L 18 U 527/10

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Bayreuth (FSB)
Aktenzeichen
S 12 U 59/08
Datum
29.10.2010
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 18 U 527/10
Datum
22.08.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 264/13 B
Datum
21.01.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zur Unfallursächlichkeit von Schwindelattacken nach einem Auffahrunfall.
I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 29.10.2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Klägerin auf Verletztenrente über den 14.07.1993 hinaus aufgrund von Folgen eines Arbeitsunfalls vom 06.02.1992.

Die 1941 geborene Klägerin wurde am 06.02.1992 auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstelle als Sekretärin bei der Firma A. in G. mit ihrem Pkw in einen Auffahrunfall verwickelt.

Im von der Beklagten betriebenen Verfahren zur Klärung der Unfallfolgen wurde ein Gutachten des Prof. Dr. H. auf HNO-ärztlichem Fachgebiet vom 13.05.1992 eingeholt, in dem eine Ruptur des runden Fensters rechts sowie eine hochgradige Innenohrschwerhörigkeit als Unfallfolge festgestellt wurde. Ein Gutachten des Chirurgen Prof. Dr. M. vom 19.06.1992 unter Berücksichtigung einer neurologisch-psychiatrischen Stellungnahme der Dres. K. und D. stellte keine Folgen des Unfalls mehr fest. In der Folge wurde seitens des Beklagten die Zahlung von Verletztengeld zum 15.07.1992 eingestellt. Im anschließenden Widerspruchsverfahren wurden Gutachten des Prof. Dr. M. vom 11.01.1993, des Augenarztes Prof. Dr. G. vom 02.06.1993, des HNO-Arztes Prof. Dr. H. vom 07.06.1993, der Nervenärzte Dres. S. und H. vom 02.09.1993 sowie zusammenfassend des Neurologen und Sozialmediziners Dr. H. vom 24.02.1994 eingeholt. Dr. H. führte aus, bei kritischer Würdigung der vorliegenden Aktenunterlagen habe die Klägerin eine Beschleunigungsverletzung der HWS erlitten. Die Annahme einer cerebralen Beteiligung im Sinn einer commotio cerebri sei in keiner Weise gesichert. Ein objektivierbarer neuropathologischer Befund sei zu keinem Zeitpunkt festgestellt worden. Ein MRT des Schädels sei völlig unauffällig, ein MRT der HWS zeige degenerative Veränderungen. Es sei maximal von einem HWS-Schleudertrauma nach Erdmann II auszugehen. Die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung lasse sich keinem organischen Korrelat zuordnen. Gleiches gelte für die Angabe von Doppelbildern und die Gefühlsstörungen, für die sich kein Krankheitsbefund habe nachweisen lassen. Einiges weise auf bewusstseinsnahe Verhaltensweisen hin. Die Schleuderverletzung habe zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden, zeitlich abgrenzbaren Verschlimmerung eines unfallunabhängigen Leidens geführt. Auch habe eine seit 1986 mehrfach dokumentierte neurotische Fehlentwicklung vorbestanden. Es handele sich um eine ausgeheilte Distorsion der HWS bei Zustand nach Schleudertrauma.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.1994 wurde der Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen.

Die gegen diese Bescheide zum Sozialgericht Münster (Az. S 15 U 87/94) erhobene Klage wurde nach Einholung eines orthopädischen Gutachtens von Priv.-Doz. Dr. J. vom 08.07.1996 sowie eines neurologischen Zusatzgutachtens von Dr. H. vom 23.07.1997 mit Urteil vom 25.09.1998 abgewiesen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit der Klägerin habe über den 14.07.1992 hinaus nicht mehr vorgelegen.

