

L 6 U 3649/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 1741/03
Datum
21.06.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3649/06
Datum
13.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin Anspruch auf eine Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls hat.

Die 1967 geborene Klägerin wurde am 02. Juli 1999 auf dem Weg von der Arbeitsstelle nach Hause in einen Verkehrsunfall verwickelt. Sie fuhr auf der A 8 zwischen den Ausfahrten D. und A.-O. an das Ende eines Staus heran und bremste ab. Der Fahrer des nachfolgenden Fahrzeugs bemerkte dies zu spät, worauf sein Fahrzeug auf das Fahrzeug der Klägerin auffuhr und dieses wiederum auf das davor fahrende Fahrzeug aufgeschoben wurde. Die Klägerin wurde im unmittelbaren anschließend im Krankenhaus Friedberg behandelt.

Am 05. Juli 1999 stellte sich die Klägerin beim Orthopäden Dr. Ha. vor, wobei sie ausweislich des H-Arzt-Berichts vom gleichen Tag angab, nach dem Unfall sei eine kurze Bewusstlosigkeit eingetreten, eine Röntgenuntersuchung im Krankenhaus Friedberg habe keinen Hinweis auf eine knöcherne Verletzung gegeben. Klinisch erhob Dr. Ha. eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) mit Schmerzausstrahlung in die obere Brustwirbelsäule (BWS), Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und Kribbelparästhesien der linken Hand. Dr. Ha. diagnostizierte ein Schleudertrauma der HWS, einen Verdacht auf eine Gehirnerschütterung sowie eine Stauchung der Brust- und Lendenwirbelsäule. Mit einer Kernspintomographie der HWS vom 07. Juli 1999 erhob der Radiologe Dr. Hä. einen Prolaps HWK 5/6 und Osteodegenerationen im selben Segment mit unvertebraler Spondylose und initialer Osteochondrose. Er fand keine Zeichen frischer ossärer Verletzungsfolgen, auch kein intraspinale Hämatom. Das Cervikalmark beschrieb er als regulär, den cranio-cervikalen Übergang als unauffällig. Bezugnehmend auf einen schriftlichen Vorbefund vom Dezember 1998 merkte er an, es bestehe eine signifikante Progredienz der Diskusveränderungen im Segment HWK 5/6, in dem vormalig eine Protrusion beschrieben worden sei.

Am 30. Juli 1999 stellte sich die Klägerin bei Dr. R. (Praxis Dres. L./R. für Neurologie, Psychiatrie, Umweltmedizin) vor. Dieser nahm in seinem Arztbrief vom 03. August 1999 zunächst auf eine Vorbehandlung der Klägerin vor einem Jahr wegen Cervikobrachialgien Bezug. Nun habe die Klägerin mitgeteilt, sie sei nach dem Autounfall kurz bewusstlos gewesen und habe danach Kopf-, Hals- und Nackenschmerzen gehabt. In letzter Zeit sei es zusätzlich zu einem Pelzigkeitsgefühl der linken Handfläche und heftigen Kopfschmerzen gekommen. Die neurologische und elektromyographische Untersuchung und ein EEG erbrachten keine regelwidrigen Befunde. Dr. R. beschrieb radikuläre Irritationszeichen linksseitig. Er ging von posttraumatischen, einer konservativen Therapie zugänglichen Beschwerden aus und veranlasste zur Abklärung der ausgeprägten, lang anhaltenden Kopfschmerzen eine kernspintomographische Abklärung. Diese wurde durch Dr. Hä. ebenfalls am 30. Juli 1999 durchgeführt. Dr. Hä. erhob ein unauffälliges MRT des Neurocraniums.

Am 17. Oktober 1999 endete die bis dahin festgestellte Arbeitsunfähigkeit der Klägerin.

