

## **L 9 U 615/05**

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 2 U 792/03

Datum

04.02.2005

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 9 U 615/05

Datum

09.05.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Anschlussberufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 4. Februar 2005 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten, die Verschlimmerung einer Polyneuropathie und einen persistierenden Schwindel nach Gehirnerschütterung als Folgen eines Arbeitsunfalls anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit - MdE - von mindestens 20 v.H. zu gewähren. Die Beklagte wendet sich im Wege der Anschlussberufung gegen die Feststellung einer Tinnitusserkrankung als Unfallfolge.

Der 1950 geborene Kläger - ein gelernter Mechaniker, der bei der Spedition M. in A. als angestellter Berufskraftfahrer von Gefahrgut beschäftigt war - erlitt am frühen Morgen des 4. Oktober 2000 beim Abladen schwerer Stahlrohre von seinem Lastkraftwagen einen Unfall. Nachdem sich ein Halteband gelöst hatte, rutschte die Rohrladung teilweise ab und riss den Kläger zu Boden. Der Kläger stürzte dabei auf seinen Rücken, die rechte Seite und den Hinterkopf und war mehrere Minuten bewusstlos. Der Orthopäde Dr. D. stellte im Durchgangsarztbericht vom 9. Oktober 2000 folgende Diagnosen: Commotio cerebri, Verdacht auf Rippenfraktur rechts und Rückenprellung; unfallunabhängig leide der Kläger an bekanntem Diabetes mellitus.

Vom 4. bis 17. Oktober 2000 wurde der Kläger nach Notaufnahme stationär in der O.klinik R. - Abteilung Unfallchirurgie - behandelt. Im Entlassungsbericht vom 19. Oktober 2000 stellte der Chirurg und Orthopäde Dr. B. die Diagnosen Commotio cerebri, Commotio labyrinthi und Rippenprellung rechts und die Nebendiagnosen Vorbestehender insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Verdacht auf Hypertonus und Adipositas per magna. Bildgebend seien keine pathologischen Befunde zu ermitteln gewesen, insbesondere CCT und Röntgen-Thorax hätten sich im Verlauf unauffällig dargestellt. Unter symptomatischer Behandlung seien die Schmerzen rasch zurückgegangen; allerdings sei eine persistierende Schwindelsymptomatik zu beobachten gewesen. Deswegen sei der Kläger in die HNO-Klinik überwiesen worden.

Im unter dem 31. Oktober 2000 verfassten Nachschaubericht stellte HNO-Arzt Dr. P., R., die Diagnosen: beiderseitig sensorineurale Schwerhörigkeit und contusio labyrinthi. Mit am 17. November 2000 bei der Beklagten eingegangenen Bericht schloss die Augenärztin Dr. W., R., eine unfallbedingte Sehinderung bei Kläger aus. Mit weiterem, bei der Beklagten am 22. Dezember 2000 eingegangenen augenärztlichem Bericht stellten die Dres. E. und F.-W. die alleinige Diagnose eines Zustandes nach Commotio cerebri bei beidseitig unauffälligem Gesichtsfeldbefund. Mit Krankenauskunft vom 19. Januar 2001 teilte der den Kläger behandelnde Internist Dr. K., R., der Beklagten mit, dass der Kläger weiter an chronischem Schwindel durch die unfallbedingte commotio labyrinthi leide und deshalb nicht Auto fahren dürfe. Weder die Behandlungsdauer noch die voraussichtliche Dauer der bestehenden Arbeitsunfähigkeit seien absehbar.

Im an die Beklagte gerichteten Zwischenbericht vom 14. Februar 2001 stellte Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T. die Diagnosen Bewegungseinschränkung der linken Schulter und Gleichgewichtsstörung nach Commotio cerebri und empfahl eine bereits geplante Kernspintomographie der linken Schulter. Am 23. Februar 2001 führte der Radiologe Dr. Z., Ro., diese Kernspinuntersuchung durch (Befundbericht vom 1. März 2001). Nach erneuter Vorstellung bei Prof. Dr. W., empfahl dieser der Beklagten mit Bericht vom 21. März 2001 beim Kläger ein stationäres Heilverfahren durchzuführen, in dessen Rahmen aufgrund der persistierenden cerebralen Symptomatik eine

neurologische Abklärung erfolgen solle.

