in

www.bundessozialgericht.de). Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände, insbesondere unter Berücksichtigung der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, sodass das Gericht darauf seine Überzeugung gründen kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt nicht. Zur Vermeidung eines nach der naturwissenschaftlich-philosophischen Betrachtungsweise denkbaren unendlichen Ursachenzusammenhangs (Bedingungs- bzw. Äquivalenztheorie) wird die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung rechtlich relevante Kausalität nach der "Theorie der wesentlichen Bedingung" eingegrenzt. Danach ist nur die Bedingung rechtlich erheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens "wesentlich" beigetragen hat (vgl. KassKomm-Ricke, [§ 8 SGB VII](#) RdNr. 4, 15 m. w. N.). Das bedeutet, dass nicht jede Gesundheitsstörung, die im naturwissenschaftlichen Sinne durch das angeschuldigte versicherte Ereignis beeinflusst worden ist, rechtlich dessen Folge ist, sondern nur der Gesundheitsschaden, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht worden ist. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Gesichtspunkte für diese wertende Entscheidung sind Art und Ausmaß der versicherten Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Versicherten nach dem Unfall, die Krankheitsgeschichte und ergänzend auch der Schutzzweck der Norm. Haben mehrere Bedingungen den Eintritt des Gesundheitsschadens zusammen verursacht, erlangen bei wertender Betrachtung auch mehrere (Mit-) Ursachen rechtliche Bedeutung, wenn sie jeweils einen wesentlichen Einfluss auf den Eintritt der Gesundheitsstörung des Versicherten gehabt haben und eine andere Ursache keine überragende Bedeutung hat.

Nach diesem Maßstab liegt bei der Klägerin keine rentenberechtigende Gesundheitsstörung vor. Der Senat braucht dabei nicht der Frage nachzugehen, ob es sich bei dem Ereignis vom 21. Dezember 1995 tatsächlich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung gehandelt hat. Denn die Beklagte hat mit den streitbefangenen Bescheiden dieses Ereignis als Arbeitsunfall anerkannt. Die durch den Arbeitsunfall erlittenen Gesundheitsstörungen sind jedoch sowohl aus orthopädischer als auch aus neurologisch-psychiatrischer Sicht mit der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit am 22. Februar 1996 folgenlos ausgeheilt. Soweit zu diesem Zeitpunkt noch Gesundheitsstörungen bestanden haben und darüber hinaus noch bis zum heutigen Tag bestehen, sind diese nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Insoweit folgt der Senat den gutachtlichen Ausführungen von Dr. S. Mit diesen stimmen die gutachtlichen Ausführungen von Dres. K/P, Dr. H und Prof. Dr. K sowie die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. M und Dr. Dr. W im Ergebnis überein. Den Ausführungen von Dr. B und Prof. Dr. B kann der Senat nicht folgen, da diese nicht die sozialrechtliche Kausalitätslehre beachtet haben. Dem Gutachten von Dr. F kann der Senat nicht folgen, da seine Ausführungen ebenfalls nicht mit der oben dargestellten Kausalitätslehre übereinstimmen, teilweise spekulativ bleiben und eine kritische Auseinandersetzung mit den vorliegenden Befunden vermissen lassen.

Dr. S hat überzeugend ausgeführt, dass die Klägerin durch den Arbeitsunfall allenfalls eine Zerrung der HWS ohne strukturelle Verletzungen erlitten hat, die folgenlos ausgeheilt ist. Auch Dr. K und Dr. P sind maximal von einer geringen, röntgenologisch nicht fassbaren isolierten Weichteilverletzung ausgegangen. So spricht zunächst die durch Dipl.-Ing. O ermittelte Kollisionsgeschwindigkeit von 5 bis maximal 8 km/h dagegen, dass bei der angegurteten Klägerin, deren PKW mit Kopfstützen ausgerüstet war und die auch nicht bei dem Unfallereignis mit dem Kopf aufgeschlagen ist, mehr als eine Zerrung eingetreten ist. Denn die allgemein anerkannte Harmlosigkeitsgrenze liegt bei 10 km/h (Schrittgeschwindigkeit 4 bis 7 km/h). Allein aus dem Umstand, dass der PKW der Klägerin einen Totalschaden erlitten hat, kann indes nicht auf die Kollisionsgeschwindigkeit und das Ausmaß des Gesundheitsschadens geschlossen werden. Denn hier war nach den veranschlagten Reparaturkosten von 7.151,00 DM lediglich von einem wirtschaftlichen Totalschaden auszugehen. Im Übrigen hatte auch Dipl.-Ing. O die an dem PKW der Klägerin eingetretenen Schäden zur Grundlage seines biomechanischen Gutachtens gemacht.