Zur Prüfung der Unfallfolgen veranlasste die Beklagte das aufgrund der Untersuchung vom 26. April 2000 erstattete Gutachten des Prof. Dr. P. (Rehabilitationskrankenhaus U.) vom 29. Juni 2000, der auf eine anlagebedingte Schwäche der discoligamentären Strukturen hinwies. Zeichen hierfür sei, dass praktisch alle Wirbelsäulenabschnitte deutliche Zeichen von Bandscheibendegenerationen aufwiesen. Er diagnostizierte einen Zustand nach cervicalem Beschleunigungstrauma mit Verdacht auf discoligamentäre Begleitverletzung und persistierenden Cervikobrachialgien und Cervicocephalgien. Unfallunabhängig seien die in allen Wirbelsäulenabschnitten vorkommenden degenerativen Veränderungen der Bandscheibenstrukturen sowie die bereits vor dem Unfall bestehenden Cervicocephalgien, welche sich

auch in ärztlicher Behandlung befunden hätten. Die Klägerin habe bei dem Unfall eine mittelgradige HWS-Distorsion (Grad II nach Erdmann) erlitten, welche üblicherweise eine Arbeitsunfähigkeit von 3-4 Monaten zur Folge habe. Nach dem Ende dieser Arbeitsunfähigkeit betrage die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für 6 Monate 30 vom Hundert (v. H.), für 12 weitere Monate 20 v. H. und anschließend noch einmal für 12 weitere Monate 10 v. H. Prof. Dr. P. empfahl eine orthopädische Schmerztherapie.

Im Nachschaubericht vom 29. August 2000 (Untersuchung vom 21. August 2000) erhob Prof. Dr. P. klinisch u.a. einen Druckschmerz und eine Muskelverspannung über dem oberen HWS-Bereich sowie eine schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit der HWS.

In der Zeit vom 06. bis 27. September 2000 wurde die Klägerin in der Fachklinik E. stationär behandelt. Der behandelnde Arzt Dr. Mo. teilte der Beklagten am 18. Dezember 2000 mit, die Klägerin habe die Beweglichkeit der HWS und LWS in der Abschlussuntersuchung deutlich besser als zuvor empfunden.

Am 24. November 2000 erstellte Dr. Pf. (Orthopäde) einen Zwischenbericht. Die Klägerin habe trotz der Maßnahme in E. nach wie vor Schwindel und Kopfschmerzen. Er diagnostizierte Restbeschwerden nach einer Distorsion der HWS.

Mit Bescheid vom 13. Juni 2001 erkannte die Beklagte den Verkehrsunfall vom 02. Juli 1999 als Arbeitsunfall an und bewilligte der Klägerin für den Zeitraum vom 18. Oktober 1999 bis 30. April 2002 Rente als vorläufige Entschädigung, welche in Form einer Gesamtvergütung gezahlt wurde. Die Beklagte führte weiter aus, entsprechend der Ergebnisse des Orthopäden Prof. Dr. P. betrage die MdE vom 18. Oktober 1999 bis 18. April 2000 30 v. H., vom 18. April 2000 bis 17. April 2001 20 v. H. und anschließend bis zum 30. April 2002 noch 10 v. H. Die Rente nach einer MdE von 10 v. H. werde als gestützte Rente gewährt, weil die Klägerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. Januar 1992 in ihrer Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. gemindert sei. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 02. Juli 1999 anerkannte die Beklagte: Anhaltende Kopf- und Halsschmerzen sowie Begleitverletzung der Bandscheibe nach mittelgradiger Halswirbelsäulenstauchung in Form einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung der Wirbelsäule. Nicht anerkannt wurden degenerative Veränderungen der Bandscheibenstrukturen in allen Wirbelsäulenabschnitten sowie bereits vor dem Unfall bestehende Kopf- und Halsschmerzen.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom 13. Juli 2001. Für die Zeit ab 18. April 2001 sei von einer MdE von mindestens 20 v. H. auszugehen. Richtig sei, dass sie seit 1998 wegen Cervicobrachialgien in ärztlicher Behandlung gewesen sei. Die damaligen gesundheitlichen Beschwerden und Schmerzen seien jedoch zum Zeitpunkt des Unfalles vom 02. Juli 1999 bereits über ein Jahr völlig ausgeheilt gewesen.

