

L 2 U 38/15

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 40 U 173/14

Datum

19.11.2015

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 2 U 38/15

Datum

10.10.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Klageverfahren zu 10 Prozent. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem Wegeunfall.

Die am xxxxx 1960 geborene Klägerin erlitt am 26. Februar 2009 mit ihrem PKW einen Verkehrsunfall. Sie stieß mit einem anderen PKW zusammen, der ihre Fahrbahn von einem Parkplatz kommend queren wollte. In der Unfallanzeige vom 26. Februar 2009 heißt es, dass es bei der Klägerin zu einer Verletzung im Nacken- und Schulterbereich mit Kopf- und Nackenschmerzen gekommen sei. Im Durchgangsarztbericht wurden von dem Chirurgen Dr. K. am selben Tag eine Halswirbelsäulen-Distorsion und eine vegetative Reaktion diagnostiziert.

Das MRT vom 22. April 2009 ergab laut der Radiologie E. eine unauffällige Hirndarstellung ohne Nachweis eines Fokus. Im Hinblick auf die Halswirbelsäule (HWS) liege eine minimale Flüssigkeitsanreicherung peridental vor, was auf eine Zerrung/Verletzung in diesem Bereich hindeute. Zudem seien die Ligamenta alaria asymmetrisch dargestellt. Knöcherne Verletzungen lägen nicht vor. Rechts bestehe eine mediolaterale Protrusion durch Osteochondrose und Uncarthrose bei Degeneration und resultierender leichter Foramenstenose rechts.

Der Neurologe Dr. M. diagnostizierte bei der Klägerin am 11. Juni 2009 eine depressive Belastungsreaktion und einen chronifizierten Spannungskopfschmerz. Im Vordergrund stehe eine depressive Belastungsreaktion nach dem traumatisch erlebten Ereignis mit noch unfallbezogenen Ängsten, die möglicherweise auf dem Boden einer bereits zuvor bestehenden beruflichen Überlastung zu einem sekundären Krankheitsgewinn geführt hätten. Eine ophthalmologische Untersuchung sei sinnvoll. Eine rasche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit innerhalb der nächsten 4 bis 6 Wochen sei dringend anzuraten.

Laut Bericht der Augenärztin Dr. P. lag bei der Klägerin am 29. Juni 2009 ein Quadrantenausfall nach rechts unten vor. Die Neurologin Dr. V. teilte mit Bericht vom 27. November 2009 mit, dass keine herdneurologischen Prozesse im EEG und VEP (visuell evozierte Potentiale) zu erkennen seien.

Der Facharzt für HNO-Heilkunde, Allergologie/Umweltmedizin und Arzt für Neurootologie Dr. M1 erstattete am 17. September 2009 einen Befundbericht. Die Untersuchungen hätten Schäden im Bereich des visuellen Systems ausweislich der pathologischen optokinetischen Untersuchung gezeigt. Auffällig sei der pathologische Cervikalnystagmus, der auf eine Schädigung des propriozeptiven Systems der oberen HWS hinweise. In einem weiteren Bericht vom 21. November 2009 wies Dr. M1 darauf hin, dass die von der Klägerin vorgebrachten Beschwerden wie Gleichgewichtsstörungen, Schwindelgefühl, aber auch andere vorgebrachte Beschwerden der sog. posttraumatischen cervico-enzephalen Symptomatik entsprächen. Das HWS-Trauma habe zu Störungen des Zentralnervensystems geführt. Bei der Untersuchung am 19. November 2009 hätten sich in den EEG-abhängigen Untersuchungen Veränderungen, insbesondere der Hirnstammpotentiale nachweisen lassen. In den Kreiskliniken E1 sei in der radiologischen Abteilung im PET eine gering bis mäßig ausgeprägte Reduktion der Glucoseaufnahme orbital sowie parietal inferior und superior beidseits festgestellt worden. Ferner sei eine mäßig flächig ausgedehnte, zum Teil deutlich ausgeprägte Reduktion der Glucoseaufnahme prä- und postzentral links etwas geringer als rechts festgestellt worden. Deutlich ausgedehnte inferior links, ansonsten mäßig ausgeprägte Reduktion der Glucoseaufnahme im Temporallappen inferior und medial beidseits. Es habe eine occipitotemporale geringgradige Minderung der Stoffwechselfunktion vorgelegen. Im Cerebellum bestehe eine großvolumige Minderung der Stoffwechselaktivität mit mäßiger Ausprägung. Es bestünden signifikante Veränderungen der Stoffwechselfunktion unter der Norm im temporal-basalen Bereich, im gesamten Cerebellum, prä- und postzentral links betont sowie auch