Doch selbst bei einer unterstellten höheren Kollisionsgeschwindigkeit ist im vorliegenden Fall jedenfalls nicht mehr als eine Zerrung der HWS durch den Auffahrunfall eingetreten. Dr. S hat darauf hingewiesen, dass die am Unfalltag erhobenen klinischen Befunde unauffällig bzw. unspezifisch gewesen waren (Hartspann des Muskulus trapezius links, eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, keine Bewusstlosigkeit, kein Erbrechen, keine radikuläre Ausstrahlung, seitengleich auslösbarer Muskeleigenreflexe). Objektive Verletzungszeichen haben nicht vorgelegen, für die subjektiv verspürte Missempfindung war kein objektivierbares Korrelat gefunden worden. Selbst der festgestellte Muskelhartspann weist nach den Ausführungen von Dr. S nicht auf eine Verletzung hin. Zudem haben die Röntgenaufnahmen vom Unfalltag objektive Verletzungszeichen, wie eine Luxation, Subluxation oder Instabilitäten ausgeschlossen. Dr. M hat darauf hingewiesen, dass diese am Unfalltag erstellten Bilder der HWS eine uneingeschränkte Streckung und Beugung ohne Gefügestörung gezeigt haben, solche ausgiebige HWS-Bewegungen bei einer frischen traumatischen Verletzung der Weichstrukturen dieses Bereichs aufgrund des Verletzungsschmerzes aber nicht möglich gewesen wären. Auch die Fachärztin für Radiologie Dr. M hat nach ihrem Gutachten vom 18. Februar 1998 keine Fraktur der Wirbelkörper nachweisen können. Zudem ist auch der erstbehandelnde Arzt von einer harmlosen Verletzung ausgegangen, da er eine voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit von sechs Tagen prognostiziert und eine Überwachung im Krankenhaus nicht für notwendig gehalten hat. Die Verschreibung einer Cervikalstütze sowie von Medikamenten lässt auch keinen Rückschluss auf eine über eine Zerrung hinausgehende Verletzung zu.

Durch den Unfall ist auch keine Schädigung des Plexus brachialis erfolgt. Soweit Dr. F eine solche angenommen hat, kann der Senat dem nicht folgen. Denn am Unfalltag und unmittelbar danach sind keine Symptome einer Plexusschädigung dokumentiert worden. Nicht nachvollziehbar erscheint, dass Dr. F entgegen der erhobenen Erstbefunde in seinem Gutachten von einem cervicocephalen- und cervicobrachialen Syndrom ausgegangen ist. Insbesondere ist die Klägerin nicht mit dem Kopf aufgeschlagen, hatte diesen halten können und auch keine Schluckbeschwerden gehabt. Wenn die Klägerin nunmehr auf ihren durch den Unfall eingetretenen Schockzustand und der dadurch bedingten unvollständigen Erfassung der klinischen Befunde bei der Erstuntersuchung verweist, erscheint dies für den Senat so nicht nachvollziehbar. Weder sind dem D-Arztbericht Anhaltspunkte für einen Schockzustand zu entnehmen noch spricht das zielgerichtete Verhalten der Klägerin für einen Schock. So ist sie selbständig aus dem PKW ausgestiegen, war in der Lage, ihren Ehemann zu benachrichtigen und an der Unfallabwicklung durch die Polizei mitzuwirken. Im Übrigen hat sie erstmals unter dem 12. Dezember 2000, also mehrere Jahre nach dem Unfallereignis, einen Schockzustand und das unvollständige Erfassen der Erstsymptomatik erwähnt. Zwar hat Dr. D aufgrund der neurologischen Untersuchung im Februar 1996 eine leichte Plexusläsion diagnostiziert, doch hat Dr. H zutreffend darauf hingewiesen, dass diese Diagnose nicht mit den erhobenen Befunden übereinstimmt. Denn Dr. D hatte einen unauffälligen neurologischen Befund (seitengleiche Kraftentfaltung im Bereich der Arme, Reflexe seitengleich auslösbar) dokumentiert. Auch kann nicht - so wie Dr. F meint - als Beweis für eine Schädigung des Plexus brachialis das sofortige Nachlassen der Beschwerden nach der Operation im Jahr 1996 und die Versorgung mit dem Plexus brachialis Port-System gesehen werden. Denn daraus kann ein Jahr nach dem Unfallereignis nicht einmal ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden hergestellt werden. Da der Senat nicht

