

L 6 U 55/03

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 3 U 16/01
Datum
08.04.2003
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 55/03
Datum
16.10.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 8. April 2003 insoweit aufgehoben, als Leistungen nach Maßgabe der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung sowie eine Verletztenrente nach einer MdE um 40 vH gewährt werden sollen, und die Klage insoweit abgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger $\frac{1}{4}$ seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist im Berufungsverfahren noch, ob dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. Januar 2000 aus der gesetzlichen Unfallversicherung eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 40 vom Hundert (vH) sowie Leistungen zu gewähren sind bzw. eine atlantoaxiale (zwischen dem Atlas = 1. Halswirbelkörper (C1) und dem Axis = 2. Halswirbelkörper (C2) bestehende) Instabilität als zusätzliche Unfallfolge anzuerkennen ist.

Am 20. Januar 2000 stieß der am 1962 geborene und seinerzeit in seinem Beruf als Maler und Tapezierer beschäftigte Kläger bei versicherter Tätigkeit auf einer Baustelle in R mit der Stirn frontal gegen einen Rundbogen, als er zur Mittagspause eine Kellertreppe hinunterstieg. Nach der Mittagspause nahm er seine Arbeit wieder auf.

Der Kläger suchte am 23. März 2000 den Praktischen Arzt Dr. L auf, der vom 24. März 2000 an Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, ohne dabei einen Arbeitsunfall zu vermerken. Wegen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf befand sich der Kläger vom 25. April an bis zum 12. Mai 2000 stationär in der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums D, wo im Magnetresonanztomogramm (MRT) vom 27. April 2000 eine Verlagerung des Dens (knöcherner Zahnfortsatz von C2) nach dorsal (hinten) gefunden wurde und unter der Diagnose einer atlantoaxialen Instabilität am 4. Mai 2000 mittels Beckenkammspannanlagerung eine Fusionsoperation bis C4 erfolgte (Epikrise vom 12. Mai 2000). Am 4. Mai 2000 meldete sich die Ehefrau des Klägers telefonisch bei der Bau-Berufsgenossenschaft Hannover (Bau-BG) und gab den Unfall an, den ihr Mann zunächst nicht weiter beachtet sowie keinen Arzt aufgesucht habe.

Am 15. Mai 2000 stellte sich der Kläger bei dem Facharzt für Chirurgie und Durchgangsarzt Dipl.-Med. B vor und teilte zum Unfallgeschehen mit, er habe neben einem Knacksen in der Halswirbelsäule (HWS) keine Schmerzen verspürt und weitergearbeitet. Wegen ca. zwei Wochen später aufgetretenen HWS-Beschwerden habe er sich dann zu Dr. L und danach zu der Fachärztin für Orthopädie Dr. H begeben. Dipl.-Med. B hielt in seinem D-Arztbericht vom 16. Mai 2000 einen Zustand nach atlantoaxialer Instabilität fest und schätzte ein, ein Kausalzusammenhang zwischen dieser Gesundheitsstörung und dem angeschuldigten Unfall sei nicht mit hinreichender Sicherheit anzunehmen. Da auch der Epikrise vom 12. Mai 2000 keine Hinweise auf eine unfallbedingte Intervention zu entnehmen seien, sei für die weitere Behandlung kein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren einzuleiten. Vielmehr habe sie auf kassenärztlicher Basis zu erfolgen.

Vom 18. Mai an bis zum 15. Juni 2000 befand sich der Kläger zur Anschlussheilbehandlung stationär im S Reha-Klinikum B K. Die dort nachbefundeten Röntgenaufnahmen der HWS vom 11. Mai 2000 ergaben eine Zwischenwirbelraumverschmälerung bei C5/6 mit Osteochondrose (Verdichtung der Grund- und Deckplatten der Wirbelkörper infolge degenerativer Knorpelveränderungen) und mäßiger Spondylose (flächenvergrößernde knöcherne Randkantenanbauten an den Grund- und Deckplatten der Wirbelkörper infolge degenerativ veränderter Bandscheibenräume), wohingegen der Zwischenwirbelraum bei C6/7 normal weit erscheine, jedoch eine Spondylarthrose (degenerative Veränderungen der Wirbelgelenke) aufweise.

Mit Bescheid vom 7. Juni 2000 lehnte die Bau-BG die Anerkennung des Ereignisses vom 20. Januar 2000 als Arbeitsunfall ab. Die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden seien nicht als Folgen des angeschuldigten Unfalls anzusehen. Eine Leistungspflicht bestehe daher nicht.

Hiergegen erhob der Kläger am 3. Juli 2000 Widerspruch.

Auf entsprechende Anfrage teilte die damalige Arbeitgeberin des Klägers der Bau-BG am 31. August 2000 mit, ihr liege keine Unfallmeldung des Klägers zum 20. Januar 2000 vor. In den vorhandenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seien ebenfalls keine Hinweise oder Vermerke über einen Arbeitsunfall enthalten. Erst am 10. Mai 2000 habe die Ehefrau des Klägers auf einen möglichen Arbeitsunfall hingewiesen.

Mit Schreiben vom 20. September 2000 gab P S, der ehemalige Arbeitskollege des Klägers, an, der Kläger habe Mitte Januar 2000 vormittags an einem Rundbogen im Keller einen Unfall erlitten. Verletzungen habe er nicht gesehen, jedoch habe sich der Kläger vor Schmerzen setzen müssen, da ihm schwarz vor Augen geworden sei.

Am 16. Oktober 2000 berichtete Dr. H der Bau-BG, dass sich der Kläger bei ihr erstmals am 30. März 2000 vorgestellt und cervicale (die HWS betreffende) Beschwerden angegeben habe, die seit zwei Monaten bestünden. Ein Unfallereignis habe er nicht erwähnt. Nachdem die konservative Behandlung (Verordnung eines Schanz'schen Kragens) keine Besserung erbracht habe, habe sie den Kläger in das Städtische Klinikum D eingewiesen. Die röntgenologisch nachgewiesenen Veränderungen der HWS seien als schicksalhaft und unfallunabhängig zu werten, wohingegen die atlantoaxiale Lockerung Folge der erlittenen Stoßverletzung sein könne.

