

L 2 U 26/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 202/02
Datum
02.02.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 2 U 26/04
Datum
27.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 2. Februar 2004 und der Bescheid der Beklagten vom 3. Mai 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2002 abgeändert. Es wird festgestellt, dass die chronische Rhinosinusitis im Bereich der Kieferhöhle rechts unter zeitweiser Mitbeteiligung der Keilbeinhöhlen Folge des Arbeitsunfalls vom 8. Februar 2001 ist. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin deswegen unter den Voraussetzungen der §§ 27 - 34 SGB VII Heilbehandlung zu gewähren. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin ¼ der außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Gewährung von Entschädigungsleistungen wegen der Folgen eines Wegeunfalls.

Die 1942 geborene Klägerin stürzte am Morgen des 8. Februar 2001 auf dem Weg zu ihrer Arbeit als Ärztin beim Bezirksamt P von B. Nach Angaben in der Unfallanzeige vom 19. April 2001 stolperte sie an einer Bordsteinkante und fiel trotz eines Abstützversuches der Länge nach hin und dabei auf Gesicht und Kopf. Dr. H /Dipl. med. M diagnostizierten laut Durchgangsarztbericht vom selben Tag einen Verdacht auf Schädelhirntrauma (SHT) 1. - 2.°, HWS Distorsion, Kniegelenkskontusion rechts mit Schürfwunde und eine LWS-Prellung. Der Schädel habe keine äußeren Verletzungszeichen aufgewiesen, ein CT des Schädels habe keine Blutung und keine Fraktur ergeben. Bis zum 10. Februar 2001 wurde die Klägerin stationär im Klinikum B untersucht und behandelt. Im Entlassungsbericht vom 20. März 2001 sind als Diagnosen genannt: Schädelhirntrauma I°, Kniegelenkskontusion und Hypertonie. Es habe u. a. eine kleine Schürfwunde rechts präpatellar bestanden, die Klägerin habe leichte Kopfschmerzen angegeben. Die röntgenologischen Untersuchungen (NNH, Schädel lat.) hätten keine Frakturen ergeben. Bei deutlicher Besserung der Kopfschmerzen und unauffälliger neurologischer Abschlussuntersuchung sei die Klägerin bei subjektivem Wohlbefinden in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden.

Am 23. Februar 2001 suchte die Klägerin die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren (HNO) Krankheiten Dr. M auf, die als Unfallfolge eine Einblutung in die rechte Kieferhöhle "bei klin. Va. chron. Sin. max." feststellte. Festgehalten ist ferner der Vermerk: "EA: rezidiv. Sinusitiden". Die Klägerin stellte sich ferner am 27. Februar 2001 und 20. März 2001 im Unfallkrankenhaus B vor, wo mit Zwischenbericht der Dr. G/Prof. Dr. E vom 20. März 2001 ausgeführt wurde, dass die BG-liche Heilbehandlung in einem Zeitraum von etwa drei Monaten nach dem Unfall abgeschlossen werden sollte. Die dann noch bestehenden Beschwerden seien mit großer Wahrscheinlichkeit auf vorbestehende chronische Beschwerden im Bereich der HWS und LWS zurückzuführen. Dr. H/Dipl. M teilten der Beklagten mit Zwischenbericht vom 26. April 2001 mit, die BG-liche Behandlung nach Abschluss der eingeleiteten Therapie zum 3. Mai 2001 abzuschließen. In Anbetracht des Unfallmechanismus und der vorbestehend erheblich degenerativen Veränderung mit Spinalkanalstenose, Bandscheibenprotrusion und knöchernen degenerativen Veränderungen der HWS handele es sich bei der Beschwerdesymptomatik um eine vorübergehende Verschlechterung eines vorbestehenden Leidens; eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde hieraus nicht resultieren.

