

L 2 U 428/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 23 U 651/03

Datum

23.07.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 428/04

Datum

19.10.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.07.2004 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Mit Unfallanzeige vom 10.06.1996 berichtete die Klägerin über einen Autounfall, den sie am 30.03.1996 als Beifahrerin erlitt.

Bei einem plötzlichen Bremsvorgang sei das hinter dem Fahrzeug, in dem die Klägerin mit ihrem Ehemann saß, fahrende Auto auf ihren Wagen aufgefahren; durch die Wucht des Aufpralls sei ihr Wagen zuerst gegen die Leitplanke und anschließend auf das Fahrzeug, das vor ihnen gestanden habe, geschleudert.

Am 03.04.1996 suchte die Klägerin den Sportmediziner K. auf. Er berichtete am 08.10.1996, die Klägerin habe ihn erstmalig am 22.09.1988 wegen Beschwerden im Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich aufgesucht. Eine erneute Untersuchung habe am 03.04.1996 wegen der Folgen des Unfalls vom 30.03.1996 stattgefunden. Die Beschwerdeprogredienz im Halswirbelsäulenbereich sei als Spätfolge des Unfalls anzusehen. Der Durchgangsarzt, der Orthopäde Privatdozent Dr. S., diagnostizierte am 17.05.1996 ein akutes BWS-Syndrom nach Verkehrsunfall. Beschwerden seien am Tag nach dem Unfall an der gesamten Wirbelsäule aufgetreten. Der Durchgangsarzt, der Orthopäde Dr. S., berichtete am 16.07.1996, am 04.04.1996 sei es zu einer plötzlichen Bewegungsunfähigkeit im gesamten Körper gekommen, außerdem zu Pelzigkeit in beiden Händen. Er stellte die Diagnosen: Prolaps C5/6 und C6/7, schwere Halswirbelsäulen (HWS)- und Brustwirbelsäulen (BWS)-distorsion, L4/5. Im Bericht vom 26.07.1996 führte Dr. S. aus, er habe eine gezielte Chirotherapie durchgeführt. Danach habe die Klägerin angegeben, ihr Zustand habe sich wesentlich gebessert. Am 26.07.1996 habe der Ehemann der Klägerin telefonisch mitgeteilt, durch die Chirotherapie habe sich der Zustand seiner Frau verschlechtert. Sie sei vollkommen gelähmt.

Der Nervenarzt Dr. G. erklärte im Schreiben vom 04.04.1996, bei der Klägerin bestünden ein L4-Syndrom links und ein traumatisches C5/6-Syndrom rechts. Vom 17.05. bis 31.05.1996 wurde die Klägerin stationär behandelt. Die Diagnosen lauteten nun: akutes BWS-Syndrom, Zustand nach HWS-Distorsion, Bandscheibenvorfall C5/C6 und C6/C7, Zustand nach Verkehrsunfall vom 30.03.1996. Die Klägerin gab im Krankenhaus an, sie sei nach dem Unfall ursprünglich beschwerdefrei gewesen, am Unfallort habe sie kurzzeitige HWS-Beschwerden gehabt, die aber rasch wieder besser geworden seien. Nach einer Woche seien plötzlich deutliche HWS-Beschwerden aufgetreten. Eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 22.05.1996 zeigte in den Segmenten C5/6 und C6/7 Bandscheibenvorfälle, aber keine Einengung des Spinalkanales. Eine Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule vom 20.05.1996 zeigte osteophytäre Ausziehungen in den Segmenten 5/6 und 6. Die Neurochirurgin Professor Dr. T. erklärte nach Untersuchung der Klägerin am 06.09.1996, es bestünden keine sicheren Hinweise für ein radikuläres Engpass-Syndrom und damit keine Indikation für einen neurochirurgischen Eingriff.