weiter aufklären kann, ob tatsächlich eine Schädigung des Plexus brachialis aufgrund des Unfalls vorgelegen hat - die insoweit erforderlichen elektromyographischen Untersuchungen können nicht mehr nachgeholt werden - trifft die Klägerin insoweit die Folge der objektiven Beweislast für den Erstschaten. Genauso wenig wie die Plexusschädigung ist eine schreckbedingte funktionelle Erstschädigung, so wie von Dr. F in seiner Stellungnahme vom 16. August 2007 angenommen, nachweisbar. Eine solche Schädigung lässt sich nicht mit objektiven Befunden belegen, denn selbst das von Dr. F genannte maßgebliche Indiz von cervico-brachialen Schmerzen am Unfallort ist nicht dokumentiert.

Durch das Ereignis vom 21. Dezember 1995 ist auch nicht der im November 1996 aufgrund der Diskographie nachgewiesene Bandscheibenvorfall hinreichend wahrscheinlich verursacht worden. Gegen einen solchen Erstschaten spricht schon der fehlende zeitliche Zusammenhang. Denn nachgewiesen wurde die Bandscheibenschädigung erst im November 1996, also elf Monate nach dem Unfallereignis. Darüber hinaus sprechen, wie bereits dargelegt, auch das Unfallereignis selbst und die bei einem isolierten Bandscheibenvorfall zu erwartende initiale Symptomatik gegen die verletzungsbedingte Verursachung eines solchen. Der klinische Erstbefund war für eine traumatische Bandscheibenschädigung untypisch, da insbesondere die Neurologie intakt war. Soweit Dr. B und Prof. Dr. B in Bezugnahme auf dessen Ausführungen einen für einen Bandscheibenschaden korrelierenden Befund gesehen haben, bleiben diese eine Begründung dafür schuldig. Zudem weist auch die dokumentierte Schmerzsymptomatik nicht auf einen traumatischen Bandscheibenvorfall hin. Gegen eine verletzungsbedingte Bandscheibenschädigung spricht auch der gesamte weitere Krankheitsverlauf. So sind bei einem verletzungsbedingten Ereignis regelmäßig der Funktionsverlust und der Schmerz zeitnah zum Ereignis am größten und lassen dann nach. Hier ist es atypisch für eine verletzungsbedingte Bandscheibenschädigung aber genau umgekehrt: Nach anfänglicher Besserung haben sich nach den Angaben der Klägerin die Beschwerden im Januar 1996 verstärkt, indem Kribbelparästhesien aufgetreten sind. Dr. V und Dipl.-Med. F haben erstmals am 2. Februar 1996, also über einen Monat nach dem Unfallereignis, diese Angaben der Klägerin dokumentiert. Doch war die daraufhin von Dr. D im Februar 1996 und März 1996 durchgeführte neurologische Diagnostik noch unauffällig. Trotz zahlreicher Behandlungen haben sich die Beschwerden in der Folgezeit aber nicht gebessert, sondern sich zehn Monate nach dem Unfall im Oktober 1996 so massiv verschlechtert, dass der Klägerin Gegenstände aus der Hand gefallen sind. Erst zu diesem Zeitpunkt sind auch ein pathologisches EEG erhoben und anschließend durch Diskographie der Bandscheibenvorfall gesichert worden. Schließlich kann auch der histologische Untersuchungsbefund mit der Äußerung des Pathologen "die Befunde können im Rahmen einer sekundären Degeneration nach Trauma gedeutet werden" nicht zur Begründung eines traumatischen Bandscheibenschadens herangezogen werden. Wie Dr. S zutreffend ausgeführt hat, ist ein typischer degenerativer Bandscheibenschaden ohne Hinweise auf verletzungsbedingte Veränderungen beschrieben worden (kleine Kalkschollen, Gewebe mit hyaliner Verquellung, asbestartige Auffaserung der Grundsubstanz mit einigen eingeschlossenen Brutkapseln sowie teilweise ein angedeuteter lobulierter Aufbau).

