

L 2 U 278/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 U 420/97
Datum
01.08.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 278/01
Datum
11.12.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 46/03 B
Datum
23.04.2003
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 1. August 2001 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen. -

Tatbestand:

Der am 1961 geborene Kläger stürzte während seiner Tätigkeit als Aufmaßechniker am 03.12.1993 auf einer Baustelle ca. 2,50 m in die Tiefe.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.Z. , Chefarzt des Kreiskrankenhauses T. , diagnostizierte am 03.12.1993 eine Commotio cerebri und multiple Kontusionen. Während des stationären Aufenthaltes im Kreiskrankenhaus untersuchte der Neurologe und Psychiater Dr.G. den Kläger am 16.12.1993 und stellte unter Berücksichtigung eines Schädel-CT fest, im Hirnnervenbereich fänden sich keine Auffälligkeiten. Der Kläger habe sich eine leichte Commotio cerebri zugezogen. Für ein darüber hinausgehendes Schädel-Hirntrauma fänden sich keine Anhaltspunkte. Am 13.01.1994 vertrat er die Auffassung, die vom Kläger angegebenen Schwindelzustände seien im Sinne harmloser postcommotioneller Beschwerden zu werten und würden sich in nächster Zeit spontan zurückbilden. Eine entsprechende Besserung sei schon eingetreten. Am 25.01.1994 zeigte eine weitere Untersuchung keine neurologischen Ausfallerscheinungen. Cerebrale Verletzungsfolgen konnten computertomographisch ausgeschlossen werden. Der Kläger sei möglichst rasch zu einem Arbeitsversuch zu motivieren, um eine psychogene Beschwerdefixierung zu vermeiden.

Die Hals-Nasen-Ohrenärztin Dr.C. stellte am 21.07.1994 die Diagnosen: multisensorische neurootologische Funktionsstörung, zentrale cerebello-ponto-bulbäre Gleichgewichtsfunktionsstörung, zentrale Reaktionsenthemmung des optokinetischen Systems, pontomedulläre Hörbahnstörung. Am 29.11.1994 und 26.07.1995 bestätigte sie diese Diagnosen und ergänzte sie dahin, dass eine zentrale Gleichgewichtsfunktionsstörung vom Typ der labilen Hirnstammenthemmung/Hirnstammtaumeligkeit bestehe, außerdem eine Hochtonschwerhörigkeit und ein Tinnitus aurium.

Dr.Z. berichtete am 04.01.1995, bereits vor dem Unfall sei Schwindel bei abrupten Lageänderungen aufgetreten. Jetzt handele es sich aber insbesondere beim Kopf-in-den-Nacken-legen um Drehschwindel sowie dumpfes Gefühl in beiden Ohren. Er stellte die Diagnose einer Augenmuskelparese, wegen der der Kläger bei dem Augenarzt Dr.H. am 20.02.1995 untersucht wurde. Dr.H. konnte keine Unfallverletzung feststellen. Hörschwellen sei bereits vor dem Unfall bekannt gewesen.

Die Beklagte zog die Unterlagen der Kaufmännischen Krankenkasse H. sowie Berichte des Orthopäden Dr.B. , des Hals-Nasen-Ohrenarztes Dr.K. sowie über das Heilverfahren vom 25.10. bis 22.11.1988 bei. Daraus ergibt sich, dass der Kläger bereits im Juni 1993 wegen eines Fibromyalgiesyndroms, Wirbelsäulenfehlstatik nach Morbus Scheuermann, chronischem BWS-LWS-Syndrom bei muskulärer Dysbalance, Rundrücken und Bandscheibenschaden L 5/S 1 bei Dr.B. in Behandlung war. Dr.K. äußerte am 12.01.1994, eine Commotio labyrinthi sei als Ursache der Schwindelbeschwerden eher unwahrscheinlich, könne aber nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Wahrscheinlich sei die Schwindelsymptomatik zentral bedingt. Vom 23.07. bis 30.07.1993 wurde der Kläger im Klinikum W. u.a. wegen Hyperventilationssyndrom und Fibromyalgie mit depressiver Komponente behandelt.