Im Gutachten vom 02.10.1996 führte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. N. zusammenfassend aus, es fänden sich keine Anhaltspunkte für eine organische Hirnleistungsstörung oder Wesensänderung. Normabweichungen im Hirnstrombild seien nicht fassbar. Motorik, Sensibilität und Koordination seien regelrecht. Dagegen bestünden Hinweise auf eine funktionelle Ausgestaltung und insbesondere auch auf eine gewisse Aggravation. Elektromyographisch zeigten sich keine Hinweise auf eine strukturelle lumbosacrale Nervenwurzelbeschädigung in Zusammenhang mit dem Unfall. Durch die 1995 erfolgte Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule seien Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule dokumentiert. Auch habe der behandelnde Arzt K. eine Beschwerdesymptomatik der Lendenwirbelsäule im Jahr 1988 bestätigt. Auf nervenärztlichem Fachgebiet bestünden keine unfallbedingten, funktionell relevanten Störungen, die Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Die Minderung der

Erwerbsfähigkeit (MdE) werde mit 0 v.H. eingeschätzt.

Der Chirurg Dr. M. führte im Gutachten vom 21.10.1996 aus, das Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine entsprechende Verletzung der Lendenwirbelsäule hervorzurufen, zumal bei der Klägerin seit 1988 wiederkehrende Beschwerden in diesem Bereich bestanden hätten. Zweifellos hätten nach dem Anpralltrauma Wirbelsäulenbeschwerden bestanden, die sich jedoch bis zum 03.04.1996 soweit gebessert hätten, dass die Klägerin ihre Arbeit wieder aufnehmen wollen. Erst dann sei es zu dem akuten Ereignis im Sinne einer Lumboischialgie gekommen. Im Bereich der Halswirbelsäule sei am 16.05.1996 ein akutes Cervicalsyndrom sowie ein Schmerzsyndrom der oberen Brustwirbelsäule, das zur Einweisung in das Kreiskrankenhaus S. geführt habe, aufgetreten. Ein akutes Ereignis, das sechs Wochen nach einem Unfallgeschehen auftrete, könne diesem nicht mehr angelastet werden. Der lockere zeitliche Zusammenhang rechtfertige keinen Kausalzusammenhang. Durch den Unfall habe die Klägerin eine Distorsionsverletzung erlitten, die dem Schweregrad "leicht verletzt" zuzuordnen sei. Eine MdE messbaren Grades sei ab 03.04.1996 nicht mehr nachweisbar.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 26.11.1996 einen Anspruch auf Verletztenrente ab. Die Klägerin habe bei dem Auffahrunfall eine leichte Distorsionsverletzung der Wirbelsäule, wegen der Arbeitsunfähigkeit bis zum 02.04.1996 bestanden habe, erlitten. Den Widerspruch der Klägerin, mit dem sie einwandte, sie habe seit dem Unfall ständig Beschwerden, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 21.04.1997 zurück.

Zur Begründung der hiergegen erhobenen Klage hat die Klägerin ausgeführt, es sei bisher nicht genügend berücksichtigt, dass sie sich im Augenblick des Anpralls nach links ihrem Ehemann zugewandt habe, da sie sich mit ihm im Gespräch befunden habe. Zwar habe sie wegen des Schocks zunächst die Schmerzen nicht wahrgenommen, aber am 31.03.1996 im gesamten Rückenbereich Schmerzen und Verspannungen verspürt. Am 03.04.1996 sei plötzlich ein akuter Schmerz in die Lendenwirbelsäule eingeschossen.

Der praktische Arzt K. stellte im Befundbericht vom 01.07.1999 die Diagnosen: Zustand nach HWS-Schleudertrauma, Zustand nach operiertem Discusprolaps und C6/7 links mit Dekompression, Zustand nach operativer Stabilisierung der HWS. Der Befund habe sich nach der Operation minimal gebessert.

