

L 10 U 1797/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 898/02
Datum
23.03.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 1797/06
Datum
12.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 23.03.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Feststellung einer Drehschwindelsymptomatik und einer posttraumatischen Instabilität im Segment C4/C5 als Folge eines Arbeitsunfalls vom 24.09.1998 sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Die am 1940 geborene Klägerin erlitt am 24.09.1998 als angeschnallte PKW-Beifahrerin einen Unfall, bei dem der PKW mit einem entgegenkommenden LKW zusammenstieß. Mit Urteil vom 30.06.2000 (Aktenzeichen S 10 U 2301/99) verurteilte das Sozialgericht Reutlingen die Beklagte, den Unfall als Arbeitsunfall (Wegeunfall) anzuerkennen und dem Grunde nach die sich hieraus ergebenden Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Im Durchgangsarztbericht vom 24.09.1998 stellte Dr. St., Kreiskrankenhaus S., Frakturen der 6. bis 7. und 9. Rippe links, eine Kopfplatzwunde, multiple Prellungen und einen Verdacht auf eine Commotio cerebri fest. In einem neurologischen Befundbericht des Dr. Mf. über eine Untersuchung am Unfalltag wurden als Beschwerden "Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates, aber insbesondere keine Übelkeit, kein Erbrechen, kein Schwindel" festgehalten, die Halswirbelsäule (HWS) war bei der Untersuchung durch Dr. Mf. frei beweglich. Die röntgenologische Untersuchung der HWS im Kreiskrankenhaus S. am 29.09.1998 ergab eine mäßige Spondylarthrose im mittleren und unteren Drittel, geringe Retrospondylosen bei C 5/C6 und C6/C7, eine Erniedrigung der Zwischenwirbelräume in diesen Höhen im Rahmen einer Chondrose und keine posttraumatischen Veränderungen (Befundbericht Dr. R., Blatt 227 der Verwaltungsakte). Im Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses S. (stationärer Aufenthalt vom 24.09.1998 - 01.10.1998), Dr. Br., wurden Frakturen der 6., 7., und 9. Rippe links, eine Commotio cerebri, eine Kopfplatzwunde und multiple Prellungen festgestellt, der Behandlungsverlauf sei komplikationslos, das neurologische Konsil unauffällig gewesen. Schmerzen im Nacken wurden erstmals anlässlich einer Untersuchung durch Dr. Br. am 05.10.1998 festgehalten, wobei dieser eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit feststellte. Bei einer Nachuntersuchung am 08.10.1998 durch Dr. Bl., zu dem sich die Klägerin in die ambulante Weiterbehandlung begab, gab die Klägerin Schmerzen im Thorax, Kopfschmerzen und Schwindelgefühle an. In der Folgezeit gab die Klägerin gegenüber Dr. Bl. das Fortbestehen eines Drehschwindels an, weswegen Dr. Bl. Arbeitsunfähigkeit bis 25.04.1999 attestierte. Auch nach Ende der Arbeitsunfähigkeit gab die Klägerin weiter Schmerzen in der HWS und in der BWS, ausstrahlend besonders in die rechte Hand, sowie Drehschwindel an (Nachschaubericht des Dr. Bl. vom 13.09.2000 und Zwischenbericht vom 09.11.2000).

