L 2 U 284/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 24 U 920/99
Datum
12.07.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 284/01
Datum
13.03.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.07.2001 wird zurückgewiesen.
II. Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1945 geborene Kläger ist Metzger. Er erlitt am 10.11.1997 nach dem Durchgangsarztbericht des Prof.Dr.H. vom 11.11.1997 am 10.11.1997 einen Unfall, als er beim Einkaufen über eine Schnur stolperte und auf die rechte Seite stürzte. Prof.Dr.H. stellte die Diagnose einer Contusio des rechten Beckens und der LWS. Es bestehe mäßiger Klopfschmerz über der LWS. Äußerlich bestünden keine Verletzungen, bis auf zwei oberflächliche Kratzspuren paramedian rechts der Wirbelsäule dorsal. Am 20.11.1997 berichtete Prof.Dr.H. , der Kläger habe am 17.11.1997 noch über Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte sowie im LWS-Bereich geklagt. Äußerlich bestehe dort eine leichte Druckempfindlichkeit. Die Beweglichkeit im LWS-Bereich sei frei. Unfallunabhängig habe beim Kläger eine Arthrose im Bereich des unteren Sprunggelenks nach Fersenbeinbruch links aus dem Jahr 1996 sowie ein Schenkelhalsbruch links aus dem Jahr 1987 bestanden. In der Unfallanzeige am 15.12.1997 gab der Kläger an, beim Tragen einer Wurstkiste habe er sich in einer am Boden liegenden Schnur mit dem rechten Fuß verfangen, sei gestolpert und mit der rechten Rückenseite auf eine Transportkiste gefallen. Der Arzt für Chirurgie Dr.A. berichtete am 18.11.1997, der Kläger habe sich am 10.11.1997 eine LWS- und Beckenprellung zugezogen. Es bestünden Druckschmerzen im LWS-Bereich. Die Beweglichkeit der LWS sei schmerzhaft eingeschränkt. Der Verkäufer der Firma H. , bei welcher der Kläger gestürzt war und der als Zeuge benannt wurde, gab der Beklagten gegenüber am 26.01. 1998 an, nicht Augenzeuge des Unfalls gewesen zu sein. Der Unfall habe sich zwischen 06.00 und 07.00 Uhr ereignet. Er, L. , habe keine durch den Unfall verursachten Verletzungen beim Kläger feststellen können. Der Kläger habe den Verkaufsraum gehbehindert betreten und ebenso verlassen. Am 24.03.1998 berichtete der Arzt für Neurologie Dr.S. von der Neurologischen Klinik und Poliklinik der TU München, der Kläger sei seit dem 12.03.1998 dort in stationärer Behandlung. Es liege ein Verdacht auf lumbales Kontusionstrauma nach Sturz am 10.11.1997 mit konsekutivem persistierendem rechtsseitig lumbal-paravertebralen Schmerzsyndrom, (reaktive?) depressive Störung, Zustand nach Metallentfernung im Bereich des Oberschenkels und Fersenbeins vor einem Monat bei Zustand nach operativer Behandlung einer Fersenbeintrümmerfraktur links (1996) mit, konsekutiver Arthrodese und Oberschenkelhalsfraktur links vor acht Jahren, Zustand nach Oberarmfraktur links vor 24 Jahren vor. Nach dem Unfall am 10.11. 1997 seien sofort heftigste lokale Schmerzen lumbal eingetreten, die seither persistierten und zeitweise ins rechte Gesäß und in die rechte Leiste ausstrahlten. Nach dem Durchgangsarztbericht sei damals bereits die Diagnose einer Kontusion des rechten Beckens und der rechten LWS gestellt worden. Es bestünden rechts deutlich schlechter als links erhältliche Achillessehnenreflexe, kein sicheres sensomotorisches Defizit. Die LWS-Beweglichkeit sei schmerzhaft eingeschränkt, es bestehe ein ausgeprägterer lokaler Druckschmerz rechts lumbal paravertebral. Es werde eine Schmerzausstrahlung rechts nach gluteal und in die rechte Leistenregion angegeben. Ein Zusammenhang mit dem stattgehabten Trauma und der jetzigen Beschwerdesymtomatik erscheine möglich. Mit Schreiben vom 02.04.1998 beantragte der Kläger Anerkennung des Unfalls als Arbeitsunfall und Prüfung, welche Leistungen zu erbringen seien. In einer ärztlichen Bescheinigung vom 19.03.1998 hatte Dr.S. neben dem Verdacht auf ein postkontusionelles paravertebrales lumbales rechtsseitiges Schmerzsyndrom als wesentliche Begleiterkrankung eine depressive Störung vermerkt. Im Arztbrief vom 08.04.1998 berichtete der Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der TU München Prof.Dr.C. , es bestehe beim Kläger Verdacht auf lumbales Kontusionstrauma nach Sturz am 10.11.1997, (reaktive?) depressive Störung, Zustand nach Metallentfernung am linken Oberschenkel und Fersenbereich bei Zustand nach operativer Versorgung einer Fersenbeintrümmerfraktur links 1996 mit Arthrodese und Oberschenkelhalsfraktur links vor acht Jahren, Nikotin- und Alkoholabusus. Der Kläger berichte, seit dem Unfall psychisch angeschlagen zu sein. Er leide an ausgeprägter Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Zudem bestünden Potenzstörungen. Seit November 1997 habe er über zehn Kilo an Gewicht verloren. An Nikotinkonsum seien 30 Zigaretten pro Tag, außerdem drei bis fünf Halbe Bier pro Tag angegeben worden. Der Kläger sei in nur mäßigem Allgemeinzustand, abgemagert, wirke depressiv herabgestimmt, antriebsgemindert. Der orientierend-