Mit Bescheid vom 3. Mai 2001 erkannte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalls an: Folgenlos ausgeheilte Distorsion der HWS bei erheblichem Vorschaden der HWS sowie folgenlos ausgeheilte eine Platzwunde der Oberlippe, Schürfwunde der Nase, Schädelhirntrauma I°, Kniegelenkskontusion rechts mit Schürfwunde sowie LWS-Prellung, Subluxation des Zahnes 12. Nicht als Folgen des Arbeitsunfalls würden anerkannt erhebliche degenerative Veränderungen mit hochgradiger Spinalkanalstenose C6/7 bei Osteochondrose mit chronisch links medio-lateralem Prolaps, Einengung des Spinalkanals bei L4/5 und L5/S1 rechtsbetont. Die unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 3. Mai 2001 vorgelegen.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, mit dem sie ausführte, dass ihre erst nach dem Unfall aufgetretenen, zum großen Teil im

orthopädisch-neurologischen Bereich liegenden Beschwerden weiterhin vorhanden seien und Arbeitsunfähigkeit bedingten. Erst nach dem Unfall seien eine schwere Schmerzsymptomatik, Schwindel und Empfindungsstörungen sowie Schlafstörungen aufgetreten. Es könne deshalb nicht von einer folgenlos ausgeheilten Distorsion ausgegangen werden.

Die Beklagte zog von der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W, zu der sich die Klägerin am 15. und 21. Februar 2001 u.a. wegen anhaltender Kopfschmerzen begeben hatte, Arztbriefe und MRT-Befunde des Dr. H vom 16. Februar 2001 u. a. zur Fragestellung Ausschluss posttraumatische Läsionen bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21. Februar 2002 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin Klage, mit der sie als Unfallfolgen benannte: Typische Symptome einer HWS-Distorsion mit Schmerzen und wechselnden Parästhesien im Cervikobrachialbereich sowie Schwindel und Kopfschmerzen, Manifestation einer cervikalen Myelopathie, ein Schädelhirntrauma I°, eine vorübergehende Anisocorie (seitendifferente Weitung der Pupillen), eine Subluxation der Zähne 1 und 2 sowie eine Kieferhöhleneinblutung rechts. Insbesondere die aufgrund der Myelopathie (Erkrankung des Rückenmarks/Erkrankung des Knochenmarks) bestehenden Beschwerden seien im Bescheid der Beklagten nicht entsprechend berücksichtigt bzw. der traumabedingte Kausalzusammenhang fehlinterpretiert worden.

Das Sozialgericht hat durch Prof. Dr. H, DRK Klinikum B K, Neurologische Klinik, ein Sachverständigengutachten vom 18. Dezember 2002 eingeholt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass das erlittene Schädelhirntrauma auf den Unfall zurückzuführen sei, die Symptome dürften allerdings innerhalb von wenigen Tagen bzw. Wochen abgeklungen sein. Auch eine HWS-Distorsion habe durch den Unfall stattgefunden, durch vorbestehende hochgradige degenerative unfallunabhängige Veränderungen sei es wahrscheinlich zu stärkeren Symptomen gekommen als bei HWS-gesunden Menschen. Die diesbezüglich durch den Unfall hervorgerufenen Beschwerden dürften innerhalb von drei Monaten abgeklungen sein. Alle weiteren Beschwerden nach dem Zeitraum von drei Monaten nach dem Unfall seien auf degenerative Veränderungen der HWS mit einer Einengung des Spinalkanals und Einengung der Foramina in verschiedenen Höhen verursacht. Eine cervikale Myelopathie liege nur sehr fraglich vor, die Symptome hätten sich erst Monate nach dem Unfall akzentuiert, dies sei unfallunabhängig. Die Gesundheitsstörungen hätten zu keiner unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit über den 3. Mai 2001 hinaus geführt; auch eine unfallbedingte MdE bestehe ab dem 4. Mai 2001 nicht.

Die Klägerin sei in der Unfallchirurgie im Klinikum B fünf Stunden nach dem Unfall untersucht worden. Verletzungsanzeichen am Schädel hätten nicht vorgelegen. Nach einer stationären Beobachtung bis zum 10. Februar 2001 sei die Klägerin bei subjektivem Wohlbefinden und unauffälligem neurologischen Abschlussbefund entlassen worden. Bei einer fachneurologischen Untersuchung der Dr. W am 21. Februar 2001 hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden, auch eine erste Begutachtung im Unfallkrankenhaus habe keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte erbracht. Die Klägerin habe hier lediglich über eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich geklagt. Ein MRT der HWS am 16. Februar 2001 habe keine posttraumatischen Veränderungen gezeigt. In späteren Berichten, zuletzt des Dr. H vom 4. Mai 2001, sei lediglich von einer Behandlungsbedürftigkeit für insgesamt drei Monate ausgegangen worden. In der Zwischenzeit hätten die Beschwerden nach Angaben der Klägerin jedoch massiv zugenommen, nunmehr seien auch Zeichen einer cervikalen Myelopathie, einer Ataxie, Sensibilitätsstörungen, Schwäche und Schweregefühl im linken Bein geklagt worden. Die jetzt angegebenen massiven neurologischen Probleme, die sich nach Angaben der Klägerin erst in den letzten Monaten entwickelt haben könnten, wie man sie auch immer einordnen möge, seien nicht auf den Unfall vom 8. Februar 2001 zurückzuführen. Die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte neurologische Untersuchung habe zusammenfassend ohne Zweifel eine organneurologisch nicht zu erklärende massive Aggravationstendenz erkennen lassen.