In einem im Auftrag der Beklagten erstatteten Gutachten stellte Prof. Dr. K. einen chronischen Schmerzzustand nach HWS-Beschleunigungsverletzung, degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, eine Thoraxprellung mit Rippenserienfraktur 6 bis 9 links, einen Zustand nach Commotio cerebri, ein Impingementsyndrom beidseits und Übergewicht fest. Die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der HWS (Vor- und Rückneigen 40-0-40°, Seitneigung 30-0-30°, Drehen des Kopfes rechts/links 40-0-50°) mit paravertebrale Muskelhartspann beidseits sei im Wesentlichen durch den Unfall vom 24.09.1998 verursacht. Die MdE auf Grund der Unfallfolgen betrage seit 26.04.1999 15 v. H., zunächst für die Dauer eines Jahres. Im fachneurologischen Gutachten stellte Privatdozent Dr. R. eine mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen (Schwindel), differenzialdiagnostisch eine Residualsymptomatik nach peripher-vestibulärer Schädigung fest. Klinisch-neurologisch bestehe ein Normalbefund, für die bestehende mittelgradig depressive Episode sei auf Grund der geringen Schwere des Traumas ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall nicht zu beweisen. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Unfallfolgen sei nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 03.12.2001 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 24.09.1998 ab. Als Unfallfolgen wurden eine Bewegungseinschränkung und ein Muskelhartspann der Halswirbelsäule sowie ein knöchern verheilte Rippenserienbruch 6 bis 9 links festgestellt, nicht als Unfallfolgen anerkannt wurden ein Drehschwindel infolge einer depressiven Störung, degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, eine Bewegungseinschränkung beider Schultergelenke und Übergewicht. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.03.2002 zurück.

Die Klägerin hat am 04.04.2002 zum Sozialgericht Reutlingen Klage erhoben und geltend gemacht, sie leide wegen der bei dem Unfall erlittenen HWS-Distorsion an chronisch rezidivierenden Schmerzen der HWS und einem anhaltenden Drehschwindel. Die Bewertung von Privatdozent Dr. R. sei unschlüssig. Dr. Bl. bestätige das Vorliegen der Beschwerden und schätze die MdE mit mindestens 20 v.H. ein. Die chronisch rezidivierende Drehschwindelsymptomatik sei mit einer MdE von mindestens 30 v.H. zu bewerten.

Das Sozialgericht hat die behandelnden Ärzte, u.a. Dr. Bl. schriftlich als sachverständige Zeugen gehört und Gutachten von Prof. Dr. Dr. He., Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachkliniken H., Prof. Dr. A., Chefarzt der Abteilung Neurologie/Neuropsychologie, Fachkliniken H., Prof. Dr. Z., Direktor der Universitäts- Hals-Nasen-Ohren-Klinik T. sowie auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Dr. Kr., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum U. mit radiologischer Befundung durch Prof. Dr. Br., Radiologische Klinik, Universitätsklinikum U. und weitere, ergänzende Stellungnahmen von Dr. Kr. eingeholt. Dr. Bl. hat ausgeführt, die Klägerin habe eine HWS-Distorsion Grad III erlitten, dabei könne es zu einer Zerrung des Stammhirns kommen, was entsprechende Symptome wie Schwindel auslösen könne; auch nach einer Commotio cerebri könne ein Drehschwindel zurückbleiben; als Unfallfolgen würden eine HWS-Distorsion mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, ein chronisches Schmerzsyndrom