Doch selbst wenn der naturwissenschaftlich-philosophische Zusammenhang und damit unterstellt wird, dass bei dem Unfallereignis eine Bandscheibenschädigung eingetreten ist, ist nach der überzeugenden Auffassung von Dr. S, der sich der Senat anschließt, nicht das Unfallereignis, sondern die vorbestehende Schadensanlage wesentliche Ursache für den Bandscheibenvorfall. Denn bereits die röntgenologische Untersuchung vom Unfalltag weist degenerative Veränderungen der HWS ausdrücklich nach. So war der Zwischenwirbelraum C 5/6 leicht höhengemindert, die Deck- und Abschlussplatte von C 5 und die Deckplatte von C 6 waren etwas unscharf im Sinne einer Osteochondrose gezeichnet. Da diese Befunde Verschleißerkrankungen belegen, können sie nicht erst am Unfalltag entstanden sein. Auch Prof. Dr. B hat einen Nachweis von osteochondrotischen und spondylotischen Veränderungen gesehen und daraus auf das Bestehen und das ursächliche Mitwirken einer degenerativen Vorschädigung der Bandscheibe C 5/6 am Eintritt des Schadens geschlossen. Zudem war die Klägerin ausweislich der Behandlungskartei der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. P in den eineinhalb Jahren vor dem Unfallereignis nicht nur ein- bis zweimal, so wie von ihr behauptet, sondern vielfach auch wegen HWS-Beschwerden in ärztlicher Behandlung (16. Mai 1994: HWS bewegungseingeschränkt, Myogelosen, Kopfschmerzen, sechsmal Fango und Massage für den Schulter-Nacken-Bereich, 12. September 1994: schmerzhaftes Myogelosen, bewegungseingeschränkte HWS, Zervikalsyndrom, sechsmal Fango und Massagen, 2. Februar 1995: Rückenschmerzen, Verordnung von sechsmal Fango und Massage im Schulter-Nacken-Bereich, 20. Februar 1995: Rückenschmerzen bei klinisch positiven Lasèguezeichen, keine neurologischen Ausfälle, Reizstrom und Voltaren, 23. Februar 1995: geht etwas besser, 28. Februar 1995: starke Schmerzen, keine neurologischen Ausfälle, 6. März 1995: Rückenschmerzen fast ständig, wieder deutlich schlechter, sechsmal Interferenzstrom, 4. April 1995: LWS-Syndrom, Rückenschmerzen, 24. Mai 1995: akutes Halswirbelsäulensyndrom, sechsmal Massage, Extension der Halswirbelsäule). Ihr Hinweis auf Muskelverspannungen ist nach den detaillierten Eintragungen in der Behandlungskartei ebenso wenig nachvollziehbar wie der Hinweis von Dr. F, es habe sich dabei um infektsbedingte Beschwerden gehandelt. Denn die Behandlungskartei hat infektsbedingte Beschwerden mehrfach gesondert ausgewiesen (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Fieber unter dem 20. Juni 1994, 10. Januar 1995, 16. Oktober 1995, 4. Dezember 1995). Ausweislich der Behandlungskartei hat sogar – entgegen der Annahme von Dr. F – auch eine Indikation für eine weitere Aufklärung der Rückenbeschwerden bestanden. Denn am 26. Mai 1995 ist eine Röntgenuntersuchung des Thorax verlasst worden. Zudem spricht auch die Eintragung einer "spinalen Stenose" in das Vorerkrankungsverzeichnis der AOK für vorbestehende Beschwerden. Diese Diagnose setzt regelmäßig eine bildgebende Diagnostik voraus. Insoweit ist im Ergebnis für den Senat nachvollziehbar, dass Dr. M darauf hingewiesen hat, dass die seit 1994 wiederholten Behandlungsmaßnahmen wegen schmerzhafter Verspannungen im Schultergürtel typisch bei einer Irritation der Nervenwurzel im Halsbereich und wahrscheinlich die ersten Symptome der Bandscheibenerkrankung gewesen seien.

