

## L 3 U 629/08

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 67 U 635/06

Datum

03.11.2008

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 629/08

Datum

20.09.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 03. November 2008 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung weiterer Folgen eines anerkannten Arbeits- / Wegeunfalls des Klägers vom 17. Oktober 2003.

Der 1960 geborene Kläger erlitt am 17. Oktober 2003 um ca. 15:15 Uhr auf dem Nachhauseweg von versicherten Berufstätigkeit als Bote einen Verkehrsunfall, bei dem ihm ein anderer PKW im innerstädtischen "stopp-and-go"-Verkehr auf seinen stehenden PKW von hinten auffuhr. Der Kläger war an seinem mit ordnungsgemäßen Kopfstützen ausgestatteten Fahrersitz angeschnallt. Der Unfall wurde polizeilich aufgenommen. Eine medizinische Akutbehandlung des Klägers war nicht notwendig. Allerdings stellte er sich am Folgetag beim Orthopäden Dr. G wegen in der Nacht zugenommen habender Schmerzen, insbesondere schmerzhafter Bewegungseinschränkungen der HWS, leichter Kopfschmerzen, leichter Gefühlsstörungen der rechten Hand, Abdomenbeschwerden im Verlauf des Gurtes vor, wobei Dr. G diese laut H-Arzt-Bericht vom 23. Oktober 2003 rechtsseitig befundete, während der Kläger in einer Unfallanzeige und auch später von Taubheitsgefühlen seitens des linken Kleinfingers berichtete. Röntgen- und Funktionsaufnahmen der HWS zeigten keine knöchernen Verletzungen. Dr. G diagnostizierte eine HWS-Distorsion sowie ein HWS-Schleudertrauma. Der Kläger erhielt für einige Wochen eine Halskrause.

Am 21. Oktober 2003 ergänzend gefertigte MRT-Aufnahmen der HWS zeigten die Band- und Kapselstrukturen, insbesondere den atlanto-axialen Komplex bei C1/2 unauffällig und ergaben auch sonst keinerlei Hinweise auf eine frische Verletzung. Erkennbar waren eine fortgeschrittene Osteochondrose bei C4/5 und vor allem C5/6 sowie C6/7 in Verbindung mit einem großen rechts-mediolateralen Bandscheibenprolaps C5/6 und einer knöchern durch Spondylophyten bedingten Stenose des Neuroforamens von C4/5 bis C6/7 mit hochgradiger Ausprägung bei C5/6.

Ab dem 29. November 2003 konnte der Kläger seiner Tätigkeit als Bote wieder nachgehen, klagte jedoch weiter über Beschwerden seitens der HWS und Sensibilitätsstörungen des linken Arms einschließlich der Hand. Der Neurologe/Psychiater Dr. S befundete zu am 13. Januar/22. Januar 2004 durchgeführten neurologischen Untersuchungen aufgrund der angegebenen Sensibilitätsstörungen und elektromyographischen Befunde ein inkomplettes Horner-Syndrom. Differentialdiagnostisch liege dem entweder eine Läsion der Wurzel C8 oder eine Plexus-Läsion zugrunde. In beiden Fällen sei das Schleudertrauma der HWS ursächlich, das aufgrund der neurologischen Ausfälle dem Schweregrad III zuzuordnen sei.

Erneute MRT-Aufnahmen der HWS vom 09. März 2004 ergaben im Wesentlichen den gleichen Befund wie diejenigen vom 21. Oktober 2003, wobei nunmehr kein Prolaps mehr, sondern eine Bandscheibenprotrusion im Übergang zum Prolaps in den Segmenten C3 bis C6 befundet wurde. Ein Bandscheibenprolaps C4/Th1 (gemeint wohl: C8/Th1) wurde ausgeschlossen. Gleiches gilt für spätere Aufnahmen vom 14. Januar 2005.

Unter dem 24. Januar 2005 berichtete Dr. G unter Bezugnahme auf erneute neurologische Untersuchungen durch Dr. S am 09. Dezember 2004, dass sich die C8-Symptomatik deutlich zurückgebildet habe. Aktuell beschreibe der Kläger eine Verschlimmerung im Bereich C6, die nicht unfallbedingt, sondern degenerativer Genese seien.

Ein von der Beklagten eingeholtes Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers (CityBKK) vom 31. März 2004 bestätigte neben

mehrfachen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Lumboischialgien auch solche wegen eines HWS-Syndroms vom 03. Januar bis 31. Januar 1994, wegen eines Schulter-Arm-Syndroms vom 22. Januar bis 15. Februar 2003 sowie wegen eines Zervikobrachialsyndroms vom 26. Februar bis 31. Februar 2002 und 21. Mai bis 27. Mai 2003.

Die Beklagte übernahm zunächst die Kosten der Behandlung des Klägers und zog die polizeilichen Ermittlungsakten zum Unfall vom 17. Oktober 2003 bei. Außerdem veranlasste die Beklagte eine Untersuchung des Klägers in der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften (UBS). Von dort wurde eine neurologische Begutachtung eingeleitet und hiermit Dr. D B beauftragt.

Dieser bestätigte unter dem 11. März 2005 (Untersuchung am 10. März 2005) die Diagnostik des Neurologen Dr. S. Aufgrund der erhobenen elektrophysiologischen und klinischen Befunde sei von Läsionen der Nervenwurzeln C8 und Th1 im Rahmen einer unteren Plexus-Brachialis-Läsion auszugehen, verursacht durch eine Überdehnung der Nervenwurzeln im Rahmen des erlittenen Unfalles. Es liege das typische Bild einer "Dejerine-Klumpke untere Plexusparese" mit motorischen, vegetativen und sensorischen Störungen seitens des linken Unterarmes vor, die allerdings nur leichtgradig sei.