Mit Schreiben vom 20. November 2000 teilte der Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums D Dr. S der Bau-BG mit, der Kläger habe in der Anamnese zur stationären Aufnahme am 25. April 2000 keinen Unfall und im Vorfeld der Operation am 4. Mai 2000 ausdrücklich kein erinnerliches Trauma genannt. Bildgebend habe sich (am 24. April 2000) eine atlantoaxiale Dislokation (Fehlstellung) mit erheblichen Arthrosen im Bereich der atlantoaxialen Gelenke, eine Subluxation (unvollständige Gelenkausrenkung) des Atlas sowie der Verdacht auf das Vorliegen eines Os odontoideum (wachstumsbedingtes Ausbleiben einer Verknöcherung zwischen Densspitze und C2-Basis) ergeben. Intraoperativ habe er die erhebliche Deformation bei C1/C2 und den nach vorn luxierten Atlas bestätigt gefunden (Operationsbericht vom 4. Mai 2000). Rein theoretisch könne sich eine solche vorbestehende Fehlbildung im Rahmen eines Bagatelltraumas verschlechtert haben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21. Dezember 2000 wies die Bau-BG den Widerspruch als unbegründet zurück. Ärztlicherseits liege keine Stellungnahme vor, wonach ein Zusammenhang zwischen den behandlungsbedürftigen Beschwerden und dem angeblichen Unfall hinreichend wahrscheinlich sei. Vor diesem Hintergrund könne dahingestellt bleiben, ob im Januar 2000 tatsächlich ein Arbeitsunfall eingetreten sei. Entsprechende Angaben habe – ohne allerdings ein konkretes Datum zu nennen – zwar der Zeuge S gemacht. Die damalige Arbeitgeberin habe jedoch keine (zeitnahe) Kenntnis von einem Arbeitsunfall und einer insoweit eingetretenen Arbeitsunfähigkeit erhalten. Damit fehle es an einer ausreichenden Grundlage für eine Leistungsverpflichtung.

Am 22. Januar 2001 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Dessau Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen: Als er mit der Stirn gegen den Rundbogen gestoßen sei, sei der Schmerz so groß gewesen, dass ihm schwindelig geworden sei und er sich habe hinsetzen müssen. Das Unfallereignis sei der damaligen Arbeitgeberin auch gemeldet worden. Diese habe indes keine Unfallanzeige an die Bau-BG erstattet.

Die Bau-BG hat das Vorerkrankungsverzeichnis der zuständigen Krankenkasse des Klägers vorgelegt, aus dem als Grund der vom 24. März 2000 an durch Dr. L bescheinigten Arbeitsunfähigkeit eine Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung) bei habitueller (wiederkehrender) Subluxation und Instabilität der Wirbelsäule hervorging.

Das SG hat aus einem parallelen Rentenrechtsstreit (S 4 RJ 142/01) medizinische Unterlagen beigezogen: Das von dem Facharzt für Radiologische Diagnostik Dr. S gefertigte und ausgewertete Computertomogramm (CT) der HWS vom 13. April 2000 hatte von C2 bis C7 degenerative Veränderungen, insbesondere mit einer deutlichen Einengung der Foramina intervertebralia (Nervenaustrittslöcher) bei C5 und C6 sowie ventrale (nach vorn liegende) und dorsale Kantenanbauten ergeben. Im Bereich des craniocervicalen Übergangs (zwischen dem Schädel und C2) liege eine Atlasdislokation mit Vergrößerung der Atlantodentaldistanz und deutlicher Einengung des Spinalkanals sowie konsekutiver (nachfolgender) Kompression des Myelons (Rückmarks) in dieser Höhe sowie ein Os odontoideum mit arthrotischer Artikulation (Berührung) zu den vorderen Atlasanteilen vor. Das übrige Dens weise ventral und dorsal knöcherne Anbauten auf. Im linken Atlantoaxialgelenk lägen deutliche degenerative Veränderungen vor, so dass der Gelenkspalt hier zum Teil nicht mehr einsehbar sei. Am 30. Juli 2001 hatte Dr. S darauf verwiesen, dass mit einer vollen Belastung der operativen Fusion erst zwölf bis 18 Monate nach der Operation zu rechnen sei. Nach dem Befundbericht des Dr. L vom 9. September 2001 war bis zu diesem Zeitpunkt noch keine wesentliche Besserung der Beschwerdesymptomatik zu verzeichnen gewesen.

Dr. H hat in ihrem Befund vom 10. April 2002 von einer deutlichen Verbesserung gegenüber dem präoperativen Zustand berichtet und weitere Behandlungsberichte des Dr. S beigelegt: In seinem Arztbrief vom 28. April 2000 hatte Dr. S angegeben, der Röntgenbefund der HWS vom 30. März 2000 habe eine atlantoaxiale Dislokation mit Arthrosen und einer erheblichen Einengung des Spinalkanals bei C1/2, einen nicht mit dem Dens verbundenen Knochenkern (= Os odontoideum) sowie eine Osteochondrose bei C5/6 gezeigt. Im Bericht vom 24. Oktober 2001 hatte er mitgeteilt, die radiologische Untersuchung am 13. September 2001 habe einen regelrechten Sitz der Implantate und eine komplette Durchbauung des bei C1/2 dorsal angelagerten Knochenspans gezeigt. Im Rahmen der Fusion sei es zu einer kompletten Bewegungsaufhebung im craniocervicalen und atlantodentalen Gelenk (Gelenke zwischen dem Hinterhauptbein des Schädels und C1 sowie zwischen C1 und C2 = Kopfgelenke) gekommen.

Das SG hat am 14. März 2002 durch Vernehmung des Zeugen S Beweis erhoben. Der Zeuge hat u.a. bekundet, er sei am Unfalltag zur Einnahme der Mittagsmahlzeit hinter dem Kläger die Kellertreppe hinunter gegangen. Der Kläger sei mit der Stirn bzw. dem Kopf gegen den Rundbogen gestoßen, habe gesagt, ihm sei schwarz vor Augen, und habe sich dann hingesetzt. Der Anstoß, den er selbst nicht direkt gesehen habe, habe ein dumpfes Geräusch hervorgerufen; eine Beule oder ein blauer Fleck sei nicht erkennbar gewesen. Nach Beendigung der Mittagspause hätten sie weiter gearbeitet.