Im Zwischenbericht vom 20. Dezember 2001 führte Dr. Pf. aus, veranlasst durch die fortlaufenden Klagen über Konzentrationsschwäche, Schwindel und rezidivierende Kopfschmerzen sei ein Kernspintomogramm der HWS durchgeführt worden. Hierbei hätten sich deutlichen monosegmentale Veränderungen C 5/6 mit Gefügestörungen, relativer Retrolisthesis sowie ein Bandscheibenvorfall gezeigt. Eine zusätzliche Untersuchung der A. vertebralis habe keinen Befund ergeben (Arztbrief des Internisten Dr. Be. vom 21. Dezember 2001).

Die Beklagte bat Prof. Dr. P. um eine ergänzende Stellungnahme. Dieser führte am 09. Januar 2002 aus, die Klägerin sei bereits im Jahr 1990 wegen eines HWS- Schleudertraumas im Rehabilitationskrankenhaus U. vorstellig geworden. Sie habe damals häufige, fast tägliche Taubheitsgefühle, Kribbeln und Kraftlosigkeit der Arme und Beine angegeben. Auf den damals durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS in vier Ebenen sowie Funktionsaufnahmen der HWS hätten sich bereits deutliche degenerative Veränderungen der HWS gezeigt. Es gebe keinen Hinweis, dass der auf den kernspintomographischen Aufnahmen vom 07. Juli 1999 erkennbare Bandscheibenvorfall HWK 5/6 ausschließlich Folge des Unfalles vom 02. Juli 1999 gewesen sei.

Im Zwischenbericht vom 02. Mai 2005 diagnostizierte Dr. Bu. (Orthopäde) ein chronifiziertes Schmerzsyndrom. Er beschrieb eine massive Schonhaltung der HWS mit deutlich verminderten Bewegungsmaßnahmen und schlug eine ergänzende psychosomatische Behandlung vor.

Die Beklagte veranlasste eine weitere Begutachtung der Klägerin durch Prof. Dr. W. von der Orthopädischen Klinik M ... Im Gutachten vom 14. November 2002, erstellt nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 17. Oktober 2002, diagnostizierte Prof. Dr. W. eine ausgeprägte ligamentäre Instabilität C 3/4 und eine geringgradige ligamentäre Instabilität C 4/5, beide als Folge des Arbeitsunfalles vom 02. Juli 1999, und einen Bandscheibenvorfall C 5/6. Die Klägerin habe von ständigen Schwindelattacken, Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Schulterbereich berichtet, dazu habe sie heftige Schmerz- und Schwindelattacken, ihre Merk- und Konzentrationsfähigkeit seien herabgesetzt. Auch würden beide Hände immer wieder taub. Die wesentliche unfallbedingte Verletzung sei die ausgeprägte Instabilität C 3/4, welche im Gutachten von Prof. Dr. P. nicht erwähnt sei. Das deutliche Klaffen der Dornfortsätze dieses Segmentes bewiese jedoch zweifelsfrei die Zerreißung des Bandapparates. Daher müsse davon ausgegangen werden, dass die Klägerin eine HWS-Distorsion Grad III nach Erdmann erlitten habe. Ob der Bandscheibenvorfall C 5/6 unfallbedingt sei, könne weder bewiesen noch widerlegt werden. Die MdE betrage aufgrund der ausgeprägten ligamentären Instabilität C 3/4 und der geringgradigen Instabilität C 4/5 25 v. H. Es handle sich um einen strukturellen Schaden, weshalb die MdE auf Dauer bestehe.

In weiteren Zwischenberichten (11. April 2003 und 12. Mai 2005) schlug Dr. Bu. eine Akupunkturbehandlung sowie die Behandlung in einer TCM-Klinik vor.

