L 6 U 10/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 3 U 60/04
Datum
15.01.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 10/07
Datum
01.04.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 70 v. H.

Der am ... 1944 geborene Kläger verletzte sich nach eigenen Angaben am 24. Februar 2003 gegen 9.45 Uhr während der Ausübung versicherter Tätigkeit am linken Auge. Er habe beim Aufladen von Ästen auf einen Multicar einen Ast in das linke Auge bekommen. Seine Sehkraft sei hinterher gemindert gewesen. Der Kläger setzte anschließend seine Tätigkeit fort. Unter dem 6. März 2003 diagnostizierte die Fachärztin für Augenheilkunde H. eine Glaskörperabhebung sowie eine Restkörperblutung im linken Auge. Die Glaskörperblutung korreliere nicht mit der Astverletzung. Nach einer weiteren Untersuchung am 29. Juli 2003 stellte Frau H. im linken Auge ein großes Hufeisenforamen fest und diagnostizierte einen Netzhautauriss mit beginnender Amotio als Spätfolge des Unfalls vom 24. Februar 2003. Unter dem 29. Oktober 2003 teilte die AOK S.-A. der Beklagten mit, wegen der Glaskörperblutung links habe eine Arbeitsunfähigkeit vom 25. Februar 2003 bis 14. März 2003 bestanden.

Die Beklagte zog den Befundbericht der mit Frau H. in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Fachärztin für Augenheilkunde Dr. S. vom 11. November 2003 bei, die die Glaskörperblutung, die später zum Hufeisenforamen der Netzhaut mit Netzhautablösung geführt habe, als Folge der Astverletzung ansah. Durch den Unfall sei es zu keiner wesentlichen Verschlimmerung des Vorschadens gekommen. Die Beklagte zog den Sozialversicherungsausweis des Klägers bei. Danach war der Kläger am 23. Februar 1961 wegen eines Brechungsfehlers, Diagnoseschlüssel 384, am 30. Januar 1969 wegen eines Refraktionsfehlers, Diagnoseschlüssel 370, am 4. September 1970 ebenfalls wegen Erkrankung zu Diagnoseschlüssel 370, am 12. April 1971 wegen Bindehautentzündungen, Diagnoseschlüssel 360, am 11. März 1975 wegen Erkrankung zu Diagnoseschlüssel 360 und 370 sowie am 16. Februar 1977 wegen Erkrankung zu Diagnoseschlüssel 370 in ärztlicher Behandlung.

Die Beklagte beauftragte den Augenarzt Dr. T. mit der Erstattung des Gutachtens vom 25. November 2003. Dort hatte der Kläger berichtet, er habe 1996 wegen einer Bindehautentzündung eine Spritze in das rechte Auge bekommen. Drei Wochen später sei es zu einer Netzhautablösung gekommen. Dr. T. führte aus, aufgrund der Darstellung des Klägers habe es sich 1996 am ehesten um eine Entzündung des Auginneren (Uveitis) gehandelt. Entweder sei es hier im Verlauf der Behandlung oder spontan bei der hohen Kurzsichtigkeit zu einer Netzhautablösung gekommen. Anzeichen für ein Trauma, wie eine Hornhaut- oder Bindehautverletzung, bestünden nicht. Diese Gesundheitsstörung des linken Auges sei als schicksalhaft bei hoher Kurzsichtigkeit einzustufen.

Mit Bescheid vom 11. Dezember 2003 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 24. Februar 2003 als Arbeitsunfall mit einer Behandlungsbedürftigkeit ab 24. Februar 2003 und einer Arbeitsunfähigkeit bis einschließlich 14. März 2003 an. Sie lehnte jedoch die Gewährung einer Verletztenrente ab. Als Folgen des Versicherungsfalles erkannte sie eine Augapfelprellung links an. Keine Folgen des Arbeitsunfalls seien eine Sehschwäche des rechten Auges, eine Glaskörperblutung links, eine Kurzsichtigkeit und ein grauer Star. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies der Widerausspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 25. März 2004 zurück und bezog sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. T. ...