Demgegenüber äußerte Dr. H von der UBS in seinem unter dem 07. Oktober 2004 datierten, allerdings erst nach der neurologischen Zusatzbegutachtung fertig gestellten und der Beklagten im Januar 2006 zugegangenen Gutachten erhebliche Zweifel an einer Verursachung der neurologischerseits befundeten Schädigung bei C8 bzw. zentralen unteren Plexus-Brachialis-Läsion durch den Unfall vom 17. Oktober 2003. Die wenige Tage nach dem Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen der HWS hätten keine Anzeichen auch nur kleinster frischer traumatischer Schäden gezeigt, insbesondere keine Ödeme oder Einblutungen. Auch der Unfallhergang spreche gegen die neurologischerseits angenommene traumatische Nervenläsion. Zum einen führten Heck- und Frontalkollisionen vor allem zu Kräfteinwirkungen auf die oberen HWS-Strukturen im Übergang zum Kopfgeleak, also weit entfernt vom Segment C8. Zum anderen könne nach dem dokumentierten und vom Kläger angegebenen Beschwerdeverlauf mit einem zunächst symptomfreien Intervall nur von einer HWS-Beschleunigungsverletzung Grad I in der Einteilung nach Erdmann ausgegangen werden. Solche seien aber nach der unfallmedizinischen Literatur im Regelfall nicht ausreichend, um eine Zerrung des Plexus brachialis zu verursachen. Außerdem würden in diesem Zusammenhang Schädigungen im Sinne eines Thoracic-outlet-Syndroms (TOS) – das hier nicht vorliege – erörtert und keine Schädigungen bzw. Veränderungen im Bereich der zentralen Wurzel, die nach den neurologischen Befunden vorliegend anzunehmen sei. Unter Berücksichtigung aller Gesichtspunkte müssten die beim Kläger festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen als unfallunabhängig bewertet werden. Sie seien den eindeutig nachgewiesenen erheblichen degenerativen Veränderungen der HWS zuzurechnen, wegen derer der Kläger entgegen der Annahme des jetzt behandelnden Orthopäden auch bereits vor dem Unfall mehrfach arbeitsunfähig gewesen sei.

Im Zusammenhang mit einer im Januar 2006 erhobenen Untätigkeitsklage des Klägers wegen der sich verzögernden Bescheiderteilung zu den Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2003 erhielt die Beklagte u. a. einen Bericht des Neurologen Dr. S vom 14. November 2005 über einen erneuten Auffahrunfall des Klägers am 08. September 2005. Seitdem leide der Kläger unter verstärkten Schmerzen im Zervikalbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm bis zum Daumen/Zeigefinger. Diese seien dem Dermatome C6 zuzuordnen und nach den Verlaufangaben des Klägers Folgen des Unfalls vom 08. September 2005.

Mit Bescheid vom 06. Februar 2006 erkannte die Beklagte als Folge des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2003 eine HWS-Distorsion mit Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis zum 28. November 2003 an. Darüber hinaus seien keine Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Die zeitnah zum Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen hätten keine traumatischen Verletzungen der HWS-Strukturen, sondern nur erhebliche degenerative Schäden gezeigt. Unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. H könne entgegen der Annahme von Dr. D B auch keine auf den Unfall zurückzuführende Schädigung der Nervenwurzel C8/Th1 bzw. untere Plexus-Brachialis-Läsion angenommen werden.

In seinem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger u. a. geltend, seine in den linken Arm und die linke Hand ausstrahlenden HWS-Schmerzen sowie Taubheitsgefühle am linken Zeigefinger und Daumen seien ausweislich der neurologischen Befunde von Dr. S und des Gutachtens von Dr. D B eindeutig Folgen des Unfalls vom 17. Oktober 2003. Er sei deshalb weiter behandlungsbedürftig.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23. August 2006 als unbegründet zurück und begründete dies im Wesentlichen wie im Ausgangsbescheid. Dr. D B habe lediglich die Möglichkeit einer traumatischen Verursachung der festgestellten Nervenschädigung angenommen. Dies reiche jedoch zur Bejahung des Ursachenzusammenhangs nicht aus. Aufgrund des Gutachtens von Dr. H sei die behauptete Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten und der festgestellten Nervenschädigung nicht hinreichend wahrscheinlich.

Mit seiner hiergegen erhobenen Klage vor dem Sozialgericht Berlin (SG) hat der Kläger weitere Leistungen der Beklagten über den 28. November 2003 hinaus, insbesondere solche der Heilbehandlung und eine Rente auf der Grundlage einer MdE von mindestens 20 v. H. und zwar wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2003 wie auch desjenigen vom 08. September 2005 begehrt. Er hat u. a. einen Arztbrief der Prof. Dr. L / Dr. P vom 27. März 2006 ("Beurteilung: Anamnese, klinischer und neurophysiologischer Untersuchungsbefund sprechen für eine leichte chronische Nervenwurzelläsion C6 und C8 links, vorbefundlich war darüber hinaus bei einem inkompletten Hornersyndrom links eine partielle Armplexusschädigung links diagnostiziert worden, dessen persistierende Restbefunde allerdings neurophysiologische nicht sicher von einer chronischen cervikalen Nervenwurzelschädigung differenziert werden können."), einen Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin vom 06. Februar 2007 über einen Grad der Behinderung (GdB) von 40 ab September 2005 sowie ein im Rahmen des Schwerbehindertenverfahren erstelltes neurologisch-psychiatrisches Gutachten der Frau G vom 31. Mai 2006 (Bl. 30 f. Band 1 GA) vorgelegt.

Das SG hat die Klage durch Gerichtsbescheid vom 03. November 2008 abgewiesen. Die Klage sei, soweit die auf die Anerkennung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2003 und deshalb zu gewährende Entschädigungsleistungen nach den §§ 8, 26 ff. Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) einschließlich einer Verletztenrente gerichtet sei, statthaft und zulässig, jedoch unbegründet. Aufgrund der Ermittlungen der Beklagten, insbesondere des von ihr veranlassten überzeugenden chirurgischen Zusammenhangsgutachtens des Dr. H sei lediglich wahrscheinlich, dass der Arbeitsunfall zu einer leichtgradigen HWS-Distorsion Grad I nach Erdmann geführt habe, die mit dem Ende der ärztlicherseits bescheinigten Arbeitsunfähigkeit am 28. November 2003 im Wesentlichen ausgeheilt gewesen sei und