Des Weiteren kann auch die von Dr. F nunmehr diagnostizierte Persönlichkeits- und Anpassungsstörung nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Dr. Dr. W hat zu Recht darauf hingewiesen, dass das Unfallereignis, das lediglich zu einer leichten Distorsion geführt hat, schon nicht geeignet war, eine seelische Störung hervorzurufen. Gegen eine seelische Störung aufgrund des Unfallereignisses spricht außerdem, dass die Klägerin bis zur Untersuchung durch Dr. F, also bis zwölf Jahre nach dem Unfallereignis, niemals als psychisch auffällig beschrieben worden ist. Weder dem Erstbefund ist eine solche Auffälligkeit durch das Unfallereignis zu entnehmen, noch den weiteren Behandlungsunterlagen oder nachfolgend erstatteten medizinischen Gutachten. Eine Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens selbst ist nie dokumentiert worden. Dr. H (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) hat die Unfallfolgen aus nervenärztlicher Sicht ausdrücklich als abgeklungen bezeichnet und eine unfallsbedingte MdE auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet verneint. Auch Prof. Dr. K (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie) hat in ihrem neurologisch-psychiatrischen Zusatzgutachten vom 20. Juli 2004 nach zwei ambulanten Untersuchungen der Klägerin weder Hinweise auf eine Übertreibung der Symptomatik noch auf eine Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens gesehen. Damit fehlt schon ein zeitlicher Zusammenhang zwischen der von Dr. F diagnostizierten seelischen Erkrankung und dem Unfallereignis. Schließlich hat Dr. Dr. W in seiner beratenden Stellungnahme zum Gutachten von Dr. F analysiert, dass nicht das Unfallgeschehen selbst, sondern die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin ursächlich ist, soweit ihr Grundkonflikt darin bestehe, dass sie nicht verstehe, dass der Unfall anerkannt, aber das gesamte Schmerzgeschehen nicht gewürdigt werde. Zudem ist dieser Grundkonflikt selbst

unfallfremd.

Da nach alledem nur eine folgenlos ausgeheilte Distorsion ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen ist, können im Ergebnis auch alle von Dr. F diagnostizierten Gesundheitsstörungen - chronische Schmerzerkrankung nach HWS-Distorsion durch Beschleunigungstrauma, Zustand nach cervical Bandscheibenoperation, somatoforme Schmerzstörung im Stadium III nach Gerbershagen, Somatisierungsstörung, Anpassungsstörung, Karpaltunnelsyndrom, Neuropathien im Nervus ulnaris links, im Nervus tibialis rechts und im Nervus peroneus rechts - jedenfalls nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Dies gilt insbesondere auch für das chronische Schmerzsyndrom. Denn übereinstimmend haben die im Verfahren beteiligten medizinischen Sachverständigen bzw. behandelnden Ärzte dieses als Folge des Bandscheibenvorfalles bzw. der danach durchgeführten Operationen einschließlich der schmerztherapeutischen Behandlungen eingeordnet. Selbst Dr. F hat die Operation vom 13. Dezember 1996 als erste Dissoziation und ersten pathogenen Faktor zur gravierenden Entwicklung und beginnenden Verselbständigung eines chronischen Schmerzsyndroms gesehen. Da aber der Bandscheibenvorfall nicht wesentlich durch das Unfallereignis bedingt ist, kann auch das daraus entstandene Schmerzsyndrom nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Gleiches gilt für den am 23. April 2008 festgestellten und im Klinikum M operierten Bandscheibenvorfall im Bereich C 6/7. Denn auch insoweit fehlt ein Erstscha-den, durch den ein Ursachenzusammenhang zum Unfallereignis vermittelt werden kann.

Schließlich ist für diesen Rechtsstreit ohne Bedeutung, dass mit Bescheid vom 27. Oktober 1998 ein Grad der Behinderung von 40 aufgrund von Funktionseinschränkungen der HWS nach Bandscheiben- und Verblockungsoperation festgestellt worden war. Denn die Feststellung eines Behinderungsgrades erfolgt unabhängig von der Ursache der Behinderung.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die in [§ 160 Abs. 2 SGG](#) aufgeführten Gründe nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02