In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 19. Mai 2003 erklärte der Chirurg Dr. Gr., die Ergebnisse der MRT-Untersuchungen vom Juli 1999 sprächen gegen die von Prof. Dr. W. diagnostizierten Befunde. Es seien damals durchweg keine akuten dramatischen Befunde festgestellt worden und zwar weder an den ossären noch an den ligamentären Strukturen. Auch hätten sich keine Einblutungen zu dem damaligen Zeitpunkt gefunden. Nach Aktenlage gehe er daher davon aus, dass die Klägerin eine Distorsion der HWS (Schweregrad I) erlitten habe. Selbst die Beurteilung durch Prof. Dr. P. sei großzügig. Das Zustandsbild der Klägerin sei zwischenzeitlich als unfallunabhängig zu werten. Darauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juni 2003 als unbegründet zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 22. Juli 2003 Klage zum Sozialgericht U. (SG). Die Klägerin trug vor, seitens der Wirbelsäule keine vorbestehende Erkrankung gehabt zu haben. Im Übrigen stütze sie sich auf das Gutachten von Prof. Dr. W. und zwei - vorgelegte - Gutachten, welche im Auftrag einer privaten Versicherung von Prof. Dr. R. (Facharzt für Neurologie - Universitätsklinik U.) sowie Dr. E.

(Oberarzt Chirurgische Universitätsklinik U.) erstattet worden waren. Dr. E. bewertete die MdE zusammenfassend mit 25 v.H. Die Ärzte diagnostizierten eine HWS-Distorsion (Grad II nach Erdmann), ein HWS-Distorsionssyndrom mit chronischen funktionellen Beschwerden, insb. Konzentrationsstörungen, gelegentliche Parästhesien und eine kernspintomographische Weichteilläsion im Segment C 5/6 ventral. Eine primäre Bewusstlosigkeit spreche für ein Schädelhirntrauma höheren Grades. Von den orthopädischen Kollegen angeschuldigte degenerative Veränderungen der Bandscheibenstrukturen könnten nicht nachvollzogen werden.

Die Klägerin legte ferner den vorläufigen Entlassbrief des Rehabilitationskrankenhauses U. vom 23. September 2004 vor, außerdem das verkehrstechnische DEKRA-Gutachten vom 8. Juli 1999.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie legte zu den Gutachten von Prof. Dr. R. und Dr. E. die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Gr. vom 11. Juni 2004 vor, zum Gutachten von Dr. Ab. die Stellungnahme vom 7. Dezember 2005.