internistische Status sei unauffällig. Der Kläger gebe Schmerzausstrahlungen nach rechts gluteal und in die rechte Leistenregion an. Ein Zusammenhang zwischen dem Kontusionstrauma und der bestehenden Beschwerdesymptomatik erscheine aus orthopädischer und neurologischer Sicht möglich. Akzentuiert werde die Symptomatik durch eine reaktive (?) depressive Störung. Thorakale, lumbale Frakturen und/oder Wurzelläsionen hätten ausgeschlossen werden können. Das orthopädische Konsil habe Lumbago bei Kontusionstrauma, Verdacht auf Faszienverklebung der Lumbalfaszie erbracht. Am 15.04.1998 erstattete der Arzt für Neurologie Dr.B. einen Bericht, in welchem er ausführte, es sei unmittelbar nach dem Unfall zu stärksten Schmerzen im Rücken-/Brustbereich gekommen. Dem Kläger sei es schwummrig geworden. Eine Bewusstseinsbeeinträchtigung sei nicht aufgetreten. Bei anhaltenden, zum Teil akut einschießenden heftigsten Schmerzen, vom Rücken ausgehend mit Einstrahlung in die rechte Leiste und die Oberschenkelvorderseite, teilweise auch in die rechte Schulter, sowie erektiler Dysfunktion seit dem Unfall, sei eine neuerliche Vorstellung in der Nothilfe Bogenhausen erfolgt, wo der Kläger ohne gesonderte Maßnahme wieder nach Hause entlassen worden sei. Der neurologische Befund ergebe einen endgradig positiven Lasègue rechts, Bewegungseinschränkung und Sensibilitätsdefizite am linken Fuß bei Zustand nach Fraktur mit Osteosynthese sowie Zustand nach Oberschenkelfraktur links mit Osteosynthese. Psychisch liege eine depressive Reaktion mit vegetativer Funktionsstörung vor. Ein lumbales CT vom 19.01.1998 sei unauffällig. Nach einem lumbalen Kernspintomogramm liege ein alter Morbus Scheuermann an der oberen und mittleren LWS vor. Sonst sei kein Befund vorhanden. Beim Kläger sei es durch den Arbeitsunfall zu einer schweren Rückenprellung gekommen, wobei eine Beteiligung der langen spinalen Bahnen zu vermuten gewesen sei, bei Schmerzeinstrahlung des Beins, Verzögerung der Tibialis-SEP s und vegetativen Funktionsstörungen im Sinn der erektilen Dysfunktion, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall - erstmalig - aufgetreten sei. In der Klinik rechts der Isar sei der Verdacht auf Faszienverklebung der Lumbalfaszie geäußert worden, was die langanhaltenden Beschwerden zusätzlich erkläre. Insgesamt sei von neurologischer Seite von einer Contusio spinalis, einer traumatischen Lumboischialgie, einer reaktiven Depression, sowie von orthopädischer Seite von einer muskulären Kontusion lumbal auszugehen, mit vermutlich stattgehabter Einblutung bei Nachweis einer Verklebung der Lumbalfaszie. Am 20.04.1998 berichtete der Chirurg Dr.A. der Beklagten, der Kläger sei am 14.11.1997 in seine Behandlung gekommen und habe angegeben, beim Einkaufen über eine Schnur gestolpert und auf die rechte Seite gefallen zu sein. Er habe über starke Schmerzen im Bereich des Rückens und der rechten Beckenseite geklagt. Es hätten Druckschmerzen im LWS-Bereich und am trochanter majus sowie Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Hüfte bestanden. Der Gang sei behindert gewesen. Der Kläger sei von ihm zwischen dem 14.11. und 18.12.1997 behandelt und für arbeitsunfähig erachtet worden. Nach Abschluss der Behandlung am 19.12.1997 sei die Bewegung im Hüftgelenk frei gewesen, die Beweglichkeit des Rumpfes sei noch eingeschränkt gewesen, der Gang noch schonend. Er habe dem Kläger mitgeteilt, dass die berufsgenossenschaftliche Behandlung beendet sei, weil die weiter angegebenen Beschwerden nicht mehr als Folge des Arbeitsunfalls zu betrachten seien. Am 22.12.1997 sei der Kläger wieder in seine Praxis gekommen und habe wieder über Rücken- schmerzen und Schlappheit geklagt. Bei der Untersuchung habe er Druckschmerzen im Bereich L 3 bis 5 sowie im Bereich der Nierenlager festgestellt. Die langen Rückenstrecker seien verspannt gewesen. Der Kläger sei von ihm dahin unterrichtet worden, dass Verdacht auf Nierenkolik bestehe sowie, dass er an einer Ischialgie leide und sein Untergewicht sowie die Müdigkeit auch auf seinen Nikotin- und Alkoholabusus zurückzuführen seien. Vom 22.12.1997 bis 08.01.1998 habe er ihn wegen Lumboischialgie arbeitsunfähig geschrieben. Vom 07.04.1998 bis 05.05.1998 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Fachklinik B ... Am 06.05.1998 berichtete der Chefarzt dieser Klinik Dr.G. an das Klinikum rechts der Isar, es sei der Verdacht auf paravertebral-lumbales Schmerzsyndrom rechts nach Kontusionsverletzung vom 10.11.1997, reaktive depressive Störung und Zustand nach Fersenbeintrümmerbruch links (8/96) und operative Versorgung durch Arthrodese zu erheben gewesen. An wichtigen Vorerkrankungen würden angegeben, reaktive depressive Störung, Zustand nach Fersenbeintrümmerbruch links am 26.08.1996, operative Versorgung durch Arthrodese und Metallentfernung 1/98. Während des Aufenthalts hätten sich keine Hinweise auf einen Alkoholmissbrauch gezeigt. Empfehlenswert sei eine weitere psychiatrische neurologische Betreuung, da ein organisches Korrelat der Beschwerdesymptomatik letzten Endes nicht sicher nachgewiesen werden könne, der Kläger aber aufgrund der hartnäckigen Beschwerdesymtomatik zunehmend in die Depression verfalle. In einer Stellungnahme vom 06.07.1998 