Daraufhin unterzog sich der Kläger in der Zeit vom 21. März bis zum 27. April 2001 der stationären Behandlung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., Abteilung Unfallchirurgie. Während dieser Behandlung wurde der Kläger neurologisch und psychiatrisch untersucht. Im neurologischen Befundbericht vom 18. April 2001 stellte PD Dr. Sch., Universitätsklinikum T., Neurologische Klinik, folgende Diagnosen: Polyneuropathie (diabetisch), abgeschwächte Armelevation, am ehesten schmerzbedingt, kein Hinweis auf Plexusläsion und rezidivierender ungerichteter Schwindel unklarer Genese bei Zustand nach Commotio labyrinthi. Empfohlen werde angesichts der schweren gemischten sensomotorischen Polyneuropathie eine strikte Einstellung des Blutzuckers.

Der Diplompsychologe, Neurologe und Psychiater Prof. Dr. M. berichtete unter dem 25. April 2001 gutachtlich über den Kläger. Der seit 15 Jahren blutzuckerkrank und seit sechs Jahren insulinpflichtige Kläger leide an einer schwerwiegenden symmetrischen motorisch-sensiblen Polyneuropathie; er sei erwerbsunfähig und bedürfe dringend weiterer fachinternistischer, augenfachärztlicher und neurologischer Behandlung. Dies alles sei aber nicht Folge des Unfalls vom 4. Oktober 2000. Dieser Unfall habe zu keiner Verletzung zentral- oder peripher-neuronaler Strukturen geführt und die bereits zuvor bestandene Polyneuropathie weder verursacht noch ausgelöst oder anhaltend oder gar richtunggebend verschlimmert. Auf der Grundlage der vorstehenden Erkenntnisse teilte Prof. Dr. W. im abschließenden Befund- und Entlassbericht über die stationäre Behandlung des Klägers vom 7. Mai 2001 folgende Diagnosen mit: - Commotio cerebri und Schulterprellung links vom 4. Oktober 2000 und - Unfallunabhängig: ausgeprägte Polyneuropathie bei Diabetes mellitus. Aufgrund seiner Blutzuckererkrankung einschließlich diabetischer Netzhauterkrankung sei der Kläger als Kraftfahrer zwar berufsunfähig und darüber hinaus erwerbsunfähig, eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bestehe aber nicht. Die unfallbedingte Behandlung des Klägers sei abgeschlossen; weiter notwendige Behandlungen seien von der Krankenkasse zu tragen.

Am 10. Mai 2001 verordnete der Internist Dr. K. dem Kläger einen laut Kostenvoranschlag vom 19. Juni 2001 679,53 Euro teuren Heimtrainer (Ergometer CX 1 Cardio Plus). Mit Bescheid vom 12. Juli 2001 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für das Gerät mit der Begründung ab: Bei der beim Kläger bestehenden ausgeprägten Polyneuropathie handele es sich um eine unfallunabhängige Erkrankung. Die Folgen des am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfalls seien vollständig beseitigt und bedingten weder Arbeitsunfähigkeit noch weitere berufsgenossenschaftliche Behandlungsbedürftigkeit. Empfohlen werde ein an den Rentenversicherungsträger zu adressierender Rentenantrag.

Den gegen den Ablehnungsbescheid am 25. Juli 2001 erhobenen Widerspruch begründete der Kläger unter Hinweis darauf, ein Großteil seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei entgegen den Feststellungen von Prof. Dr. M. auf den am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfall zurückzuführen. Vor dem Unfall habe er seinem Beruf als Kraftfahrer nachgehen und ohne Schmerzen an Schultern, Armen und Beinen Paletten mit 600 bis 1000 kg auf seinem Lkw bewegen können. Auch sein Augenlicht habe sich erst nach dem Unfall verschlechtert. Das komplexe Krankheitsbild bedürfe einer fundierten Zusammenhangsbegutachtung.

Mit beratungsärztlicher Stellungnahme vom 19. März 2002 vertrat Privatdozent Dr. M., L., die Auffassung, es treffe zwar zu, dass Polyneuropathie und Diabetes weder im Sinne von Entstehung noch im Sinn von Verschlimmerung mit dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 in Zusammenhang gebracht werden könnten. Definitiv nicht abgeklärt sei aber der Schwindel. Wegen der Heimtrainerverordnung sei bei dem Internisten Dr. K. eine Begründung zu erfragen.