Das SG hörte die behandelnden Ärzte Dr. Ha., Dr. Bu., Dr. M. (Allgemeinmediziner) und Dr. R. schriftlich als sachverständige Zeugen. Für den zwischenzeitlich verstorbenen Dr. R. teilte Dr. Lang auf eine ergänzende Befragung mit, bei der Klägerin sei im Dezember 1998 ein Cervicalsyndrom diagnostiziert und ein Verdacht auf eine spinale Enge cervical geäußert worden. Sie habe damals Schmerzen im Bereich der HWS angegeben, die in die Arme ausgestrahlt hätten. Frische Verletzungsfolgen im Zusammenhang mit einem HWS-Schleudertrauma seien zuletzt im Juli 1999 nicht festgestellt worden.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) wurde der Orthopäde Dr. Ab. mit einer weiteren Begutachtung beauftragt. In seinem Gutachten vom 22. Juni 2005, erstellt nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 07. Juni 2005, diagnostizierte er wie folgt: Bandscheibenvorfall C 5/6 ohne neurologische Symptomatik, ausgeprägtere ligamentäre Instabilität C 3/4, geringgradige ligamentäre Instabilität C 4/5, rezidivierendes lumbales Schmerzsyndrom ohne neurologische Symptomatik und rezidivierende posttraumatische Schwindelattacken. Der Bandscheibenvorfall C 5/6, die ligamentäre Instabilität C 3/4 und C 4/5 sowie die Schwindelattacken seien mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Unfall vom 02. Juli 1999 verursacht. Da weder ein Polizeiprotokoll noch Erstbefunde vorlägen, müssten die später diagnostizierte Instabilität C 3/4 und C 4/5 sowie der Bandscheibenvorfall C 5/6 als Kriterien herangezogen werden; es sei mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass diese drei Befunde Unfallfolgen seien. Infolge der Instabilität der HWS könne auf eine HWS-Distorsion Grad III geschlossen werden. Die MdE betrage 20 v. H. auf Dauer. Mit Schreiben vom 12. Januar 2006 nahm Dr. Ab. ergänzend gutachterlich Stellung.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 21. Juni 2006 ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 25 v. H. wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 02. Juli 1999. Zur Überzeugung des Gerichtes betrage die unfallbedingte MdE bei der Klägerin nach dem 17. April 2001 nur noch 10 v. H. und nach dem 30. April 2002 nur noch unter 10 v. H. Diese Überzeugung ergebe sich aus den Sachverständigengutachten des Orthopäden Prof. Dr. P ... Daraus sei zu entnehmen, dass bei der Klägerin eine anlagebedingte Schwäche discoligamentärer Strukturen bestehe. Praktisch alle Wirbelsäulenabschnitte wiesen Anzeichen von Bandscheibendegenerationen auf. Mit diesen degenerativen Vorschädigungen hätten sich die Sachverständigen Prof. Dr. W. und Dr. Ab. nur unzureichend auseinandergesetzt. Nicht bewiesen sei, dass, wie diese annähmen, ein Bandscheibenvorfall C 5/6 sowie ligamentäre Instabilitäten im Bereich C 3 bis C 5 Folge des Arbeitsunfalles vom 02. Juli 1999 seien. Man habe nicht ignorieren können, dass die Klägerin bereits im Jahr 1990 im Rahmen von Röntgenaufnahmen der HWS deutliche degenerative Veränderungen gezeigt habe. Bereits damals hätten bei der Klägerin sog. Treppenphänomene in Höhe der mittleren HWS, also genau in dem Bereich, der von Dres. W. und Ab. jetzt als ausschließlich unfallgeschädigt angesehen werde, vorgelegen. Die kernspintomographischen Untersuchungen vom Juli 1999 hätten kurz nach dem Unfall keine Zeichen frischer Verletzungsfolgen oder Einblutungen ergeben. Angesichts der erheblichen Folgen, welche Prof. Dr. W. und Dr. Ab. drei Jahre nach dem Unfall auf denselben zurückführen wollten, hätte man im Rahmen der Kernspintomographie im Juli 1999 einen ganz anderen Befund erheben müssen. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich Dr. Ab. mit der von Dr. L. mitgeteilten Diagnose eines Cervicalsyndroms im Dezember 1998 - ein halbes Jahr vor dem Unfall - befasst und diese gutachterlich gewürdigt. Dies sei nicht geschehen. Dagegen habe Prof. Dr. P. nachvollziehbar und plausibel ausgeführt, dass die Klägerin am 02. Juli 1999 ein cervicales Beschleunigungstrauma erlitten habe, welches üblicherweise nur eine Arbeitsunfähigkeit von 3-4 Monaten zur Folge habe. Die Bilder des Pkws der Klägerin und das DEKRA-Gutachten, in welchem von einem Auffahrunfall im Stau gesprochen werde, wiesen weiter darauf hin, dass mit großer Wahrscheinlichkeit nur ein Distorsionstrauma geringeren Grades eingetreten sei. Die Bewertung durch Prof. Dr. P. sei im oberen Bereich erfolgt. Dieser habe im Rahmen der ambulanten Untersuchung der Klägerin am 26. April 2000 an der HWS nur Zeichen einer diskreten Instabilität festgestellt. Der Unfall habe lediglich das bereits bestehende Beschwerdebild vorübergehend verschlimmert. Die von Prof. Dr. W. und Dr. Ab. drei Jahre später festgestellte ligamentäre Instabilität sei nicht auf den Unfall, sondern auf eine anlagebedingte Schwäche discoligamentärer Strukturen und die hiermit einhergehende degenerative Entwicklung zurückzuführen. Dies ergebe sich aus den kernspintomographischen Befunden vom 07. Juli 1999, bei denen keinerlei Zeichen frischer ossärer oder ligamentärer Verletzungsfolgen festzustellen gewesen seien. Insoweit sei der Ursachenzusammenhang nicht wahrscheinlich zu machen.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 4. Juli 2006 zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin am 13. Juli 2006 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, Dr. Ab. habe in seinem Gutachten die kernspintomographischen Befunde vom Juli 1999 angemessen berücksichtigt. Insbesondere habe er ausgeführt, vor dem Unfall sei eine Bandscheibenvorwölbung und nach dem Unfall durch die gleiche Untersuchungstechnik eine Zerreißen des Bandscheibenapparats mit hervorgetretenem Bandscheibengewebe diagnostiziert worden. Hinsichtlich der vom SG kritisch bewerteten zeitlichen Verzögerung der entscheidungsrelevanten Diagnosestellung habe Dr. Ab. eindeutig ausgeführt, oft sei nach solchen Traumen die Erstbeschwerdesymptomatik relativ gering beziehungsweise es erfolge aufgrund der von ärztlicher Seite oft gering geachteten Erstsymptomatik überhaupt keine Diagnostizierung. Auch eine spätere Diagnostik sei sehr wohl aussagekräftig. Angesichts der sich erheblich widersprechenden ärztlichen Beurteilungen sei eine weitere medizinische Sachaufklärung geboten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichtes Ulm vom 21. Juni 2006 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Juni 2003 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Verletztenrente nach einer MdE in Höhe von 25 v. H. ab dem 18. April 2001 auf Dauer wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 2. Juli 1999 zu gewähren, hilfsweise von Amts wegen von Dr. Op., I., ein orthopädisches Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Nach der kompetenten Stellungnahme des Dr. Gr. sei es mit großer Wahrscheinlichkeit lediglich zu einem Distorsionstrauma Grad I der HWS gekommen. Diese habe das bereits vorbestehende degenerative Beschwerdebild lediglich vorübergehend verschlimmert. Der Verkehrsunfall habe weder zu einer traumatisch bedingten Bandscheibenschädigung noch zu einer Lockerung der Bandsysteme an der HWS geführt. Unfallfolgen lägen nicht mehr vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Vortrags der Beteiligten und des Sachverhaltes wird ergänzend auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig.