Auf Einwände der Klägerin und von ihr beigebrachte Untersuchungsergebnisse der Prof. Dr. H, Jüdisches Krankenhaus B, vom 11. Februar 2003 und des Dr. K, S G Krankenhaus, vom 10. Februar 2003 teilte Prof. Dr. H am 13. Mai 2003 mit, dass eine posttraumatische cervikale Myelopathie weiterhin auszuschließen sei. Von Prof. Dr. H liege nur ein sehr dürftiger handschriftlicher Befund vor, der auf von ihm beschriebene Befunde nicht eingehe und lediglich eine MRT-Untersuchung des Schädels mit Kontrastmitteln empfehle; eine derartige MRT Untersuchung sei nach dem Unfall jedoch bereits erfolgt und habe Unfallfolgen ausgeschlossen. Auch der Befund des Dr. K sei für die jetzige Fragestellung unbrauchbar.

Mit Gerichtsbescheid vom 2. Februar 2004 hat das Sozialgericht Berlin die Klage unter Bezugnahme auf die Feststellungen des Prof. Dr. H und die Ausführungen der Ärzte des Unfallkrankenhauses B abgewiesen.

Gegen dieses am 11. März 2004 zugewandene Urteil richtet sich die am 8. April 2004 eingelegte Berufung der Klägerin. Die Klägerin hat zunächst gerügt, dass weitere Untersuchungen bei Prof. Dr. H nicht abgewartet worden seien; sie verweist diesbezüglich auf einen Arztbrief der Ärztin i. P. Sch aus der Abteilung der Prof. Dr. H vom 2. Juni 2004, in dem u.a. ausgeführt ist, dass der "anamnestisch dargestellte zeitliche Zusammenhang des Beginns der Missempfindungen mit einem HWS-Schleudertrauma vermuten" lasse, dass es zu einer zeitlich begrenzten, richtunggebenden Verschlimmerung der Spinalkanalstenose im Sinne einer Myelonkompression gekommen sei. Mit Schriftsatz vom 29. Juli 2004 hat die Klägerin weiter ausgeführt, dass eine Teilursache ihrer Kopfschmerzsymptomatik sicher auch in einer erst jetzt festgestellten chronifizierten Sinusitis der Nasennebenhöhlen (NNH) zu sehen sei. Da es bei dem Unfall zu einer Einblutung in die rechte Kieferhöhle gekommen sei, sei es durchaus wahrscheinlich, dass sich auf dem Boden eines nicht ausreichend resorbierten Hämatoms schleichend die erst jetzt diagnostizierte Sinusitis der rechten Kieferhöhle und nachfolgend der Keilbeinhöhlen entwickelt hätten und damit mit dem Unfall in Verbindung stünden. Beigebracht wurde ein Arztbrief der Radiologischen Praxis W vom 7. Juni 2004 über ein CT der NNH mit dem Ergebnis einer "mäßiggradig" ausgeprägten Sinusitis.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 2. Februar 2004 und den Bescheid der Beklagten vom 3. Mai 2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 8. Februar 2001 über den 3. Mai 2001 hinaus Heilbehandlung und Verletztengeld sowie eine Verletztenteilrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, dass eine Sinusitis als mögliche Unfallfolge erstmalig im Berufungsverfahren erwähnt worden sei. Unfallfolgen in rentenberechtigendem Maße bestünden weiterhin nicht.