auch keine Behandlungsbedürftigkeit mehr begründet habe. Dass die zeitnah zum Unfall erhobenen Befunde, insbesondere die nur wenige Tage später gefertigten MRT-Aufnahmen der HWS keinerlei Anzeichen traumatischer Mikroläsionen erkennen ließen, zwingt nach der unfallmedizinischen Literatur zur Annahme, dass lediglich eine HWS-Distorsion Grad I vorgelegen habe. Bestätigt werde dies dadurch, dass der Kläger unmittelbar nach dem Unfall keine bzw. so geringfügige Beschwerden gehabt habe, dass die den Unfall aufnehmenden Polizeibeamten keine ärztliche Versorgung veranlasst hätten. Nach den Angaben des Klägers entwickelten sich die Beschwerden erst im Laufe des Abends und der Nacht, so dass jedenfalls ein symptomfreies Intervall von über 1 Stunde vorgelegen habe. Die gegenteilige Annahme einer HWS-Distorsion Grad III seitens des Neurologen Dr. S lasse sich weder mit den nach dem Unfall erhobenen MRT-Befunden noch mit dem zunächst beschwerdefreien Intervall von mehreren Stunden in Einklang bringen. Damit setze sich Dr. S jedoch ebenso wenig auseinander wie Dr. D B in seinem neurologischen Gutachten vom 11. März 2005. Würden aber grundlegende Kriterien der Kausalitätsbewertung bei HWS-Distorsionen außer Acht gelassen, bleibe die Annahme einer Ursächlichkeit des streitgegenständlichen Unfalls für die anhaltenden HWS-Beschwerden des Klägers und Schmerzen bzw. neurologischen Ausfälle im Bereich des linken Arms lediglich eine Behauptung ohne hinreichende wissenschaftliche Grundlage. Die nach dem Unfall beklagten Beschwerden im Bereich des linken Arms und der linken Hand, die von Dr. S und Dr. D B sowie im Anschluss an Dr. S auch von Dr. G im Sinne einer Läsion der Wurzel C8 bzw. einer Plexus-Brachialis-Läsion interpretiert worden seien, könnten die Annahme einer schwerwiegenden HWS-Distorsion Grad III mit einer unfallbedingten Nervenläsion nur scheinbar stützen. Zu Einem habe Dr. G am Tag nach dem Unfall rechtsseitige und nicht linksseitige Gefühlsstörungen befundet. Zum anderen gingen die genannten Ärzte davon aus, dass der Kläger vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, was jedoch ausweislich des Vorerkrankungsverzeichnisses nicht den Tatsachen entspreche. Berücksichtige man des Weiteren, dass laut Dr. H die mit dem Unfallhergang verbundene Gewalteinwirkung eher die obere HWS und nicht die untere HWS betreffe sowie dass eine HWS-Distorsion Grad I nach der unfallmedizinischen Literatur im Regelfall nicht geeignet sei, eine neurogene Läsion im HWS-Bereich zu verursachen bzw. dass die insoweit zu diskutierenden neurogenen Läsionen anders lokalisiert seien als diejenige, von der vorliegend nach den neurologischen Befunden auszugehen sei, lasse sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. Oktober 2003 und den geltend gemachten Beschwerden nicht wahrscheinlich machen. Soweit der Kläger sein auf die Feststellung von Unfallfolgen und die Gewährung weiterer Leistungen gerichtetes Klagebegehren auch auf den späteren Unfall vom 08. September 2005 beziehe, sei die Klage unzulässig, da die Beklagte hierzu im streitgegenständlichen Bescheid keine Regelung getroffen habe.

Gegen den am 11. November 2008 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 09. Dezember 2008 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingegangene Berufung des Klägers, mit der dieser sein erstinstanzliches Begehren unter Vertiefung seines Vortrags im Wesentlichen weiter verfolgt. Er legt u. a. einen psychologischen Bericht aus der Reha-Klinik D vom 06. November 2007 sowie den Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik G vom 26. Oktober 2010 (im Beiheft "Anlagen zum Gutachten") vor.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 03. November 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 06. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2006 abzuändern und festzustellen, dass das inkomplette Horner-Syndrom links, die leichte defekt geheilte C8-Schädigung links sowie das chronische Zervikal-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 2003 und über 28. November 2003 hinaus behandlungsbedürftig sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat zunächst Befundberichte von Dr. G vom 15. Oktober 2009, von der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Svom 26. Oktober 2009 sowie von dem Arzt S vom 07. Dezember 2009 nebst weiteren medizinischen Befunden (u. a. ein Arztbrief der Orthopädin Dipl.-med. S-F vom 28. April 2005: "Beschwerden beide Schultergelenke seit ca. 2 Jahren ...chronisches Cervikobrachialsyndrom bds Rö li. Schulter v. 27.1.03: Periarthritis humeroscap. mit grobscholligen Kalzifikationen typ. Lokalisation, umschriebene Weichteilverkalkungen im prox. Oberarm." sowie ein MRT-Befund der HWS vom 30. August / 03. September 2007: "mäßige osteochondrotische Veränderungen auch im Bereich der miterfassten oberen BWS ...Uncarthrose mit Einengung der Foramina intervertebralia bei C4/5 rechts und besonders C5/6 bds, außerdem bei C6/7 links mehr als rechts") eingeholt. Darüber hinaus hat der Senat ein Vorerkrankungsverzeichnis der CityBKK vom 10. August 2009 eingeholt.