Sie hat in der Sache jedoch keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Juni 2003 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Bei der Klägerin sind keine Unfallfolgen mehr festzustellen, die ab 18. April 2001 eine MdE von mehr als 10 v. H. und ab 1. März 2002 eine MdE von zumindest 10 v. H. bedingen.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit in Folge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht nach [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Versicherungsfälle in diesem Sinne sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Dabei sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Versicherte Tätigkeit ist gemäß [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Unfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt - in gleichem Maße - wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Kommt dagegen einer der Bedingungen gegenüber der oder den anderen Bedingung/en eine überwiegende Bedeutung zu, so ist sie allein wesentliche Bedingung und damit Ursache im Rechtssinne (BSG, Urteil vom 30. Juni 1960 - [2 RU 86/56](#) - SozR § 542 Nr. 27; BSG, Urteil vom 1. Dezember 1960 - [5 RKn 66/59](#) - SozR § 542 Nr. 32). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind die bei der Klägerin in der Zeit nach dem 17. April 2001 bis 30. April 2002 bestandenen Unfallfolgen nur noch mit einer MdE um 10 v. H. verbunden gewesen. Nach dem 30. April 2002 kann keine MdE um mindestens 10 v. H. mehr festgestellt werden. Auch bei nochmaliger kritischer Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Gutachten unter Berücksichtigung der unfallmedizinischen Literatur kommt der Senat ebenso wie das SG zu der Überzeugung, dass es nicht überwiegend wahrscheinlich ist, dass der im Juli 1999 kernspintomographisch gesicherte Bandscheibenvorfall HWK 5/6 sowie die von Prof. Dr. W. im Jahr 2002 festgestellten ligamentären Instabilitäten C 3/4 und C4/5 durch die bei dem Unfall am 2. Juli 1999 eingetretene HWS-Belastung entstanden sind, und dass dem Unfall auch nicht die Bedeutung einer wesentlichen Teilursache für diesen Gesundheitsschaden und die in der Folgezeit durchgeführten Behandlungen zukommt.