Im gegen dieses Urteil geführten Berufungsverfahren beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (Az. L 15 U 285/98) wurde auf Antrag der Klägerin ein neurootologisches Gutachten des HNO-Arztes Dr. M. vom 20.03.2000 eingeholt, das zu dem Ergebnis kam, die bei der

Klägerin vorliegenden schwersten Störungen der gesamten Gleichgewichtsregulation mit neurootologisch objektivierbaren Funktionsschäden im Bereich Hirnstamm, im Bereich Optokinetik sowie Taubheit rechts und Nacken-Kopfschmerzen seien als Folge des Unfalls vom 06.02.1992 anzusehen. Es bestehe vom Unfallereignis bis dato unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz 1996 sei von einer MdE der Klägerin von 50 v.H. auszugehen. Im Berufungsverfahren wurde dann sodann Prof. Dr. H. mit einer gutachterlichen Stellungnahme zum vorliegenden Gutachten des Dr. M. beauftragt. Jener kam in seiner Stellungnahme vom 31.07.2000 unter Würdigung der vorliegenden Gutachten zu dem Ergebnis, die Klägerin leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, es liege ein Zustand nach Halswirbelsäulendistorsion und fraglicher Commotio cerebri im Februar 1992 vor, die Klägerin leide unter Schwerhörigkeit rechts, wahrscheinlich infolge traumatischer Ruptur des runden Fensters, weiterhin unter rezidivierenden Schwindelanfällen bislang ungeklärter Ätiologie sowie einer konzentrischen Gesichtsfeldeinengung des rechten Auges. Insbesondere die Schwindelanfälle und Gesichtsfeldeinengungen seien auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung der Klägerin zurückzuführen, deren organischer Kern in den bestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und in der stattgehabten Distorsion zu sehen sei. Eine Verletzung der Klägerin in Form einer Contusio cerebri, also einer Gehirnerschütterung, könne aufgrund der klinischen Befunde nicht als nachgewiesen angesehen werden, ein Hirninfarkt oder ein Contusionsherd im Hirnstamm liege nicht vor. Das Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht Nordhrein-Westfalen endete mit einem am 31.10.2000 geschlossenen Vergleich, wonach die Beklagte der Klägerin für die Zeit vom 15.07.1992 bis 15.01.1993 eine Verletztenrente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente gewährte und eine Prüfung zusicherte, ob diese Rente wegen etwaiger Folgen auf HNO-ärztlichem Gebiet zu erhöhen sei und ob der Klägerin auch über den 15.01.1993 hinaus ein Rentenanspruch zustehe.

Mit Bescheid vom 14.11.2001 (Widerspruchsbescheid vom 19.12.2002) stellte die Beklagte als weitere Unfallfolge eine periphere Hörstörung rechts infolge einer Ruptur des runden Fensters und die Gesamt-MdE aufgrund der Unfallfolgen für den Zeitraum vom 15.07.1992 bis 15.01.1993 mit 30 v.H., vom 16.01.1993 bis 14.07.1993 mit 20 v.H. und ab 15.07.1993 mit unter 20 v.H. fest.