Mit Schreiben vom 22. April 2002 erklärte Dr. K., den Heimtrainer wegen chronischer Schmerzzustände des Klägers in der Halswirbelsäule und wegen seiner Schwindelzustände verordnet zu haben. Beide Gesundheitsstörungen seien aus seiner Sicht unfallbedingt. Beigefügt legte Dr. K. einen an ihn adressierten Bericht über die ambulante Vorstellung des Klägers in der Medizinischen Klinik T. am 4. Oktober 2001 vor, in dem Prof. Dr. H., Abt. Innere Medizin, neben der Diagnose eines sich verschlechternden Diabetes mellitus folgende Diagnosen stellte: - persistierender Schwindel seit Commotio cerebri am 4. Oktober 2000 (DD psychogener Schwindel), - Zustand nach Schilddrüsenteilresektion im Juli 2001, - Tendinopathie mit schmerzbedingt eingeschränkter Schulterbeweglichkeit, - Rückenschmerzen, - Zustand nach Katarakt-Operation rechts im Mai 2001 und - beidseitige Schwerhörigkeit.

Sodann beauftragte die Beklagte Prof. Dr. H. Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Universitätsklinikum M., mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers. In dem unter dem 16. Mai 2002 erstellten HNO-Fachärztlichen Gutachten teilte Prof. Dr. Hö. folgende Diagnosen mit: - sensorineurale Hochtonschwerhörigkeit beidseitig ohne Hörminderung für Sprache mit Tinnitus auris links (Sinuston links bei 10000 Hz mit einer Intensität von 77 dB), - Vertikalnystagmus nach unten, auf eine zentrale Störung links hinweisend, - Ausschluss einer peripher-vestibulären Ursache für den Schwindel und - Ausschluss einer Commotio labyrinthi. Bei der Gleichgewichtsprüfung (ROMBERG) habe sich eine ungerichtete Fallneigung nach rechts und nach vorne sowie eine Kopfdrehung nach rechts und links gezeigt. Eine Verdeutlichungstendenz könne nicht ausgeschlossen werden. Der Tretversuch nach UNTERBERGER sei wegen extrem zögerlicher Bewegungsausführung und starkem Unsicherheitsgefühl mit konsekutivem Breitstand nicht beurteilbar. Kalorische und rotatorische Prüfung des Gleichgewichtsorgans hätten keine pathologischen Befunde erbracht. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Schwindel und dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 könne HNO-ärztlich nicht festgestellt werden. Dagegen erscheine ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tinnitus wahrscheinlich. Der beiderseitige Tinnitus sei erstmalig nach dem Unfall aufgetreten und habe sich als Beschwerdebild völlig von den somatischen Beeinträchtigungen des Hör- und Gleichgewichtsorgans abgekoppelt und verselbstständigt. Ein kausaler Zusammenhang des beklagten Ohrgeräusches mit dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 erscheine deshalb wahrscheinlich. Im Rahmen des unfallbedingten Gesamtschadensbildes sei die HNO-ärztliche MdE mit 5 v.H. einzuschätzen.

Des Weiteren zog die Beklagte einen augenärztlichen Bericht des Universitätsklinikums T. über den Kläger vom 31. Mai 2001 bei. Darin stellte Dr. G. die Diagnose einer nicht proliferativen diabetischen Retinopathie, welche weitere fokale Laserkoagulationen erforderlich mache. Das vom Kläger geklagte weitere Abfallen der Sehschärfe habe sich aber nicht objektiveren lassen.

Schließlich wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 12. Juli 2001 sodann unter Bezugnahme auf die von PD Dr. Sch. (18. April 2001), Prof. Dr. M. (25. April 2001), Prof. Dr. W. (7. Mai 2001) und Prof. Dr. Hö. (16. Mai 2002) erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen mit Widerspruchsbescheid vom 19. März 2003 als unbegründet zurück. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 27. April 2001 bestanden. Die darüber hinaus erforderliche Behandlung habe zu Lasten der Krankenkasse zu erfolgen. Daher werde die Übernahme der Kosten des am 10. Mai 2001 verordneten Heimtrainers weiterhin abgelehnt.

Dem Gutachten von Dr. Hö. zufolge könne auch die Schwindelsymptomatik nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden, da aufgrund der am 8. Mai 2002 erhobenen Befunde eine Commotio labyrinthi nicht dokumentiert worden sei. Es könne nicht festgestellt werden, dass Entschädigungsansprüche ganz oder teilweise nicht erfüllt worden seien.