an der HWS, ein Zustand nach Rippenserienfraktur 6 bis 9 links, ein Zustand nach Commotio cerebri, ein Drehschwindel, ein Tinnitus und eine Depression vorliegen; die MdE sei mit 30 v.H. zu bewerten. Prof. Dr. Dr. He. hat als Unfallfolgen leichte röntgenologische Veränderungen nach in leichter Fehlstellung verheilten Rippenfrakturen links festgestellt. Die bestehenden Beschwerden von Seiten der HWS ließen sich zwanglos mit unfallunabhängigen Störungen (Fehlstatik, nicht unfallbedingter degenerativer Aufbrauch der Wirbelbogengelenke sowie der Uncovertebralgelenke) erklären. Das Unfallgeschehen habe zu einer Distorsion und Zerrung der Halswirbelsäule von Grad I bis II nach Krämer geführt, es sei zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung der anlagebedingten, zum Unfallzeitpunkt kompensierten degenerativen Störung mit vorübergehender, jedoch nicht bleibender Dekompensation gekommen. Über den 26.04.1999 hinaus habe die unfallbedingte MdE auf chirurgischem Gebiet bis zum Ablauf des ersten Unfalljahres um 10 v.H., bis zum Ablauf des zweiten Unfalljahres um 5 v.H. betragen, anschließend sei keine MdE mehr begründbar. Prof. Dr. A. hat auf neurologischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen feststellen können, insbesondere habe sich im Rahmen der differenzierten klinischen Nystagmustestung keinerlei Hinweis auf eine Schädigung peripherer oder zentraler Anteile des Gleichgewichtssystems ergeben. Die von der Klägerin berichteten Schwindelbeschwerden seien nicht als Drehschwindel einzustufen, da weder ein typisches Drehgefühl berichtet noch eine rotatorische Scheinbewegung der Umwelt vorliege. Der Schwindel sei am Ehesten auf ein cervicocephales Syndrom bei Halswirbelsäulenfehlstatik sowie mäßigen uncovertebralarthrotischen und spondylarthrotischen Veränderungen zurückzuführen. Prof. Dr. Z. hat eine gering- bis mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, einen dekompensierten Hochtinnitus beidseits sowie einen kompensierten paroxysmalen Schwindel festgestellt. Der Schwindel sei mit hoher Wahrscheinlichkeit infolge einer Traumatisierung der Halswirbelsäule (Traumatisierung der Propriozeption im Bereich der kleinen Gelenke der Halswirbelsäule und insbesondere der atlanto-occipitalen Gelenke bzw. so genannte Cupulolithiasis [Lösen von Steinchen im Gleichgewichtsorgan]) auf das Unfallereignis vom 24.09.1998 zurückzuführen. Eine direkte Schädigung im Sinne einer Störung der Erregbarkeit des peripheren Vestibularapparates sei nicht feststellbar, die kalorische Erregbarkeit beider Gleichgewichtsorgane sei unauffällig. Die MdE bezogen auf die Schwindelbeschwerden betrage 10 v.H. Der auf Antrag der Klägerin nach § 109 SGG gehörte Sachverständige Dr. Kr. hat eine posttraumatische Instabilität im Segment C4/C5 festgestellt. Der Schwindel sei erklärbar durch Störungen der propriozeptiven Reize, die durch die Instabilität Segment 4/5 entstünden. Insgesamt ergebe sich eine MdE um 20 v.H. In der radiologischen Befundung hat Prof. Dr. Br. eine degenerativ veränderte HWS mit Zeichen der Spondylarthrose und Osteochondrose unter Betonung der kaudalen HWS-Anteile, eine diskrete Knickkyphosierung auf Höhe des Bandscheibenfachs HWK5/HWK6 in Inklination und eine diskrete Stufenbildung des hinteren Alignements auf Höhe des Bandscheibenfaches HWK4/5, in erster Linie vereinbar mit einer Pseudoretrolisthesis festgestellt.