Hiergegen hat die Klägerin am 15.01.2003 beim Sozialgericht Bayreuth (SG) Klage erhoben. Das SG hat den HNO-Arzt Dr. D. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Das Gutachten war zunächst nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vorgesehen, da diese nach Auskunft des Sachverständigen zu einem vereinbarten Untersuchungstermin nicht erschienen sei, wurde das Gutachten nach Aktenlage erstellt. Im Gutachten vom 10.01.2003 stellte Dr. D. unter Würdigung der Aktenlage ab Juli 1993 keine Unfallfolgen mehr fest. Die Anerkennung der Fensterruptur rechts sei bei einem fehlenden Schädeltrauma im Zusammenhang mit dem Unfall nicht mit Wahrscheinlichkeit auf dieses zurückzuführen. Selbst wenn man die Hörstörung im Zusammenhang mit dem Unfall sehe, führe diese Hörminderung zu einer MdE von 10 v.H. Sodann hat das SG auf Antrag der Klägerin Dr. I. mit der Erstellung eines Gutachtens nach § 109 SGG beauftragt. In der Folge wurden von der Klägerin diverse Atteste zu Erkrankungen und insbesondere zu Sturzereignissen vorgelegt; unter anderem sei die Klägerin auch an Gürtelrose erkrankt. Im Übrigen werde die erhebliche Neigung der Klägerin zu Infekten auf das attestierte Erschöpfungssyndrom mit entsprechenden somatischen und psychosomatischen Folgen zurückgeführt. In seinem Gutachten vom 24.02.2009 hat Dr. I. auf HNO-ärztlichem-neurootologischem Fachgebiet die Diagnosen eines Zustands nach Halswirbeldistorsion mit fraglicher Commotio cerebri nach Auffahrunfall vom 06.02.1992, eine sensorische Schwerhörigkeit rechts nach traumatischer Ruptur des runden Fensters, wiederkehrende Schwindelanfälle unklarer Genese sowie einen passageren Tinnitus festgestellt. Letztendlich sei das Unfallereignis vom 06.02.1992 für die Entstehung des Hörverlustes infolge einer Ruptur der runden Fenstermembran des rechten Ohres ursächlich. Für die übrigen von der Klägerin geklagten Gesundheitsstörungen ließen sich aus HNO-ärztlicher Sicht keine Anhaltspunkte finden, die mit mindestens einfacher Wahrscheinlichkeit wesentlich als mitursächlich für die Entstehung oder Verschlimmerung von Gesundheitsschäden der Klägerin anzusehen seien. Infolge der an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit des rechten Ohres infolge des Unfalls vom 06.02.1992 sei die Minderung der Erwerbsfähigkeit im allgemeinen Erwerbsleben nach der in der gesetzlichen Unfallversicherung angeführten Erfahrungssätzen seit dem 15.07.1993 mit 10 v.H. vorzuschlagen.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.10.2010 hat das SG die Klage abgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin Berufung eingelegt. Es wäre zwingend erforderlich gewesen, weitere Begutachtungen in Auftrag zu geben, da beispielsweise die zahlreichen Gürtelrosen aus nicht nachvollziehbaren Gründen keine Bewertung in Bezug auf ihre Unfallursächlichkeit erfahren haben. Auf die Begutachtung Dr. M. wegen der Schwindelattacken werde verwiesen. Die Klägerin habe sofort nach dem Unfall an Schwindel, Erbrechen und Übelkeit gelitten. Das Gutachten des Dr. D. sei nicht überzeugend. Auch habe sich durch den Unfall eine HWS/LWS-Problematik ergeben. Auf die Bescheinigungen der Dres. M. vom 06.06.2000, H. vom 28.01.2002 und 24.01.2003 sowie K. vom 16.01.2003 werde verwiesen. Auch der ärztliche Entlassungsbericht orthospine vom 25.02.2008 sehe einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der dort operativ behandelten Beeinträchtigungen im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung. Die Klägerin habe sich 1992 bis 1997 jeweils für 4 bis 6 Wochen zur Behandlung ihres Rückenleidens in einer Klinik für manuelle Therapie befunden. Die Schmerzzustände hätten ihre alleinige Ursache in dem Unfall vom 06.02.1992, da hierbei laut dem Arztbrief vom 11.07.1995 das Becken der Klägerin verletzt worden sei. Auch die 2007 durch Dr. S. erwähnte Bogenwurzelfraktur sei bisher aus nicht nachvollziehbaren Gründen in dem verfahren nicht berücksichtigt worden. Deswegen habe sich die Klägerin 2007 im Klinikum B-Stadt einer 8,5 stündigen OP unterziehen müssen, die unfallbedingt notwendig geworden sei. Hierdurch sei das Immunsystem der Klägerin derart geschwächt worden, dass sie mehrfach an Gürtelrose erkrankt sei.

Die Klägerin beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 29.10.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 14.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2002 zu verurteilen, der Klägerin über den 14.07.1993 hinaus eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bayreuth vom 29.10.2010 zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Behördenakte sowie der Akte des SG Münster sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Zu Recht hat das SG die Klage gegen den Bescheid vom 14.11.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2002 abgewiesen. Denn die Beklagte ist nicht verpflichtet über den 14.07.1993 hinaus eine Verletztenrente zu gewähren.