Der Neurochirurg Dr. M. führte in den Schreiben vom 11. und 14.06.1999 aus, wegen eines Cervicalsyndroms und Instabilität der oberen Halswirbelsäule mit C1/C2, Funktionsausfall der Ligamenta alaria beiderseits nach Unfall habe er am 11.03.1999 eine Stabilisierungsoperation durchgeführt. Der Zustand der Klägerin habe sich nach der Operation erheblich gebessert, die Beschwerden seien verschwunden gewesen. Die MdE habe nach dem Unfall 100 v.H. betragen, jetzt sei der Zustand mit einer MdE von 60 v.H. zu bewerten.

Der vom Sozialgericht (SG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. Dr. K. hat im Gutachten vom 16.02.2000 ausgeführt, der Befundverlauf im Bericht von Dr. M. sei lückenhaft. Nicht berücksichtigt werde, dass akute LWS-Beschwerden erst am 03.04.1996 aufgetreten seien und eine eindeutige HWS-Symptomatik erst Mitte/Ende Mai 1996 im Krankenhausbericht beschrieben worden sei. Im Hinblick darauf, dass die Beschwerden der Klägerin erst erheblich verzögert eingesetzt hätten, keine Auffälligkeiten an der oberen Halswirbelsäule festzustellen seien und deutliche Aufbraucherscheinungen der unteren beiden HWS-Bandscheibenräume schon vor dem Unfall bestanden hätten, könne von einem wahrscheinlichen Unfallzusammenhang der operierten "In- stabilität der oberen HWS" nicht ausgegangen werden. Hier habe eine HWS-Zerrung, Grad I nach Erdmann, vorgelegen. Hierfür spreche das beschwerdefreie Intervall mit Nacken-/Kopfbeschwerden erst in der Nacht, das Fehlen von Schluckbeschwerden und einer totalen Halteinsuffizienz sowie einer "Kralle" zwischen den Schulterblättern. Dagegen sei von einer symptombereiten Schadensanlage auszugehen. Positive Verletzungsmerkmale an der HWS seien weder in den Röntgenbildern noch in den MRT-Bildern der ersten acht Wochen feststellbar. Die MdE habe nach Wegfall der Arbeitsunfähigkeit maximal für drei Wochen 20 v.H. betragen, danach unter 20 v.H. ... Dieser Vorschlag berücksichtige eine gewisse ungünstige Wechselwirkung zwischen dem Vorschaden an der unteren Halswirbelsäule und der Zerrverletzung.

Der vom SG zum weiteren ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. hat im Gutachten vom 27.06.2000 darauf hingewiesen, die Initialbefunde seien dahingehend zu interpretieren, dass der Unfall vom 30.03.1996 nicht als geeignet angesehen werden könne, einen traumatischen Bandscheibenvorfall hervorzurufen. Denn ein traumatischer Bandscheibenvorfall setze eine sofortige klinische Initialsymptomatik voraus mit heftigen Schmerzen, eventuell auch neurologischen Ausfällen. Die Symptomatik sei stets so gravierend, dass unverzüglich ein Arzt aufgesucht werde. Dies sei im vorliegenden Fall aber erst vier Tage nach dem Unfall geschehen. Insofern könne angenommen werden, dass die in den ersten drei Tagen bestehende Symptomatik nur relativ gering ausgeprägt gewesen sei. Eine initiale HWS-Symptomatik habe offensichtlich nicht vorgelegen; daher sei eine Bandscheibenschädigung im Halswirbelsäulenbereich als Unfallfolge nicht zu diskutieren. Die im Oktober 1996 durchgeführte Kernspintomographie der Halswirbelsäule lasse zwar degenerative Veränderungen im unteren HWS-Bereich erkennen, jedoch keinen Bandscheibenvorfall. Dass die Klägerin später an einem Bandscheibensequester C6/C7 operiert worden sei und dass 1999 und 2000 zwei weitere operative Eingriffe erfolgt seien, könne mit dem Unfall vom 30.03.1996 weder direkt noch indirekt in Zusammenhang gebracht werden. Eine leichte Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule sei als Unfallfolge anzunehmen. Unfallbedingte neurologische Ausfälle hätten aber zu keinem Zeitpunkt vorgelegen und lägen auch bei der heutigen Untersuchung nicht vor. Eine MdE messbaren Grades habe auf neurologischem Fachgebiet über die 13. Woche hinaus nicht bestanden.