Von dem Direktor des Zentrums für Rückenmarkverletzte und der Klinik für Orthopädie der B Kliniken B H Dr. R hat das SG das nach ambulanter Untersuchung am 6. August 2002 erstellte Gutachten vom 29. Oktober 2002 eingeholt. Gegenüber dem Gutachter hat der

Kläger Beschwerden im Bereich des Übergangs der Brust- zur Lendenwirbelsäule sowie erhebliche Probleme mit der eingeschränkten Kopfdrehung geschildert. Für Bewegungen, die sonst allein mit dem Hals ausgeführt werden könnten, müsse er nunmehr den gesamten Rumpf einsetzen. Dies behindere ihn beim Essen und Trinken sowie bei der Körperpflege. Dr. R hat ausgeführt, dass radiologisch keine Hinweise auf traumatische Veränderungen im Bereich der HWS zu erkennen seien. Die präoperativen Befunde zeigten eine erhebliche Fehlstellung im Segment C1/C2 mit nach vorn gerutschtem Atlasbogen und hierdurch bedingter Einengung des Spinalkanals sowie degenerative Verschleißerscheinungen vor allem bei C5/6. Damit sei davon auszugehen, dass beim Kläger als Vorschädigung eine anlagebedingte Verknöcherungsstörung der Densspitze bestanden habe, die asymptomatisch (klinisch stumm) geblieben sei. Da das Anpralltrauma zu keiner Kopfplatzwunde oder sonstigen blauen Flecken geführt habe, habe es bei normalem und altersentsprechendem Aufbau der HWS nicht zu einer knöchernen Abrissverletzung führen können. Bei der vorliegenden erheblichen anlagebedingten Vorschädigung müsse allerdings angenommen werden, dass der geschilderte Unfallhergang geeignet gewesen sei, die fibröse (bindegewebliche) Brücke zwischen dem Os odontoideum und der Dens-Basis zu lockern und zur nachfolgend diagnostizierten atlantoaxialen Instabilität zu führen. Das angeschuldigte Trauma sei somit als Auslöser zu werten. Die nachfolgende Operation habe dann zu einer Versteifung der oberen und mittleren HWS mit einer erheblichen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit geführt. Die MdE sei mit 40 vH zu bemessen.

Die Bau-BG hat hierzu eingewandt, dass eine Anerkennung als Arbeitsunfall schon deshalb ausscheide, weil weder zeitnah zum Ereignis am 20. Januar 2000 noch später verletzungstypische oder -spezifische Residuen (Rückstände) im Sinne einer ärztlich gesicherten Diagnose festgestellt worden seien. Abgesehen davon seien die Beschwerden des Klägers jedenfalls wesentlich auf das vorbestehende Os odontoideum zurückzuführen. Zur weiteren Begründung hat sich die Bau-BG auf die von ihr überreichte und in ihrem Auftrag von dem Facharzt für Orthopädie Dr. O nach Aktenlage erstellte gutachtliche Zusammenhagsbeurteilung vom 1. April 2003 berufen.

Mit Urteil vom 8. April 2003 hat das SG den Bescheid der Bau-BG vom 7. Juni 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Dezember 2000 aufgehoben und sie verurteilt, das Unfallereignis vom 20. Januar 2000 als Arbeitsunfall anzuerkennen, dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE um 40 vH zu zahlen sowie Leistungen nach Maßgabe der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Hierbei ist es von einem entsprechenden Antrag ausgegangen und hat sich zur Begründung auf die Darlegungen von Dr. R gestützt.

Gegen das am 28. Mai 2003 zugestellte Urteil hat die Bau-BG am 16. Juni 2003 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und vertiefend vorgetragen: Mangels äußerer Verletzungszeichen könne es bei dem angeschuldigten Ereignis nur zu einem leichten Anstoßen des Kopfes, nicht jedoch zu einer Abknickung gekommen sein. Neben einem Erstschadensbild fehle auch eine adäquate Primärsymptomatik. Nach seinen eigenen Angaben habe der Kläger erst zwei Wochen nach dem Unfall Beschwerden verspürt. Ein solch langer zeitlicher Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beschwerdeeintritt spreche gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Kopfanschlagen und einer Schädigung der HWS. Die Bewertung von Dr. R sei nicht haltbar. Außer ihm hätten alle anderen gehörten Mediziner erhebliche degenerative Veränderungen im Bereich C1/C2 beschrieben. Im Übrigen werde ihre Auffassung auch durch die von ihr vorgelegten und jeweils nach Aktenlage erstellten Gutachten der Fachärzte für Orthopädie Dres. S /T (Institut für Medizinische Begutachtung K) vom 11. März 2004 sowie des Facharztes für Unfallchirurgie Prof. Dr. E (Verein für Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung B e.V.) vom 4. Oktober 2005 gestützt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 8. April 2003 insoweit aufzuheben, als Leistungen nach Maßgabe der Vorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung sowie eine Verletztenrente nach einer MdE um 40 vH gewährt werden sollen, und die Klage insoweit abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 8. April 2003 zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für richtig und weist darauf hin, dass es beim Anstoß am 20. Januar 2000 sehr wohl zu einer Abknickung des Kopfes gekommen sei. Er habe sich deshalb nicht unmittelbar nach dem Unfall zum Arzt begeben, weil er die verspürten Kopfschmerzen und Bewegungseinschränkungen der HWS zunächst auf die damaligen Witterungs- und Arbeitsbedingungen zurückgeführt und mittels Medikamenteneinnahme zu bekämpfen versucht habe. Das Fehlen von unfallbedingten Prellmarken oder Schürfwunden sei dadurch zu erklären, dass er seinerzeit eine dünne Baumwollmütze getragen habe, die ihm zum Schutz vor tropfender Farbe von der damaligen Arbeitgeberin zur Verfügung gestellt worden sei, die die Kraft des Anpralls jedoch nicht gedämpft habe. Vor dem 20. Januar 2000 hätten keinerlei Beschwerden an der HWS und am Kopf bestanden; er habe sich ohne jegliche Einschränkungen im Nackenbereich bewegen können. Dies werde auch durch die vorgelegte Bescheinigung des Dr. L vom 13. Januar 2007 bestätigt, wonach bis zum 23. März 2000 nie eine Behandlung wegen Wirbelsäulenbeschwerden erfolgt sei. Jedenfalls sei der Unfall als Auslöser der jetzt bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen anzusehen. Die Gutachten von den Dres. O und S /T sowie Prof. Dr. E seien wegen Verstoßes gegen [§ 200 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) unverwertbar.

In seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 12. Juli 2005 hat sich Dr. R mit den Bewertungen der Dres. O und S /T auseinandergesetzt und im Ergebnis an seiner Einschätzung festgehalten. Die Äußerungen dieser Sachverständigen seien reine Parteigutachten. Die von ihnen spekulierte Unterbrechung der Kausalkette diene allein dazu, passende Argumente für ihre Ergebnisse zu finden und Fakten zu interpretieren. Hinweise darauf, dass im Bereich der oberen HWS degenerative Veränderungen vorgelegen haben, seien den präoperativen bildgebenden Befunden nicht zu entnehmen. Insbesondere seien keinerlei Zeichen einer Arthrose in den Wirbelgelenken zwischen Atlas und Axis zu erkennen. Das Anstoßen des Kopfes könne deshalb auch nicht als Gelegenheitsursache gewertet werden. Dagegen spreche schon, dass der Kläger vor dem Unfall beschwerdefrei und in der Lage gewesen sei, seine Tätigkeit als Maler uneingeschränkt auszuüben. Dies weise darauf hin, dass Gelegenheits- bzw. Bagateltraumen wie Husten oder muskuläre Anstrengungen eben nicht ausreichend gewesen seien, die vorbestehende fibröse Brücke zu lockern. Zudem wisse er aus seinem eigenen Patientengut der letzten fünf Jahre, dass bereits geringste Kontaktraumen des Schädels, die durchaus auch ohne Verletzungszeichen ablaufen könnten, bei drei Patienten, bei denen nicht einmal Hinweise auf anlagebedingte Vorschädigungen der HWS vorgelegen hätten, zu Luxationsverletzungen der HWS mit Querschnittslähmungen geführt haben. Wenn Verletzungszeichen nicht ärztlich dokumentiert seien, heiße dies noch lange

nicht, dass solche auch nicht vorgelegen haben. Hieraus könne dem Kläger kein "Strick gedreht" werden. Es sei durchaus denkbar, dass Prellmarken oder Blutergussbildungen im Bereich des Haaransatzes bestanden haben, die sich der laienhaften Inaugenscheinnahme durch den Zeugen S entzogen hätten. Abgesehen davon könnten als verletzungsspezifische Symptome das Schwarzwerden vor den Augen, die Kraftlosigkeit mit der Notwendigkeit des Hinsetzens sowie die sich daran anschließenden eigenständig behandelten Kopfschmerzen gesehen werden. Insgesamt habe das Unfallereignis die Instabilität ausgelöst.

Der Senat hat von dem Direktor des Zentrums für Radiologie der M -L -Universität H -W Prof. Dr. S das zusammen mit der Ärztin Dr. Z gefertigte röntgenologische Gutachten vom 31. Juli 2006 erstatten lassen. Danach seien den bildgebenden Befunden vom 13., 24. und 27. April 2000 bei C1/C2 keine verletzungsspezifischen Reaktionen zu entnehmen. Vielmehr würde die randsklerosierte (verknöcherte) und keine Zeichen einer frischen Fraktur aufweisende Densspitze an der Fläche zum Atlasbogen arthrotische Veränderungen zeigen, welche von diesem nicht mehr abgrenzbar seien. Zur Basis des Axis bestehe keine knöcherne Verbindung (Os odontoideum). An der cranialen (kopfseitigen) Begrenzung der Densbasis lägen ebenfalls Degenerationszeichen vor. Der Atlasbogen sei mit der Densspitze gegenüber dem Axiskörper nach ventral verschoben, ohne dass Zeichen einer frischen knöchernen Läsion (Schädigung) erkennbar seien. Zwischen dem Atlas und dem Kopfgeleak sowie zwischen den Wirbelgelenken des Atlas und des Axiskörpers seien ebenfalls arthrotische Veränderungen sichtbar. Bei C5/6 bestehe eine Osteochondrose mit dorsalen und ventralen Spondylophyten (stierhornförmige, verklammernde Randkantenanbauten). Durch die Verschiebung des Atlas nach ventral sei der Spinalkanal eingeengt und das Myelon bogenförmig ausgelenkt. Im Ergebnis hat Prof. Dr. S eingeschätzt, dass der geschilderte Unfallhergang zwar geeignet sein könne, die vorbestehende Festigkeit der fibrösen Verbindung zwischen den beiden knöchernen Anteilen des Dens (Atlas und Axis) zu zerstören. Die beschriebenen degenerativen Veränderungen sprächen jedoch für eine seit längerem bestehende chronische Gefügelockerung bei C1/C2. Zudem sei die Stellung des Atlas durch den Unfallhergang nicht erklärbar. Aus radiologischer Sicht sei eine traumatische Instabilität nicht nachweisbar.

In seiner dazu abgegebenen ergänzenden Äußerung vom 2. Oktober 2006 hat Dr. R seine Bewertung weiter verteidigt. Nach wie vor seien für ihn weder im Bereich zwischen Atlas und C2 noch zwischen der cranialen Begrenzung des Os odontoideum und dem hinteren Anteil des Atlasbogens degenerativen Veränderungen zu erkennen. Auch die Angaben im Operationsbericht seien widersprüchlich. Es sei insoweit zu vermuten, dass eine tatsächliche Inaugenscheinnahme der Gelenke C1/C2, deren Freipräparation einen erheblichen operativen Aufwand erfordere, höchstwahrscheinlich überhaupt nicht erfolgt sei. Im Übrigen verweise er auf seine Erfahrungen und Kenntnisse, die er als klinisch tätiger Operateur in einer umfangreichen Praxis gewonnen habe. Die Beklagte hat nochmals die bildgebenden Befunde vom 13. und 27. April 2000 auswerten lassen und das hierzu von der Chefärztin der Röntgenabteilung des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses H Dr. M zusammen mit dem Oberarzt Dr. S gefertigte radiologische Gutachten vom 7. Dezember 2006 übersandt. Danach zeigten die Aufnahmen deutliche linksbetonte degenerative Veränderungen in den Gelenken zwischen C1/C2 mit einer Subluxationsfehlstellung des Atlas im Vergleich zum Axis, die höchstwahrscheinlich bereits vor dem Unfall bestanden hätten. Typische posttraumatische Zeichen seien den Befunden nicht zu entnehmen.