führte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.H. aus, er könne nichts erkennen, was auch annähernd wahrscheinlich mache, dass die Auswirkungen des Unfalles auch nur länger als sechs Tage bestanden hätten. Mit dieser Zeitspanne verbinde er auch Unwägbarkeiten in Anbetracht der Vorschäden. Er berücksichtige gleichzeitig die offenbar bestandene, leider aus psychiatrischer Sicht nicht weitergehend beschriebene depressive Affektstörung. Dabei sei es gleichgültig, ob das, was man global Depression nennen habe können, nun reaktiver oder andersartiger Genese sei. Die nach Ablauf der ersten sechs Tage vom Unfalltag an gerechnet angegebenen Beschwerden seien unfallfremd. Auch das, was Depression oder depressive Störung genannt worden sei, sei von vorneherein unfallfremd gewesen. Am 05.08.1998 erstattete der Radiologe Dr.E. ein Zusatzgutachten auf seinem Fachgebiet. Die Kernspintomographie der BWS und LWS vom 19.12.1997 brächten keinen beweisenden Befund für das Vorliegen einer Fraktur, Luxation oder Subluxation. Es zeigten sich Veränderungen im Sinn eines alten Morbus Scheuermann, dagegen kein beweisender Befund für das Vorliegen von Bandscheibenvorfällen sowie im Bereich der BWS als auch im Bereich der LWS. Ferner liege kein beweisender Befund für das Vorliegen frischer oder stattgehabter traumatischer Läsionen vor. Am 28.07.1998 erstattete Prof.Dr.B. , Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, ein Gutachten, in welchem er den Kläger als deutlich depressiv wirkenden, abgemagerten, marastisch wirkenden in reduziertem Allgemein-, Kräfte- und Ernährungszustand darstellt. Bei der jetzigen Untersuchung habe er rezidivierende, akut, ohne Ursache auftretende, schwächende, nicht genau lokalisierbare Schmerzen angegeben, die im rechten Gesäß begännen und nach oben in den Bezirk rechts der unteren Brustwirbelsäule sowie nach vorne bis in den Brustkorb ausstrahlten mit manchmal stechenden Schmerzen beim Atmen. Nach Würdigung der Angaben in den Aktenunterlagen, der Angaben des Klägers sowie der bisher, insbesondere bei der heutigen Untersuchung erhobenen Befunde einschließlich röntgenologischer, kernspintomographischer und computertomographischer Befunde könne mit Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich der Kläger bei dem Unfall lediglich eine Prellung des Weichteilgewebes der rechten Flanke sowie der rechten paravertebralen LWS zugezogen habe. Ob es beim damaligen Sturz auch zu einer Prellung der Lendenwirbelsäule gekommen sei, könne nicht mehr mit Sicherheit festgestellt werden. Verletzungsfolgen im Bereich der Brust-/Lendenwirbelsäule hätten zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen werden können. Bei den bisher durchgeführten Untersuchungen hätten neben einer Verletzung im Bereich der Wirbelsäule auch Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet ausgeschlossen werden können. Auch habe eine Verletzung im Bereich der rechten Niere sowie der rechten ableitenden Harnwege nicht verifiziert werden können. Beim Kläger lägen zahlreiche unfallunabhängige krankhafte Veränderungen vor, die zum Teil mit den insgesamt nicht ganz glaubhaften Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden könnten. Die oben angeführten Klagen des Verletzten sowie die objektiv erhobenen Befunde könnten nicht in Übereinstimmung gebracht werden. Auch könne der in den Akten ausgesprochene Verdacht auf eine Verklebung der rechten Lumbalfaszie durch die bisherigen eingehenden Untersuchungen, einschließlich der häufigen klinischen Untersuchungen nicht verifiziert werden. Die Folgen des Unfalls vom 10.11.1997 seien gemäß ärztlicher Erfahrung mit Wahrscheinlichkeit bis 09.12. 1997 zumindest im Wesentlichen ausgeheilt gewesen. Für diesen Zeitraum könne unfallbedingt Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit angenommen werden. Ab 10.12.1997, dem Tag des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit, liege keine MdE vor, die ursächlich auf das Unfallereignis vom 10.01.1997 zurückzuführen wäre. Mit Bescheid vom 12.10.1998 lehnte die Beklagte Gewährung von Rente sowie Anerkennung von unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit über den 09.12.1997 hinaus ab. Dagegen legte der Kläger Widerspruch

ein. Er verwies auf die Untersuchungen der Neurologischen Universitätsklinik sowie des Dr.B. , die zweifelsfrei ergeben hätten, dass die noch heute vorliegenden Symptome ausschließlich auf den Unfall vom 10.11.1997 zurückzuführen seien. Es sei nicht zulässig, aus fehlenden äußeren Traumafolgen und unauffälligen apparativen Befunden auf fehlende Unfallschäden zu schließen. Als einzig medizinisch in Betracht kommende Diagnose ergebe sich eine ausgeprägte lumbale Prellung mit Lumboischialgie, Faszienverklebung lumbal und eine spinale lumbale Kontusion sowie reaktive Depression. Er erleide höllische Schmerzen, die selbst durch stärkste Medikamente kaum zu kontrollieren seien. Ein Verkauf der Metzgerei erscheine unausweichlich, da mit einer Besserung der Unfallfolgen nicht zu rechnen sei. Er habe ein Leben lang hart für sein Lebenswerk gearbeitet, umso tiefer treffe