Mit Urteil vom 23.03.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, bei dem Unfall sei es zu einer HWS-Distorsion gekommen, welche keine MdE in rentenberechtigendem Grade bedinge. Dies ergebe sich aus den schlüssigen Feststellungen der Sachverständigen Prof. Dr. Dr. He., Prof. Dr. A. sowie den Gutachten von Prof. Dr. K. und Privatdozent Dr. R. ... Der Auffassung von Dr. Kr. könne nicht gefolgt werden, da weder eine Überdehnung der Bänder noch eine Instabilität der HWS nachgewiesen sei. Dem Gutachten von Prof. Dr. Z. könne nicht gefolgt werden, weil der von ihm festgestellte Nystagmus weder als sicher vorliegend angesehen werden könne, noch ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich sei.

Gegen das am 04.04.2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10.04.2006 Berufung eingelegt. Sie macht geltend, entgegen Prof. Dr. A. habe Prof. Dr. Z. einen Nystagmus und einen Schwindel festgestellt. Das Sozialgericht hätte sich gedrängt fühlen müssen, insoweit zusätzlich abzuklären, welche Aussage zutreffend sei. Das Gutachten von Prof. Dr. Dr. He. sei nicht plausibel. Die Kausalität im Bezug auf die HWS-Verletzung sei ohne Zweifel gegeben, Prof. Dr. K./Dr. Kr. hätten eine auf den Unfall zurückzuführende Instabilität im Segment C4/C5 festgestellt, die auch den lagerungsempfindlichen Schwindel erklären könne.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 23.03.2006 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 03.12.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2002 abzuändern, als weitere Folge des Arbeitsunfalles vom 24.09.1998 eine Drehschwindelsymptomatik und posttraumatische Instabilität im Segment C4/C5 festzustellen und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise, zu der Frage, ob bei der Klägerin die durch Frontalaufprall ausgelöste Überbeugung Hyperflexionsverletzungen von der Art und Schwere des Impulses mit sich gebracht haben kann, ein technisches Sachverständigengutachtens durch Diplomingenieur Heinz F., D. Automobil GmbH, Fachbereich Gutachten, Markwiesenstraße 22, R. einzuholen, hilfsweise, danach von Amts wegen ein chirurgisches und HNO-ärztliches Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage des behandelnden Facharztes für Innere Medizin Dr. B. (aus den Unterlagen seines Praxisvorgängers Dr. Br. sei nicht ersichtlich, dass die Klägerin sich wegen orthopädischer oder neurologischer Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben habe) und eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. He. sowie auf Antrag der Klägerin ein Gutachten nach [§ 109 SGG](#) von dem Neurologen Prof. Dr. Hü., Neurologische Klinik E. eingeholt. Prof. Dr. Dr. He. hat ausgeführt, bei der Klägerin bestehe im Bereich der HWS in Höhe C4/C5 eine Pseudoinstabilität auf Grund eines degenerativen Bandscheibenschadens, jedoch keine traumatische Instabilität. Die vorbestehenden degenerativen Veränderungen bestünden in nahezu unverändertem Umfang fort bis Ende des Kalenderjahres 2004. Von einer richtunggebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden leichten Pseudoinstabilität bzw. eines vorbestehenden degenerativen Bandscheibenschadens sei somit nicht auszugehen. Eine vegetative Symptomatik im Sinne rezidivierender Schwindelattacken auf Grund einer Schädigung der HWS in Höhe C4/C5 und C5/C6 sei ausgeschlossen. Ein vertebraler Nystagmus sei allenfalls denkbar bei einem oberen Cervikalsyndrom, welches bei der Klägerin aber nicht vorliege. Der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Prof. Dr. Hü. hat ausgeführt, durch den Unfall sei es zu einer HWS-Distorsion Grad I mit vorübergehenden, längstens nach einigen Monaten abklingenden Beschwerden gekommen. Bis Ende des Jahres 1998 nehme er auf Grund der Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet eine MdE um 20 v. H., danach um unter 10 v.H. an. Zwischenzeitlich habe sich auf Grund degenerativer Veränderungen eine beginnende cervicale Myelopathie entwickelt, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 24.09.1998 zurückzuführen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) zulässige Berufung ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung einer Instabilität im Segment C4/C5 und einer Drehschwindelsymptomatik als Unfallfolge, auch ein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente besteht nicht.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, [a.a.O.](#)); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Die bei der Klägerin bestehende geringfügige Instabilität in Höhe C4/5 vom Pseudotyp ist - so überzeugend der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. Dr. He. - nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den streitgegenständlichen Unfall zurückzuführen, vielmehr handelt es sich