Anschließend hat der Senat Beweis erhoben und den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B mit der Untersuchung des Klägers und der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In dem am 28. April 2010 nach einer Untersuchung des Klägers am selben Tag fertig gestellten Gutachten hat dieser folgende Erkrankungen festgestellt: • Chronisches Zervikobrachialsyndrom bei Nachweis fortgeschrittener degenerativer Veränderungen der HWS • Innere und äußere Augenmuskulstörung unklarer Genese • Angst und depressive Störung gemischt. Keine dieser Erkrankungen sei mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Das vorherrschende Beschwerdebild sei auf degenerative Veränderungen der HWS mit rezidivierenden Nervenwurzelreizerscheinungen und geringgradigen Nervenwurzelschädigungen C6-C8 linksseitig zurückzuführen. Darüber hinaus werde das chronische Beschwerdebild psychisch überlagert durch eine depressive Störung und Angststörung bei akzentuierter Persönlichkeitsstruktur. Aus den vorliegenden Befunden könne die Diagnose eines (inkompletten) Horner-Syndroms nicht eindeutig abgeleitet werden, denn die beiden Kardinalsymptome Miosis (Pupillenverengung) und Ptosis (Herabhängen des Oberlides) seien nicht ausreichend abgesichert. Die weiteren Kardinalsymptome Enophthalmus (Zurücksinken des Auges in die Augenhöhle) und Anhidrose (gestörte Schweißbildung) im Bereich Gesicht, Hals, Arm, Hand fehlten. Eine nähere Differenzierung zur Höhenlokalisation mittels Kokaintest und Schweißtest sei bisher nicht erfolgt. Eine strukturelle Verletzung durch den Verkehrsunfall sei nicht gesichert, weder die Röntgenaufnahmen noch die MRT-Aufnahmen wiesen traumatische Veränderungen auf. Der Unfall habe maximal zu einer HWS-Distorsion Grad I bis II nach Erdmann bzw. Grad II nach Quebec Task Force (QTF) geführt. Der Unfall sei auch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht geeignet gewesen, eine traumatische Plexusschädigung hervorzurufen, denn das strukturelle Schadensbild einer traumatischen Plexusläsion sei erheblich und führe zu einer ausgeprägten Sofortsymptomatik. An beidem fehle es hier. Bei jedem Unfall sei außerdem ein Beschwerdemaximum zeitnah zu erwarten, maximal bis zu 3 Wochen später, um dann in ein Decrescendo überzugehen. Der Kläger sei erst 3 Monate später beim Neurologen vorgestellt worden. Dieser habe bis Ende 2004 eine unauffällige Motorik und ein unauffälliges Vegetativum bestätigt. Erstmals im März 2005 habe Dr. D B Lähmungserscheinungen bei unauffälligem Vegetativum

beschrieben. Der Kläger sei auch bereits vor dem Unfall wegen Schulter- bzw. Schulter-Arm-Beschwerden in Behandlung gewesen. Selbst wenn ein Horner-Syndrom links angenommen werde, könne daraus, nur weil in der Vergangenheit ein Heckanprall vorgekommen sei, nicht automatisch auf eine untere Plexusläsion geschlossen werden. Wie alt der Befund eines Horner-Syndroms tatsächlich sei, lasse sich nicht beurteilen. Er müsse jedenfalls so diskret gewesen sein, dass der behandelnde Orthopäde Dr. G ihn nicht erwähne. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. Juli 2010 ist der Sachverständige bei seiner Beurteilung geblieben.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat den Arzt für Neurologie Dr. D B mit der Untersuchung des Klägers und Erstellung eines Gutachtens betraut. In seinem am 01. April 2011 nach einer Untersuchung des Klägers am 11. März 2011 erstellten Gutachten hat dieser folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: • Horner-Syndrom links • Leichte, defekt geheilte C8-Läsion links • Zervikales Wurzelreizsyndrom C6 links. Das Horner-Syndrom und die C8-Läsion seien wahrscheinlich durch den Unfall vom 17. Oktober 2003 verursacht worden. Es sei möglich, aber nicht sicher, dass es um ein und dieselbe Läsion und zwar wirbelsäulennah im unteren Plexus-brachialis-Bereich handele. Die erst etwa ein Jahr nach dem Unfall aufgetretenen zervikalen Wurzelreizerscheinungen C6 seien als unfallunabhängig anzusehen ebenso wie eine Somatisierungsstörung und ein Wirbelsäulenleiden. Das jetzige neurologische Krankheitsbild sei vorwiegend auf die unfallunabhängigen C6-Wurzelreizerscheinungen zurückzuführen. Das Horner-Syndrom habe keine klinische Relevanz, das C8-Syndrom habe zurzeit nur noch eine geringe Relevanz. Die neurologischen Unfallfolgen hätten sich zur Zeit der Nachuntersuchung durch Dr. P am 27. März 2006 im Vergleich zu den Voruntersuchungen sehr deutlich gebessert, zu diesem Zeitpunkt habe bereits die unfallunabhängige C6-Wurzelreizerscheinung im Vordergrund gestanden. Er gehe hier aufgrund der Klinik, der neurologischen Befunde des Dr. S vom 22. Januar 2004, seiner eigenen Befunde (auch von 2005) sowie der Befunde des Dr. P von einer leichten, proximalen Wurzel- oder Plexus-brachialis-Läsion aus. Die diagnostische Unterscheidung sei schwierig. Hauptgrund, weshalb Dr. S und er von einer Plexus-brachialis-Läsion ausgegangen seien, sei das Horner-Syndrom. Diese Störung sei bei leichter Ausprägung nicht gravierend, aber Zeichen einer Schädigung des Nervenstrangs und komme bei unteren Plexus-brachialis-Läsionen in der Regel vor, nicht aber bei reinen C8-Läsionen durch Bandscheibenvorfälle oder durch eine Einengung der Foramina intervertebralia. Ein Wurzelariss am Rückenmark könne hier mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dr. S habe elektromyographisch auch eine frische Läsion nachgewiesen; eine pathologische Spontanaktivität finde sich bei C8-Läsionen etwa 6 bis 8 Wochen nach Auftreten der Läsion. Dies passe gut zu dem Unfalldatum vom November 2003. Die pathologische Spontanaktivität in der von C8 versorgten Muskulatur sei mit einer älteren, früheren Schädigung oder aber mit einer etwas jüngeren, späteren Schädigung nicht gut vereinbar. Leichte Plexus-brachialis- oder sonstige periphere Nervenläsionen würden von Unfallärzten nicht selten übersehen, weil anfangs eine Schmerzsymptomatik im Vordergrund stehe, sodass die Suche nach darüber hinausgehenden Nervenschädigungen manchmal nicht erfolge. Insofern verwundere es nicht, dass Dr. G als Erstuntersucher keine Läsion bzw. entsprechende Symptome beschrieben habe. Durch die heutige Untersuchung (Phenylephrintest am linken Auge) sei auch zweifelsfrei nachgewiesen, dass eine Läsion des linken Orthosympathicus als Ursache der Ptose (Lidhängen) vorliege, so dass als Ursache des Horner-Syndroms hier vernünftigerweise (ein Tumor oder eine Dissektion der A. carotis seien ausgeschlossen bzw. unwahrscheinlich) nur eine C8-nahe, proximale untere Plexus-brachialis-Schädigung in Betracht komme. Der zum Unfallzeitpunkt ältere rechtsseitige Bandscheibenvorfall C5/6 komme als Ursache der C8-Läsion und der weiteren linksseitigen neurogenen Störungen nicht in Betracht. Das Beschleunigungstrauma reiche aus, um die ursprüngliche C8-Wurzelsymptomatik zu erklären. Soweit Dr. H eine Beschränkung des Pathomechanismus auf die oberen zervikalen Nervenwurzeln postuliere, möge dies für Schädigungen von Bändern und Gelenkkapsel zutreffen, nicht aber für Läsionen der Nervenwurzeln. Fehlende MRT-Läsionszeichen in Höhe von betroffenen Nervenwurzeln seien im Rahmen von HWS-Beschleunigungstraumen möglich; ein neues, unfallunabhängiges, C8-Syndrom hingegen müsse durch einen frischen Bandscheibenvorfall oder durch eine ausgeprägte Forameneinengung in Höhe HWK 7/BWK 1 links entstanden sein, was im MRT aber nachzuweisen gewesen wäre. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 01. September 2011 ist der Sachverständige bei seiner Bewertung geblieben.