es ihn, durch den tragischen Unfall nicht mehr arbeiten zu können und nur noch unter Schmerzen mehr oder weniger zu vegetieren. Er legte eine Stellungnahme des Dr.B. vom 30.12.1998 vor, in der dieser zur Äußerung Dr.H. , dass umschriebene apparative veränderte Befunde nicht nachweisbar gewesen seien, bemerkte, einerseits seien leichtgradige Rückenmarksverletzungen morphologisch nicht fassbar, und es könnten dennoch Ausfallserscheinungen vorhanden sein, und andererseits sei anlässlich seiner Untersuchung bei der Ableitung der evozierten Potenziale zumindest ein fraglich krankhafter Befund erhoben worden, und die Sorgfalt gebiete es, diese Untersuchungen zu kontrollieren. Auch er habe nur den Verdacht einer Contusio spinalis geäußert und abgeleitet, dass bei Auftreten einer vegetativen Funktionsstörung, hier speziell einer erektilen Dysfunktion, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall zustande gekommen sei, eine Funktionsstörung des Rückenmarks anzunehmen sei, die gemeinhin als spinale Kontusion bezeichnet werde, wobei umschriebene morphologische Veränderungen in der spinalen Kernspintomographie nicht gefordert werden müssten. Bei der Verklebung der Lumbalfaszie handle es sich um die Angaben des Klägers selbst, dem vom untersuchenden Orthopäden in der Klinik rechts der Isar ausdrücklich mitgeteilt worden sei, dass es sich um einen charakteristischen Befund einer Lumbalfaszienverklebung handele. Dr.H. habe die Angaben des Klägers für unglaubwürdig eingeordnet, wobei Gründe hierfür offensichtlich nicht genannt würden. Warum die depressiven Veränderungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall entstanden seien, von vorneherein unfallfremd gewesen seien, könne nicht nachvollzogen werden. In der Vorgeschichte des Klägers hätten keinerlei psychiatrische Auffälligkeiten bestanden. Unschlüssig sei, warum Rückenschmerzen für die Dauer von sechs Tagen unfallbedingt seien und ab dem 7. Tag bei gleicher Schmerz- und Beschwerdesymptomatik nicht mehr unfallbedingt sein sollten. Durch den Unfall am 10.11.1997 sei es zu einer ausgesprägten lumbalen Prellung mit Lumboischialgie, einer Faszienverklebung lumbal und einer spinalen lumbalen Kontusion sowie zu einer reaktiven Depression gekommen. Auch Dr.A. habe zunächst die Beschwerden des Klägers ernst genommen, sie dann aber plötzlich nicht mehr dem Unfall zugeordnet und sei zur Meinung gekommen, dass sie von anderen Organsystemen herrührten, wofür sich aber kein Beleg gefunden habe. Im Gutachten der Unfallklinik Murnau wiederhole sich die kritisierte Argumentation, dass fehlende auffällige apparative Befunde Unfallfolgen ausschließen würden. Darüber hinaus werde in diesem Gutachten das Beschwerdbild des Klägers als nicht glaubhaft dargestellt. Der Kläger habe noch fortlaufende Termine in der Schmerzambulanz. Der Kläger legte weiter ein für ihn erstattete Gutachten des Prof.Dr.C. vom 09.03.1999 sowie des Anästhesisten und Arztes für Psychotherapie Dr.A. vom 26.05.1999 vor. Prof. Dr.C. gelangt zu dem Ergebnis, bei dem Unfall vom 10.11. 1997 habe sich der Kläger eine Prellung im Bereich des rechten paravertebralen Weichteilgewebes und des Beckenkammes zugezogen. Eine darüber hinausgehende Verletzung habe auf neurologischer sowie (nach Aktenlage) auch auf urologischer Seite nicht festgestellt werden können. Es müsse davon ausgegangen werden, dass keine mit den verwendeten Methoden erfassbare und dokumentierbare strukturelle Schädigung vorliege oder zurückgeblieben sei. In der Regel klängen Schmerzen im Rahmen von Prellungen ohne strukturelle Schäden in einem Zeitraum von ein bis zwei Monaten ab. Hinweise auf knöcherne Verletzungen (Haarrisse oder auch Faszienverletzungen) hätten durch die weitere Diagnostik nicht gefunden werden können. Die seit über einem Jahr geklagten Lumbalgien/Lumboischialgien könnten ihres Erachtens einerseits auf eine unvollständige Schmerz- bzw. Traumaverarbeitung zurückgeführt werden, was bei Patienten mit depressiven Störungen nicht ungewöhnlich sei, andererseits könne es durch das Trauma zu einer Verschlechterung/Reaktivierung eines vorbestehenden Leidens (degenerative LWS-Veränderung - radiologisch Osteochondrose bei Zustand nach Morbus Scheuermann -) gekommen sein, so dass Schmerzen über einen solch langen Zeitraum angegeben würden. Ein Kontusionstrauma des Beckens habe wahrscheinlich vorgelegen, jedoch habe kein sicherer Hinweis auf das Vorliegen einer Faszienverklebung gefunden werden können. Da keine Verletzungen bzw. Schädigungen der nervalen, muskulären und knöchernen Strukturen und des Bindegewebes hätten festgestellt werden können, die durch eine Prellung im Bereich des rechten paravertebralen Weichteilgewebes und des Beckenkammes verursacht seien, müssten sie davon ausgehen, dass die direkten Unfallverletzungen ausgeheilt seien. Dr.A. führte aus, aus schmerztherapeutischer Sicht bestehe eine chronische Schmerzkrankheit, Stadium III nach Gerbershagen, chronischer myofaszialer Schmerz des Musculus quadratus lumborum rechts, chronische Insertionstendopathie des Ligamentum sacrum tuberale