hierbei um degenerative Veränderungen. Die Klägerin hat - so schlüssig der Sachverständige Prof. Dr. Dr. He. - bei dem streitgegenständlichen Unfall eine HWS-Distorsion Grad I bis II (nach Krämer) erlitten. Bei der Einteilung nach Krämer werden - so Prof. Dr. Dr. He. - Halswirbelsäulenverletzungen wie folgt eingestuft: Schweregrad I (leicht verletzt): Verletzungen, die lediglich eine leichte Distorsion der HWS beinhalten, zu frühem Auftreten von Nacken- und Hinterkopfschmerzen führen und auch eine geringe Bewegungseinschränkung der HWS mit sich bringen. Der Röntgenbefund ist in aller Regel unauffällig, ebenso der neurologische Status. Typisch ist ein beschwerdefreies Intervall von mehr als einer Stunde. Schweregrad II (nicht gefährlich verletzt): Verletzungen, die mit Gelenkkapsel- und Bändereintrissen einhergehen ohne Bandscheibenruptur, Muskelzerrungen, eventuell mit einem retropharyngealen Hämatom. Typischerweise kommt es sofort zu auftretenden starken Beschwerden mit Nackensteife, eventuell Schluckbeschwerden. Im Röntgenbild besteht eine Steifstellung, eventuell ein kyphotischer Knick. Neurologische Auffälligkeiten bestehen nicht. Typisch ist ein beschwerdefreies Intervall von weniger als einer Stunde. Auf Grund der erlittenen Einrisse von Gelenkkapseln und Bänderrissen kommt es im Nachfolgenden typischerweise zu lokalen Verkalkungsprozessen. Schweregrad III (gefährlich verletzt): isolierte Bandscheibenrisse, Rupturen im dorsalen Bandapparat und Wirbelfrakturen sowie Luxationen. Typisch ist eine Zwangshaltung der HWS mit sofort aufscheinenden Kopf- und Armschmerzen. Röntgenologisch bestehen eine abnorme Aufklappbarkeit, eine Fehlstellung sowie Frakturzeichen. Neurologisch typisch sind Wurzel- und Rückenmarkssymptome. Pathognomisch sind sofort einsetzende starke Beschwerden.

Prof. Dr. Dr. He. hat schlüssig dargelegt, dass im Hinblick auf den dokumentierten Verlauf eine Verletzung vom Grad III, wie sie der behandelnde Chirurg Dr. Bl. behauptet, ausgeschlossen ist. Hierfür ergeben sich - so nachvollziehbar Prof. Dr. Dr. He. - weder klinische noch röntgenologische Anhaltspunkte. In dem unmittelbar nach dem Unfall angefertigten Durchgangsarztbericht hat Dr. St. keinerlei Beschwerden von Seiten der HWS vermerkt. Aus dem Befundbericht von Dr. Mf. über die am gleichen Tag durchgeführte neurologische Untersuchung geht hervor, dass bei der Klägerin zwar Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates, aber insbesondere kein Schwindel angegeben wurden, die Beweglichkeit der HWS wird ausdrücklich als frei beweglich dokumentiert. Im Entlassungsbericht des Kreiskrankenhauses S. über die stationäre Behandlung vom 24.09.1998 bis 01.10.1998 sind Beschwerden von Seiten der HWS ebenfalls nicht dokumentiert, der radiologische Befund der HWS vom 29.09.1998 ergab - wie Prof. Dr. Dr. He. nachvollziehbar dargelegt hat - keinen Hinweis für eine stattgehabte knöcherne Verletzung oder für eine Atlaslateralisation als Hinweis auf eine Instabilität oder Schädigung der Kopfgelenke. Dies ergibt sich auch aus dem radiologischen Befundbericht von Dr. R., denn dieser hat lediglich degenerative Veränderungen der HWS (mäßige Spondylarthrose im mittleren und unteren Drittel, geringe Retrospondylosen bei C5/C6 und C6/C7, Erniedrigung der Zwischenwirbelräume in diesen Höhen im Rahmen einer Chronrose), aber ausdrücklich keine posttraumatischen Veränderungen festgestellt. Erstmals dokumentiert sind Beschwerden in Form von Schmerzen im Nacken im Nachschaubericht von Dr. Br. vom 08.10.1998 anlässlich einer Nachuntersuchung vom 05.10.1998. Kopfschmerzen und Schwindelgefühle sind erstmals im Nachschaubericht von Dr. Bl. vom 08.10.1998 auf Grund der Untersuchung vom gleichen Tag festgehalten. Insgesamt ergibt sich daraus ein beschwerdefreies Intervall von deutlich mehr als einer Stunde (sogar mehrere Tage), was - so überzeugend Prof. Dr. Dr. He. - (allenfalls) einer HWS-Distorsion Grad I bis maximal II (nach Krämer) entspricht. Diese Beurteilung hat auch der auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Prof. Dr. Hü. bestätigt, wobei dieser darüber hinaus darauf hingewiesen hat, dass sich auch nach der Einteilung nach Erdmann kein Verletzungsgrad III ergibt.