Schließlich hat der Senat von dem Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Universitätsklinikums "C G C " D Privatdozent (PD) Dr. M nach Aktenlage das Gutachten vom 4. Juni 2007 mit ergänzender Stellungnahme vom 18. April 2008 eingeholt. PD Dr. M hat als angeborene Fehlstellung ein Os odontoideum mit Instabilität bei C1/C2 und Stenose des suboccipitalen Spinalkanals (Wirbelkanal im Bereich unter dem Hinterhauptbein) in Flexion (bei Neigung) diagnostiziert. Die Auswertung der bildgebenden Befunde vom 13. und 27. April 2000 ergebe oberhalb des vorderen Atlasbogens eine atlanto-axiale Instabilität bei Os odontoideum mit ventraler Dislokation des Atlas gegenüber dem Axis, eine Spondylarthrose bei C1/C2 mit deutlicher Einengung des Spinalkanals und Kompression des Myelons sowie eine Osteochondrose und eine Spondylosis deformans (= Spondylose) mit Spinalkanalstenose bei C5/6. Radiologische Hinweise auf posttraumatische Veränderungen an der fehlgebildeten oberen HWS seien dagegen nicht vorhanden. Normalerweise werde die Verbindung zwischen C1 und C2 durch die Wirbelbogengelenke und deren Kapseln sowie die Bänder der Nackenmuskulatur gehalten. Wegen des Os odontoideum sei diese Verbindung beim Kläger vorn nicht vorhanden gewesen. Infolgedessen habe sich im Laufe der Zeit der Schädel mit C1 nach vorn verschoben, was zu einer Fehlstellung von C1 mit einer Arthrose im linken Wirbelgelenk von C1/C2 sowie einer Ausdünnung des hinteren Atlasbogens geführt habe. Diese klinisch stumme Fehlbildung sei dann anlässlich des Traumas entdeckt worden. Infolge des Anstoßes sei es zwischen dem Schädel und C1 einerseits und C2 und der damit verbundenen restlichen HWS als unteren Partner andererseits zu einer Dorsalbewegung gekommen, bei der der Schädel und C1 aus ihrer Ventraldislokation nahezu in Normalstellung verschoben worden seien. Dies erkläre auch, weshalb keine neurologischen Ausfälle aufgetreten seien, die den Kläger an einer Weiterarbeit gehindert haben würden. Insoweit sei der angeschuldigte Unfallhergang schon nicht geeignet gewesen, eine Strukturverletzung an der HWS des Klägers hervorzurufen. Gegen eine traumatische Entstehung der diagnostizierten Gesundheitsstörung sprächen ferner das Fehlen von dokumentierten Erstbefunden sowie von Brückensymptomen, der zeitliche Verlauf und die bildgebenden Befunde.

Im Termin der mündlichen Verhandlung am 16. Oktober 2008 hat die Beklagte den Unfall vom 20. Januar 2000 mit einer folgenlos ausgeheilten Kopfprellung als Arbeitsunfall anerkannt. Der Kläger hat dieses Teilerkenntnis angenommen und klargestellt, dass es ihm vor allem auf die Feststellung der atlantoaxialen Instabilität als zusätzliche Unfallfolge ankommt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

I. Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch ansonsten zulässige Berufung der Beklagten ist – im noch streitbefangenen Umfang – begründet. Das SG hat dem Begehren des Klägers zu Unrecht stattgegeben. Entgegen seiner Ansicht ist der Bescheid vom 7. Juni 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Dezember 2000 nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Soweit das SG eine Verletztenrente und sonstige (unbenannte) Leistungen zugesprochen hat, ist die hierauf gerichtete Klage bereits unzulässig (nachfolgend unter 1.). Was die Frage der Anerkennung der atlantoaxialen Instabilität als zusätzliche Unfallfolge angeht, so ist die Klage – nachdem die Beklagte den Unfall vom 20. Januar 2000 im Termin der mündlichen Verhandlung am 16. Oktober 2008 im Wege eines Teilerkenntnisses als Arbeitsunfall anerkannt hat – insoweit zwar zulässig, jedoch unbegründet. Denn die geltend gemachte Gesundheitsstörung kann nicht als zusätzliche Arbeitsunfallfolge festgestellt werden (hierzu unter 2.). Nachdem die Beklagte zum 1. Mai 2005 auf Grund der Fusion mit

anderen Bau-BG´en Rechtsnachfolgerin der Bau-BG geworden ist, ist auf Beklagtenseite kraft Gesetzes ein Beteiligtenwechsel eingetreten (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 99 Rn. 6a).