Für die Privatversicherung M. , Allgemeine Versicherungs AG, erstellte der Orthopäde Prof. Dr. R. Gutachten vom 15.09.1998 und 07.08.2000. Ein mittelbarer Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Eintreten von Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sei im Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang wahrscheinlich. Die Klägerin habe sich allerdings nicht sofort in ärztliche Behandlung begeben, sondern erst vier Tage später den Hausarzt K. aufgesucht. Ein adäquates Trauma für eine traumatische Bandscheibenschädigung liege vor. Andererseits seien entsprechend dem Alter der Klägerin bereits zum Unfallzeitpunkt im Bereich des geschädigten Halswirbelsäulenabschnitts degenerative Veränderungen nachweisbar und auf den postoperativen Röntgenaufnahmen sichtbar. Durch das Unfallereignis sei keine discoligamentäre Verletzung im Bereich der Halswirbelsäule bewirkt worden. Der Vorschaden, nämlich eine Sklerose der Deck- und Bodenplatten des sechsten und siebten Halswirbelkörpers sowie Osteophyten und eine minimale Bandscheibenverschmälerung, sei mit einem Mitwirkungsanteil von 50% zu berücksichtigen. Der Grad der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit werde seit dem Unfalltag auf 80%, ab Ende der sechsten Woche nach dem Unfall auf 60% bis zum Ablauf des ersten Jahres und danach auf 40% des Normalen eingeschätzt. Die auf den Unfall zurückgehenden Beschwerden würden jetzt durch die Folgen der beiden Operationen von 1999 und 2000 überlagert; die unfallbedingten Befunde und Beschwerden begründeten keine

prozentuale Beeinträchtigung von mindestens 70%.

Im Gutachten für das Landgericht M. vom 24.01.2003 führte der Neurochirurg Dr. M. aus, die von Dr. M. beschriebenen Band- und Kapselverletzungen seien nicht unfallbedingt. Unfallbedingt sei lediglich eine Nackenmuskelzerrung und der Bandscheibenvorfall HWK 6/7 links, wobei allerdings die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zu berücksichtigen seien. Als Dauerstörung bestehe eine Schwäche der Hand- und Finger Muskulatur links, die eine MdE von 40% bedinge. Die inzwischen bestehende massive Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sei durch die Stabilisierungsoperation verursacht, die nicht unfallbedingt notwendig gewesen sei und auch zu keinem maßgeblichen Behandlungserfolg geführt habe. Die ausgeprägte Einschränkung der Schulterbeweglichkeit sei ebenfalls nicht unfallbedingt, sondern auf ein Impingementsyndrom zurückzuführen. Im Übrigen würde eine Nervenstörung des linken Armes eine Invalidität von höchstens 60% ergeben, so dass die Invalidität in jedem Fall unter 70% bleibe.

Mit Urteil vom 23.07.2004 hat das SG die Klage abgewiesen. Von wesentlicher Bedeutung für die Beurteilung der Unfallfolgen sei der Ablauf des Krankheitsgeschehens, wie er sich insbesondere aus den Unterlagen und Untersuchungen unmittelbar nach dem Unfall ergebe. Diesen Ablauf des Geschehens habe Dr. K. seiner Beurteilung zu Grunde gelegt. Er habe darauf hingewiesen, dass Beschwerden an der unteren Halswirbelsäule erst erheblich verzögert eingesetzt hätten. Dies ergebe sich auch aus dem Durchgangsarztbericht vom 17.05.1996. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Nacken/Kopfbeschwerden erst in der Nacht aufgetreten seien, Schluckbeschwerden und eine Halteinsuffizienz von Kopf und Nacken in den Tagen nach dem Unfall nicht beobachtet worden seien, eine "Kralle" zwischen den Schulterblättern nicht vorgelegen habe und positive Verletzungsmerkmale an der Halswirbelsäule weder auf den Röntgenbildern noch in den MRT-Bildern der ersten ca. acht Wochen nach dem Unfall feststellbar seien, sei davon auszugehen, dass die Klägerin nur eine Halswirbelsäulenzerrungsverletzung vom Grad Erdmann I erlitten habe. Der Antrag der Klägerin, die Zerreißung der Bänder C1 und C2 sowie eine erhebliche Instabilität und Kapselriss als Unfallfolge anzuerkennen, sei im Hinblick auf die Beurteilung des Dr. K. und des Dr. M. nicht begründet. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Zerreißung der Bänder und dem Auffahrunfall sei nicht wahrscheinlich; sonst hätte die Klägerin sofort über heftige Schmerzen geklagt und einen Arzt aufgesucht.