Schließlich hat der Senat auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG noch ein orthopädisches Sachverständigengutachten des Dr. M vom 22. März 2012 nebst ergänzender Stellungnahme vom 14. Mai 2012 eingeholt. In dem Gutachten ist er nach einer Untersuchung des Klägers vom selben Tag auf seinem Fachgebiet zu folgenden Diagnosen gelangt: • Chronisches Zervikal-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm • Zustand nach HWS-Schleudertrauma vom 17. Oktober 2003 mit Läsion des unteren Plexus brachialis links • Bandscheibenvorwölbung und Bandscheibenabnutzung der Segmente C4/5, C5/6 • Großzehengelenksverschleiß. Das chronische Zervikal-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm und der Zustand nach HWS-Schleudertrauma vom 17. Oktober 2003 mit Läsion des unteren Plexus brachialis links seien auf den Unfall zurückzuführen. Das Gesamtkrankheitsbild sei mitbedingt durch die abnutzungsbedingten Bandscheibenvorwölbungen und -abnutzungen bei C4/5 und C5/6. Es handele sich um eine HWS-Distorsion Schweregrad III. Die allgemeine Begutachtung durch die Vorgutachter sei sachlich richtig, er weiche jedoch bei der unfallbedingten Kausalität zum Teil ab. Zur Begründung verweise er auf die Literatur: Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule von Graf/Grill/Wedig, Steinkopff Verlag 2009, Kapitel 23 und 44 bis 61. Der Senat hat den Sachverständigen außerdem im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 20. September 2012 ergänzend zu seinem Gutachten befragt. Hinsichtlich des Ergebnisses der Befragung wird auf die Sitzungsniederschrift vom 20. September 2012 Bezug genommen.

Der Senat hat außerdem die Schwerbehindertenakten des Klägers (4 Bände zum Gz. ; darin u. a. CT der HWS vom 22./23. Mai 2003: "Klinik: Cervico-Brachialgie rechts. ( ) Im Liegen deutliche Steilstellung der HWS. Mittelgradige Osteochondrose mit reaktiver Spondylosis deformans mit Schwerpunkt HWK 4-7. ( ) Multisegmentale und überwiegend breitbasige ( ) Protrusionen mit Schwerpunkt bei HWK 3/4, 5/6 und 6/7. ( ) Mittelgradige rechtsseitige Stenose des rechten Neuroforamen HWK 5/6, geringe Entrundung auch bei C6/7.") sowie die Gerichtsakten zum Rechtsstreit [S 68 U 364/08](#) – [L 3 U 88/11](#) (2 Bände) betreffend den Unfall vom 08. September 2005 beigezogen (darin enthalten u. a.: das neurologische Gutachten der Frau PD Dr. F vom 05. Oktober 2010 (chronisches Zervikobrachialsyndrom mit sensiblen Missempfindungen, inkomplett im Versorgungsgebiet des C6-Dermatoms links ohne motorische Ausfälle der Extremitäten, inkomplettes Horner-Syndrom links, leichte Schädigung des N. thoracicus longus C5 – C7 links, leichte depressive Störung) und das psychiatrische Gutachten des Dr. T vom 02. Februar 2012 (neurotische Störung i. S. e. Neurasthenie vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung)). Zum übrigen Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten und die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten (4 Bände, Az. ) verwiesen, die dem Senat vorgelegen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Die auf Feststellung weiterer Unfallfolgen (hier: inkomplettes Horner-Syndrom links, leichte defekt geheilte C8-Schädigung links sowie

chronisches Zervikal-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm) gerichtete Klage ist gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 1 Nr. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 28. April 2004 - [B 2 U 21/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 24); ihr eignet das erforderliche Feststellungsinteresse gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 2 SGG](#). Nach der Systematik des SGB VII sind in den Vorschriften, welche die Voraussetzungen der verschiedenen sozialen Rechte auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung regeln (z.B. [§§ 27 ff. SGB VII](#) (Heilbehandlung) und [§§ 45 ff. SGB VII](#) (Verletztengeld)), nur die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen einzelnen Arten von Leistungsrechten ausgestaltet. Demgegenüber sind die allgemeinen Rechtsvoraussetzungen, die für alle Leistungsrechte des SGB VII gleichermaßen gelten, nämlich die Regelungen über den Versicherungsfall und die ihm zuzurechnenden Unfallfolgen ([§§ 7 bis 13 i. V. m. § 2 bis 6 SGB VII](#)), vorab und einheitlich ausgestaltet. Ermächtigung und Anspruch betreffen daher auch die Entscheidung über jene Elemente des Anspruchs, die Grundlagen für jede aktuelle oder spätere Anspruchsentstehung gegen denselben Unfallversicherungsträger aufgrund eines bestimmten Versicherungsfalles sind. Zu den abstrakt feststellbaren Anspruchselementen gehören neben dem Versicherungsfall die (sog. unmittelbaren) Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich (und deshalb zurechenbar) spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles verursacht wurden. Der Feststellung, ob und welche Gesundheitsstörungen Folgen eines Versicherungsfalles sind, kommt eine über den einzelnen Leistungsanspruch hinausgehende rechtliche Bedeutung für den Träger und den Versicherten zu. Denn trotz unterschiedlicher Tatbestandsvoraussetzungen im Übrigen setzen, wie bereits ausgeführt, alle Leistungsansprüche nach den [§§ 26 ff. SGB VII](#) als gemeinsame Tatbestandsmerkmale einen Versicherungsfall (i. S. d. [§§ 7 bis 13 SGB VII](#)) und durch ihn verursachte Gesundheitsschäden - bis hin zum Tod des Verletzten - voraus und begründen dafür die Verbandszuständigkeit nur eines bestimmten Trägers der Unfallversicherung (BSG, Urteil vom 05. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - zitiert nach juris, Rn. 12, 17, 19 ff.).

