

L 2 U 170/06

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 U 46/04
Datum
24.04.2006
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 170/06
Datum
06.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 28/07 B
Datum
01.03.2007
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24. April 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Rentenleistungen wegen der Folgen des Unfalles vom 24.02.1992.

Die 1962 geborene Klägerin war am 24.02.1992 mit ihrem Pkw auf dem Weg zu ihrem Arbeitsplatz als Leiterin eines Kindergartens und musste wegen eines Staus anhalten. Der Unfallverursacher fuhr ungebremsst auf ihren stehenden Pkw auf und schob diesen auf das Heck des vor ihr stehenden Pkw. Der praktische Arzt Dr. W. , den die Klägerin am Unfalltag aufsuchte, diagnostizierte einen Zustand nach Auffahrunfall. Zu Erbrechen sei es nicht gekommen. Die Rotation der Halswirbelsäule (HWS) nach rechts sei reduziert, Nacken-, Brustwirbelsäule (BWS), HWS klopfdolent. Der Orthopäde Dr. M. untersuchte die Klägerin gleichfalls am 24.02.1992 und stellte eine Blockierung bei C2/3 sowie eine Funktionsstörung C6/7, C7/Th1 fest. Im Bereich der BWS bestand Druckschmerzhaftigkeit; Sensibilität, Motorik und Durchblutung waren regelrecht. Die Klägerin habe Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung im HWS-Bereich sowie Kopfschmerzen angegeben. Dauerschäden seien nicht zu erwarten. Arbeitsunfähigkeit wurde bis 04.04.1992 bescheinigt. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. untersuchte die Klägerin am 04.08.1992 und 20.08. 1992. Zusammenfassend erklärte Dr. M. , der Zustand nach Schleudertrauma zeige derzeit keine neurologische zentrale oder periphere Symptomatik. Am 22.08.1994 suchte die Klägerin den Internisten Dr. N. auf und berichtete über persistierende Halsschmerzen, intermittierende Nierenschmerzen und vermehrten Haarausfall. Es bestand eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Die Orthopädin Dr. R. behandelte die Klägerin ab 25.05.1993, zuletzt am 16.09.1997.

Im Verfahren vor dem Landgericht R. wegen Schmerzensgeldzahlung des Unfallverursachers wurden mehrere ärztliche Gutachten eingeholt. Der Neurologe Prof. Dr. L. führte im Gutachten vom 30.06.1998 aus, es müsse in einem kernspintomografischen Gutachten geklärt werden, ob eine Mikroangiopathie im Zusammenhang mit dem bei der Klägerin diagnostizierten Willebrand-Jürgens-Syndrom im Halsmark-, Stammhirn- und übrigen cerebralen Bereich nachweisbar sei, die ursächlich auf den Unfall zurückzuführen sei. Der Orthopäde Prof. Dr. A. erklärte im Gutachten vom 05.06.1998, die primäre posttraumatische Diagnostik und ebenso die sich anschließende Befunderhebung deuteten auf ein nur leichtes Trauma der HWS hin. Es habe sich auf orthopädischem Gebiet kein klinisch-morphologisches Korrelat für die persistierenden Beschwerden finden lassen. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule seien nicht auf den Auffahrunfall zurückzuführen.

Am 08.04.1999 erlitt die Klägerin eine weitere HWS-Distorsion bei einem Verkehrsunfall.

Der Neurologe Prof. Dr. S. untersuchte die Klägerin am 21.06.1999. Im elektrophysiologischen Zusatzgutachten vom 15.07.1999 erklärte Dr. A. , es fänden sich keine Befunde, die das Vorliegen einer Sensibilitätsstörung oder Schädigung der motorischen Efferenzen dokumentieren könnten. Im neuroradiologischen Zusatzgutachten vom 12.08.1999 erklärte Dr. S. , kernspintomographisch hätten sich im Bereich des Hirnschädels, der HWS und der BWS keine Läsionen nachweisen lassen, die als Traumafolge gewertet werden könnten. Im neuropsychologischen Zusatzgutachten der Diplom-Psychologin S. vom 12.07.1999 wurde ausgeführt, kognitive Einschränkungen seien objektivierbar. Sie könnten durch einen Unfall der vorliegenden Art verursacht werden. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde mit 20 v.H. bewertet. Prof. Dr. S. führte im Gutachten vom 06.03.2000 aus, das Hirntrauma sei als mittelschwer einzustufen. Zwar habe nur eine sehr kurzzeitige Bewusstlosigkeit bestanden, dafür aber unmittelbar nach dem Unfall neurologische Symptome, die im Laufe der Zeit

zugenommen, sich dann gebessert hätten, aber mit persistierender Restsymptomatik. Die Energie des Traumas sei adäquat gewesen, um zu Störungen im Bereich des Hirnstamms und Mittelhirns zu führen. Einen Cofaktor könne das Willebrand-Jürgens-Syndrom darstellen, da es zu vermehrten mikroskopisch kleinen Blutungen gekommen sein könne. Der negative Kernspintomographiebefund sei kein Beweis dafür, dass ein solches Trauma nicht stattgefunden habe, sondern besage nur, dass die Veränderungen entweder nicht vorhanden seien oder so klein, dass sie unterhalb des Auflösungsvermögens lägen. Für die neuropsychologische Störung ergebe sich eine MdE von 20 v.H. ...