Mit der dagegen am 25. März 2003 beim Sozialgericht Reutlingen - SG - erhobenen Klage (S 2 U 792/03) begehrte der Kläger die Feststellung, dass die bei ihm bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen - insbesondere die Schwindelsymptomatik und der Zustand nach Gehirnerschütterung - Folgen des am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfalls seien und eine MdE von mindestens 20 v.H. bedingen. Am 2. Mai 2003 habe Kläger eine Hirnblutung mit rechtsseitiger Halbseitensymptomatik erlitten, die stationär behandelt worden sei. Der Heimtrainer sei von dem nunmehr pflegebedürftigen Kläger nicht mehr nutzbar; insoweit habe sich die Sache erledigt. Sowohl die bestehende Neuropathie als auch die Zuckerkrankheit seien durch den Unfall und die damit verbundenen Folgen aber richtungsweisend verschlimmert worden. Der Tinnitus sei schon auf der Grundlage der Feststellungen von Prof. Dr. Hö. als Unfallfolge anzuerkennen. Zum Nachweis dafür werde die Einholung eines wahlärztlichen Gutachtens beantragt.

Nach vorgängiger Anhörung entschied das SG über die Klage durch Gerichtsbescheid vom 4. Februar 2005. Das SG stellte, unter Abweisung der Klage im Übrigen, fest, dass ein Tinnitus links Folge des vom Kläger am 4. Oktober 2000 erlittenen Unfalls sei. Maßgeblich für diese Beurteilung seien vor allem die Ergebnisse der medizinischen Ermittlungen in den Gutachten von Prof. Dr. M. (25. April 2001) und Prof. Dr. Hö. (16. Mai 2002). Die Auffassung des Klägers, die bestehende Polyneuropathie habe sich infolge des am 4. Oktober 2000 erlittenen Unfalls wesentlich verschlimmert, werde von keinem Arzt geteilt, der ihn untersucht oder behandelt habe. Über eine Verschlechterung der Zuckereinstellung werde ausweislich der Akten erstmals im Oktober 2001 von Prof. Dr. H. (T.) berichtet. Im Übrigen reiche eine Blutzuckerentgleisung im Oktober 2001 nicht aus, einen rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhang zwischen der Verschlimmerung der Polyneuropathie und dem Unfall herzustellen. In Bezug auf die Schwindelsymptomatik und den Tinnitus sei den HNO-gutachtlichen Ausführungen von Prof. Dr. Hö. (16. Mai 2002) zu folgen. Die Ursache der persistierenden Schwindelattacken habe trotz umfangreicher Diagnostik des Kopfes nicht geklärt werden können. Es sei deshalb nicht hinreichend wahrscheinlich, dass es sich um Folgeerscheinungen der bei dem Unfall erlittenen Gehirnerschütterung handle. Dagegen sei ein wahrscheinlicher Ursachenzusammenhang zwischen dem Tinnitus und einer bei dem Unfall erlittenen cochleären Haarzellschädigung im Hochtongbereich anzunehmen. Ein Rentenanspruch bestehe nicht, da die MdE für den Tinnitus mit Prof. Dr. Hö. lediglich auf 5 v.H. zu schätzen sei. Der Antrag ein wahlärztliches Gutachten einzuholen, sei mangels Benennung eines bestimmten wahlgutachtlich zu hörenden Arztes nicht wirksam gestellt worden; außerdem sei der Antrag verspätet bei Gericht eingegangen.

Der Gerichtsbescheid wurde der Beklagten am 9. Februar 2005 und dem Bevollmächtigten des Klägers am 11. Februar 2005 zugestellt.

Am 15. Februar 2005 hat der Kläger Berufung gegen den Gerichtsbescheid eingelegt. Die Beklagte hat am 5. April 2005 Anschlussberufung eingelegt.

Der Kläger ist weiterhin der Auffassung, dass ihm zu Unrecht die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung versagt worden seien. Zwischenzeitlich sehe er so gut wie nichts mehr. Deshalb und wegen seiner anderen Leiden, sei ihm die Kommunikation nur schwer möglich. Die Einholung eines wahlärztlichen Gutachtens werde vorsorglich erneut angeregt; auf die vorgelegten neuen ärztlichen Unterlagen werde Bezug genommen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 4. Februar 2005, soweit damit die Klage abgewiesen worden ist, abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 12. Juli 2001 in der Gestalt ihres Widerspruchsbescheids vom 19. März 2003 aufzuheben, festzustellen, dass die Verschlimmerung der Polyneuropathie und ein persistierender Schwindel nach Gehirnerschütterung Folgen des am 4. Oktober 2000 erlittenen Unfalls sind und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfalls Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. in gesetzlicher Höhe zu gewähren, und die Anschlussberufung zurückzuweisen. Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 4. Februar 2005 abzuändern und die Klage abzuweisen und im Übrigen die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für fehlerhaft. Hinsichtlich des vom SG als Unfallfolge festgestellten Tinnitus habe der Gutachter Prof. Dr. Hö. allein auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Klägers und dem Unfallereignis abgestellt. Dies reiche für die Anerkennung als Unfallfolge aber nicht aus. Entscheidend sei allein, ob ein kausaler Zusammenhang bestehe. Bei den bekannten, vielfältigen Ursachen eines Tinnitus sei den insoweit nicht überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen entgegen zu treten. Die klägerseits darüber hinaus weiter geltend gemachten Unfallfolgen - unfallbedingte Verschlimmerung einer Polyneuropathie, persistierender Schwindel nach Gehirnerschütterung - seien vom SG zutreffend verneint worden.