Das Gericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte, insbesondere zur Frage einer möglichen Sinusitis sowohl vor als auch nach dem Unfallereignis eingeholt. Das Gericht hat ferner den HNO-Arzt Prof. Dr. E mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser führte unter dem 31. Juli 2006 aus, dass bei der Klägerin eine chronische Rhinosinusitis mit Schwerpunkt im Bereich der rechten Kieferhöhle und ein HWS- Syndrom vorlägen. Die Sinusitis maxillaris habe sich ausgehend von einem durch den Sturz vom 8. Februar 2001 verursachten Gesichtstrauma als Hämatosinus entwickelt. In den mitgebrachten Röntgenbefunden zeige sich eine Spiegelbildung in der Kieferhöhle rechts, durchaus passend zu einem Hämatosinus. Der Ausgang der jetzt vorhandenen chronischen Rhinosinusitis sei aufgrund der vorgelegten Röntgenbilder kurz nach dem Unfall anzunehmen. Eine andere Ursache hätte nicht verifiziert werden können. In späteren Aufnahmen zeige sich im Jahre 2004 auch eine Mitbeteiligung der Keilbeinhöhlen. Vom Bestehen einer Vorerkrankung sei nicht auszugehen. Eine in der Studentenzeit einmal durchgeführte Kieferhöhlenspülung ohne Eiter rechtfertige nicht die Annahme einer anschließend weiter bestehenden Sinusitis. Er schätze die MdE bis zum Zeitpunkt einer Akupunkturbehandlung (die ausweislich des Befundberichts der Dr. K/Dr. F vom 27. April 2005 in der Zeit vom September bis November 2004 erfolgte) auf 30 vom 100 und sodann auf 20 vom 100. Das Krankheitsbild habe Schwankungen, sodass ein einmaliger Untersuchungsbefund nicht geeignet sei, die unfallbedingte MdE festzulegen. Im Zeitpunkt der Untersuchung sei die Klägerin nach ihren Angaben mehr oder weniger beschwerdefrei gewesen. Die Aktivität innerhalb der letzten Jahre lasse sich anhand der Anamnese mit den Kopfschmerzen abschätzen. Die Kopfschmerzen, ursprünglich angenommen nur vom HWS-Syndrom ausgelöst zu sein, könnten auch durch die vorhandenen Veränderungen der Nasennebenhöhlen ausgelöst sein; hierfür spreche der Schmerzcharakter.

Auf Einwände der Beklagten, dass abgesehen von der Kauslitätsproblematik (die Klägerin habe schließlich eigenanamnestisch gegenüber Dr. M rezidivierende Sinusitiden angegeben) zur Zeit der Untersuchung Beschwerdefreiheit bestanden und die Untersuchung der Nase keine wesentlichen Besonderheiten ergeben hätte und daher jedenfalls keine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß erreicht werde, hat Dr. E in einer Rückäußerung vom 9. November 2006 ausgeführt, dass die Höhe der MdE den Vorgaben in der wissenschaftlichen Literatur entspreche. Ferner sei bereits bei zeitnaher Beurteilung des Unfallgeschehens eine Blutung in die Nasennebenhöhle und damit ein Trauma festgestellt worden; Einblutung bedeute Hämatosinus.

Das Gericht hat ferner ein Gutachten des Facharztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde L vom 27. Juli 2007 eingeholt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin zwar eine chronische Sinusitis der rechten Kieferhöhle unter zeitweiser Mitbeteiligung der Keilbeinhöhlen bestehe, diese sei jedoch keine Folge des Unfalls vom 8. Februar 2001. Sie könne weder im Sinne einer erstmaligen Entstehung noch als richtunggebende wesentliche Verschlimmerung eines unfallunabhängigen Leidens gewertet werden. Wegen der Nasennebenhöhlenentzündung habe unfallbedingt keine Arbeitsunfähigkeit bestanden, es bestehe auch keine unfallbedingte MdE. Für eine Verursachung der Nasennebenhöhlenbeschwerden durch den Unfall sprächen 1. das Vorliegen eines Unfalles mit Kopfverletzung (wobei es sich allerdings nur um eine Schürfwunde gehandelt habe), 2. der (vermutete) Blutspiegel in der rechten Kieferhöhle sowie 3. ein kurzzeitiges Nasenbluten nach dem Unfall. Gegen eine Verursachung sprächen 1. fehlende typische Symptome und Beschwerden nach dem Unfall (z. B. Nasennebenhöhlenbeschwerden, ein Hämatom, Sensibilitätsstörungen), 2. kein Nachweis einer Fraktur (weder im CT noch im konventionellen Röntgen, auch nicht in der zahnärztlichen Röntgen-Kontrolle), 3. anamnestisch jährlich auftretende Bronchitiden und Erkältungen, 4. anamnestisch Sinusitiden, 5. eine zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte Kieferhöhlenspülung.