Zur Begründung der hiergegen gerichteten Berufung machte die Klägerin geltend, das Urteil des Sozialgerichts München stütze sich lediglich auf die Gutachten des Dr. N. , des Dr. M. , des Dr. K. und des Dr. K. , nicht aber auf den tatsächlichen Zustand vor und nach dem Unfall sowie die zahlreichen ärztlichen Feststellungen. Sie habe unstreitig kurz nach dem Unfall unter neurologischen Ausfällen und massiven Beeinträchtigungen gelitten. Nicht genügend berücksichtigt seien die Befunde, die Dr. M. im Rahmen der Operationen erhoben habe. Nicht berücksichtigt sei auch, dass die Verbesserung, die durch die Operationen erreicht worden sei, aufgrund der Schraubenlockerung erneut weggefallen sei. Die Äußerungen der ärztlichen Gutachter stünden in krassem Widerspruch zu dem vorgetragenen körperlichen Zustand der Klägerin, der durch die behandelnden Ärzte dokumentiert sei. Es bestünden Zweifel, ob beginnende degenerative Veränderungen überhaupt Krankheitswert hätten. Immerhin habe vor dem Unfall keine behandlungsbedürftige Symptomatik bestanden. Die Beurteilung der MdE nach Erdmann überzeuge nicht. Die neuen Erkenntnisse der Schmerzforschung seien nicht hinreichend berücksichtigt, auch nicht die Tatsache, dass es nicht nur Regel-, sondern auch Ausnahmeverläufe gebe.

Die Klägerin stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23.07.2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 26.11.1996 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.04.1997 zu verpflichten, als weitere Unfallfolgen anzuerkennen: Zerreißung der Bänder C1/C2 am kranio-cervikalen Übergang und erhebliche Instabilität sowie Kapselriss und ihr Verletztenrente zu bewilligen, hilfsweise, ein Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) des Oberarztes Dr. B. einzuholen, sofern der Senat nicht von Amts wegen ein weiteres Gutachten einholen wird.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Zu Recht hat das SG, gestützt auf die überzeugenden Gutachten von Dr. Dr. K. und Dr. K. , sowie von Dr. N. und Dr. M. , die Anerkennung weiterer Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird. ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Im Hinblick auf die überzeugende Ausführung der ärztlichen Sachverständigen waren weitere Ermittlungen nicht veranlasst. Der Antrag der Klägerin auf Einholung eines Gutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) war abzulehnen, da er aus grober Nachlässigkeit verspätet gestellt wurde. Die Klägerin bzw. ihr Bevollmächtigter hätte bei Beachtung der erforderlichen Sorgfalt erkennen müssen, dass der Senat keine weiteren Erhebungen von Amts wegen durchführen würde, als am 11.08.2001 die Ladung zum Verhandlungstermin am 07.09.2005, die auf Antrag des Bevollmächtigten auf den 19.10.2005 verlegt wurde, erging. Schon die erste Terminierung des Rechtsstreits zeigte, dass der Senat den Rechtsstreit als entscheidungsreif ansah. Trotzdem stellte die Klägerin den Antrag erst in der mündlichen Verhandlung am 19.10.2005 und damit verspätet.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
FSB
Saved
2005-12-07