Im Gutachten vom 11.03.1997 kam der Neurologe Dr.N. zu dem Ergebnis, Unfallfolgen auf nervenärztlichem Fachgebiet lägen insgesamt nicht mehr vor. Bei den computertomographischen Untersuchungen im Dezember 1993 und August 1995 seien pathologische Befunde nicht zu erheben gewesen. Es hätten sich keinerlei Hinweise für umschriebene Hirnsubstanzschädigungen ergeben. Die Diagnose einer Commotio

cerebri könne bestätigt werden. Eine darüber hinausgehende substantielle Schädigung könne weder aufgrund klinischer Kriterien noch aufgrund der Ergebnisse der bildgebenden Verfahren wahrscheinlich gemacht werden. Bei einer Gehirnerschütterung handle es sich um eine kurzfristig auftretende globale Funktionsstörung des Gehirns, die binnen kurzer Zeit abklinge und folgenlos ausheile. Daher lägen Unfallfolgen auf nervenärztlichem Fachgebiet insgesamt nicht mehr vor. Eine begleitende Verletzung an den Strukturen des Nervensystems in Zusammenhang mit den Kontusionen am Körper sei nicht eingetreten. Die MdE habe bis zum 02.03.1994 20 v.H., danach bis 02.06. 1994 10 v.H. betragen, im Anschluss daran liege sie bei 0 v.H.

Der Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr.H. erklärte im Gutachten vom 17.03.1997, als Unfallfolge bestünde eine unvollständig kompensierte peripher-vestibuläre Störung rechts nach Contusio labyrinthi mit geringen Schwindelbeschwerden. Die Tinnitusymptomatik sei nicht als Unfallfolge zu betrachten. Die MdE schätzte er auf 10 v.H.

Der Chirurg Prof.Dr.B. führte im Gutachten vom 12.03.1997 zusammenfassend aus, im Bereich der Wirbelsäule und des linken Arms seien Unfallfolgen nicht verblieben. Unfallunabhängig bestünden eine Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Steilstellung der Lendenwirbelsäule, Morbus Scheuermann, Bandscheibendegeneration und Osteochondrose L 5/S 1. Durch die Fehlform der Brust- und Lendenwirbelsäule sei es zu einer dauerhaften Fehlbelastung der Wirbelsäule gekommen, die zunehmend Schmerzen verursache. Im Bereich der linken Schulter sei der Oberarmkopf nach einem Oberarmkopfrümmbruch weitgehend reseziert. Außerdem bestehe eine Axillarsteillähmung mit Atrophie des Musculus deltoideus. Der Kläger habe angegeben, dass die schlimmsten Beschwerden bis etwa Ende März 1994 abgeklungen gewesen seien, vor allem das Schwindelgefühl und das Doppelsehen. Wegen der erheblichen Vorschädigung sei von einer längeren Verschlimmerung vorbestehender Beschwerden auszugehen. Insgesamt sei eine MdE von 10 v.H. auf Dauer gegeben.

Mit Bescheid vom 15.05.1997 erkannte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalls an: Nach Gehirnerschütterung, Hinterkopfplatzwunde und Prellungen vor allem der gesamten Wirbelsäule und linken Schulter sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallunabhängigen Erkrankungen an der Wirbelsäule und linken Schulter gekommen. Weiterhin bestünden eine unvollständig kompensierte Gleichgewichtsstörung mit geringen Schwindelbeschwerden und glaubhafte subjektive Beschwerden. Die MdE habe vom 31.01.1994 bis 30.06.1994 20 v.H. betragen.