Gegenstand des Verfahrens ist der von der Klägerin angefochtene Verwaltungsakt vom 14.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2002. Dieser enthält - neben der Anerkennung der peripheren Hörstörung rechts infolge einer Ruptur des runden Fensters als weiterer Unfallfolge und der Gewährung einer Unfallrente nach einer MdE von 20 vH bis 14.07.1993 (insoweit über den Vergleich vom 31.10.2000 hinausgehend) - die Entscheidung, dass neben den bereits festgestellten keine weiteren Unfallfolgen mehr festzustellen sind und damit insbesondere weder ein posttraumatischer Schwindel noch andere Beschwerden auf den Unfall vom 06.02.1992 zurückzuführen sind sowie, dass ab dem 15.07.1993 die Klägerin durch die Unfallfolgen in ihrer allgemeinen Erwerbsfähigkeit nur noch mit 10 vH eingeschränkt ist. Damit ist Streitgegenstand des Rechtsstreits nicht nur die im Vergleich vom 31.10.2000 angesprochene Überprüfung der Unfallfolgen auf HNO-ärztlichem Fachgebiet, sondern die umfassende Überprüfung der Unfallfolgen und der daraus resultierenden MdE.

Da sich der Unfall und die damit nach Auffassung der Klägerin zusammenhängenden Unfallfolgen vor dem 01.01.1997 ereignet haben bzw. eingetreten wären (Art 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes - UVEG - § 212 SGB VII), richtet sich ein eventueller Anspruch noch nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO).

Der Arbeitsunfall vom 06.02.1992 ist auch nach den heutigen Erkenntnissen nicht wesentliche Bedingung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 22 SGB I, 548 RVO) für die von Klägerin geltend gemachten Unfallfolgen Schwindel, HWS/LWS-Problematik, Gürtelrosen bzw. weiterer Beschwerden gewesen. Das vom SG gefundene Beweisergebnis, nämlich dass mit Ausnahme der Schwerhörigkeit die Unfallverletzungen der Klägerin in Form einer Halswirbelsäulendistorsion folgenlos ausgeheilt sind und für die weiteren mannigfachen Beschwerden der Klägerin im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates in Form einer Chronifizierung ein derartiger Ursachenzusammenhang nicht mit der nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung notwendigen hinreichenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, hält der Senat für zutreffend.
Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss sich unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, dass ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BSG, Beschluss vom 08.08.2001, B 9 V 23/01 B juris Rn 4 mwN). Was die hinreichende Wahrscheinlichkeit betrifft, sind die diesbezüglichen Anforderungen grundsätzlich höher als diejenigen an die sogenannte überwiegende Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung im Sinne eines Beweismaßes; BSG, Beschluss vom 08.08.2001, B 9 V 23/01 B juris Rn 4 f. m. w. N.; zum BVG BSG, Urteil vom 14.12.2006, B 4 R 29/06 R juris Rn 116). In Abgrenzung zu der hier maßgeblichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit wird unter überwiegender Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung) die gute Möglichkeit verstanden, dass sich der Vorgang so zugetragen hat, wobei gewisse Zweifel bestehen bleiben können; das Beweismaß der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist durch seine Relativität gekennzeichnet. Der sogenannte Vollbeweis ist auf der anderen Seite erst erfüllt, wenn eine Tatsache in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung, die bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben ist, zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 29.03.1963, 2 RU 75/61; vom 22.09.1977, 10 RV 15/77; vom 01.08.1978, 7 RAr 37/77; vom 15.12.1999, B 9 VS 2/98 R; Beschluss vom 08.08.2001, B 9 V 23/01 B; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 128 Rn 3b mwN).

Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass die Klägerin am 06.02.1992 eine Zerrung im Bereich der HWS erlitten hat, wie schon der für die Beklagte tätige Gutachter Prof. Dr. M. in seinem Gutachten vom 11.01.1993 festgestellt hat. Ein Bruch eines HWK oder eine disko-ligamentäre Verletzung konnte damals radiologisch, u.a. mittels einer Funktionsaufnahme der HWS ausgeschlossen werden. Auch Hinweise auf die Verletzung der LWS konnte der Gutachter noch relativ zeitnah zum Unfall nicht finden. Auch der vom SG B-Stadt beauftragte orthopädische Gutachter Prof. Dr. J. konnte bei seiner Untersuchung am 08.07.1996 an der LWS keinen Hinweis auf eine posttraumatische Höhenminderung (bei degenerativen Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke L4/5 und L5/S1) finden. Die HWS zeigte sich dabei mit normalen Höhen der Wirbelkörper und ohne sekundäre Anzeichen einer Instabilität. Der Gutachter zog daraus sowie aus den sonstigen Untersuchungsergebnissen zu Recht den Schluss, dass sich keine objektivierbaren Befunde im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates und damit keine Gesundheitsstörungen mehr fänden, die auf den Unfall vom 06.02.1992 zurückzuführen wären. Der ebenfalls vom SG Münster gehörte neurologische Gutachter Prof. Dr. H. konnte bei der Untersuchung am 04.06.1997 und auf der Grundlage der nach dem Unfall insbesondere durch Dr. H. erhobenen Befunde keinen Nachweis für eine neurogene Störung (objektivierbarer Sensibilitätsausfall oder Parese) finden. Insbesondere hat sich auch kein Anhalt für eine Kompression der Nervenwurzel C8 gefunden. Prof. Dr. H. verweist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf, dass die Annahme des Neuroradiologen Dr. V., der aus von ihm am 27.06.1994 festgestellten degenerativen Veränderungen im Segment HWK 5/6 und einem Bandscheibenvorfall im Segment HWK 6/7 auf eine möglicherweise posttraumatische Verursachung schloss, reine Spekulation ist. Prof. Dr. H. kommt daher ebenfalls zu dem Schluss, dass die Klägerin am 06.02.1992 eine HWS-Distorsion erlitten hat, wobei das medizinische Vollbild einer commotio cerebri aus den vorliegenden Befunden nicht zu sichern ist. Jegliches höhergradige Hirntrauma sieht der Gutachter aufgrund des Kernspintomogramms vom 04.10.1993 als ausgeschlossen. Die von der Klägerin bereits damals geklagten chronifizierten Beschwerden führt Prof. Dr. H. daher folgerichtig auf andere Faktoren zurück, insbesondere die vorbestehenden degenerativen HWS-Veränderungen und die Fehlverarbeitung der Beschwerden infolge vorbestehender psychovegetativer Labilität und möglicher tendenzieller Unfallreaktion. Der Senat sieht die genannten Gutachten nach wie vor für geeignet und aufgrund ihrer relativen Unfallnähe für besonders aussagekräftig, um die beim Unfall erlittenen Verletzungen und die daraus mit hinreichender Wahrscheinlichkeit resultierenden Unfallfolgen festzustellen. Die von der Klägerin im Lauf des Verfahrens vorgelegten ärztlichen Unterlagen, die teilweise eine unfallbedingte Beckenverwringung (Klinik für manuelle Therapie, 11.07.1995), eine posttraumatische Blockierung C 2 bis C 7 (Dr. V., sich anschließend Dr. M.) bzw. Spinalstenose C5/C6 (Schmerztherapeut H.), eine posttraumatische Spondylese L4/5 (praxisklinik orthospine B-Stadt, 2008) bzw. eine Bogenwurzelfraktur (Dr. S., 2007) erkannt haben wollen, vermögen angesichts der objektiven, radiologisch unmittelbar nach dem Unfall gesicherten Erkenntnisse nicht zu überzeugen und beachten zudem, anders als die zitierten Gutachten, die Kausalitätsanforderungen des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung nicht.

Hinsichtlich der Unfallfolgen auf HNO-ärztlichem Fachgebiet hat die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 14.11.2001 eine