Sofern - wie hier - in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall ein Bandscheibenvorfall der HWS erhoben wurde, ist sorgfältig zu prüfen, ob dieser durch den Unfall in naturwissenschaftlichem Sinne hervorgerufen worden ist und ob dem Unfall gegebenenfalls hierfür wesentliche Bedeutung zukommt. In die Beurteilung einzubeziehen sind der Unfallmechanismus, die klinischen und bildgebenden Befunde nach dem Unfall sowie Vorerkrankungen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. S. 527ff.).

Das SG hat zutreffend dargelegt, dass die bei der Klägerin nach wie vor bestehenden, von der HWS ausgehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr wesentlich auf den Unfall zurückgeführt werden können. Sorgfältig begründet und nachvollziehbar hat es

sich der gutachterlichen Einschätzung von Prof. Dr. P. angeschlossen und dargelegt, aus welchen Gründen der abweichenden Auffassung von Prof. Dr. W. und Dr. Ab. nicht gefolgt werden kann. Der Senat macht sich die entsprechenden Ausführungen im angefochtenen Urteil auf Seite 7, 4. Absatz bis Seite 10, 1. Absatz zu eigen und verweist hierauf gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#). Ob der für die Klägerin noch ungünstigeren Einschätzung von Dr. Gr. zu folgen ist, kann der Senat - wie auch das SG - dahingestellt lassen, da die Klägerin durch dessen Einschätzung im Ergebnis nicht beschwert wurde. Noch einmal ist zu wiederholen, dass den Gutachten von Prof. Dr. W. und Dr. Ab. insbesondere entgegenzuhalten ist, dass sie sich mit den Vorerkrankungen der Klägerin nicht hinreichend auseinandergesetzt haben. Insbesondere hat es Dr. Ab. versäumt, auf die eindeutigen Äußerungen von Dr. L., eine Behandlung sei noch im Dezember 1998 wegen eines Cervicalsyndroms mit ausstrahlenden Schmerzen in die Arme durchgeführt worden, einzugehen.