Zur Begründung des Widerspruchs übersandte der Kläger einen Bericht der Hals-Nasen-Ohrenärztin Dr.C. vom 04.09.1997, in dem sie ausführte, die von ihr erhobenen Befunde seien typisch für ein HWS-Schleudertrauma. In der Stellungnahme vom 02.10.1997 äußerte Dr.N. , der Kläger habe am 03.12.1993 kein HWS-Schleudertrauma, sondern lediglich eine leichte Hirnerschütterung erlitten. Mit Widerspruchsbescheid vom 31.10.1997 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Zur Begründung der Klage vom 28.11.1997 hat der Kläger auf die Äußerungen von Dr.C. verwiesen. Das SG hat ärztliche Berichte des praktischen Arztes Dr.K. , des Hals-Nasen-Ohrenarztes Dr.R. , des Internisten Dr.K. , des Neurologen und Psychiaters Dr.K. und des Orthopäden Dr.B. beigezogen, weiter den Entlassungsbericht vom Heilverfahren vom 14.07. bis 04.08.1998. Darin wird ausgeführt, der Kläger leide an einem sekundären generalisierten Schmerzsyndrom auf dem Boden eines schweren Bandscheibenschadens L 5/S 1 und Schulterteilsteife nach Fraktur 1978, an rezidivierendem Schwindel seit Sturz 1993, mäßiggradiger Schwerhörigkeit, Tinnitus links mehr als rechts.

Die vom SG zur ärztlichen Sachverständigen ernannte Ärztin für Orthopädie und Chirurgie Dr.E. hat im Gutachten vom 03.02.1999 ausgeführt, bereits vor dem Unfall hätten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule bestanden. Veränderungen an der Halswirbelsäule, wie sie beim Kläger nachgewiesen seien, könnten zu Schwindelattacken, Druck auf dem Ohr und Kopfschmerzen führen. Als Unfallfolge bestehe lediglich eine Labyrinthschädigung, die zu einer MdE von 10 v.H. führe.

Der Röntgenologe Dr.K. fertigte am 18.10.1999 MRTs der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule und führte aus, es bestehe eine alte BWK-12-Kompressionsfraktur mit verbliebener mäßiger ventraler Höhenminderung sowie eine bereits alte Sinterung des 11. BWK mit geringer ventraler Höhenminderung, außerdem eine ventrolaterale Spondylosis sowie Osteochondrosen der benachbarten Bandscheiben. Frische knöchernen Traumafolgen lägen nicht vor, ebenfalls kein Diskusprolaps. Festsustellen sei auch ein umschriebenes Hämatom.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.L. ist im Gutachten vom 27.07.2000 zu dem Ergebnis gekommen, bisher seien Wirbelverletzungen nicht festgestellt worden, weil offensichtlich entsprechende Röntgenaufnahmen nicht ausreichend gewürdigt worden seien. Die Unfallaufnahmen und spätere Kontrollaufnahmen zeigten die Keilverformung des 11. und 12. Brustwirbels. Der Sturz aus großer Höhe hätte zweifellos geeignet sein können, diese Kompressionsfrakturen herbeizuführen. Aufgrund der Begleitverletzungen sei es durchaus glaubhaft, dass die Wirbelverletzungen zunächst unerkannt geblieben seien und durch die generalisierten Schmerzen überdeckt worden seien. Isolierte Wirbelkörperbrüche mit entsprechender Keilverformung seien unter Umständen geeignet, eine dauerhafte Funktionseinschränkung zu bewirken. Im Fall des Klägers seien sie mit einer MdE von 20 v.H. einzuschätzen, da sie gravierende Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und damit auch entsprechende Schmerzen hinterließen. Die Gesamt-MdE werde mit 20 v.H. bewertet.