periphere Hörstörung rechts infolge einer Ruptur des runden Fensters anerkannt. Zur vollen Überzeugung des Senats steht aufgrund der vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Dr. D. sowie des
Dr. I. fest, dass darüber hinaus keine weiteren Unfallfolgen auf diesem Fachgebiet mehr bestehen. Insbesondere die von der Klägerin beklagten Schwindelanfälle können nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 06.02.1992 zurückgeführt werden. Dr. I. hat den - vom Senat zugrundegelegten - wissenschaftlichen Wissensstand zur Beurteilung des Schwindels als möglicher Folge eines Unfalltraumas wie folgt beschrieben: Das Gleichgewicht wird durch Informationen aus den Stellungsrezeptoren der Gelenke im Raum, aus Sehinformationen über die Augen sowie als Information der Bewegung geradeaus bzw. in senkrechter Richtung und als Beschleunigung in Drehrichtung über die sensorischen Organe des Labyrinths wahrgenommen. Diese Vielzahl der Informationen wird in den betreffenden Nervenkernen des Hirnstamms und des Mittelhirns gesammelt, integriert und im Bereich des Kleinhirns sowie des Mittelhirns bis hin zu den Hirnrindenarealen so weiter verarbeitet, dass beim gesunden Menschen eine Vielzahl von Sinnesmodalitäten zu einem in sich stimmigen Bild der Lage im Raum sowie der Bewegung verrechnet werden. Schädigungen, insbesondere des Labyrinthorgans, können auf vielfältige Weise entstehen: Hierzu sind u.a. bakterielle sowie virale Infektionen zu rechnen. Darüber hinaus können sogenannnte neurotrope, d.h. das Nervensystem befallende Viren und Bakterien auch direkt die Nerven der Labyrinthorgane schädigen. Ferner können die Kerngebiete des Hirnstammes sowie die aufsteigenden Bahnen durch entmarkende Hirnerkrankungen wie zum Beispiel die Multiple Sklerose oder bei lokalen Infarzierungen das heisst Minderdurchblutung mit zu Grunde gehen des Gewebes im Bereich des Hirnstamms und der aufsteigenden Bahnen ausfallen. Ferner sind Schädigungen durch nervenschädigende Substanzen wie zum Beispiel Schwermetalle oder organische Nervengifte grundsätzlich in der Lage, Ausfallerscheinungen im Bereich des Gleichgewichtsorgans, des Hörorgans und der weiteren leitenden und der integrativen Strukturen hervorzurufen. Die häufigste Ursache der Labyrinthorgan- und Hororganausfälle ist jedoch der idiopatische, das heißt der nicht näher ursächlich eingrenzbare Labyrinthorganausfall oder Hörsturz. Zu diesen Ursachen existieren lediglich empirische Erkenntnisse beziehungsweise Arbeitshypothesen dahin gehend, dass eine vorübergehende Durchblutungsstörung oder eine fehlgeleitete immunologische Reaktion des örtlichen Gewebes in Saccus endolympaticus gegen die eigenen Sinneszellen zu einem teilweisen vorübergehenden oder dauerhaften Ausfall führen. Ferner können im Rahmen erheblicher erblicher Erkrankungen Stoffwechselschäden auf zellulärer Ebene zu einem langsamen, kontinuierlichen oder schubweise fortschreitenden Verfall der Innenohrhörleistung und der Gleichgewichtsorganleistung führen. Ferner existieren toxische Ursachen, zu denen zahlreiche Medikamente zu zählen sind. U.a. ist von nicht steroideähnlichen Schmerzmitteln, insbesondere der Acetylsalicylsäure bekannt, dass sie in ausreichend hohen Dosen eingenommen die Innenohrhörleistung schädigen oder Geräusche hervorgerufen können. Im Rahmen von traumatischen Ursachen ist die contusio labyrinthi zu nennen, bei der durch ein stumpfes Schädelhirntrauma eine Schädigung des Labyrinthorgans eintritt, die nach Ablauf der Schädigung und sogar vorübergehender Stabilisierung in der Folgezeit langsam aber stetig fortschreiten kann. Die Ursache dieses stetigen Fortschreitens und Sistierens des eigentlichen Ereignisses ist weiterhin ungeklärt. Als Arbeitshypothese werden toxische Zerfallsprodukte der zu Grunde gehenden Zellen infolge des Traumas genannt, die eine chronische immunologische Reaktion des Innenohres hervorrufen, als auch Schädigungen der Durchblutung der Basilarmembran, welche die darauf sitzenden Haarzellen mit Energie versorgt. Als strukturelle