Auch wenn es sich bei der im CT/MRT gesehenen Flüssigkeit in der rechten Kieferhöhle um Blut gehandelt haben sollte, sei davon auszugehen, dass dieses in der Folge resorbiert worden sei und zu keinen weiteren Beschwerden geführt habe. Typische Zeichen einer Fraktur seien sowohl klinisch als auch röntgenologisch nicht gesehen worden. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei davon auszugehen, dass zur Zeit des Unfalls bereits Vorschäden vorgelegen hätten, wofür anamnestisch jährlich auftretende Bronchitiden und Erkältungen, anamnestische Sinusitiden sowie eine zu einem früheren Zeitpunkt erfolgte Kieferhöhlenspülung sprächen. Zur Schwere der Erkrankung gehe er davon aus, dass diese insgesamt von der Klägerin übertrieben dargestellt und dramatisiert werde. Insbesondere könne in ihrem Fall nicht von einer "besonders schweren Sinusitis" gesprochen werden, es handle sich vielmehr um eine Sinusitis leichteren Grades. Auch die von der Klägerin beschriebenen Folgen, dass ihr z.B. Hausarbeit oder Schreibaarbeit nur 10 bis 15 Minuten möglich sei, bevor sie sich wieder hinlegen müsse, sei wohl übertrieben und stehe im Widerspruch zu den Ergebnissen der eigenen Untersuchung bei einer Untersuchungsdauer von etwa zwei Stunden und auch der Vorgutachten. Auch ihre Bezeichnung der durchzuführenden Nasennebenhöhlenoperation als "hoch riskante und schwierige Operation" dürfe relativiert werden, es handelt sich hierbei um eine Routine-OP, wie sie an jeder HNO-Klinik durchgeführt werde. Von Prof. Dr. E weiche er ab, weil aufgrund der eigenen Anamnese von Vorerkrankungen auszugehen sei. Die Kieferhöhlenspülung könne keineswegs nur als Maßnahme einer Diagnostik gewertet werden. Ferner vermute Prof. Dr. E ein infiziertes Hämatom, welches in der Folge zur Nasennebenhöhlenentzündung geführt habe. Auch hier fehlten jedoch typische Beschwerden nach dem Unfall, die diese Vermutung stützen würden. Auch bei seiner eigenen Untersuchung sei die Klägerin im Übrigen beschwerdefrei gewesen.

Die Bemessung der MdE durch Prof. Dr. E halte er für zu hoch. Als höchstmögliche Bewertung einer Nasennebenhöhlenentzündung komme in Anlehnung an die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX – AHP – derzeit in der Fassung 2008) eine MdE von 40 vom 100 in Betracht, bei einer Beteiligung aller Nasennebenhöhlen mit ständiger erheblicher Eiterabsonderung, Trigeminusreizung, Polypenbildung. Bei der Klägerin sei jedoch nur ein Teil der rechten Kieferhöhle betroffen, mit zeitweiser Beteiligung der Keilbeinhöhlen. Eine Polypenbildung sei nicht sichtbar, eine sichtbare ständige Eiterabsonderung finde sich nicht. Die Kopfschmerzen könnten sicher zeitweise auf eine Trigeminusreizung zurückgeführt werden, wobei hier aber ursächlich die HWS-Veränderungen in Frage kämen. Insgesamt halte er zum Untersuchungszeitpunkt eine MdE von maximal 10 vom 100 für gerechtfertigt.

Die Klägerin hat hierzu vorgebracht, dass typische Symptome bei ihr keineswegs gefehlt hätten. Diese seien vorhanden gewesen, aber von ihr falsch gedeutet worden, da bei einem gleichzeitig vorliegenden Trauma des Gesichts, des Schädels (inklusive Gehirns), der Kieferhöhle,