Die Heilpraktikerin K., die die Klägerin ab 29.03.2001 behandelte, berichtete am 28.05.2001, die Klägerin klage über starke Schmerzen in der linken oberen Gesichtshälfte, die seit einem Verkehrsunfall bestünden. Durch Neuraltherapie hätten sich die Schmerzen gebessert. Das HWS-Syndrom und die migräneartigen Cephalgien hätten deutlich nachgelassen. Vom 06.08.2001 bis 18.12.2001 wurde die Klägerin von der Heilpraktikerin U. behandelt. Die Behandlung habe zu einer Besserung der Schmerzsymptomatik geführt.

Im Gutachten vom 27.02.2003 führte der Chirurg Dr. T. aus, die Erstbefunde, die Dr. W. und Dr. M. erhoben hätten, schlossen eine neurologische Störung und eine knöcherne Verletzung im Bereich der HWS aus. Die Klägerin habe bereits wenige Tage nach dem Unfall ihre Arbeit wieder aufnehmen können. Es könne davon ausgegangen werden, dass es sich um eine Distorsion des Schweregrades I gehandelt habe. Dies decke sich auch mit dem Gutachten von Prof. Dr. A. vom 05.06.1998. Dauerhafte Behinderungen und Schäden ergäben sich aus einem solchen Schleudertrauma des Schweregrades I nicht. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und den jetzt noch angegebenen Beschwerden bestehe mit Wahrscheinlichkeit nicht.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 08.04.2003 die Gewährung einer Rente ab, da die Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Arbeitsunfalls nicht über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus in rentenberechtigendem Grad gemindert sei. Die Zerrung der HWS nach Schweregrad I sei folgenlos ausgeheilt. Arbeitsunfähigkeit habe bis 04.03.1992 bestanden.

Die Klägerin legte dagegen Widerspruch ein.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. führte in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 25.11.2003 aus, ein relevantes Schädel-Hirntrauma habe ganz offensichtlich nicht stattgefunden. Dr. W., Dr. M. und Dr. M. hätten keine Hinweise auf eine cerebrale oder radikuläre Symptomatik beschrieben. Das MRT vom 17.08.1992 habe einen vollständig unauffälligen Befund ergeben. Im neuroradiologischen Gutachten vom 12.08.1999 werde dieser unauffällige Befund erneut bestätigt. Daher sei davon auszugehen, dass es zu keiner strukturellen Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks gekommen sei. Ein Schädel-Hirntrauma lasse sich in keiner Weise wahrscheinlich machen. Eine strukturelle Schädigung der HWS sei im MRT ausgeschlossen. Dr. S. beschreibe auch keinen psychopathologischen Befund, sondern lediglich neuropsychologische Defizite, die sich nach einem leichten Schädel-Hirntrauma innerhalb weniger Monate zurückbildeten, kognitive Beeinträchtigungen blieben nicht bestehen.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.2004 zurück.

Im hiergegen gerichteten Klageverfahren hat das Sozialgericht den Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. zum ärztlichen Sachverständigen ernannt. Im Gutachten vom 27.07.2004 hat Dr. K. ausgeführt, ein relevantes cerebrales Trauma könne hier ausgeschlossen werden. Die hypothetische Annahme einer mikroangiopathischen Läsion stütze sich lediglich auf die Angabe einer sensiblen Halbseitenstörung, für die sich aber nie ein neurophysiologisches oder kernspintomographisches Korrelat gefunden habe. Zu den im Gutachten von Prof. Dr. S. beschriebenen kognitiven Störungen sei anzumerken, dass diese jetzt spontan nicht mehr geschildert würden. Auf Befragen gebe die Klägerin Konzentrationsstörungen bei schwierigen Aufgaben an. Bei der Untersuchung hätten sich keine relevanten Einbußen gezeigt. Das cervikogene Kopfschmerz- und Gesichtsschmerzsyndrom sei als posttraumatisch zu bewerten und bedinge eine MdE von 10 v.H.