Prof. Dr. Dr. He. hat nachvollziehbar dargelegt, dass im Hinblick auf die stattgehabte Schädigung (Distorsion Grad I bis II) und den postakzidentellen klinischen Verlauf eine traumatische Instabilität ausgeschlossen ist. Bei einer traumatischen Bandscheibenzerreißen mit nachfolgender Instabilität besteht - so überzeugend Prof. Dr. Dr. He. - ein hochgradiges Schmerzbild, von dem nicht ausgegangen werden kann, dass es im Durchgangsarztbericht nicht erwähnt würde. Dies gilt insbesondere deshalb, weil am Unfalltag eine neurologische Untersuchung stattfand, bei der die HWS frei beweglich war und Schwindelbeschwerden von Seiten der Klägerin nicht angegeben wurden. Der radiologische Befund spricht - so Prof. Dr. Dr. He. - gegen eine traumatische Verursachung der Pseudoinstabilität. Die geringfügige Instabilität lässt sich in den Röntgenaufnahmen kurz nach dem Unfallgeschehen nachweisen und besteht - so Prof. Dr. Dr. He. - in unveränderter Form bis zu der radiologischen Befundung vom Dezember 2004 weiter. Bei einer derartigen Pseudoinstabilität handelt es sich - so Prof. Dr. Dr. He. - um häufige röntgenologische Begleitsyndrome degenerativer Bandscheibenschäden, die auf einer Herabsetzung des Wassergehalts der Bandscheiben mit hierdurch bedingter vermehrter Minimalbeweglichkeit beruhen. Darüber hinaus existieren, wie Prof. Dr. Dr. He. dargelegt hat, derartige Instabilitäten als völlig harmlose Form eines Treppenphänomens bei hypermobiler Wirbelsäule. Hinweise für typischerweise auf Grund von Einrisse von Gelenkkapseln und Bänderrissen entstehenden lokalen Verkalkungsprozessen konnten darüber hinaus nicht festgestellt werden, sodass radiologisch nicht auf eine Verletzung der HWS mit ligamentärer Beteiligung geschlossen werden kann.

Der Auffassung des nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen Dr. Kr., welcher die Instabilität im Segment C4/C5 als unfallbedingt angesehen hat, vermag der Senat nicht zu folgen. Eine Klassifikation des Schweregrades der HWS-Distorsion hat Dr. Kr. in keiner Weise vorgenommen. Er schließt vielmehr allein aus den übrigen Unfallfolgen (Rippenserienfraktur und Kontakttrauma des Kopfes) sowie dem Unfallgeschehen, dass eine nicht unerhebliche Kraft auf die HWS eingewirkt haben muss. Hierbei hat Dr. Kr. jedoch nicht hinreichend berücksichtigt, dass während der stationären Behandlung unmittelbar nach dem Unfall keinerlei klinische oder röntgenologische Hinweise auf eine dementsprechende Verletzung der HWS vorgelegen haben (siehe hierzu oben). Zum anderen hat Prof. Dr. Dr. He. nachvollziehbar ausgeführt, dass nicht zwanglos aus den vorliegenden anderen Verletzungen auf den Grad der Verletzung im Bereich der HWS geschlossen werden kann. Dass degenerative Veränderungen bereits zum Unfallzeitpunkt vorgelegen haben, bestreitet auch Dr. Kr. nicht. Eine Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass weder klinische noch röntgenologische Hinweise dafür vorliegen, dass es bei dem Unfall zu einer schwerwiegenden Verletzung der HWS mit Beteiligung der Bänder gekommen ist, lässt seine Argumentation vollständig vermissen. Demgegenüber bestätigt auch der weitere Verlauf der Erkrankung, dass unfallunabhängige degenerative Schäden vorgelegen haben, die sich zwischenzeitlich - wie Prof. Dr. Hü. dargelegt hat - zu einer Einengung des Spinalkanals in Höhe von HWK6/7 und Einengung der Neuroforamina in der Höhe C5 und C6 weiterentwickelt haben.