rechts, neuropathischer Schmerz des Nervus suralis links bei Zustand nach Fersenbeinbruch links und operativer Versteifung des unteren Sprunggelenks. Aus psychosomatischer Sicht liege eine depressive Reaktion infolge eines chronischen Schmerzsyndroms mit erheblicher Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Selbstwertminderung bei vorbestehender Ich-Schwäche vor. Da die Beschwerden insbesondere im Gehen zunähmen, müsse angenommen werden, dass die Schmerzen von der Muskulatur und nicht von der Faszie thorako lumbalis ausgingen. Das wegen der vorbestehenden Funktionsbeeinträchtigung des linken Beins als Folge des Fersenbeinbruchs 1996 veränderte Gangbild führe nämlich zu einer verstärkten Belastung der rechten Lendenmuskulatur, die in der schmerzhaften Spielbeinphase verstärkt zum Anheben des rechten Beckens und des rechten Beines in Anspruch genommen werde. Es sei eine Infiltration zur örtlichen Schmerzausschaltung während der jetzigen Untersuchung durchgeführt worden. Dabei habe sich nach Eintreten der Wirkung nicht nur subjektiv eine deutliche Reduktion der Schmerzen gezeigt. Daraus sei abzuleiten, dass die bei dem Unfall vom 10.11.1997 verletzte Körperregion tatsächlich immer noch für die geklagten Folgebeschwerden verantwortlich sei, zum anderen, dass das Schmerzgeschehen tatsächlich auf einer körperliche Veränderung und nicht auf einen, wie auch immer gearteten psychischen Ursprung, zurückzuführen sei. Er führt aus, dass die Lokalisation der Schmerzen ungewöhnlich sei und dass nach den Untersuchungsbefunden kein Hinweis auf eine Mitbeteiligung des Ligamentum sacrum tuberale, des Sitzbeinhöckers oder des Gesäßes am Unfallgeschehen zu entnehmen sei, so dass dies, wenn auch eine wahrscheinliche Vermutung, bleiben werde. Obwohl dieses schmerzhafte Ligamentum sacrum tuberale nur einen geringeren Teil der Beschwerden ausmache, komme ihm rückblickend vermutlich eine nicht unerhebliche Bedeutung zu. Das schmerzhafte Band führe sicherlich zu einer Verstärkung der ins Gesäß und das rechte Bein ausstrahlende Schmerzen, die damit einen pseudoradikulären Charakter aufwiesen und das Bild einer Nervenwurzelaffektio initiierten. Zu dem Umstand, dass sich in der bildgebenden Diagnostik kein Korrelat für die angegebenen Beschwerden gefunden habe, sei zu erwähnen, dass sich schmerzhafte muskuläre Veränderungen auch bei gezielter Suche und genauer Eingrenzung der betroffenen anatomischen Struktur nur sehr selten im Kernspintomogramm, mit anderen radiologischen Verfahren überhaupt nicht, darstellen ließen. Ob als Folge des Unfalls vom 10.11.1997 vorübergehend eine Schädigung neuraler Strukturen vorgelegen habe, wie von Dr.B. angenommen, könne wohl jetzt nicht mehr eindeutig geklärt werden. Nach dem jetzigen Untersuchungsbefund und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der fachneurologischen Untersuchungen könne eine solche Schädigung als Ursache für die jetzt geklagten Schmerzen ausgeschlossen werden. Ebenso könne jetzt nicht mehr eindeutig geklärt werden, inwieweit eventuelle neurologische Veränderungen an der Entwicklung der erektilen Dysfunktion beteiligt gewesen seien, wie dies von Dr.B. vermutet worden sei. Die Potenzstörung müsse nicht unbedingt auf eine neurologische Ursache zurückgeführt werden, da nach allgemeiner Lebenserfahrung

anhaltende intensive Schmerzen als Ursache hierfür durchaus ausreichend seien. Beim Kläger sei der Selbstwert früh ausschließlich über die Leistungsfähigkeit definiert worden, die für ihn einen höheren Stellenwert als die körperliche Unversehrtheit besitze. Sie sei der zentrale Lebensinhalt, von dessen Erhalt die Selbsteinschätzung der Persönlichkeit abhänge. Deshalb wirke sich der schmerzbedingte Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit geradezu vernichtend aus. Der erlebte Leistungsverlust werde gleichgesetzt mit dem unausgesprochenen, nicht ertragbaren Vorwurf des fehlenden Leistungswillens mit nachfolgender Negativwertung der Persönlichkeit. Der Konflikt zwischen eigenem Leistungsanspruch und schmerzbedingter Leistungsunfähigkeit führe zur depressiven Abwehr mit gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Abbau von Sozialkontakten, Verzicht auf früher bereichernde Aktivitäten und schließlich Resignation. In einer dem Kläger gegenüber abgegebenen Stellungnahme vom 12.07.1999 führt Dr.A. nochmals aus, die schmerzhaften Veränderungen des Musculus quadratus lumborum rechts seien nach dem Unfall erstmals aufgetreten, klinisch wiederholt festgestellt worden, in der Folgezeit bis zu seiner Untersuchung unverändert geblieben und für die geklagten Beschwerden überwiegend verantwortlich. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme des Dr.H. vom 12.10.1999 ein, in welcher der Arzt bei seiner Beurteilung bleibt. Mit Widerspruchsbescheid vom 16.11.1999 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 12.10.1998 zurück. Dagegen hat der Kläger Klage erhoben und geltend gemacht, schon ohne Belastungen unter ständig starken Schmerzen, die er nur halbwegs unter starken Schmerzmitteln ertragen könne, zu leiden. Jede Bewegung könne akute Schmerzschübe auslösen. Beim Gehen werde jeder Schritt zu einem Martyrium. Er könne nicht einmal mehr einfache und leichte Hausarbeiten verrichten. Die Krankheit sei nicht durch seinen Willen zu beeinflussen. Er nimmt auf die Gutachten des Dr.B. und Dr.A. Bezug. Es gehe um eine manifeste Erkrankung, die ihm jegliche Lebensfreude zerstört habe. Die Krankheit sei nicht psychischer Natur, sondern eine bösartige organische Verletzungsfolge, die absolut therapierestistent sei. Es bestehe bei ihm seit 10.11.1997 Erwerbsunfähigkeit. Die Beklagte vertrat mit Schriftsatz vom 15.12.1999 die Auffassung, die Klage sei unbegründet. Sie verwies auf den Erstbefund vom 10.11.1997 sowie auf den weiteren Verlauf, bei dem am 17.11.1997 eine freie Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sowie allenfalls noch eine leichte Druckempfindlichkeit im Bereich der rechten Hüfte sowie im Lendenwirbelsäulenbereich beschrieben worden sei. Die erst zu einem späteren Zeitpunkt vermutete Faszienverklebung habe nie objektiviert werden können, ebenso wie eine spinale Kontusion nicht habe nachgewiesen werden können. Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Orthopäden Dr.F. vom 19.06.2000 eingeholt, der zu dem Ergebnis gelangt ist, ein eindeutiges organpathologisches Substrat in Form nachgewiesener traumatischer Veränderung habe zu keinem Zeitpunkt gesichert werden können. Es seien lediglich zwei Kratzspuren neben dem Rücken festgestellt worden. Insbesondere seien kernspintomographisch, computertomographisch und auf Röntgenübersichtsaufnahmen Verletzungsfolgen ausgeschlossen worden. Dies betreffe sowohl das knöcherne Skelett als auch im Zuge der kernspintomographischen Untersuchung die Situation der Weichteile und damit der Faszien. Eine geltend gemachte Lumboischialgie sei schon deswegen nicht als Verletzungsfolge aufzufassen, weil niemals eine Bandscheibenverschiebung habe verifiziert werden können und darüber hinaus sowohl laut Vorbefunden als auch heute ein eindeutiges organpathologisches Korrelat dem vom Kläger vorgetragenen Beschwerdebild nicht zugeordnet werden könne. Demnach sei durch den Unfall vom 10.11.1997 eine Prellverletzung des Rückens verursacht worden. Eine unfallbedingte MdE über die 26. Woche hinaus sei auf orthopädischem Gebiet nicht begründbar. Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. vom 10.10.2000 eingeholt, der ausführte, der Kläger befinde sich in einem deutlich reduzierten Allgemein- und Ernährungszustand. Er wirke allgemein nutritiv-toxisch geschädigt. Es habe ein deutlicher foetor alkoholicus ex ore bei der Untersuchung bestanden. Das Hautkolorit Palmarerythem (als Hinweis auf eine Leberparenchymschädigung) bestanden. Über dem linken Oberarm habe sich eine längliche reizlose Narbe, über dem linken Unterarm einige kleinere Verbrennungsnarben befunden. Insbesondere unter Berücksichtigung der im Klinikum rechts der Isar sowohl ambulant als auch stationär erhobenen Befunde sei davon auszugehen, dass eine Schädigung lumbaler oder lumbosacraler Nervenwurzel oder gar eine Schädigung des Rückenmarks im Rahmen des Unfalls nicht vorgelegen habe. Im Rahmen einer 14-tägigen Untersuchung im Klinikum rechts der Isar hätten weder die klinischen Befunde noch die technisch-apparativen Befunde oder die bildgebenden Verfahren irgendeine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems nachweisen können. Die Impotenz sei möglicherweise auf im Klinikum rechts der Isar bei der Überprüfung der Sensibilität mitgeteilten Befunde zurückzuführen, die im Sinn einer Polyneuropathie zu werten wären, die zum damaligen Zeitpunkt möglicherweise noch vorgelegen habe. Unabhängig davon hätten objektive Befunde, die sich auf die Impotenz bezögen, nicht vorgelegen. Allein die Tatsache, dass ein mehr als 50-jähriger Patient Beschwerden im Sinn einer erektilen Dysfunktion beklage, könne nicht als Beweis für eine spinale Kontusion dienen. Erektionsstörungen könnten sehr viele Ursachen haben, nämlich sowohl körperliche Ursachen (z.B. Polyneuropathie, Alkoholabusus) als auch psychische. Zu keinem Zeitpunkt hätten objektivierbare Befunde vorgelegen, die für eine Contusio spinalis sprechen könnten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Trauma und der von dem Kläger beklagten reaktiven depressiven Verstimmung sei aus seiner Sicht nicht anzunehmen, da das Trauma nur von geringer Intensität gewesen sein könne und von seinem Wesensgehalt keineswegs als derart gravierend angesehen werden könne, dass deshalb besondere psychische Reaktionen zu erwarten gewesen wären. Ein depressives Syndrom, wie mehrfach beim Kläger beschrieben, sei im Übrigen eine sehr häufige Erkrankung, mit welcher sowohl die Hausärzte als auch die Nervenärzte konfrontiert würden. Zweifellos könnten psychische Störungen nach einem Unfall als Unfallfolge anerkannt werden, wobei in solchen Fällen zu fordern sei, dass es sich um ein schweres Unfallereignis gehandelt habe, das ein überwältigendes traumatisches Erlebnis dargestellt habe und mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten einhergegangen sei. Davon könne