Der auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Prof. Dr. S. hat im Gutachten vom 15.06.2005 unter Berücksichtigung eines psychologischen Zusatzgutachtens der Diplom-Psychologin S. vom 07.06.2005 ausgeführt, die Klägerin habe ein mittelschweres Schädel-Hirntrauma erlitten, da eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit und Amnesie bestanden habe. Zusätzlich hätten unmittelbar nach dem Unfall bereits neurologische Symptome vorgelegen. Der Hauptbefund seien die Einschränkungen im neuropsychologischen Bereich. Die MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 07.11.2005 hat Prof. Dr. S. ausgeführt, es gebe sowohl Argumente für die Einstufung der HWS-Distorsion nach Grad I wie auch nach Grad II. Die Einstufung des Schadens beruhe im Wesentlichen auf der Untersuchung der neuropsychologischen Defizite. Eine mögliche Erklärung für die funktionellen Läsionen stelle sicherlich das Willebrand-Jürgens-Syndrom dar, durch das es vermutlich zu Mikroblutungen im Bereich des Frontallappens gekommen sei, die sich einer späteren bildgebenden Diagnostik entzögen. Ein Nachweis wäre nur über histologische Untersuchungen zu führen, dies stehe jedoch außerhalb der Möglichkeiten.

Auf Anfrage des Gerichts hat Dr. K. in der Stellungnahme vom 02.02.2006 ausgeführt, ein Hirntrauma im eigentlichen Sinn sei nicht dokumentiert. Mikroblutungen hätten in späteren MR-Untersuchungen erkennbar sein müssen. Die sensible Halbseitensymptomatik sei kein Beweis für ein cerebrales Trauma. Dieser Befund sei bei der neurologischen Erstuntersuchung im August 1992 nicht erwähnt.

Mit Urteil vom 24.04.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Dr. K. sei überzeugend zu dem Ergebnis gelangt, dass bei der Klägerin ein Zustand nach HWS-Distorsion des Schweregrades II ohne neurologische Ausfallerscheinungen bestehe. Strukturelle intrakranielle Verletzungsfolgen hätten ausgeschlossen werden können. Früher beschriebene kognitive Störungen seien nicht mehr nachweisbar und auch nicht als Unfallfolgen zu werten. Es finde sich lediglich ein cervikogenes Gesichts- und Kopfschmerz-Syndrom, das attackenartig auftrete und eine MdE von 10 v.H. bedinge. Prof. Dr. S. sei bezüglich seiner Einschätzung der MdE mit 20 v.H. nicht zu folgen. Die zunächst untersuchenden Ärzte hätten lediglich eine leichte Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bei ansonsten völlig unauffälligem Befund, insbesondere ohne Hinweise auf Bewusstlosigkeit oder sonstige Zeichen einer Hirnschädigung festgestellt. Die vermutete Gerinnungsstörung hätte zu Mikroblutungen führen müssen, deren Residuen in späteren Untersuchungen erkennbar gewesen wären, was jedoch nicht der Fall gewesen sei.

Zur Begründung der hiergegen gerichteten Berufung hat die Klägerin eingewandt, das Gutachten des Dr. K. sei durch die Ausführungen von

Prof. Dr. S. widerlegt.

Die Klägerin stellt den Antrag

aus dem Schriftsatz vom 05.07.2006 mit der Korrektur, dass Rente nach einer MdE um 20 v.H. ab dem Ende der Arbeitsunfähigkeit zu gewähren sei.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des SG Regensburg vom 24.04.2006 zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Zu Recht hat das Sozialgericht Regensburg die Klage abgewiesen. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass auch die im Berufungsverfahren vorgebrachten Einwendungen nicht zu einer anderen Beurteilung der Sach- und Rechtslage führen können. Dr. T. und Dr. H. , deren im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwendet werden, Dr. K. sowie Prof. Dr. A. haben überzeugend dargelegt, dass wesentliche Unfallfolgen nicht verblieben sind. Zu Recht haben sie darauf hingewiesen, dass die erstbehandelnden Ärzte Dr. M. und Dr. W. keine wesentlichen Gesundheitsschäden festgestellt haben. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. , der die Klägerin am 04.08. und 20.08.1992 untersuchte, hat ausdrücklich festgehalten, dass keine neurologische zentrale oder periphere Symptomatik bestehe. Auch ergab eine cerebrale Kernspintomographie, wie Privatdozent Dr. S. im neuroradiologischen Zusatzgutachten vom 12.08.1999 ausführte, keinen Hinweis für eine traumatische Hirnschädigung. Bei normalem Signalverhalten der Hirnstrukturen zeigte sich kein Nachweis einer Kontusion, einer Blutung oder einer Hirnstammläsion. Die Annahme von Prof. Dr. S. , die von der Diplom-Psychologin S. festgestellten kognitiven Einschränkungen seien auf Mikroeinblutungen zurückzuführen, ist daher eine nicht bewiesene und ohne histologische Untersuchung von Gehirnschubstanz nicht beweisbare Hypothese.

Eine weitere Sachaufklärung war im Hinblick auf die umfangreichen ärztlichen Befunde und Gutachten in den Akten nicht veranlasst.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-03-15