1. Der Zuspruch einer Verletztenrente (ohne Rentenbeginn) nach einer MdE um 40 vH sowie von Leistungen war aufzuheben, weil solche Klagebegehren bereits unzulässig sind. Es fehlt jeweils das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis. Hat nämlich ein Unfallversicherungsträger jedwede Entschädigung/Leistung schon deshalb abgelehnt, weil nach seiner Auffassung kein Versicherungsfall (hier Arbeitsunfall) vorliegt, ist diese rechtliche Grundvoraussetzung vorab im Wege einer Feststellungsklage zu klären (siehe Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 7. September 2004 – [B 2 U 46/03 R](#) – [SozR 4-2700 § 2 Nr. 3](#); Urteil vom 20. März 2007 – [B 2 U 19/06 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 23](#), m.w.N.). Denn der beklagte Träger hat sich dann noch nicht dazu geäußert – und erst recht nicht darüber entschieden –, ob bei dem Versicherten neben dem Versicherungsfall auch die Voraussetzungen für konkrete Leistungen aus dem Spektrum der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegen, zu denen auch eine Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#) gehört. So ist es hier. Die Rechtsvorgängerin der Beklagten hat im Bescheid vom 7. Juni 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Dezember 2000 eine Entschädigungspflicht bereits deshalb verneint, weil sie das Vorliegen eines Arbeitsunfalls als solchen bestritten hat. Zwar mag die Formulierung "Eine Leistungspflicht ... besteht daher nicht." missverständlich sein. Aus den Bescheidbegründungen wie auch aus den Begleitumständen und dem Ablauf des Verwaltungsverfahrens ergibt sich jedoch deutlich, dass damit nicht über konkrete Leistungsansprüche entschieden werden sollte. Im gesamten Verwaltungsverfahren sind Leistungen bzw. eine Verletztenrente zu keinem Zeitpunkt auch nur erwähnt worden. In der Begründung des Widerspruchsbescheides ist ausgeführt, dass dahingestellt bleiben könne, ob im Januar 2000 tatsächlich ein Arbeitsunfall eingetreten sei. Bei dieser Sachlage konnte für einen verständigen Empfänger der Bescheide kein Zweifel bestehen, dass allein über die Anerkennung eines Arbeitsunfalls entschieden werden sollte. Die genannte Formulierung sollte ersichtlich nur allgemein die Folgen beschreiben, die sich aus der Nichtanerkennung eines Arbeitsunfalls ergeben (näher zur Auslegung des Verfügungssatzes in entsprechenden Konstellationen, BSG, Urteil vom 16. November 2006 – [B 2 U 28/04 R](#) – abrufbar unter: www.bundessozialgericht.de). Im Übrigen ist die durch das SG vorgenommene Verurteilung zur Gewährung von "Leistungen" zu unbestimmt. 2. Das weitergehende Begehren des Klägers, welches er gemäß den [§§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässigerweise als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage verfolgen kann (vgl. nochmals BSG, Urteile vom 7. September 2004 und vom 20. März 2007, jeweils a.a.O.), ist dagegen zulässig. Es ist in der Sache aber nicht erfolgreich. Denn die atlantoaxiale Instabilität ist keine Folge des nunmehr anerkannten Arbeitsunfalls vom 20. Januar 2000.

Eine nachgewiesene Gesundheitsstörung ist Folge eines Arbeitsunfalls, wenn sie durch ihn verursacht worden ist ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Zwischen dem Unfallereignis und der als zusätzliche Arbeitsunfallfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung muss – entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden – ein Zusammenhang im Sinne einer haftungsausfüllenden Kausalität bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 11/04 R](#) – [BSGE 94, 262](#) ff.). Die vom Kläger geltend gemachte Gesundheitsstörung kann deshalb nicht als zusätzliche Folge des Arbeitsunfalls vom 20. Januar 2000 anerkannt werden, weil die am 13., 24. und 27. April 2000 bildgebend und am 4. Mai 2000 intraoperativ gesicherte sowie behobene atlantoaxialen Instabilität nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den angeschuldigten Unfall zurückzuführen ist.

Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung begründet werden kann. Dabei setzt die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltende "Theorie der wesentlichen Bedingung" in Eingrenzung der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungsstheorie, nach der jede nicht hinwegzudenkende Bedingung (conditio-sine-qua-non) kausal ist, voraus, dass das versicherte Geschehen nicht nur irgendeine Bedingung in der Kette der Faktoren für die Entstehung des Gesundheitsschadens, sondern die wesentliche Ursache war (vgl. KassKomm-Ricke, Stand April 2008, [§ 8 SGB VII](#) Rn. 4 und 15 m.w.Nw.). Rechtlich erheblich ist deshalb nur diejenige Ursache, die bei wertender Betrachtung zumindest als gleichwertige Mitursache einen wesentlichen Einfluss auf den Eintritt des Gesundheitsschadens gehabt hat. Von einer Wesentlichkeit im Rechtssinne kann allerdings dann nicht ausgegangen werden, wenn ein anderer (unversicherter) Umstand einen überwiegenden kausalen Einfluss auf den Eintritt des Schadens hatte. Das bedeutet, dass ein Gesundheitsschaden einem Versicherungsfall (hier einem Arbeitsunfall) selbst dann nicht rechtlich zugerechnet werden kann, wenn das versicherte Geschehen zwar geeignet war, den Schadenseintritt zu verursachen, und ihn als letzte Bedingung in der Kausalkette gelegentlich der versicherten Tätigkeit bewirkt hat (Adäquanztheorie), es jedoch keine wesentliche Bedeutung hatte (Auslöser bzw. Gelegenheitsursache). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges (Gesundheitsschaden) wertend abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür 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 unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm (siehe BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – a.a.O.).

Anknüpfend hieran ist der Senat unter Berücksichtigung der ermittelten medizinischen Anknüpfungstatsachen bei der gebotenen wertenden Betrachtung zu der Überzeugung gelangt, dass das versicherte Geschehen vom 20. Januar 2000, nämlich das Anstoßen des Kopfes an den Rundbogen, nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die rechtlich wesentliche Bedingung für die atlantoaxiale Instabilität war. Denn es spricht mehr gegen als für eine solche Kausalität. Überwiegende konkurrierende – aber nicht versicherte – Ursache für den Eintritt der Gesundheitsstörung war vielmehr die vorbestehende erhebliche Schadensanlage im Bereich C1/C2. Diese ist als Atlasfehlstellung bei Os odontoideum auch im Sinne des insoweit erforderlichen Vollbeweises (mit an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit) gesichert und war so weit verletzungsbereit, als der Anstoß die Instabilität zwischen C1 und C2 zum Vorschein hat treten lassen. Der Senat stützt sich bei dieser Bewertung auf das Gesamtergebnis der Beweisaufnahme und hierbei insbesondere auf die Darlegungen des Sachverständigen PD Dr. M., der – im Gegensatz zu Dr. R. – insbesondere unter Berücksichtigung des Ereignishergangs, der radiologischen und intraoperativen Befunde, des Krankheitsverlaufs und der greifbaren unfallunabhängigen Erklärung der Gesundheitsstörung eine nachvollziehbare und in sich schlüssige Begründung seiner Schlussfolgerungen gegeben hat, die zudem im Einklang mit den aktuellen medizinischen Erkenntnissen steht. Demgegenüber sind die Ausführungen der Dres. O und S/T sowie Prof. Dr. E., denen unter Missachtung von [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) nicht anonymisierte Sozialdaten des Klägers übermittelt worden sind, nicht verwertbar (vgl. BSG, Urteile vom 5. Februar 2008 – [B 2 U 8/07 R](#) und [B 2 U 10/07 R](#) – abrufbar unter: www.bundessozialgericht.de).

a) Gegen die Wahrscheinlichkeit eines Unfallzusammenhangs spricht zunächst, dass die Geeignetheit des Unfallhergangs zur Hervorrufung der atlantoaxialen Instabilität schon im Sinne der Adäquanztheorie zweifelhaft erscheint.