Hierzu hat der Chirurg Dr.P. im Auftrag der Beklagten in der Stellungnahme vom 26.03.2001 ausgeführt, es sei sehr schwierig, Beschwerden durch ein Fibromyalgiesyndrom, wie es beim Kläger vorliege, exakt abzugrenzen von Beschwerden, die durch keilförmige Deformierung von Wirbelkörpern bedingt seien. Durch die Röntgenaufnahmen sei bewiesen, dass diese Deformierungen unfallunabhängig sein müssten. Auf den Aufnahmen vom Unfalltag seien sie zwar zu erkennen, jedoch so, dass bei Höhenminderung der Vorderkanten keinerlei Verdichtungszone unterhalb der Deckplatten zu erkennen seien. Ein abgebrochenes Vorderkantenstück sei nicht zu erkennen und auch keinerlei Einstauchung der Vorderkante. Es bestehe kein Anhalt dafür, dass es sich um frische Frakturen handle. Die keilförmigen Deformierungen seien daher in Zusammenhang mit einem Morbus Scheuermann zu sehen. Insofern verbleibe es bei der auf hals-nasen-ohrenärztlichem Gebiet gegebenen MdE von 10 v.H.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 01.08.2001 abgewiesen. Der Kläger habe beim Unfall eine Commotio cerebri, eine Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulenkontusion sowie eine Kontusion der rechten Großzehe und der linken Schulter mit Verdacht auf Labyrinthkontusion erlitten. Röntgenologisch hätten sich keine knöchernen Verletzungen gezeigt, die Computertomographie des Schädels habe ebenfalls keine Verletzungsfolgen ergeben. Zwar habe Dr.L. auf Schmerzen im Bereich der oberen Brustwirbelsäule und am

thoracolumbalen Übergang hingewiesen, die er zum Teil auf ein Fibromyalgiesyndrom, zum Teil auf beim Unfall erlittene Stauchungsbrüche des 11. und 12. Brustwirbels zurückführe. Die Keilverformung dieser Brüche würde eine deutliche Rundrückenbildung bewirken. Auch die unfallbedingten Veränderungen seien zu einem großen Teil auf die Beschwerden des Klägers zurückzuführen. Dies könne die Kammer im Hinblick auf die Ausführungen von Dr.E. und Dr.P. nicht überzeugen. Dr.E. habe darauf hingewiesen, dass beim Kläger eine Bewegungseinschränkung der Brustwirbelsäule bei abgelaufenem Morbus Scheuermann schon vor dem Unfall bestanden habe, wodurch es zu einer Fehlstatik im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule gekommen sei. Dies werde auch im Bericht des Rheumazentrums A. vom 24.11.1988 bestätigt. Dr.P. habe ausgeführt, dass die von Dr.L. beschriebenen keilförmigen Deformierungen unfallunabhängig seien.

Zur Begründung der Berufung vom 27.08.2001 hat der Kläger auf das Gutachten des Dr.L. Bezug genommen. Er hat eine Stellungnahme des Dr.K. vom 24.05.2002 übersandt, in der ausgeführt wird, auf dem MRT vom 18.10.1999 hätten sich bereits alte BWK-11- und -12-Kompressionsfrakturen gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass sie Folge des Dachsturzes vom 03.12.1993 seien. Ein MRT der Wirbelsäule vom 02.03.1989 habe keinen Anhalt für eine etwaige Wirbelkörperfraktur erbracht.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr.S. hat im Gutachten vom 03.06.2002 zusammenfassend ausgeführt, die Audiogramme vom 08.02.1993 und vom 30.12.1993 zeigten, dass durch den Unfall keine audiometrische Veränderung aufgetreten sei. Die labyrinthäre Funktionsprüfung zeige ein regelrecht funktionierendes Gleichgewichtsorgan beidseits. Die von Dr.H. festgestellte thermische Untererregbarkeit habe zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr.S. nicht mehr bestanden. Der Tinnitus könne nicht mit Sicherheit allein auf den Unfall zurückgeführt werden. Er habe schon vor dem Unfall bestanden, da er im Bericht des Klinikums W. vom 05.08.1993 erwähnt sei. Durch das Trauma könne sich das Ohrgeräusch verstärkt haben, allerdings sei hier weitgehend von einer Gelegenheitsursache auszugehen. Ein sicherer zeitlicher Zusammenhang zwischen Hörminderung und Tinnitus mit dem Unfall sei nicht herzustellen. Der Charakter der Tonhörprobe sei nicht typisch für eine Hörfunktionseinschränkung nach einem stumpfen Schädeltrauma.

Der Kläger stellt die Anträge aus dem Schriftsatz vom 06.11.2001 und beantragt, die Kosten für die Begutachtung des Klägers durch Dr.S. auf die Staatskasse zu übernehmen.