Der Kläger hat dem Senat folgende medizinischen Berichte vorgelegt: - Bericht des Z. Klinikums B. vom 2. Juli 2004 mit den Diagnosen: Vorfußphlegmone links, diabetische Makro- und Mikroangiopathie, diabetische Polyneuropathie und Zustand nach Großzehenamputation. - Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr. P., H., vom 13. Dezember 2004 mit den Diagnosen: Zustand nach Hirnblutung am 2. Mai 2003, Impingement-Syndrom der Schulter rechts und Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie und diabetischem Fuß. Ein seit 15 Jahren insulinpflichtiger Diabetes mellitus habe eine diabetische Polyneuropathie und einen diabetischen Fuß links nach sich gezogen. Die Polyneuropathie habe elektrophysiologisch nicht verifiziert werden können, da Ableitung aufgrund des Geschwürs am linken Fuß nicht durchführbar gewesen seien. - Berichte der Chirurgischen Klinik der Universität T. vom 6. Juli 2004 und vom 7. Februar 2005 mit den jeweiligen Diagnosen: Diabetes mellitus, MTK-Resektion am 1. Oktober 2002 und Zehenamputation am 19. Juli 2002 und Mal perforans am linken Fuß am 6. Juli 2004 auf einer Fläche von 3,53 cm<sup>2</sup> und am 7. Februar 2005 auf einer Fläche von 0,85 cm<sup>2</sup> bei langsam verbesserter Wundsituation.

Im Folgenden hat der Senat den von Kläger benannten Prof. Dr. Schn., Institut für Diabetesforschung, M., mit der wahlärztlichen Untersuchung und Begutachtung des Klägers beauftragt. Im dem Senat am 25. Januar 2006 erstatteten Gutachten hat Prof. Dr. Schn. auf