So fehlt es bereits am makroskopischen Nachweis eines einschlägigen Gesundheitserstschadens als vermittelndem Verbindungsglied zu dieser Ende April 2000 diagnostizierten Gesundheitsstörung. Der insoweit erforderliche Vollbeweis (siehe zu den inhaltlichen Anforderungen dieses Beweismaßstabes BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - B 2 U 5/05 R - SozR 4-5671 § 6 Nr. 2) ist entgegen der Meinung von Dr. R insbesondere nicht aus den Angaben des Zeugen S zu gewinnen. Denn zum einen kann eine unspezifische Stand- und/oder Gangunsicherheit bei vielen Funktionsstörungen der HWS - gleich welcher Ursache -, vor allem bei in der Normalbevölkerung häufig anzutreffenden Blockierungen der Kopfgelenke auftreten (siehe Schönberger/Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Abschn. 8.3.4.2.4, S. 557 f.). Zum anderen können die Bekundungen des Zeugen S die fehlenden makroskopischen Verletzungszeichen deshalb nicht ersetzen, weil sie lediglich das unbestimmte Ausmaß einer Symptomatik wiedergeben, jedoch keinen dafür verantwortlichen Gesundheitserstschaden objektiv belegen. Überdies hat PD Dr. M eine Ungeeignetheit des angeschuldigten Unfallhergangs zur Verursachung einer Strukturverletzung im Bereich der HWS mit relevanten neurologischen Ausfällen, die den Kläger an einer Wiederaufnahme der Arbeit gehindert hätten, nachvollziehbar erklärt. Danach hat nämlich der Anstoß zu einer Dorsalbewegung zwischen dem Schädel und C1 einerseits sowie C2 und der damit verbundenen restlichen HWS als unteren Partner andererseits geführt, bei der der Schädel und C1 aus ihrer Ventraldislokation nahezu in Normalstellung verschoben worden sind.

b) Auch der zeitliche Verlauf nährt erhebliche Zweifel an einer wesentlichen Teilursächlichkeit des Unfalls vom 20. Januar 2000 für die Entstehung der geltend gemachten Gesundheitsstörung.

Nach Beendigung der Mittagspause war der Kläger seiner Tätigkeit als Maler und Tapezierer wieder in vollem Umfang nachgegangen. Beschwerden im Bereich der HWS sind nach seinen eigenen Angaben gegenüber Dipl.-Med. B am 15. Mai 2000 erst etwa zwei Wochen nach dem angeschuldigten Unfall aufgetreten. Der erste Arztbesuch bei Dr. L ist für den 23. März 2000 dokumentiert, wobei Dr. L Arbeitsunfähigkeit nicht wegen des Unfalls, sondern wegen einer Arthritis bei habitueller Subluxation und Instabilität der Wirbelsäule bescheinigt hatte. Weder gegenüber Dr. L und Dr. H noch bei seiner stationären Aufnahme im Städtischen Klinikum D am 25. April 2000 sowie vor der Operation am 4. Mai 2000 hat der Kläger einen Arbeitsunfall als Ursache seiner Beschwerden auch nur erwähnt. Vielmehr wurde ein Unfallzusammenhang erstmals über drei Monate nach dem Ereignis, nämlich von seiner Ehefrau am 4. Mai 2000 gegenüber der Rechtsvorgängerin der Beklagten bzw. am 10. Mai 2000 gegenüber der damaligen Arbeitgeberin, der nach ihren Angaben keine Unfallmeldung vorlag, angesprochen. Insoweit entspricht auch der Krankheitsverlauf anstatt einer traumatischen Entwicklung weit eher der klinischen Manifestation eines schicksalhaften Os odontoideum. Mangels zeitlicher Verknüpfung liegt damit bereits die Wertung des Unfalls als auslösende *conditio-sine-qua-non* keineswegs auf der Hand. Selbst wenn aber mit Dr. R eine ausreichende zeitliche Verbindung angenommen würde, wäre allein hieraus kein Ursachenzusammenhang abzuleiten. Das Zeitmoment ist nämlich nur ein (nachrangiger) Aspekt der Kausalitätsbeurteilung. Denn im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gilt kein Anscheinsbeweis der besagt: *Post hoc, ergo propter hoc* (nach dem Unfall, also durch den Unfall). Zur Begründung der unfallversicherungsrechtlichen Kausalität reichen mithin Beschwerden, die nach einem Unfall auftreten und vorher - gegebenenfalls in diesem Maße - nicht verspürt worden sind, allein nicht aus (siehe nochmals BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, a.a.O.).

c) Hinzu kommt, dass sich eine im Wesentlichen durch den Unfall vom 20. Januar 2000 verursachte atlantoaxiale Instabilität auch nach den bildgebenden und intraoperativen Befunden nicht wahrscheinlich machen lässt.

Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen gehen traumatische Wirbelverrenkungen in der Regel mit Begleitverletzungen der Bandscheiben und Bandverbindungen sowie der Muskel- und Sehnenansätze einher. Zudem führen sie meist zu einer Mitbeteiligung des Rückenmarks bzw. zu Schädigungen der Nervenwurzeln. Zu den hierbei auftretenden cervicalen Nebenbefunden gehören etwa Blutungen und deren Begleitödeme in den Bindegewebsschichten, im Bandapparat, in der Muskulatur, im Wirbelgelenk und auf der Rückenmarkshaut. Darüber hinaus sind frische Zerreißschäden in einem Bewegungssegment durch minimale knöcherne Begleiterscheinungen (z.B. kleine Frakturen an den Gelenkfortsätzen eines Wirbels oder Schrägbrüche im Dornfortsatz) gekennzeichnet (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.3.2.4, S. 424 und Abschn. 8.3.4.2.4, S. 557 f.). Bleiben dagegen sämtliche benachbarte und umgebende Strukturen unbeeinträchtigt, ist dies ein starkes Indiz gegen eine traumatische Ursache. So liegt es hier. Denn Hinweise für entsprechende mikroskopische Mitverletzungen sind auch nicht ansatzweise belegt. Im Gegenteil haben Dr. S, Dr. R, Prof. Dr. S, Dr. M und PD Dr. M weder in den präoperativen bildgebenden Befunden noch intraoperativ einschlägige verletzungsspezifische Reaktionen gefunden, die auf ein abgelaufenes Trauma rückschließen lassen.

d) Gegen die Wahrscheinlichkeit des Unfallzusammenhangs spricht schließlich, dass als Erklärung der atlantoaxialen Instabilität eine einleuchtende konkurrierende Ursache gesichert ist, die im Verhältnis zum angeschuldigten Ereignis wesentlich überwiegt.