Schädigungen sind ferner Felsenbeinfrakturen zu nennen, die entweder als Quer- oder Längsfraktur unter Umständen lediglich als Haarriss auftreten können. Im Fall der Klägerin hat der Gutachter festgehalten, dass in der Vorgeschichte beziehungsweise der Befunddokumentation nach dem Unfall keine Ursachen dokumentiert sind, die im oben genannten Sinne in der Lage gewesen wären, eine Schädigung des Labyrinthorgans zu verursachen. Über die Schädigungsmechanismen des Labyrinthorgans hinaus existieren nach Angaben des Gutachters aufgrund der Vielzahl der sensorischen Organe, die zum Erhalt des Gleichgewichts beitragen, auch noch zahlreiche andere Störungsmöglichkeiten des Gleichgewichtssinns. An erster Stelle ist hier eine nicht ausreichende Korrektur des Sehvermögens zu nennen. Darüber hinaus ist die Steuerung der Augenmuskulatur ein wesentlicher Faktor für die Kontrolle der Lage des Körpers im Raum. Auch Fehlstellungen der Gelenke oder schmerzbedingte Fehlhaltungen sowie ein Zustand nach Gelenkersatz sind in der Lage, Gangunsicherheit und damit Schwindelgefühl beim Gehen und Stehen zu verstärken oder zu verursachen. Darüber hinaus sind die Integration der Gleichgewichtsinformation aus all diesen Richtungen und die Koordinationsleistung des Kleinhirns zu erwähnen. Für die Klägerin hat der Gutachter hervorgehoben, dass bei den vergangenen Untersuchungen eine seitengleiche und regelrechte Erregbarkeit der Labyrinthorgane in der kalorischen Prüfung nachweisbar gewesen sei. In der Befundmitteilung der Dr. C. findet sich danach ebenfalls eine altersgemäße kalorische vestibulo-okuläre Nystagmuserregbarkeit. Dr. M. hat, so Dr. I., eine rechte Nystagmuswarmreaktion im Bereich des links gerichteten Spontannystagmus gefunden. Dies ist, so der Gutachter weiter, grundsätzlich dann denkbar, wenn die Warmspülung auf der rechten Seite an einem vestibulär unerregbaren Ohr vorgenommen würde. Da die linke Nystagmuswarmreaktion aber im Bereich des Spontannystagmus gelegen habe, wäre zu erwarten gewesen, dass die Warmspülung linksseitig die Nystagmusantwort nach links verstärke. In Übereinstimmung mit dem Gutachter Dr. D. bewertet der Gutachter Dr I. die Ergebnisse des Dr. M. daher zu Recht als nicht nachvollziehbar. Auch weist Dr. I. darauf hin, dass der Romberger- und Unterberger-Tretversuch im Rahmen der Begutachtung durch Dr. H. einen unauffälligen Befund ergeben hat. Auch Dr. C. habe 1994 ein altersgemäßes Craniocorpographiemuster festgestellt. Auch bei Dr. M. hat sich im Unterberger-Tretversuch keine pathologische Längsabweichung gezeigt, so Dr. I ... Einen unfallbedingten Grund der Schwindelanfälle konnte Dr. I. daher nicht feststellen, während das Vorliegen einer Halswirbeldistorsion von ihm zu Recht als unstreitig angesehen wird. Nach Abklingen der physischen Folgen des HWS-Distorsionstraumas müssen nach Dr. I. andere Faktoren als morphologisch fassbare Ursachen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu dem von der Klägerin gebotenen Beschwerdebild mit Schwindel, Übelkeit, Erbrechen sowie Kopfschmerzen führen als ein organisch fassbarer Schaden des Labyrinthorgans oder der Halswirbelsäule. Dies deckt sich nach Angaben des Dr. I. auch mit den wissenschaftlichen Untersuchungen, welche bei gesunden Vergleichspersonen durchgeführt wurden. Zu der Frage der Vorerkrankungen, die die möglichen Gesundheitsstörungen mitverursacht haben, sieht Dr. I. insbesondere vorübergehende Erkrankungszustände aus dem psychischen und psychosomatischen Formenkreis als gegeben. Solche sind aber nicht für die wahrgenommenen Folgen eines HWS-Distorsionstraumas verantwortlich zu machen. Bei der Hörstörung handelt es sich um eine unfallbedingte organische Erkrankung, welche weder durch Vorerkrankungen verursacht noch wesentlich verschlimmert wurde. In Übereinstimmung mit Prof. Dr. H. sowie Prof. Dr. J. sieht auch der HNO-ärztliche Gutachter daher außer der hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit keine morphologisch fassbaren Gesundheitsstörungen, die auf den Unfall zurückzuführen sind.