Mit der am 2. April 2004 vor dem Sozialgericht Magdeburg erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Gewährung einer Verletztenrente weiter verfolgt. Der Kläger hat dem Gericht die undatierte Stellungnahme der Fachärztin für Augenheilkunde Dr. S. überlassen, die ausführte, nach einem stumpfen Trauma seien nicht immer äußerliche Verletzungen sichtbar. Auch wenn das später

aufgetretene Netzhautloch nicht typisch für eine Folge des Traumas der Netzhaut gewesen sei, so sei ein Zusammenhang nicht sicher auszuschließen. Eine umschriebene Außenprellung der Netzhaut habe bisweilen Hufeisenrisse zur Folge, auch wenn das Auge zunächst unauffällig erscheinen möge. Dass eine erhebliche Krafteinwirkung erfolgt sein müsse, könne aus dem Unfallhergang, der unmittelbaren Sehverschlechterung und der festgestellten Einblutung in den Glaskörper geschlossen werden. Traumatische Netzhautrisse entstünden meist gleichzeitig mit der Verletzung oder sie bildeten sich in den folgenden Tagen oder Wochen aus.

In dem vom Kläger vorgelegten Befundbericht von Dr. S. vom 14. Januar 2005 führte diese aus, die erste Vorstellung des Patienten sei bei ihr am 26. September 1996 erfolgt, wobei bereits eine hochgradige Kurzsichtigkeit bekannt gewesen sei (rechtes Auge minus 12,50, minus 2,75/25 Grad; linkes Auge minus 9,50, minus 1,00/0 Grad). Damals habe der Kläger eine Netzhautablösung am rechten Auge erlitten und sein Sehvermögen habe sich am betroffenen Auge auf weniger als 0,05 Prozent verschlechtert. Am 24. Februar 2003 habe er sich gegen 19.00 Uhr bei Frau H. mit Beschwerden am linken Auge vorgestellt. Hierbei sei eine mäßige diffuse Glaskörpereinblutung festgestellt worden und eine Überweisung in die Augenklinik B. erfolgt. Angaben über einen Arbeitsunfall habe der Kläger nicht gemacht. Die Augenklinik habe am 25. Februar 2003 eine Echographie durchgeführt und keine Amotio, sondern lediglich eine Glaskörperblutung bestätigt. Ab dem 6. März 2003 hätten sie den Fall als Arbeitsunfall geführt. Die Netzhaut sei anliegend gewesen, es sei zu einer langsamen Resorption der Glaskörperblutung gekommen. Da der Kläger stark kurzsichtig gewesen sei, sei am 27. Juli 2003 eine Netzhautuntersuchung mit Pupillenerweiterung vorgenommen worden. Dabei sei ein großer Netzhautausriss mit Netzhautablösung festgestellt worden. Am linken Auge sei postoperativ eine visusgeminderte Linsentrübung entstanden. Der Netzhautausriss könne durchaus als Folge einer Glaskörperblutung bzw. einer Verletzung entstanden sein, gerade bei einem derartig erhöhten Netzhautablösungsrisiko durch die vorhandene hochgradige Myopie.

Der Kläger hat weitere Befundberichte von Dr. S. vom 17. März 2003 sowie von Prof. Dr. W., Chefarzt des Städtischen Klinikums B., vom 11. August 2003, 8. September 2003, 5. Dezember 2003 und 12. August 2003 zur Gerichtsakte gereicht (Bl. 23-27, 29-31 d.A.). Ferner hat er das augenärztliche Gutachten der Oberärztin der Universitätsklinik für Augenheilkunde der O.-v.-G.-Universität M. Dr. M. vom 28. September 2004 vorgelegt. Diese hat ausgeführt, nach einer Baumrutenverletzung des linken Auges habe der Kläger eine Glaskörpereinblutung erlitten. Nach Aufklaren der Blutung habe sich ein Netzhautforamen mit Netzhautablösung am linken Auge gezeigt. Der Netzhautablösung am linken Auge sei eine Netzhautablösung am rechten Auge im Jahre 1996 vorausgegangen. Mit zunehmendem Lebensalter komme es physiologisch zur Ablösung der Glaskörpergrenzmembran, durch die Einrisse (Hufeisenforamen) in der Netzhaut auftreten könnten. Bei dem Kläger habe ein Hufeisenforamen zur Netzhautablösung geführt. Dieses entstehe typischerweise durch Zug des Glaskörpers an der Netzhaut im Rahmen einer Ablösung der hinteren Glaskörpergrenzmembran. Zusätzlich liege bei dem Kläger an beiden Augen eine hohe Kurzsichtigkeit vor, d. h. das Auge sei länger im Vergleich zu normalsichtigen Augen. Die Netzhaut kurzsichtiger Augen sei dünner, so dass das Risiko für die Entstehung von Netzhautlöchern und daraus resultierender Netzhautablösungen erhöht sei. Grundsätzlich könnten durch einen Stoß/Schlag am Auge Netzhautlöcher bzw. Risse entstehen, die in der Folge zu einer Netzhautablösung führen könnten. Bei dem Kläger sei ein solches Trauma nicht nachvollziehbar. Des Weiteren entstünden durch solche Verletzungen typischerweise außen gelegene ausgedehnte Netzhautrisse, jedoch kein einzelnes Hufeisenforamen. Am Tag des vermeintlichen Unfalls seien keine Verletzungszeichen wie Prellmarken oder Hämatome an Lid oder Auge sichtbar gewesen.