(1) Dr. S, Dr. H, Dr. S, Dr. R, Prof. Dr. S, Dr. M und PD Dr. M haben übereinstimmend eine vorbestehende Schadensanlage in Form einer Subluxationsstellung des Atlas bei Os odontoideum diagnostiziert, die bis zum angeschuldigten Trauma klinisch stumm geblieben war. Wie PD Dr. M erläutert hat, war dadurch die ansonsten zwischen C1 und C2 durch die Wirbelbogengelenke und deren Kapseln sowie die Bänder der Nackenmuskulatur gehaltene Verbindung gestört gewesen. Diese Besonderheit hat im Laufe der Zeit zu einer Verschiebung des Schädels mit C1 nach vorn und hierdurch zu der Atlasfehlstellung sowie einer Ausdünnung des hinteren Atlasbogens geführt. Wie sich aus den bildgebenden Befunden ergibt, war diese Schadensanlage so leicht ansprechbar, dass sie infolge des Anstoßes manifest wurde. Denn Dr. S, Dr. S, Prof. Dr. S, Dr. M und PD Dr. M haben bei der Auswertung der bildgebenden Befunde vom 13., 24. und 27. April 2000 übereinstimmend erhebliche Arthrosen im Bereich der atlantoaxialen Gelenke, eine Kompression des Myelons in Höhe C1/2, eine arthrotische Artikulation des Os odontoideum zu den vorderen Atlasanteilen sowie ventrale und dorsale Knochenbauten am isolierten Dens mit weiteren Degenerationszeichen nach cranial festgehalten. Demgegenüber steht Dr. Röhl, der bei C1/C2 keinerlei degenerative Veränderungen erkennen will, völlig allein, zumal Dr. S die vorgenannten erheblichen Abnutzungszeichen in dieser Region am 4. Mai 2000 auch intraoperativ bestätigt hat. Die insoweit von Dr. R angestellte Vermutung, Dr. S habe diesen Bereich überhaupt nicht in Augenschein genommen, widerspricht den ausdrücklichen Angaben im Operationsbericht, an deren Richtigkeit zu zweifeln der Senat keine vernünftige Veranlassung hat. Nur aufgrund der genannten erheblichen Abnutzungserscheinungen bei gesichertem Os odontoideum war das angeschuldigte Geschehen, welches eine intakte obere HWS nicht weiter hat betreffen können, überhaupt zur Auslösung der Instabilität in der Lage. Genau diese Wertung des Unfalls als Auslöser (Gelegenheitsursache) hat Dr. R in seinem Gutachten vom 29. Oktober 2002 sowie im Ergebnis seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Juli 2005 so auch selbst ausdrücklich vorgenommen. Er hat hierbei lediglich - zu Unrecht - den Rechtsbegriff der Gelegenheitsursache mit demjenigen des Bagateltraumas gleichgesetzt.

(2) Diese Beurteilung erfährt dadurch zusätzliche Unterstützung, als bei dem Kläger nicht nur im Bereich der oberen HWS, sondern auch von C5 bis C7 weitere nicht unerhebliche verschleißbedingte Veränderungen vorliegen. So hatte Dr. S schon bei der Auswertung des Röntgenbefundes vom 30. März 2000 eine Osteochondrose bei C5/6 gefunden. Nachfolgend hatte Dr. S im CT der HWS vom 13. April 2000 von C2 bis C7 degenerative Veränderungen, insbesondere mit einer deutlichen Einengung der Foramina intervertebralia bei C5 und C6 sowie ventralen und dorsalen Kantenanbauten festgehalten. Diese Degenerationszeichen haben Prof. Dr. S und PD Dr. M bei der Nachauswertung der bildgebenden Befunde vom 13., 24. und 27. April 2000 bestätigt, indem auch sie jeweils bei C5/6 eine Osteochondrose mit dorsalen und ventralen Spondylophyten und einer Spinalkanalstenose in diesem Segment beschrieben haben. Schließlich ist durch die im S Reha-Klinikum B K nachbefundete Röntgenaufnahme der HWS vom 11. Mai 2000 neben den vorgenannten Verschleißerscheinungen auch eine Spondylarthrose bei C6/7 gesichert. Mithin sprechen auch diese Tatsachen dafür, dass sich die Degeneration im Bereich der oberen HWS bei Os odontoideum als wesentliche Bedingung für die atlantoaxiale Instabilität ebenso schicksalhaft entwickelt hat.

Nach alledem ist die vorbestehende Schadensanlage des Os odontoideum am 20. Januar 2000 gelegentlich des Anstoßens am Rundbogen im Rahmen des Ganges zur Mittagspause als versicherter Tätigkeit allenfalls manifest geworden. Die primäre Symptomatik mag durch das Anschlagen des Kopfes am Kellerrundbogen zwar im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne aktiviert worden sein. Rechtlich wesentliche Teilursache der atlantoaxialen Instabilität war das versicherte Geschehen dagegen nicht. Vielmehr besteht zwischen ihm und dieser Gesundheitsstörung nur eine lose zeitliche Verknüpfung, die entgegen dem Schluss des Klägers, der letztlich auch der Bewertung von Dr. R zugrunde liegt, zur Begründung der unfallversicherungsrechtlichen Kausalität allein nicht ausreicht. Da somit die atlantoaxiale Instabilität nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich auf den Arbeitsunfall vom 20. Januar 2000 zurückgeführt werden kann, kann sie nicht als (zusätzliche) Unfallfolge festgestellt werden. Auf die Berufung der Beklagten war das Urteil des SG deshalb im angefochtenen Umfang aufzuheben und die Klage insoweit abzuweisen.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), wobei der Senat die im Wege des Teilanerkennnisses erfolgte Feststellung des Versicherungsfalls dem Grunde nach berücksichtigt hat.

III. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02