Soweit sich die Klage jedoch auf die Feststellung einer unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit über den 28. November 2003 hinaus richtet, ist sie unzulässig. Ein berechtigtes Feststellungsinteresse besteht nämlich nicht, soweit die Feststellung von Behandlungsbedürftigkeit begehrt wird. Dies wäre eine unzulässige Elementenfeststellung (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG - Kommentar, 10. Aufl. 2012, § 55 Rn. 9), welche gegenüber der im Wege der Anfechtungs- und Leistungsklage geltend zu machenden Erstattung konkreter Behandlungskosten subsidiär wäre (vgl. Keller, a. a. O., Rn. 19 f.).

Die Klage ist, soweit sie zulässig ist, unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 06. Februar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. August 2006 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen über den 28. November 2003 hinaus.

Nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle der Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Versicherte Tätigkeit ist gem. [§ 8 Abs. 2 N. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Gesetzgeber bringt mit der Formulierung "infolge" in [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Die Frage nach diesem Zurechnungszusammenhang stellt sich auf drei Ebenen, nämlich als Unfallkausalität zwischen ausgeübter Tätigkeit und Unfallereignis, als haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden und als haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und längerandauernden Unfallfolgen (BSG, a. a. O., Rn. 10; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 1.4, S. 21 f.). Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit und des Unfallereignisses müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a. a. O., auch Rn. 18 und 20).

Dies zugrunde gelegt steht nicht zur Überzeugung des Senats gemäß [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) fest, dass die vom Kläger geltend gemachten Beschwerden in Form eines inkompletten Horner-Syndroms links, einer leichten defekt geheilten C8-Schädigung links sowie eines chronischen Zervikal-Syndroms mit Ausstrahlung in den linken Arm mit Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den anerkannten Arbeitsunfall vom 27. Oktober 2003 zurückzuführen sind. Vielmehr hat der Kläger infolge dieses Arbeitsunfalls, wie im angefochtenen Bescheid vom 06. Februar 2003 festgestellt, lediglich eine - zwischenzeitlich ausgeheilte - HWS-Distorsion erlitten.

Der Senat schließt sich insoweit der detaillierten und überzeugenden Ausführungen des SG in den Gründen seines Gerichtsbescheides vom 08. November 2008 an und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Lediglich ergänzend weist der Senat auf folgendes hin:

Gesichert ist, dass der Kläger am 17. Oktober 2003 nachmittags im Stopp-and-go-Verkehr einen mit einem Heck- sowie Frontaufprall verbundenen Verkehrsunfall erlitten hat, der als Arbeitsunfall anerkannt ist. Er musste nicht sofort akutmedizinisch behandelt werden, sondern stellte sich erst am nächsten Tag bei seinem auch schon zuvor behandelnden Orthopäden Dr. G vor. Bewusstlosigkeit, Amnesie, Übelkeit oder Schwindel lagen ebenso wenig vor wie Prellungen, Hämatome oder Abschürfungen. Der Kläger beklagte Schmerzen in der HWS, im Bauchbereich, am Kopf und am Thorax. Befundet wurden lediglich eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS, leichte Kopfschmerzen und Abdomenbeschwerden im Verlauf des Gurtes, mithin gänzlich unspezifische Beschwerden. Außerdem stellte Dr. G laut seinem H-Arzt-Bericht vom 23. Oktober 2003 am 18. Oktober 2003 leichte Parästhesien in der rechten Hand fest. Schon die Vorstellung zum MRT am 21. Oktober 2003 erfolgte dann unter der Angabe "Taubheitsgefühl im kleinen Finger links". Der Befund "leichte Parästhesien rechte Hand" wird auch in dem Bericht des Dr. G für die HUK-Coburg von Oktober oder November 2003 erwähnt, so dass letztlich unklar bleibt, ob bereits am Tag nach dem Unfall Gefühlsstörungen im kleinen Finger der linken Hand vorlagen oder erst einige Tage später. Sicher ist demgegenüber, dass es bei dem Verkehrsunfall zu keinen knöchernen Verletzungen oder frischen Bandscheibenvorfällen gekommen ist.

Die im MRT vom 21. Oktober 2003 befundene Steilstellung der HWS war wie auch die weiteren Osteochondrosen, Arthrosen, spondylophytären Anbauten, Bandscheibenvorwölbungen und -vorfälle im Bereich C4 bis C7 – wie sich aus dem CT der HWS vom 22. Mai 2003 ergibt - vorbestehend. Auch Verletzungen der Bänder bzw. der sonstigen Weichteile im Bereich der HWS und BWS sind nicht nachgewiesen, es fehlt an diesbezüglich an jeglichen Anhaltspunkten. All dies lässt sich anhand der Röntgenaufnahmen vom 18. Oktober 2003, der MRT-Aufnahmen vom 21. Oktober 2003, 09. März 2004, 14. Januar 2005 und 30. August 2007 nachvollziehen und ist insoweit unter den Sachverständigen im Wesentlichen unstreitig. Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass der Kläger bereits vor dem Unfall wegen Cervikobrachialgien rechts (vgl. z. B. das eben genannte CT vom 22. Mai 2003 sowie die Vorerkrankungsverzeichnisse der CityBKK), linksseitigen und rechtsseitigen Schulterbeschwerden (vgl. die Computerausdrucke des Dr. G sowie den Arztbrief von Frau S-F vom 28. April 2005) in Behandlung war.