Auch die von der Klägerin geltend gemachte Drehschwindelsymptomatik lässt sich nicht ursächlich auf den streitgegenständlichen Unfall zurückführen. Ein pathologischer Nystagmus konnte weder bei der Untersuchung durch Privatdozent Dr. R. noch bei derjenigen durch Prof. Dr. A. nachgewiesen werden, auch der nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Prof. Dr. Hü. hat angegeben, dass die durch ihn vorgenommene neurologische Untersuchung abgesehen von einer Minderung des Vibrationsempfindens im Bereich der unteren Extremitäten einen regelrechten neurologischen Befund ergeben hat. Allein der auf HNO-ärztlichem Gebiet gehörte Sachverständige Prof. Dr. Z. hat anlässlich seiner Untersuchung einen Nystagmus beschrieben. Da ein solcher bei den genannten fachneurologischen Untersuchungen davor und danach nicht reproduzierbar war, erscheinen die Feststellungen von Prof. Dr. Z. zumindest fraglich; jedenfalls

kann nicht von dem dauerhaften Vorliegen eines pathologischen Nystagmus ausgegangen werden. Darüber hinaus ist die von Prof. Dr. Z., dem nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen Dr. Kr. und dem behandelnden Arzt Dr. Bl. vertretene Auffassung, die Schwindelbeschwerden seien auf die Verletzung der HWS zurückzuführen, nicht überzeugend. Prof. Dr. Z. hat als Ursache für den Schwindel eine Traumatisierung der Propriozeption (Wahrnehmung der Stellung und Bewegung des Körpers im Raum, vgl. Pschyrembel, klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., S. 1560) im Bereich der kleinen Gelenke der HWS, insbesondere der atlanto-okzipitalen Gelenke angesehen. Prof. Dr. Dr. He. hat jedoch überzeugend dargelegt, dass bei der Klägerin die Röntgendiagnostik im zeitlichen Längsschnitt keinerlei Auffälligkeiten im Bereich der Kopfgelenke gezeigt hat. Eine Kopfgelenkssymptomatik bestand außerdem weder in der frühen postakzidentellen Phase, noch war eine solche im Rahmen der klinischen Untersuchung von Prof. Dr. Dr. He. zu erheben. Dr. Kr. hat die - nach seiner Auffassung unfallbedingte - Instabilität C4/5 mit dadurch bedingter Störung der propriozeptiven Reize als ursächlich für den Schwindel benannt. Insoweit hat Prof. Dr. Dr. He. jedoch überzeugend dargelegt, dass eine vegetative Symptomatik im Sinne rezidivierender Schwindelattacken auf Grund einer Schädigung der Halswirbelsäule in Höhe C4/C5 ausgeschlossen ist. Darüber hinaus ist die Instabilität im Bereich C4/C5 - wie bereits dargelegt - nicht unfallbedingt. Des Weiteren hat weder die neurologische Untersuchung im Verwaltungsverfahren durch Privatdozent Dr. R., noch diejenige im erstinstanzlichen Verfahren durch Prof. Dr. A. noch diejenige im Berufungsverfahren durch Prof. Dr. Hü. Anhaltspunkte für wesentliche neurologische Auffälligkeiten gegeben. Soweit Prof. Dr. Z. als weitere Erklärung für die Schwindelbeschwerden eine sogenannte Cupulolithiasis (Lösen von Steinchen im Gleichgewichtsorgan) angesehen hat, hat er eine hinreichende Wahrscheinlichkeit hierfür nicht dargelegt. Prof. Dr. Z. hat insoweit lediglich ausgeführt, dass eine Cupulolithiasis als zusätzliche Schwindelursache in Frage kommen kann und der Zustand häufig durch mechanische Erschütterungen zu provozieren ist; er hat jedoch bereits nicht dargelegt, dass ein derartiges Krankheitsbild bei der Klägerin tatsächlich vorliegt. Darüber hinaus hat Prof. Dr. Z. ausgeführt, dass dieses Krankheitsbild auch ohne erhebliche mechanische Einwirkungen spontan entstehen kann.