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage vor dem Sozialgericht Magdeburg am 9. Januar 2007 hat der Kläger mitgeteilt, ihm sei das Ende der Rute von unterhalb der Brille an den Augapfel geschlagen. Es habe etwas geblutet und später sei das Auge blau gewesen. Der Kläger hat dem Gericht das augenärztliche Gutachten von PD Dr. F., Städtisches Klinikum D., vom 6. Dezember 2006 überlassen. Dieser hat ausgeführt, bei dem Kläger liege eine hochgradige Einschränkung des Sehvermögens mit funktioneller Einäugigkeit und einer hochgradigen Gesichtsfeldeinschränkung vor. Der objektiv erhobene Befund am linken Auge, insbesondere der Netzhaut, korreliere nicht mit dem erheblichen Gesichtsfeldverfall. Auch die gesamte zusätzlich durchgeführte cerebrale Diagnostik habe keinen Hinweis auf eine Ursache der Gesichtsfeldveränderungen erbringen können. Eine Aggravation sei daher nicht auszuschließen. Aufgrund der unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Einblutung in den Glaskörper links sei das Trauma als wahrscheinlicher Auslöser anzusehen. Aus klinischer Sicht sei es durchaus erklärbar, dass die Glaskörpereinblutung mit dem Entstehen des später entdeckten Netzhautloches einhergegangen sei. Somit sei ein Zusammenhang zwischen Unfallereignis und nachfolgendem Netzhautbefund möglich.

Mit Gerichtsbescheid vom 9. Januar 2007 hat das Sozialgericht Magdeburg die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, es stehe nicht mit Wahrscheinlichkeit fest, dass der Unfall die wesentliche Ursache für die Einblutung im Glaskörper des linken Auges und die Netzhautablösung nebst nachfolgender Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,2 gewesen sei. Dr. M. habe nachvollziehbar dargelegt, dass Gründe gegen einen Zusammenhang zwischen der Minderung der Gebrauchsfähigkeit des linken Auges nebst Netzhautablösung und dem Unfallereignis sprächen. Bei dem Kläger habe schon wegen seiner Kurzsichtigkeit ein erhöhtes Risiko einer Netzhautablösung, wie es sich bereits 1996 am rechten Auge verwirklicht habe, bestanden. Denn bei hoher Kurzsichtigkeit sei das Risiko der Netzhautablösung größer als bei normalsichtigen Augen, weil bei Kurzsichtigkeit das Auge länger und deshalb die Netzhaut dünner sei. Das Risiko der Ablösung der Glaskörpergrenzmembran nehme mit dem Lebensalter zu, insbesondere zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr, so auch zur Unfallzeit des 58jährigen Klägers. Ferner entstünden bei einem Stoß bzw. Schlag, der sich für die Entstehung von Löchern, Rissen oder einer nachfolgend ablösenden Netzhaut eigne, zugleich typischerweise außen gelegene Netzhautleinrisse, jedoch kein einzelnes Hufeisenforamen. Verletzungszeichen an Lid oder Auge seien aber bei der Erstuntersuchung nicht sichtbar gewesen.