Soweit Dr. M. in seinem Gutachten vom 20.03.2000 ein posttraumatisches zervikoenzephales Syndrom mit schwersten zentralen Gleichgewichtsfunktionsstörungen und Schwindelbeschwerden bei pathologischen Zervikalnystagmus und Störungen der Optokinetik feststellt, hat Prof. Dr. H. - neben den bereits erwähnten Einwendungen des Dr. I. gegen die Interpretation der Versuche, die Dr. M. durchgeführt hat - in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31.07.2000 zu Recht darauf hingewiesen, dass die Diagnose des Dr. M. eines Kontakttraumas mit Schädigung der Halswirbelsäule besonders der Kopfgelenke und Bänder weder klinisch noch neuroradiologisch nachweisbar ist. Insbesondere hat Prof. Dr. H. zu Recht festgestellt, dass die Vermutung, der Bandscheibenvorfall im Bereich der HWK 6/7 könne traumatisch ausgelöst worden sein, reine Spekulation ist. Es gibt kein Argument, das für die traumatische Verursachung des Bandscheibenvorfalls spricht. Auch die Blockierung in den Gelenken C2 bis C7 kann, wie Prof. Dr. H. zu Recht ausführt, nicht in einen

Kausalzusammenhang mit dem Unfall gebracht werden. Ebenso geht Dr. M. zu Unrecht vor einem höhergradigem Schädelhirntrauma aus (contusio cerebri). Prof. Dr. H. weist demgegenüber darauf hin, dass es eindeutig dieser Diagnose widersprechende Befunde gibt. Hierzu nennt er den klinischen Verlauf, da eine sofortige Bewusstlosigkeit der Klägerin nicht vorgelegen hat. Die Klägerin hat zunächst selbst erklärt, dass sie erst circa 10 min nach dem Unfall bewusstlos geworden sei. Spätere anderweitige Aussagen der Klägerin sind nicht glaubhaft. Eine erst mit Verzögerung eingetretene Bewusstlosigkeit ist aber mit einer contusio cerebri nicht vereinbar. Auch verweist Prof. Dr. H. erneut darauf, dass keine strukturellen Läsionen im MRT des Kopfes erkennbar gewesen waren, so dass unter anderem auch die von der Klägerin wahrgenommene konzentrische Gesichtsfeldseinengung nicht durch ein organisches Korrelat begründet werden kann. Die von Dr. M. diagnostizierte Hirnstammfunktionsstörung kann mit Prof. Dr. H. ebenfalls nicht angenommen werden. Soweit Dr. M. einerseits zentral-vestibuläre, andererseits zervikogene Ursachen für den Schwindel verantwortlich macht, verweist Prof. Dr. H. zu Recht darauf, dass kein Infarkt oder Kontusionsherd im Hirnstamm vorliegt, der diese Funktionsstörungen erklären könnte und auf den Unfall zurückzuführen wäre. Die bei der Klägerin festgestellte Auffälligkeit der akustisch evozierten Potenziale ist mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit infolge Ruptur des runden Fensters vereinbar, wie Prof. Dr. H. und Dr. I. übereinstimmend feststellen, aber nicht die Schwindelanfälle.

Damit steht aber auch fest, dass weitere von der Klägerin auf diese Schwindelanfälle zurückgeführten Beschwerden, insbesondere das Erschöpfungssyndrom und die Gürtelrosen, nicht mit der hinreichenden Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfalls vom 06.02.1992 sind.

Die MdE-Einschätzung im angefochtenen Bescheid ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Es deckt sich mit den einschlägigen Erfahrungswerten (vgl. u.a. Schönberger/Mehrtens/
Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2009, 7.3.3.3.1, S. 346), die als alleinige Unfallfolge fortbestehende einseitige Schwerhörigkeit mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus § 193 SGG.

Gründe im Sinne des § 160 Abs. 2 SGG, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2014-02-12