Soweit die Klägerin hiergegen in der Berufungsbegründung eingewandt hat, Dr. Ab. habe in seiner ergänzenden Stellungnahme darauf hingewiesen, vor dem Unfall sei - lediglich - eine Bandscheibenvorwölbung und nach dem Unfall eine Zerreißung des Bandscheibenapparates mit hervorgetretenem Bandscheibengewebe diagnostiziert worden, kann dem der Senat so nicht folgen. Dr. Ab. unterscheidet in dieser Stellungnahme eine Bandscheibenvorwölbung von einem Bandscheibenprolaps und beschreibt letzteren als eine Zerreißung des umhüllenden Bandscheibengewebes. Ein derart gravierender Vorgang kann jedoch dem bei der Kernspintomographie am 7. Juli 1999 erhobenen Befund nicht entnommen werden. Dr. Hä. stellt beurteilend zwar einen Prolaps HWK 5/6 fest. Im Befund beschreibt er diesen jedoch als Bandscheibenvorwölbung medio-lateral rechts um maximal 0,3 cm. Von einer Zerreißung des umhüllenden Bandscheibengewebes ist in seinem Bericht nicht die Rede. Nachvollziehbar erläutert Dr. Gr. in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2005 insoweit, dass zwischen einer Bandscheibenvorwölbung und einem Bandscheibenprolaps lediglich ein gradueller Unterschied besteht, dass also der Übergang von der Protrusion zum Prolaps jederzeit möglich ist. Ferner legt Dr. Gr. überzeugend dar, dass Bandscheibenprolapse nur außerordentlich selten traumatisch bedingt sind. Gegen einen frischen, traumatisch bedingten Bandscheibenprolaps spricht hier vor allem, dass bei der durchgeführten Kernspintomographie keinerlei frische Traumaschäden an den Weichteilstrukturen nachgewiesen wurden. Auch Einblutungen in die Weichteile fanden sich nicht. Bei einem durch den Unfall wesentlich bedingten Bandscheibenprolaps hätte man in jedem Falle wesentliche, frische Verletzungszeichen nachweisen müssen. Im Übrigen ist festzuhalten, dass Prof. Dr. W., dem sich Dr. Ab. in seinem Gutachten ansonsten im Wesentlichen anschließt, seinerseits immerhin offen ließ, ob der Bandscheibenvorfall unfallbedingt ist oder nicht. Die Auffassung von Dr. Gr. steht mit den im unfallmedizinischen Schrifttum vorherrschenden Auffassungen in Einklang ... Es ist danach davon auszugehen, dass Bandscheibenverletzungen unfallbedingt meist mit Wirbelkörperfrakturen entstehen. Als Unfallfolge erscheinen sie stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, Seite 527). Auf der anderen Seite entstehen Bandscheibenvorfälle häufig ohne Unfallereignis im Rahmen degenerativer Veränderungen und sind in eine stumme und eine klinisch manifeste Verlaufsphase einzuteilen. Somit kann aus der Tatsache, dass bei der Klägerin fünf Tage nach dem Unfall ein Bandscheibenvorfall HWK 5/6 kernspintomographisch gesichert wurde, nicht geschlossen werden, dass dieser Bandscheibenvorfall durch den Unfall im naturwissenschaftlichen Sinne verursacht worden ist. Selbst wenn man dies bejaht, stellt der Unfall keine wesentliche Bedingung dar. Denn die Schadensanlage der vor dem Unfall bestandenen degenerativen Veränderungen (Bandscheibenprotrusion) war insoweit von überragender Bedeutung.

Soweit die Klägerin in der Begründung ihrer Berufung vorträgt, es sei nicht unüblich, dass nach solchen Traumen die Erstbeschwerdesymptomatik relativ gering sei und eine Diagnostizierung ärztlicherseits nicht erfolge, ist dem entgegenzuhalten, dass die Klägerin bereits ab dem dritten Tag nach dem Unfall im Hinblick auf die jetzt streitgegenständlichen Gesundheitsstörungen gezielt ärztlich behandelt wurde. Die Beklagte hat aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. P. auch für einen langen Zeitraum eine deutliche MdE anerkannt. Vorliegend geht es mithin nicht um die späte Entwicklung von Gesundheitsstörungen oder die unterbliebene Diagnostizierung, sondern um die unterschiedliche Beurteilung, auf welche Ursachen die verbliebenen Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind. Im Übrigen geht der Senat davon aus, dass Prof. Dr. P. die bei der Beurteilung einer HWS-Distorsion und deren Folgen maßgeblichen Kriterien, wie sie auch in der unfallmedizinischen Literatur beschrieben werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO Seite 556), bekannt waren.

Schließlich ist noch anzumerken, dass die für eine private Versicherung eingeholten Gutachten von Prof. Dr. R. und Dr. E. aus den dargestellten Gründen, die gegen das Gutachten von Dr. Ab. sprechen, ebenfalls nicht überzeugen.

Die Einholung eines weiteren Gutachtens von Amts wegen, wie von der Klägerin hilfsweise beantragt, war nicht erforderlich. Im vorliegenden Verfahren haben eine ausreichende Anzahl von Gutachtern Stellung genommen. Die Klägerin hat im Übrigen, obwohl Prof. Dr. Be. auf Dr. Op. als in Betracht kommenden Gutachter hingewiesen hat, ihre Entscheidung dahingehend getroffen, Dr. Ab. als Sachverständigen nach [§ 109 SGG](#) zu benennen.

Aus den genannten Gründen war die Berufung zurückzuweisen.

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

Für die Zulassung der Revision bestand keine Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-03-11