Damit steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Unfall – wird die Frage nach einer Verletzung des Armplexus bzw. Halsgrenzstrangs ausgeklammert – zu keinem gravierenden körperlichen Trauma geführt hat.

Angesichts des unauffälligen radiologischen Befundes und des unspezifischen Beschwerdebildes bei der Erstuntersuchung kann das von dem Sachverständigen Dr. D B festgestellte inkomplette Horner-Syndrom sowie eine Nervenschädigung im Dermatome C8 nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentlich Arbeitsunfall ursächlich zurückgeführt werden.

In diesem Zusammenhang ist es aus der Sicht des erkennenden Senats nicht weiterführend, ob der Kläger bei dem Unfall eine HWS-Distorsion Grad I oder III nach Erdmann bzw. QTF erlitten hat, denn die Einordnung als Schweregrad I oder III beinhaltet schon die – streitige – Kausalitätsbewertung.

Das im vorliegenden Fall erstmals von Dr. S am 13. Januar 2004 – mithin rund 3 Monate nach dem Unfall - diagnostizierte inkomplette Horner-Syndrom ist spätestens mit dem durch Dr. D B durchgeführten Phenylephrintest vom 11. März 2011 als gesichert anzusehen. Dr. D B erläutert in seinem Gutachten vom 01. April 2011, dass das (inkomplette) Horner-Syndrom der Hauptgrund dafür war und ist, dass von Dr. S und ihm im Fall des Klägers eine Plexus-brachialis-Läsion (mit der Folge einer C8-Läsion) angenommen worden sei, d. h. er schließt – ebenso wie Dr. S – indirekt auf eine Plexus-brachialis-Läsion. Ein direkter Nachweis einer Plexus-brachialis-Läsion in Form eines MRT der oberen Thoraxapertur (vgl. hierzu den Befund des MRT vom 30. August 2007) fehlt hier.

In dem in der Halsbeuge unter dem Schlüsselbein gelegenen Plexus (lat.: Geflecht) brachialis (griech.: des Armes) sind die Nerven, die hauptsächlich die Arme versorgen (ventrale Äste der Spinalnerven C5 bis Th1), zusammengefasst. Dieses Nervengeflecht hat seinen Ursprung in den Rückenmarksnerven (Spinalnerven) der unteren Halswirbelsäulenregion und dem obersten Abschnitt der Brustwirbelsäule. Aus dem Plexus brachialis gehen die großen Armnerven hervor: der Speichennerv (Nervus radialis), der Ellenerv (N. ulnaris) und der Mittelnerv (N. medianus). Darüber hinaus versorgen einige kleinere Nerven Teile der Schulter-, Brust- und Rückenmuskulatur. Unter Läsionen werden verschiedenste Arten von Schädigungen, z. B. durch Verletzungen oder Entzündungen, verstanden. Läsionen im Bereich des Plexus brachialis führen je nach Ausmaß und Lokalisation der Schädigung zu unterschiedlich schweren Funktions- oder Empfindungsbeeinträchtigungen in den von den Nerven zu versorgenden Gebieten (vgl. u. a. [www.aok.de/bundesweit/91267.php?od=3036](http://www.aok.de/bundesweit/91267.php?od=3036)). Laut Dr. D B Ausführungen in seinem Gutachten vom 01. April 2011 hat Dr. S am 22. Januar 2004 elektromyographisch eine frische Läsion festgestellt. Eine pathologische Spontanaktivität finde sich gemäß Dr. D B bei C8-Läsionen etwa 6 bis 8 Wochen nach dem Auftreten der Läsion, und dies passe gut zum Unfalldatum. Dieser Schluss ist mehr als fraglich, denn der Unfall ereignete sich 3 Monate (also rund 12 Wochen) vor der neurologischen Untersuchung. Der Gutachter ist hier erkennbar von einem falschen Datum des Unfalls ausgegangen, nämlich dem 17. November 2003 anstatt dem 17. Oktober 2003. Damit ist ungewiss, seit wann das Horner-Syndrom sowie die am 22. Januar 2004 festgestellte "leichtgradige abgelaufene peripher-neurogene Schädigung im Hypothenar links" bestanden. Eine ursächliche Rückbeziehung auf den Arbeitsunfall vom 17. Oktober 2003 damit nicht nachvollziehbar. Soweit Dr. D B meint, es verwundere nicht, dass der erstbehandelnde Dr. G keine Symptome einer Läsion des Plexus brachialis beschrieben habe, da leichte Läsionen häufig wegen der anfangs im Vordergrund stehenden Schmerzsymptomatik übersehen würden, kann dies hier nicht überzeugen, denn massive Schmerzzustände wie etwa bei einem Polytrauma oder anderen gravierenden knöchernen oder Weichteilverletzungen lagen hier gerade nicht vor.

Auffällig ist auch, dass motorische Ausfälle etwa i. S. v. Lähmungen erstmals am 10. März 2005 (rund 1,5 Jahre nach dem Wegeunfall) von Dr. D B festgestellt wurden. Auch wenn hier eine gewisse Latenz zugesprochen wird, erscheint dieser Zeitraum sehr lang, zumal es ja gemäß den Ausführungen des Dr. D B in seinem Gutachten vom 01. April 2011 danach aber binnen rund 1 Jahres zu einer Besserung der motorischen Störungen gekommen sein soll (erkennbar aus den Befunden der Prof. Dr. L / Dr. P vom 27. März 2006). Vegetative Erscheinungen (z. B. Störungen der Schweißsekretion) sind gar nicht dokumentiert.

Darüber hinaus ist hier – den Sachverständigen Dr. B und Dr. H folgend – eine Geeignetheit des Unfallablaufs für die Verursachung einer unteren Läsion des Plexus brachialis nicht ersichtlich. In seinem Gutachten vom 11. März 2005 hat Dr. D B auf Seite 5 ausgeführt, "eine traumatische Wurzelläsion kann entstehen durch höhere Gewalteinwirkung". In der Folge geht er offenbar ohne nähere Begründung davon aus, dass hier eine höhere Gewalteinwirkung stattgefunden habe. Worin diese bestanden haben soll, wird nicht dargelegt.