des Oberkiefers und der Zähne sowie der HWS infolge Überlagerung eine organspezifische Differenzierung bzw. Zuordnung der Beschwerden sehr schwer bzw. kaum möglich gewesen sei. Der vermehrte Sekretfluss in den Rachen sei von ihr ignoriert bzw. bagatellisiert worden. Das Fehlen einer typischen Symptomatik sei demzufolge nicht widerlegt. Ein sichtbares Hämatom im Gesichtsbereich sei zwar nicht vorhanden gewesen, wohl aber eine Platzwunde unterhalb der Nase. Die Gesichtshaut sei wesentlich stabiler als die Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen, bei der es leicht zu Einrissen und Blutungen komme. Der vom Gutachter L angeführte fehlende Frakturachweis spreche nicht gegen einen traumatischen Hämatosinus. Jährlich auftretende Bronchitiden und Erkältungen seien kein Beweis für gleichzeitig auftretende Kieferhöhlenentzündungen und/oder das Vorliegen einer chronischen Sinusitis. Eine Sinusitis aufgrund der einmalig vor gut 45 Jahren erfolgten Kieferhöhlenspülung könne nicht belegt werden, da weder Schleim noch Eiter abgesaugt worden seien. Ein durch Verletzung entstandener Hämatosinus sei besonders infektionsgefährdet, zumal sie mit dem Gesicht im Straßenschmutz (auf Schneematsch) gelegen habe und damit eine Verbindung zu einem stark kontaminierten Außenraum bestanden habe.

Der Gutachter L hat hierzu am 11. Januar 2008 ausgeführt, dass prinzipiell zwar in der Tat die Schleimhäute der Nasennebenhöhlen sehr empfindlich und leichter verletzbar, zugleich aber auch dehnbarer und elastischer als Knochen seien. Folglich sollte eine knöcherne Fraktur aufgetreten sein, in deren Folge es zu einer Schleimhautverletzung kommen müsste. Eine solche Fraktur habe sich bei der Klägerin aber nicht nachweisen lassen. Eine besondere Infektionsgefährdung aufgrund des Kontaktes mit Straßenschmutz sei unwahrscheinlich, da eine offene äußere Verletzung der Kieferhöhle nicht vorgelegen habe. Außerdem hätte die Infektion im kurzen zeitlichen Abstand zu einer akuten Nasennebenhöhlenentzündung führen müssen, die antibiotisch hätte behandelt werden müssen. Für eine derartige Vermutung ergäbe sich nach den Akten, insbesondere den Befundberichten der behandelnden HNO-Ärzte kein Anhalt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie den der Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nur in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Im Übrigen war die Berufung unbegründet und daher zurückzuweisen.

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung, haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Voraussetzung für die Feststellung von Gesundheitsstörungen als Unfallfolge ist, dass zwischen dem Unfallereignis und der vorliegenden Gesundheitsstörung ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Dieser Zusammenhang muss nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinreichend wahrscheinlich sein ([BSGE 58, 76](#)). Hierunter ist eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann ([BSGE 45, 285](#)).

Nach dem Gesamtergebnis der medizinischen Ermittlungen ist davon auszugehen, dass über die von der Beklagten festgestellten Unfallfolgen hinaus eine chronische Rhinosinusitis im Bereich der Kieferhöhle rechts unter zeitweiser Beteiligung der Keilbeinhöhlen Unfallfolge ist. Das Gericht folgt insoweit den Feststellungen des Gutachters Prof. Dr. E in dessen Gutachten vom 31. Juli 2006. Dieser führte überzeugend aus, dass sich die Rhinosinusitis mit Schwerpunkt im Bereich der Kieferhöhle rechts als Hämatosinus anlässlich des Unfalles entwickelt hat. Eine derartige Einblutung sei durch die Fachärztin für HNO-Krankheiten Dr. M am 23. Februar 2001 und damit zeitlich unfallnah festgestellt worden. Auch sei das von der Klägerin erlittene Gesichtsschädeltrauma durchaus geeignet gewesen, einen Hämatosinus rechts zu erzeugen.