internistischem Fachgebiet folgende Diagnosen gestellt: - Typ 2 Diabetes (Erstdiagnose 1986 oder 1989) mit diabetischem Spätsyndrom (diabetische Retinopathie und Makulopathie mit Zustand nach mehrfacher Laserbehandlung, diabetische Nephropathie, schwere diabetische periphere Polyneuropathie, diabetische Angiopathie mit peripherer Mediasklerose und diabetisches Fußsyndrom), - Unzureichend medikamentös eingestellter arterieller Hypertonus, - Hypothyreose bei Zustand nach Schilddrüsenteilresektion im Juli 2001, aktuell medikamentös kompensiert, - Hyperlipidämie, wahrscheinlich in Form einer diabetischen Dyslipidämie, - Anamnestisch: Zustand nach Hinterwandinfarkt (Wahrscheinlichkeit einer koronaren Herzerkrankung bei mindestens 50 v.H.) und - Ausschluss einer relevanten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Keine der vorstehenden Diagnosen lasse sich aber ursächlich auf den vom Kläger am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfall zurückführen. Der Typ 2 Diabetes habe bereits über zehn Jahre vor dem Unfallereignis vorgelegen. Eine vorübergehende mögliche Verschlechterung des vorbestehenden Diabetes mellitus durch das Unfallereignis lasse sich zwar nicht ausschließen. Allerdings müsse im Hinblick auf das Ausmaß des vorliegenden, nur leichten Schädel-Hirn-Traumas betont werden, dass es sich dabei lediglich um eine kurzfristige, im Wesentlichen auf das Unfallereignis und die unmittelbare Zeit danach beschränkte, reversible Störung gehandelt haben könne. Im Fall des Klägers habe die langjährige Arteriosklerose mit typischer akraler Manifestation zusammen mit der diabetischen peripheren Polyneuropathie als Neuro-Ischämie zum Mal perforans des linken Vorfußes geführt. Begünstigt worden sei diese Entwicklung außerdem durch wesentliche (kardio-) vaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Hyperlipidämie und Nikotinabusus. Auch wenn vor dem Unfallereignis noch keine diabetische Folgeerkrankung diagnostiziert worden sein sollte, sei festzustellen, dass die - auch ohne direkten zeitlichen Zusammenhang zum Unfallereignis - bis heute aufgetretenen mikro- und makroangiographischen Komplikationen in keinem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 stünden. Im Gegenteil, es sei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die neueren Komplikationen - Mal perforans des linken Fußes und diabetische (Hintergrunds-) Retinopathie - mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch ohne jede äußere Einwirkung zu etwa derselben Zeit in etwa demselben Ausmaß eingetreten wären. Weiter sei festzustellen, dass auch die 2001 erfolgte Schilddrüsenteilresektion sowie die Seh- und Hörstörungen ebenfalls absolut unabhängig vom Unfallereignis des 4. Oktober 2000 zu sehen seien. Wegen der Hörstörungen werde auf das Gutachten von Prof. Dr. Hö. verwiesen. Was die Schwindelzustände und Gleichgewichtsstörungen angehe, kämen hierfür ursächlich im Wesentlichen die im aktuellen Schellong-Test dokumentierte orthostatische Hypotonie ebenso in Frage wie die ausgeprägte diabetische Polyneuropathie. Bei beiden Ursachen handle es sich um solche unfallunabhängiger Art. Außerdem komme ein kardialer Schwindel in Betracht, etwa durch Herzrhythmusstörungen; eine solche Ursache wäre aber zweifelsfrei als unfallunabhängig einzustufen und könne deshalb hier vernachlässigt werden. Wegen des vom Kläger unfallbedingt erlittenen leichten Schädel-Hirn-Traumas sei weiter eine posttraumatische Hypophysenbelastung ins Kalkül zu ziehen gewesen. Im Hinblick auf die aktuell bestimmten basalen Hormonwerte und die vom Kläger geäußerten klinischen Beschwerden bestünde dafür aber kein ausreichender Anhalt. Eine wesentliche hypophysäre Insuffizienz erscheine gegenwärtig wenig wahrscheinlich. Das internistische Feld verlassend, könnte es - wenn auch eher geringerer Teil - der geäußerten Beschwerden auch im Rahmen eines posttraumatischen Syndroms interpretiert werden. Auch dies sei aber ob des geringen Ausmaßes des Traumas vom 4. Oktober 2000 wenig wahrscheinlich. MRT-Aufnahmen des Schädels aus der Zeit des Unfall lagen nicht vor, nachträglich angefertigte Kernspintomographien seien aufgrund der zwischenzeitlich stattgehabten Hirnblutung nicht mehr einwandfrei zu interpretieren. Zusammenfassend sei daher mit hoher Wahrscheinlichkeit der Großteil der Schwindelzustände und Gleichgewichtsstörungen auf die schwere diabetische Polyneuropathie mit orthostatischer Dysregulation und affanter Ataxie zurückzuführen und somit als unfallunabhängig zu beurteilen. Aus internistischer Sicht habe der Unfall vom 4. Oktober 2000 keine MdE zur Folge. Auch mit wesentlichen Änderungen der Unfallfolgen sei nicht zu rechnen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 9. Mai 2006 ist ein Hinweis auf die Problematik des Vorliegens der Prozessvoraussetzungen der Feststellungs- und Leistungsklage erteilt und mit den Beteiligten erörtert worden.

Zur weiteren Darstellung des Tatbestands wird auf die Akten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts Reutlingen im erstinstanzlichen Verfahren (S 2 U 792/03) sowie auf diejenigen des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist ebenso statthaft und zulässig wie die Anschlussberufung der Beklagten. Der Senat hatte deshalb den Sachverhalt insgesamt zu prüfen. Es konnte somit für den Kläger zu einer so genannten "Verböserung" kommen.