im vorliegenden Fall nicht die Rede sein. Insofern sei das Gutachten des Dr.A. für ihn nicht nachvollziehbar. Dr.A. habe teilweise die subjektiven Beschwerden des Klägers zum Befund erhoben. Dies sei in der Tat nicht korrekt. Eine MdE messbaren Grades über die 26. Woche hinaus habe nicht bestanden. Mit Schriftsatz vom 01.12.2000 hat sich der Kläger erneut auf die Gutachten des Dr.A. und Dr.B. berufen und geltend gemacht, es müsse ein Gutachten eines Schmerztherapeuten eingeholt werden, wobei die Begutachtung eine placebo-kontrollierte Untersuchung mit Videokontrolle beinhalten müsse. Die Untersuchungen durch das Klinikum Großhadern seien unzureichend gewesen. Das Gutachten des Dr.K. sei für die vorliegende Fragestellung mangelhaft. Mal gelange er auf Seite 25 zum Ergebnis, dass der Kläger wohl doch unter keiner reaktiven Depression leide, dann komme er auf Seite 29 zum Befund, dass eine reaktive Depression vorliege. Die Schlussfolgerung, dass bei einem geringen Trauma keine reaktive Depression erfolgen könne, sei unzutreffend. Mit Urteil vom 12.07.2001 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen. Das Sozialgericht bezieht sich insbesondere auf die Gutachten des Dr.F. und Dr.K. sowie auf das vom Kläger selbst vorgelegten Gutachten des Prof.Dr.C ... Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers, der geltend macht, es gebe Verletzungsfolgen, insbesondere in dem Bereich, in dem er verletzt wurde, die man selbst mit den modernsten Geräten nicht feststellen könne. Es gebe keine plausible Erklärung dafür, dass die massiven Schmerzen wie die festgestellten Gehbehinderungen auf einer anderen Ursache außer dem Unfall beruhen könnten. Den Nachweis, dass es sich um eine heute noch vorhandene Verletzungsfolge handle, habe Dr.A. erbracht. Er habe ihm ein leichtes Betäubungsmittel in das Schmerzzentrum des Rückens gespritzt, worauf sich sein Gangbild sofort gebessert habe. Würde es sich bei den Schmerzen und der Gehbehinderung um psychische Missempfindungen handeln, so wäre sein Gangbild unbeeinflusst geblieben. Es sei ein Sachverständigengutachten für Schmerztherapie einzuholen, wobei die Begutachtung eine placebo-kontrollierte Untersuchung mit Videokontrolle beinhalten müsse. Die Beklagte hält die Berufung für unbegründet. Der Kläger verweist auf den Bescheid des Versorgungsamts vom 30.10.2001, woraus sich seine Schwerbehinderung von 50 % ergebe. Der Senat hat die Schwerbehindertenakten des

Klägers beigezogen. Auf den Arztbrief des Prof.Dr.B. an Dr.H. vom 15.09.1998, und die Stellungnahme des Prof.Dr.C. zur Stellungnahme des Dr.B. vom 30.12.1998 wird verwiesen. Beigezogen wurden weiter die Akten eines Arbeitsunfalls vom 13.10.1989, bei dem es zu einer pertrochantären Oberschenkelfraktur links gekommen ist. Weiter hat der Senat die Akten über einen Unfall vom 24.08.1996 beigezogen, bei dem der Kläger einen Fersenbeinbruch links erlitten hat. Die Beklagte gewährt dem Kläger seit 01.08.1997 wegen der Folgen des Unfalls vom 24.08.1996 bis auf Weiteres Verletztenrente in Höhe von 30 v.H. der Vollrente.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 12.07.2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 12.10.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.11.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt, insbesondere die ärztlichen Gutachten und Stellungnahmen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß §§ 143 f. zulässig, sachlich jedoch nicht begründet. Gemäß § 56 Abs.1 SGB VII setzt der Anspruch auf Verletztenrente nach einem Arbeitsunfall voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten über die 26. Woche um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vom-Hundert-Sätze zusammen wenigstens die Zahl 20, sind die Folgen eines Versicherungsfalls zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Zu Recht und mit zutreffender Begründung ist das Sozialgericht zu dem Ergebnis gelangt, dass diese Voraussetzungen im Fall des Klägers, soweit es den streitgegenständlichen Unfall vom 10.11.1997 betrifft, nicht erfüllt sind. Der Senat bezieht sich auf die Entscheidungsgründe des Sozialgerichts und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe gemäß § 153 Abs.2 SGG ab. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Dr.K. überzeugend darlegt, dass beim Kläger auch kein unfallbedingtes depressives Syndrom vorliegt. Zwar zeigte sich die Stimmung des Klägers auch bei dem Sachverständigen Dr.K. zum depressiven Pol hin verschoben, doch legt Dr.K. nachvollziehbar dar, dass das Trauma nach dem Grad seiner anzunehmenden Intensität nicht wesentliche Bedingung für diese Störung gewesen sein kann. Dazu weist er darauf hin, dass es sich bei einem Unfallereignis, welches geeignet wäre, zu einer psychischen Störung zu führen, um ein überwältigendes traumatisches Erlebnis hätte handeln müssen, das eine ernsthafte Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Klägers dargestellt hätte. Zu Recht hebt der Sachverständige hervor, dass davon nach der Art des Unfalls und den festgestellten Unfallfolgen keine Rede sein kann. Auch für den