Die Beklagte stellt den Antrag, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten und der Akten des Versorgungsamtes Regensburg Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass schon der Orthopäde Dr.S. , der den Kläger am 13.08.1991 im Auftrag des Versorgungsamtes Regensburg untersuchte, eine rechts-links-konvexe Dorsolumbalskoliose, tiefsitzende Dorsalkyphose mit spondylotischen Veränderungen nach Morbus Scheuermann, außerdem eine deutliche präsakrale Osteochondrose mit erheblicher Zwischenwirbelraumverschmälerung diagnostizierte. Der Kläger erwähnte Rücken- und Kreuzschmerzen, die nachts so stark würden, dass der Notdienst beansprucht werden müsse. Damit ist die Auffassung von Dr.E. und Dr.P. sowie von Prof.Dr.B. und Dr.N. , deren im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden, bestätigt, dass die Beschwerden des Klägers im Wesentlichen auf bereits vorbestehende Wirbelsäulenveränderungen und nicht auf etwaige Unfallfolgen zurückzuführen sind.

Was die Unfallfolgen auf hals-nasen-ohrenärztlichem Fachgebiet betrifft, so hat der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) benannte ärztliche Sachverständige, der Hals-Nasen-Ohrenarzt Dr.S. , im Gutachten vom 03.06.2002 lediglich eine beidseitige, weitgehend über alle Frequenzen geringgradige Innen-ohrschwerhörigkeit sowie einen Tinnitus, der von seinem Charakter her einer cochleären Genese zugeordnet werden muss, festgestellt. Objektive Belege für eine Schädigung des Gleichgewichtsorgans, des Gleichgewichtsnerven bzw. der cochleären Funktion konnten nicht festgestellt werden. Im Hinblick darauf, dass ein Vergleich der Audiogramme vom 08.02.1993 und vom 30.12.1993 beidseits eine weitgehende Normakusis zeigt, ist eine audiometrische Veränderung durch den Unfall ausgeschlossen. Bei einem stumpfen Schädeltrauma wäre, so Dr.S. , ein sofortiger Hörverlust zu erwarten, der beim Kläger nicht eingetreten ist. Ein später eintretender Hörverlust setzt den vollkommenen Ausfall der äußeren Haarzellen bzw. eine entsprechende morphologische Degeneration voraus; dies ist jedoch beim Kläger nicht der Fall, wie die Messung der Distorsionsproduktemissionen durch Dr.S. zeigt.

Die von Dr.H. im Gutachten vom 17.03.1997 diagnostizierte thermische Untererregbarkeit des rechten Vestibularisorgans bestand zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr.S. am 06.05.2002 nicht mehr. Die labyrinthäre Funktionsprüfung zeigte ein regelrecht funktionierendes Gleichgewichtsorgan beidseits, sowohl im Rahmen der klinischen Untersuchung zur Messung von Lage oder Lagerungsnystagmen als auch im Rahmen der objektiven nystagmographischen Bewertung nach Warmspülung der lateralen Bogengänge. Der Tinnitus beidseits vom Kongruenztyp ist nicht auf den Unfall vom Dezember 1993 zurückzuführen. Dies ergibt sich insbesondere aus dem Gutachten des Dr.H. , der mit Recht auf einen Bericht der Med.Klinik I des Klinikums vom 05.08.1993 hinweist, nach dem bereits im Juli 1993 ein beidseitiger Tinnitus beim Kläger vorlag.

Da ein sicherer zeitlicher Zusammenhang zwischen der Hörminderung und dem Unfall nicht besteht, da der Charakter der Tonhörprobe nicht typisch für eine hohe Funktionseinschränkung nach einem stumpfen Schädeltrauma ist, da der Tinnitus offensichtlich schon vor dem Unfall bestand und eine Schädigung des Gleichgewichtsorgans nicht mehr festzustellen ist, ist, wie Dr.S. erläutert, auf hals-nasen-ohrenärztlichem Fachgebiet eine MdE nicht mehr gegeben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-09-03