1. Die Zulässigkeit der Anschlussberufung ergibt sich als folgenden Überlegungen: Über [§ 202](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - gelten für die Berufung im sozialgerichtlichen Verfahren, [§§ 143 f. SGG](#), die Vorschriften der [§§ 521 ff. Zivilprozessordnung - ZPO](#) - entsprechend. Danach gibt es neben der "normalen" Berufung, die - bei entsprechender Beschwer - beide Beteiligten einlegen können, die so genannte unselbständige Anschlussberufung, [§ 524 ZPO](#) i.d.F. des Art. 2 Abs. 1 Nr. 72 Gesetz vom 27. Juli 2001 ([BGBl. I S. 1887](#)). Sie ist auch nach Ablauf der Berufungsfrist statthaft, [§ 524 Abs. 2 S. 1 ZPO](#). Der Anschlussberufung kommt nicht die Qualität eines Rechtsmittels zu, vielmehr lediglich die eines angriffsweise wirkenden Antrags des Berufungsbeklagten (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 1998, [B 4 RA 33/97 R](#), juris-dok.). Wegen ihrer Abhängigkeit von der Hauptberufung wird die Anschlussberufung durch Rücknahme der Hauptberufung wirkungslos. In Fällen wie dem vorliegenden, in denen der erstinstanzliche Gerichtsbescheid der Klage teilweise stattgegeben hat, ermöglicht erst die Anschlussberufung, in zweiter Instanz über den gesamten Streitstoff zu entscheiden (so bereits [BSGE 2, 229](#) (234)).

2. Die Anschlussberufung der Beklagten ist auch begründet. Sie führt zur Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Reutlingen vom 4. Februar 2005 und zur Abweisung der Klage. Dementsprechend ist die Berufung des Klägers nicht begründet.

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts war die bereits im Zeitpunkt der Klageerhebung auf Feststellung gerichtete Klage, "dass die beim Kläger bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere die Schwindelsymptomatik, sowie der Zustand nach Gehirnerschütterung Folge des Arbeitsunfalls vom 4. Oktober 2000 sind und eine MdE von zumindest 20% bedingt" (so der Antrag im Klageschriftsatz vom 25. März 2003) nicht zulässig, da es insoweit an einer Verwaltungsentscheidung der Beklagten fehlt. Gegenstand des der Klage vorangegangenen Verwaltungsverfahrens war lediglich die Übernahme der Kosten des von Dr. K. verordneten Heimtrainers durch die Beklagte. Nur mit diesem Begehren war der Kläger an die Beklagte herangetreten und nur über dieses hat die Beklagte in dem Bescheid vom 12. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2003 entschieden.

Bei der Auslegung von Verwaltungsakten ist in Anwendung der für Willenserklärungen maßgeblichen Grundsätze ([§§ 133, 157](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)) vom objektiven Sinngehalt ihrer Erklärungen auszugehen, wie sie der Empfänger bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls objektiv verstehen musste, wobei der der Bestandskraft zugängliche Verfügungssatz

zugrunde zu legen und zur Klärung seines Umfangs die Begründung des Bescheides zu berücksichtigen ist (Engelmann, in von Wulffen, SGB X , 5. Auflage, § 31 Rnrr. 26,51).

Im Bescheid vom 12. Juli 2001 wird im Verfügungssatz lediglich die Kostenübernahme des von Dr. K. verordneten Heimtrainers abgelehnt und im Verfügungssatz des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2003 wird der Widerspruch des Klägers zurückgewiesen. In der Begründung der Bescheide wird zwar ausgeführt, dass im Zeitpunkt der Verordnung keine Behandlungsbedürftigkeit wegen Unfallfolgen mehr vorgelegen habe, wobei diese Feststellungen im Ausgangsbescheid durch die Ermittlungen im Widerspruchsverfahren bestätigt worden seien. Damit ist aber keine umfassende Entscheidung über die Unfallfolgen und insbesondere auch nicht über die Gewährung von Verletztenrente getroffen worden.

Sozialgerichte dürfen aber über Rechte und Ansprüche eines Versicherten gegen einen Sozialversicherungsträger nur entscheiden, wenn dieser zuvor eine Erstentscheidung über das Begehren des Versicherten getroffen hat. Dies ist im vorliegenden Fall in Bezug auf die Feststellung von Unfallfolgen und auf die Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. nicht geschehen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 16. November 2005 - [B 2 U 28/04 R](#) - juris-doc.).

3. Ohne dass es vorliegend entscheidungserheblich darauf ankommt, weist der Senat zur Vermeidung weiteren Streits in der Sache auf das Folgende hin: Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem vom Kläger am 4. Oktober 2000 erlittenen Unfall und den bei ihm vorliegenden Gesundheitsstörungen einer sich stetig verschlimmernden Polyneuropathie und eines persistierenden Schwindels nach Gehirnerschütterung besteht nicht. Diese Erkrankungen sind nicht als Unfallfolgen zu entschädigen. Denn sie sind zur Überzeugung des Senats, der sich hierbei vor allem auf die gut nachvollziehbaren Gutachten von Prof. Dr. M. vom 25. April 2001 (neurologisch-psychiatrisch) und von Prof. Dr. Schn. vom 25. Januar 2006 (internistisch) stützt, nicht ursächlich auf den Unfall zurückzuführen.