Anhaltspunkte für das Vorliegen weiterer unfallbedingter Gesundheitsstörungen liegen nicht vor. Insbesondere hat Privatdozent Dr. R. plausibel dargelegt, dass die von ihm festgestellte mittelgradige depressive Episode auf Grund der geringen Schwere des Traumas nicht auf den Unfall zurückzuführen ist. Hinweise für einen derartigen Zusammenhang hat auch der nach [§ 109 SGG](#) gehörte Sachverständige Prof. Dr. Hü. nicht gesehen. Unfallbedingte Schädigungen auf HNO-ärztlichem Gebiet liegen ebenfalls nicht vor; eine direkte Schädigung im Sinne einer Störung der Erregbarkeit des peripheren Vestibularapparates ist nach den Feststellungen von Prof. Dr. Z. nicht feststellbar, die kalorische Erregbarkeit beider Gleichgewichtsorgane ist unauffällig gewesen. Die Einholung eines weiteren Gutachtens auf HNO-ärztlichem Gebiet ist daher nicht erforderlich.

Die von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen, insbesondere die Bewegungseinschränkung und der Muskelhartspann der Halswirbelsäule, bedingen - wie der Gutachter Prof. Dr. K. schlüssig dargelegt hat - über den 25.04.1999 hinaus keine MdE um mindestens 20 v.H. Prof. Dr. K. hat eine lediglich endgradige Bewegungseinschränkung der HWS (Vor- und Rückneigen 40-0-40°, Seitneigung 30-0-30°, Drehen des Kopfes rechts/links 40-0-50°) und einen paravertebralen Muskelhartspann beidseits festgestellt und die MdE mit 15 v.H. für die Dauer eines Jahres ab dem 26.04.1999 (Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) bewertet. Eine stärkere Bewegungseinschränkung hat sich auch bei den späteren Untersuchungen durch Dr. Kr. und Prof. Dr. Dr. He. nicht ergeben. Nach der einschlägigen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl., S. 562) ergibt sich als Anhaltswert für die MdE-Schätzung von HWS-Distorsionen für eine Verletzung vom Schweregrad I (nach Erdmann) eine MdE um 20 v.H. für die Dauer von drei Monaten und für eine Verletzung vom Schweregrad II (nach Erdmann) eine MdE um 20 v.H. bis zum Ende des ersten Jahres, anschließend um 10 v.H. bis zum Ende des zweiten Unfalljahres. Da die Klägerin - wie oben dargelegt - allenfalls eine HWS-Distorsion Grad I bis II (nach Krämer) erlitt, ist die von Prof. Dr. K. vorgenommene Bewertung der MdE nicht zu beanstanden.

Der Antrag der Klägerin auf Einholung eines technischen Sachverständigengutachtens zu der Frage, ob bei ihr die durch Frontalaufprall ausgelöste Überbeugung Hyperflexionsverletzungen von der Art und Schwere des Impulses mit sich gebracht haben kann, wird abgelehnt. Der Senat unterstellt zu Gunsten der Klägerin, dass der Unfall grundsätzlich geeignet war, schwerere Verletzungen der HWS zu verursachen. Von besonderer Bedeutung für die Schwere einer Verletzung der HWS ist jedoch nach dem herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand (vgl. z.B. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. S. 555f.), wie ihn auch der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. Dr. He. dargelegt hat, das beschwerdefreie Intervall während der posttraumatischen Frühperiode. Bei einer mittelschweren oder gar schweren HWS-Distorsion (Schweregrad II bzw. III nach Krämer bzw. Erdmann) besteht ein beschwerdefreies Intervall von weniger als einer Stunde (vgl. hierzu die o.a. Ausführungen, ebenso Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 556). Bei der Klägerin bestand jedoch - wie bereits dargelegt - ein beschwerdefreies Intervall von mehreren Tagen. Damit ist nach dem herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand eine schwerere Verletzung der HWS ausgeschlossen, so dass die Einholung eines technischen Sachverständigengutachtens mit daran anschließendem, chirurgischen und HNO-ärztlichen Gutachten nicht erforderlich ist.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-25