Senat sind die Stellungnahmen des Dr.B. vom 30.12.1998 und des Dr.A. vom 26.05.1999 nicht überzeugend. Dr.B. schließt aus dem Umstand, dass bei leichtgradigen Rückemarksverletzungen, die morphologisch nicht fassbar seien, dennoch Ausfallserscheinungen vorhanden sein können, und aus dem Umstand, dass er einen fraglich krankhaften Befund erhoben habe, dass fassbare pathologische apparative Untersuchungen vorlägen. Bloße Möglichkeiten krankhafter Befunde stellen jedoch keine objektivierten Unfallfolgen dar. Allein aus dem Auftreten einer erektilen Dysfunktion in Zusammenhang mit dem bloßen Verdacht auf Contusio spinalis kann eine unfallbedingte Funktionsstörung des Rückenmarks nicht angenommen werden. Hierauf weisen Dr.H. in der Stellungnahme vom 12.10.1999 und Dr.K. in dem von ihm erstatteten Gutachten nachvollziehbar hin. Bezüglich der Verklebung der Lumbalfaszie räumt Dr.B. selbst ein, dass es sich dabei lediglich um Angaben des Klägers handelt, wobei sich der Kläger auf den untersuchenden Orthopäden im Klinikum der Technischen Universität in München bezogen habe. Aus dem Gutachten des Prof.Dr.C. vom 09.03. 1999, das dieser im Auftrag des Klägers erstattet hat, ergibt sich dagegen eindeutig, dass keine mit den verwendeten Methoden erfassbare und dokumtierbare strukturelle Schädigung beim Kläger vorliegt oder zurückgeblieben ist. Auch bei weiterer Diagnostik konnten, wie der Gutachter betont, keine Faszienverletzungen gefunden werden. Der Gutachter führt dagegen die geklagten Lumbalgien auf eine unvollständige Schmerz- bzw. Traumaverarbeitung zurück, was bei Patienten mit depressiven Störungen nicht ungewöhnlich ist. Die von Dr.B. angenommenen Unfallfolgen können nach alldem insbesondere aufgrund der angeführten Gutachten des Dr.F. , Dr.K. und Prof.Dr.C. nicht bestätigt werden. Das Gutachten des Dr.A. ist ebenfalls nicht überzeugend. Er führt zwar aus, dass eine unfallbedingte schmerzhafte Verletzung des Muskels durch die unfallunabhängige chronische Fehlbelastung der rechten Lendenmuskulatur durch das wegen des Fersenbeinbruchs veränderte Gangbild bis jetzt aufrecht erhalten worden sei, doch ist dies eine im Übrigen nicht ärztlich bestätigte Vermutung. Wie Prof. Dr.B. und Dr.F. einhellig darlegen, ist es durch den streitgegenständlichen Unfall lediglich zu einer Prellung von Weichteilen gekommen, die 26 Wochen nach dem Unfall jedenfalls abgeheilt war und keine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit mehr bedingt hat. Auch den Ausführungen des Dr.A. zu den vom Kläger angegebenen bzw. von dem Gutachter selbst getroffenen Feststellungen zu den Schmerzen am rechten Sitzbeinhöcker bzw. am Kreuzbein kann nicht gefolgt werden. Einerseits führt der Gutachter aus, die vom Kläger angegebenen Schmerzen hätten den Bandansatz am rechten Sitzbeinhöcker betroffen, was sehr ungewöhnlich sei, andererseits habe sich bei der körperlichen Untersuchung die Schmerzlokalisation ausschließlich am Kreuzbein und nicht am Sitzbeinhöcker befunden. Somit sei "eher von einer traumatischen Schmerzursache" und nicht von einem Zustand infolge chronischer Fehlbelastung auszugehen. Zugleich führt er dann aber aus, dass allerdings den bisherigen Schilderungen des Unfallhergangs und den Untersuchungsbefunden kein Hinweis auf eine Mitbeteiligung des Ligamentum sacrum tuberale, des Sitzbeinhöckers oder des Gesäßes durch das Unfallgeschehen zu entnehmen sei, "so dass dies (wohl die traumatische Schmerzursache) "eine, wenn auch wahrscheinliche, Vermutung" bleiben werde. Trotz dieser Erkenntnis führt er schließlich auf Seite 22 im letzten Absatz aus, dass diesem schmerzhaften Ligamentum sacrum tuberale rückblickend vermutlich eine nicht unerhebliche Bedeutung zukomme. Aus alldem wird klar, dass Dr.A. seine Argumentation lediglich auf subjektive Angaben des Klägers und eigene bloße Spekulationen stützt. Bezüglich seiner Ausführungen zur depressiven Reaktion ist auf das Gutachten des Sachverständigen Kiefer zu verweisen. Dr.A. gelangt zu dem Ergebnis, dass sich die psychischen Veränderungen wegen der Folgen des Unfallgeschehens entwickelt hätten, ohne aber auf die Art und Intensität des Unfalls einzugehen und ausgehend von seiner Ansicht, ohne Berücksichtigung des Umstands, dass gravierende Unfallfolgen etwa vier Wochen nach dem Unfallereignis nicht mehr vorlagen. Der Senat sieht sich, ebenso wie das Sozialgericht, nicht zur Einholung eines weiteren Gutachtens mit placebo-kontrollierter Untersuchung mit Videokontrolle veranlasst. Er hält den Sachverhalt durch die schlüssigen Gutachten der Sachverständigen Dr.F. und Dr.K. und dem im Weg des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten des Dr.B. sowie der Stellungnahme des Dr.C. für geklärt. Nach Auffassung des Senats würde eine placebo-kontrollierte Untersuchung auch allenfalls zeigen können, dass der Kläger durch eine Schmerzspritze Beschwerdenerleichterung empfindet. Aufschlüsse über die Kausalität zwischen seinen Beschwerden und dem angeschuldigten Trauma ließen sich daraus nicht gewinnen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB

Saved
2003-11-05