Gegen den am 15. Januar 2007 zugegangenen Gerichtsbescheid hat der Kläger am 29. Januar 2007 Berufung bei dem Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Zur Begründung hat er sich im Wesentlichen auf das augenärztliche Gutachten von PD Dr. F. bezogen. Darin sei ausgeführt, dass aufgrund der unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Einblutung in den Glaskörper links das Trauma als wahrscheinlicher Auslöser anzusehen sei. Aus klinischer Sicht sei durchaus erklärbar, dass die Glaskörpereinblutungen mit dem Entstehen des später entdeckten Netzhautloches einhergingen und somit ein Zusammenhang zwischen Unfallereignis und nachfolgendem Netzhautbefund möglich sei. Soweit tatsächlich eine Disposition zur Herausbildung eines Augenleidens vorgelegen habe, habe der Arbeitsunfall als Auslöser den Krankheitsverlauf derart überragend beeinflusst, dass er der Ursache gleichzusetzen, mindestens aber im Sinne einer richtungsweisenden Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens zu betrachten sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Magdeburg vom 9. Januar 2007 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 12. Dezember 2003

in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 24. Februar 2003 vom 15. März 2003 an eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 70 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf den Akteninhalt, die Feststellungen des angefochtenen Verwaltungsaktes und den zutreffenden Gerichtsbescheid. Auch am unverletzten Auge habe sich bereits Jahre zuvor die Netzhaut – ohne Unfallgeschehen – abgelöst. Der Senat hat den Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums H. Prof. Dr. D. mit der Erstattung des Gutachtens vom 15. Mai 2009 beauftragt. Dieser hat nach Untersuchung des Klägers, ausgeführt, am linken Auge bestehe eine Sehschärfenminderung auf 10 Prozent der normalen Sehkraft bei vorbestehender hoher Kurzsichtigkeit und Zustand nach Netzhautoperation 2003. Für die Netzhautablösung links seien die bekannte Myopie und der Arbeitsunfall als konkurrierende Ursachen möglich. Die erhöhte Kurzsichtigkeit stelle ein eindeutiges Risiko für eine Netzhautablösung dar. Es sei medizinisch-wissenschaftlich bekannt, dass eine hohe Myopie und eine Netzhautablösung am zweiten Auge zwischen 6 und 30 Prozent der Fälle auftreten könnten. Ein stumpfes Augentrauma gelte ebenfalls als mögliche Ursache für eine Netzhautablösung. Diese Netzhautablösung könne auch sehr viel später nach dem Unfall auftreten. Die Wahrscheinlichkeit liege zwischen 6 und 10 Prozent. Bei derartigen Unfällen entstünden häufig sogenannte Orarisse. Es könnten allerdings auch Hufeisenforamina und Rundlöcher entstehen. Es sei aber nicht sicher zu entscheiden, ob das Trauma die Ursache des Netzhautloches mit nachfolgender Netzhautablösung gewesen sei. Zur Abwägung des Für und Wider sei die Möglichkeit nicht auszuschließen, dass die Netzhautablösung und das vorher bestehende Netzhautloch durch die eventuell stattgehabte Kontusio des Auges entstanden seien. Aufgrund der vorbestehenden Netzhautablösung am anderen Auge und aufgrund der höheren Myopie müsse mit Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Netzhautloch und die weit später stattgehabte Netzhautablösung Folge der vorbestehenden Disposition gewesen sei. Daher seien keine festgestellten Gesundheitsstörungen durch den anerkannten Arbeitsunfall allein oder wesentlich mit verursacht worden. Auch sei eine bereits vorher vorhandene Gesundheitsstörung oder anlagebedingte körperliche Anomalie nicht richtungsgebend verschlimmert oder verändert worden.

Dem Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten mit dem Aktenzeichen – vorgelegen. Diese war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143, 144 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung hat in der Sache keinen Erfolg.

Der Bescheid der Beklagten vom 12. Dezember 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2004 ist nicht rechtswidrig und beschwert den Kläger nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 SGG](#) in Verbindung mit [§ 157 SGG](#). Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger aus dem Arbeitsunfall vom 24. Februar 2003 eine Verletztenrente zu gewähren. Denn Folgen des Arbeitsunfalls haben über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus nicht bestanden.