Der im Berufungsverfahren auf Vorschlag des Klägers wahlärztlich als Gutachter tätig gewordene Sachverständige Prof. Dr. Schn. hat die zuvor im Verwaltungsverfahren von Prof. Dr. M. auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet erhobenen Befunde und Einschätzungen für sein Fachgebiet der inneren Medizin sämtlich als plausibel bestätigt und ist nach gründlicher Untersuchung des Klägers und Aktenstudium dem Senat nachvollziehbar zu dem Ergebnis gelangt, dass eine durch das Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 möglicherweise passager ausgelöste Stoffwechselentgleisung des seit spätestens 1989 bestehenden Diabetes mellitus die schwere Polyneuropathie weder verursacht noch anhaltend oder gar richtunggebend verschlimmert hat. Diese Einschätzung macht sich der Senat zu eigen. Dafür sprechen zunächst die Tatsachen, dass der Kläger aktenkundig bereits seit spätestens 1989 an Diabetes mellitus leidet, er seit 1996 insulinpflichtig ist und das Ausmaß des anlässlich seines Unfalls am 4. Oktober 2000 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas nach schlüssiger Darlegung des Gutachters Prof. Dr. Schn. als "leicht" zu beurteilen ist. Des Weiteren handelt es sich bei den Gesundheitsstörungen an Augen, Nieren, Nerven, Herz und großen Gefäßen (diabetischer linker Fuß mit Mal perforans), an denen der Kläger leidet, um typische diabetische Spätschäden, die vor dem Hintergrund einer langjährig unbefriedigenden Stoffwechselführung sowie unter Berücksichtigung der ebenfalls unfall-unabhängig bestehenden arteriellen Hypertonie auch ohne das Unfallereignis vom 4. Oktober 2000 mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zu etwa derselben Zeit und in etwa demselben Ausmaß eingetreten wären (Gutachten Prof. Dr. Schn.).

Entsprechendes gilt im Ergebnis auch für die vom Kläger weiter als unfallbedingt geltend gemachte Schwindelproblematik. Der orthostatische Schwindel, d.h. die Schwindelbeschwerden des Klägers beim Lagewechsel, insbesondere vom Liegen zum Sitzen oder Stehen, ebenso wie ein möglicher kardialer Schwindel sind auf die schwere Polyneuropathie zurückzuführen (vgl. die Gutachten Prof. Dr. Hö. und Prof. Dr. Schn.) und schon deshalb als unfallunabhängig einzustufen. Nichts anderes gilt für den propriozeptiven Schwindel mit affanter Ataxie, d.h. den Schwindel, der zu einer Stand- und Gangunsicherheit bei Fortfall der optischen Kontrolle (vorzugsweise also im Dunkeln) führt. Auslöser dafür sind nach den schlüssigen Feststellungen des Gutachters Prof. Dr. Schn. Refraktionsanomalien und diabetische Augenhintergrundsveränderungen sowie der Katarakt (graue Star). Diese Pathomechanismen sind ebenfalls als klar unfallunabhängig einzustufen. Schließlich hat der Gutachter Prof. Dr. Schn. auch nachvollziehbar und für den Senat schlüssig herausgearbeitet, dass mögliche unfallabhängige Ursachen für die Schwindelerkrankung des Klägers, eine posttraumatische Hypophyseninsuffizienz oder ein posttraumatisches Syndrom, infolge des am 4. Oktober 2000 erlittenen Arbeitsunfalls wenig wahrscheinlich sind. Dagegen sprechen zum einen die aktuell ermittelten basalen Hormonwerte sowie die vom Kläger konkret angegebenen Beschwerden (betr. posttraumatische Hypophyseninsuffizienz) und zum anderen das geringe Ausmaß des erlittenen Unfalltraumas sowie die Tatsache, dass die in der O.klinik unmittelbar nach dem Unfall vom 4. Oktober 2000 während der stationären Behandlung des Klägers durchgeführten bildgebenden Verfahren laut Entlassungsbericht der Klinik vom 19. Oktober 2000 keine pathologischen Befunde zu Tage gefördert haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-04-16