Posttraumatische Läsionen des Plexus brachialis sind i. d. R. durch Hochgeschwindigkeitstraumata verursacht (z. B. Motorrad- oder Skiunfälle) und häufig begleitet von Traumata anderer Körperregionen (vgl. Krishnan, Mucha, Pinzer, Schackert "Diagnostik und Behandlung von posttraumatischen Läsionen des Plexus brachialis", in Ärzteblatt Sachsen 8/200, 373 ff., 373 sowie Berger/Hierner, Plastische Chirurgie Band IV: Extremitäten, 1. A. 2008, S. 183 f.). Der Plexus brachialis ist besonders bei Traumen gefährdet, bei denen eine plötzliche heftige Zugwirkung auftritt, wobei Zug nach unten, außen oder eine plötzliche Vergrößerung des Hals-Schulter-Winkels bevorzugt zu einer oberen Plexuslähmung, Zug nach oben hingegen zu einer unteren Plexuslähmung führt (vgl. Widder/Gaidzik, Begutachtung in der Neurologie, 2007, S. 243; vgl. auch Berger/Hierner, a. a. O., S. 184). Direkte Verletzungen wie Hieb- und Stichverletzungen sind selten. So lange das knöcherne Skelett intakt ist, sind die Weichteilgewebe vor longitudinalem Zug relativ gut geschützt (vgl. Berger/Hierner, a. a. O., S. 184). Als wichtigste Ursachen einer Plexus-brachialis-Läsion werden genannt: direktes Trauma, geschlossene Plexusschädigung durch Zerrung bzw. Zerreißen (z. B. bei Motorradunfällen, Schulterluxationen), Lagerungsschaden, radiogene Armplexusparese, Engpasssyndrom, geburtstraumatische Schädigung (vgl. Widder/Gaidzik, a. a. O. S. 244 Tabelle 22.6). Manifeste neurologische Defizite nach einer HWS-Beschleunigungsverletzung sind selten und treten i. d. R. nur im Rahmen einer höhergradigen Verletzung auf (vgl. Widder/Gaidzik, a. a. O.

S. 342). Hier liegt weder eine höhergradige sonstige Verletzung wie etwa bei einem Polytrauma vor noch ist – wie Dr. H in seinem Gutachten vom 07. Oktober 2004 ausführlich darlegt – die Biomechanik bei Heck- bzw. Frontal- bzw. Heckkollisionen mit nachfolgender Frontalkollision (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. A. 2010, Kap. 8.3.4.1 S. 459-462) in Übereinstimmung zu bringen mit der geforderten Zugausübung. Unter Zugrundelegung der Biomechanik bei Heck- bzw. Frontal- bzw. Heckkollisionen mit nachfolgender Frontalkollision ist hier auch eine etwaige Komprimierung des Plexus brachialis zwischen Schlüsselbein und 1. Rippe nicht erkennbar. Des Weiteren scheidet auch eine Komprimierung z. B. durch ein großes Ödem aus (vgl. Berger/Hierner, a. a. O., S. 184).

Soweit nunmehr Dr. M in seinem Gutachten vom 22. März 2012 sowie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Mai 2012 – bekräftigt bei seiner ergänzenden Befragung am 20. September 2012 – die Auffassung vertritt, das beim Kläger fortbestehende Cervikobrachial-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm sei mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch den Arbeitsunfall bedingt, überzeugt dies den Senat nicht. Die Ausführungen sind unschlüssig. Dr. M begründet seine Auffassung im Wesentlichen damit, dass neurologischerseits eine Nervenschädigung mit sensiblen Störungen im Bereich des linken Arms festgestellt und als unfallbedingt beurteilt worden sei. Daher sei auch das Cervikobrachial-Syndrom links nach seiner Beurteilung insgesamt unfallbedingt. Zwar könnten auch die festgestellten degenerativen Veränderungen ein Cervikobrachial-Syndrom mit Ausstrahlung in den linken Arm verursachen, auch sei die Differenzierung schwierig. Für ihn seien aber letztlich die neurologischen Feststellungen maßgeblich.

Der Sachverständige entzieht sich hier letztlich einer eigenen differenzierten Kausalitätsbewertung und stützt sich in stark vereinfachender Form auf die Beurteilungen des behandelnden Neurologen Dr. S sowie des neurologischen Gutachters Dr. D B. Hierbei übergeht er vollkommen, dass sowohl Dr. D B als auch Dr. B das nunmehr bestehende neurologische Krankheitsbild (jedenfalls ab der Untersuchung durch Dr. P am 27. März 2006) überwiegend auf die unfallunabhängigen degenerativen Veränderungen im Bereich C6 ursächlich zurückführen. Außerdem sind diese Beschwerden sicher erstmals dokumentiert im Dezember 2004 (Bericht des Dr. S vom 09. Dezember 2004 und Verlaufsbericht H-Arzt des Dr. G vom 24. Januar 2005), mithin mehr als 1 Jahr nach dem Arbeitsunfall vom 17. Oktober 2003. Zum anderen ignoriert er, dass der Kläger bereits vor dem Arbeitsunfall vom 17. Oktober 2003 unter HWS- und beidseitigen Cervikobrachial-Syndromen sowie einer Periarthritis humero scapularis links litt. Aus welchen Gründen angesichts dieser Umstände das von ihm diagnostizierte Cervikobrachial-Syndrom mit Taubheitsgefühl bzw. Gefühlsstörung im Bereich des linken Daumens und Zeigefingers (entsprechend dem Dermatome C6; vgl. S. 12 seines Gutachtens) auf eine von Dr. D B so beurteilte C8-Läsion zurückzuführen sein soll, erschließt sich dem Senat nicht. Der pauschale Verweis auf die Kapitel 23 und 44 bis 61 des Buchs "Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule" von Graf/Grill/Wedig ersetzt keine gutachterliche Auseinandersetzung mit dem Einzelfall des Klägers. Es ist für den Senat auch nach Lektüre der zitierten Kapitel nicht erkennbar, welche konkreten Schlussfolgerungen für den hier streitigen Fall sich daraus ableiten lassen sollen, zumal Dr. M es vermieden hat, hierzu hilfreiche Ansätze zu liefern.

Die Berufung war danach zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-10-25