Die hiergegen vorgebrachten Einwände der Beklagten und des Gutachters L überzeugten hingegen nicht. Der Gutachter L ging ebenfalls davon aus, dass für die Ursächlichkeit des Unfalls für die Nebenhöhlenerkrankung das Vorliegen eines Unfalles mit Kopfverletzung und der Blutspiegel in der rechten Kieferhöhle, den er allerdings nur als vermutet annahm, sowie ein kurzzeitiges Nasenbluten nach dem Unfall für eine Verursachung der Sinusitis durch den Unfall sprächen. Allerdings überzeugten die von ihm gegen die Ursächlichkeit vorgebrachten Argumente nicht. Zunächst einmal ging er vom Fehlen typischer Symptome und Beschwerden (z. B. Nasennebenhöhlenbeschwerden, ein Hämatom, Sensibilitätsstörungen) nach dem Unfall aus. Die Klägerin ist jedoch unmittelbar nach dem Unfall wegen Beschwerden zu der Fachärztin für HNO-Krankheiten Dr. M gegangen, die sie am 23. Februar 2001 und in der Folgezeit noch mehrmals untersuchte und hierbei zeitnah zum Unfall im Bericht vom 26. Februar 2001 eine Einblutung berichtete. Auch wurde die Kopfschmerzsymptomatik von anderen Behandlern erwähnt, so im Entlassungsbericht des Klinikums B vom 20. März 2001, ferner stellte sich die Klägerin bei der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. W am 15. und 21. Februar 2001 wegen ihrer Kopfschmerzen vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Klägerin erstmals im Berufungsverfahren derartige Beeinträchtigungen geltend gemacht hat, da bereits in der Klageschrift vom 25. März 2002 die Kieferhöhleneinblutung rechts als Unfallfolge genannt wurde. Der Gutachter L geht weiter davon aus, dass der fehlende Nachweis einer Fraktur gegen die Ursächlichkeit des Unfalls spreche. Diese Auffassung teilt Prof. Dr. E nicht, der das durch den Unfall verursachte Gesichtsschädeltrauma ohne Frakturen in seiner Rückäußerung vom 9. November 2006 als adäquaten Verletzungsmechanismus erachtete. Es überzeugte auch nicht, jährlich auftretende Bronchitiden und Erkältungen gegen die Ursächlichkeit des Unfalles anzuführen, da Erkältungen jeden mit einer gewissen Regelmäßigkeit treffen dürften, ohne dass hieraus eine chronische Sinusitis resultieren würde. Die anamnestische Angabe von rezidivierenden Sinusitiden findet sich schließlich lediglich einmalig bei Dr. M in ihrem Arztbericht vom 26. Februar 2001; diese wird von der Klägerin bestritten und wurde insbesondere durch das Ergebnis der Ermittlungen zu möglichen Vorerkrankungen durch Einholung von Befundberichten zu früheren Behandlungen und Beiziehung des Vorerkrankungsverzeichnisses der Krankenkasse auch nicht bestätigt. Letztlich kann eine einmalig vor mehreren Jahrzehnten erfolgte Kieferhöhlenspülung nicht ausschlaggebender Beleg für eine chronische Vorerkrankung sein.

Für die anerkannten Unfallfolgen hat die Beklagte Heilbehandlung nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften der [§§ 27 bis 34 SGB VII](#) zu gewähren.

Weitergehende Ansprüche der Klägerin bestehen jedoch nicht. Die Berufung war daher insoweit zurückzuweisen, als die Klägerin über den 3. Mai 2001 hinaus Verletztengeld bzw. Verletztenrenten begehrt. Der Gutachter L weist darauf hin, dass in Anlehnung an die AHP eine chronische Nebenhöhlenentzündung leichteren Grades (ohne wesentliche Neben- und Folgeerscheinungen) mit einem MdE-Grad von 0 bis

10 und erst eine chronische Nebenhöhlenentzündung schweren Grades (ständige erhebliche Eiterabsonderung, Trigemiusreizerscheinungen, Polypenbildung) mit einem MdE-Grad von 20 bis 40 zu bewerten ist (AHP 2008, 26.6, Seite 62). Dies entspricht im Wesentlichen auch den Vorgaben der von Prof. Dr. E übersandten Tabelle des Harald Feldmann (Das Gutachten des HNO-Arztes: 35 Tabellen, 5. Aufl. 2001, S. 111). Derartige Beeinträchtigungen konnten bei der Klägerin nicht festgestellt werden. Zum einen ist bei ihr lediglich ein Teil der rechten Kiefernhöhle betroffen, mit zeitweiser Beteiligung der Keilbeinhöhlen, eine Polypenbildung ist nicht sichtbar und eine Eiterabsonderung fand sich bei beiden Untersuchungen nicht. Für die Kopfschmerzen kommen nach dem Gutachter L insbesondere die HWS-Veränderungen in Betracht, die nach den Feststellungen des Prof. Dr. H nicht unfall-, sondern degenerativ bedingt sind. Der von der Klägerin noch beigebrachte MRT-Befund vom 15. Januar 2008 ergab nur eine "geringe Befundänderung" im Vergleich zu Voraufnahmen vom 13. April 2007 und führte deshalb auch nicht zu einem anderen Ergebnis. Für die insgesamt lediglich geringen unfallbedingten Beeinträchtigungen kommt daher allenfalls eine MdE von maximal 10 in Betracht.