Gemäß [§ 56 Abs. 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Dabei sind lediglich Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall ursächlich zurückzuführen sind. Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und Arbeitsunfall spricht und ernste Zweifel hieran nicht bestehen. Die bloße Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs reicht hingegen nicht aus.

Die Beklagte hat den Unfall vom 24. Februar 2003 als Arbeitsunfall mit einer Augapfelprellung links anerkannt. Nach dem Befundbericht von Frau H. vom 6. März 2003 ist die Glaskörperabhebung mit Glaskörpereinblutung nicht Folge des Arbeitsunfalls. Dies kann aber dahingestellt bleiben. Denn die vom Kläger geltend gemachte Funktionsbeeinträchtigung des linken Auges, die verminderte Sehschärfe, die Prof. Dr. D. mit 10 Prozent ermittelt hat, ist Folge der im Juli 2003 festgestellten Netzhautablösung. Diese ist aber nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall ursächlich zurückzuführen.

So spricht zunächst der Krankheitsverlauf des linken Auges gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Netzhautablösung und dem Arbeitsunfall. So hat die Augenklinik, in die sich der Kläger auf Veranlassung von Frau H. am 25. Februar 2003 begeben hatte, keine Netzhautablösung festgestellt. Noch am 6. März 2003 bei der Untersuchung durch Frau H. war die Netzhaut anliegend, eine langsame Resorption der Glaskörperblutung hat sich eingestellt. Einen Riss der Netzhaut hat keiner der Ärzte beschrieben. Erst am 29. Juli 2003 - 5 Monate nach dem Arbeitsunfall - hat die Augenklinik eine Netzhautablösung festgestellt.

Auch sprechen die Unfallfolgen eher gegen eine Verursachung der Netzhautablösung durch den Arbeitsunfall. So hat Dr. M. darauf hingewiesen, dass bei einem Stoß oder Schlag am Auge typischerweise außen gelegene ausgedehnte Netzhautrisse entstünden und keine einzelnen Hufeisenforamina wie bei dem Kläger.

Das Hufeisenforamen ist eher typisch für die Folge eines anlagebedingten oder altersbedingten Leidens. Hierauf hat Dr. M. hingewiesen. Bei einer hohen Myopie, an der der Kläger nach den Feststellungen von Prof. Dr. D. bereits seit mindestens Mitte der 90er Jahre gelitten hat, besteht nach den Ausführungen von Dr. M. gegenüber normalsichtigen Augen ein erhöhtes Risiko einer Netzhautablösung, weil die Netzhaut kurzsichtiger Augen dünner ist. Ferner komme es zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr physiologisch zur Ablösung der Glaskörpergrenzmembran, durch die Hufeisenforamina in der Netzhaut entstünden. Der Kläger war im Zeitpunkt der Netzhautablösung am linken Auge bereits 58 Jahre alt. Hufeisenforamina entstünden typischerweise durch Zug des Glaskörpers an der Netzhaut im Rahmen einer Ablösung der hinteren Glaskörpermembran.

Prof. Dr. D. hat zudem darauf hingewiesen, dass bei einem Unfall lediglich in 6 bis 10 Prozent der Fälle später Netzhautablösungen stattfinden. Davon entfällt noch einmal der größte Teil auf andere Formen der Netzhautablösung. Demgegenüber liegt die Wahrscheinlichkeit einer Netzhautablösung am zweiten Auge bei hoher Myopie zwischen 6 bis 30 Prozent. Der Senat folgt den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. D ... Danach ist, nachdem sich die Netzhaut am rechten Auge bereits 1996 abgelöst hatte, die Netzhautablösung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Disposition des linken Auges zurückzuführen.

Aus diesen Gründen vermag der Senat PD Dr. F. in seiner Einschätzung des Ursachenzusammenhangs nicht zu folgen. PD Dr. F. hält die Glaskörpereinblutung als Ursache der Netzhautablösung für möglich. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung reicht aber im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung für einen Ursachenzusammenhang nicht aus.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen des [§ 160 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02