Den Ausführungen des Prof. Dr. E zur Höhe der MdE konnte hingegen nicht gefolgt werden. Zunächst führte dieser aus, dass das Krankheitsbild Schwankungen unterliege und ein einmaliger Untersuchungsbefund daher nicht geeignet sei, die unfallbedingte MdE festzulegen. Im Zeitpunkt seiner Untersuchung war die Klägerin "mehr oder weniger" beschwerdefrei, eine erhebliche Eiterabsonderung konnte nicht festgestellt werden. Auch im Zeitpunkt der Untersuchung durch den Gutachter L konnten Beeinträchtigungen im Sinne einer schweren Nebenhöhlenentzündung nicht festgestellt werden. Für die Beurteilung der Höhe der MdE stützte sich Prof. Dr. E dann auf anamnestisch erfragte Angaben. Es begegnet bereits grundsätzlichen Bedenken, die Höhe einer MdE lediglich aufgrund eigener Angaben der Anspruchsteller festzulegen. Erst recht kam es vorliegend angesichts der von Prof. Dr. H und dem Gutachter L insgesamt herausgearbeiteten Tendenz der Klägerin, zu aggravierem bzw. ihre sämtlichen Beschwerden und Missempfindungen in Zusammenhang mit dem Unfall zu bringen, nicht in Betracht, eine MdE in derartiger Höhe ausschließlich auf eigene Angaben der Klägerin zu stützen. So führte z.B. der Gutachter L aus, dass die Klägerin HNO-ärztliche Beschwerden insgesamt übertrieben darstelle und dramatisiere. Insbesondere könne bei ihr nicht von einer "besonders schweren Sinusitis" gesprochen werden, es liege vielmehr nur eine Sinusitis leichteren Grades vor. Dies wird bestätigt durch den CT-Befund der Nasennebenhöhlen vom 7. Juni 2004, der ebenfalls nur eine "mäßiggradig ausgeprägte Sinusitis" ergab.

Die Feststellung weiterer Erkrankungen als Unfallfolge bzw. die Gewährung von Leistungen kam auch nicht aufgrund anderer Erkrankungen in Betracht. Insoweit wird gemäß [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), wonach das Landessozialgericht in dem Urteil über die Berufung von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absehen kann, soweit es die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist, auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Gerichtsbescheid Bezug genommen. Das Gericht schließt sich diesen ebenso wie den Feststellungen des Gutachters Prof. Dr. H in dessen Gutachten vom 18. Dezember 2002 und dessen Rückäußerung vom 13. Mai 2003 an, wonach die Gewährung von Leistungen über den 3. Mai 2001 hinaus und die Feststellung weiterer Unfallfolgen nicht in Betracht kommt. Die Klägerin hat im Berufungsverfahren hierzu lediglich den Arztbrief der Ärztin i. P. Sch vom 2. Juni 2004 beigebracht, der zu keiner anderen Bewertung Anlass gibt. Hier ist lediglich ausgeführt, dass der anamnestisch dargestellte zeitliche Zusammenhang des Beginns der Missempfindungen mit einem HWS-Schleudertrauma vermuten lasse, dass es zu einer zeitlich begrenzten, richtungsgebenden Verschlimmerung der Spinalkanalstenose im Sinne einer Myelonkompression gekommen sei. Grundsätzlich ist ein zeitlicher Zusammenhang für sich genommen nicht ausreichend, um die Verursachung eines Leidens durch ein Trauma wahrscheinlich zu machen. Auch ist der Arztbrief äußerst zurückhaltend dahin formuliert, dass selbst der zeitliche Zusammenhang lediglich aufgrund anamnestischer Angaben unterstellt werde und dass auch dies nur zu Vermutungen Anlass gebe, dass es zu einer auch noch zeitlich begrenzten Verschlimmerung eines Leidens gekommen sei. Diese vagen Vermutungen waren nicht geeignet, die überzeugenden Feststellungen des Prof. Dr. H zu widerlegen.

Nach alledem war die Berufung daher im Hinblick auf den geltend gemachten Rentenanspruch zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), sie folgt dem Ergebnis in der Hauptsache und berücksichtigt, dass die Berufung nur zu einem geringen Teil Erfolg hatte.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-06-20