links frontal inferior und hochfrontal rechts paramedian. Es bestehe zudem eine deutliche Minderung der Stoffwechselfunktion im gesamten parietalen superioren Bereich. Unter Berücksichtigung, dass auch Brückensymptome lückenlos vorgebracht worden seien, sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom Februar 2009 als Erstkörperschaden einzustufen sei.

Am 18. Februar 2010 erfolgte in der Praxis für Upright-Kernspintomographie H. eine Upright-MRT Untersuchung der Schädelbasis unter besonderer Berücksichtigung des zervikookzipitalen Übergangs. Bei kräftigem Ligamentum transversum komme es zu einer Verringerung des subarachnoidalen Puffers zwischen Ligamentum transversum und Myelon. Diese Situation verstärke sich im Rahmen der Rotation. Ein Tangieren oder eine Impression des Myelons könne nicht nachgewiesen werden. Letztendlich begünstige diese anatomische Situation bei einem entsprechenden Trauma die Möglichkeit einer Myelokontusion.

Die Praxis Dr. M1 berichtete am 7. April 2010, dass bei der Klägerin ein Zustand nach Kopfhalsstrauma mit posttraumatischer cervicoenzephaler Symptomatik, neurootologisch objektivierbaren Störungen der gleichgewichtsverarbeitenden Strukturen, Tinnitus aurium, Cervico-Cephalgien und kognitiven Leistungseinbußen bestanden habe. Nach 20 Behandlungen habe sich eine Besserung der Ohrgeräusche gezeigt, die Schwindelattacken hätten nachgelassen, desgleichen auch die Kopfschmerzsymptomatik. Die Sehstörungen hätten sich bisher therapieresistent gezeigt, und es bestünden unverändert Wortfindungsstörungen.

Prof. Dr. K1 erstellte am 14. Dezember 2012 ein psychiatrisches Gutachten für die Beklagte. Der Gutachter stellte bei der Klägerin die Diagnosen einer Neurasthenie, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eines chronischen Spannungskopfschmerzes (DD: medikamentös induzierter Kopfschmerz), einer Quadrantenhemianopsie beidseits nach rechts unten, eines Zustandes nach HWS-Distorsion und eines Zustandes nach einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ab Juni 2009. Die Klägerin habe im Verlauf eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion entwickelt. Hinzu sei das für sie sehr kränkende Erlebnis des Arbeitsplatzverlustes im Juni 2009 gekommen. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe die Klägerin an einer Neurasthenie, bei der insbesondere eine starke Erschöpfbarkeit im Vordergrund gestanden habe, gelitten. In den testpsychologischen Untersuchungen hätten sich Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite objektivieren lassen. Es hätten sich jedoch keine Defizite bei der Gedächtnisleistung und in den exekutiven Funktionen gezeigt. Hinweise auf eine zugrunde liegende organische Erkrankung lägen nicht vor. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten kognitive Defizite objektiviert werden können, jedoch nicht in dem Bereich, den die Klägerin subjektiv bemerkt habe, also nicht in der Merkfähigkeit von Wörtern und Zahlen. Hierin habe sich sogar ein überdurchschnittlich gutes Ergebnis im Vergleich zu einer altersgenormten Stichprobe gezeigt, während in Bereichen, die geteilte Aufmerksamkeit und Konzentration erforderten, die Leistungen unterdurchschnittlich gewesen seien. Hinsichtlich der Kopfschmerzen sei differentialdiagnostisch ein kopfschmerzmittelinduzierter Kopfschmerz abzuwägen, da die Klägerin über mehrere Monate sowohl Ibuprofen als auch Metamizol als Festmedikation eingenommen habe. Die angegebenen Pathologika in der neurootologischen Untersuchung bezüglich des cervikalen Nystagmus gingen auf eine umstrittene Untersuchungsmethode zurück und bewiesen keine funktionellen oder strukturellen Schädigungen des Myelons oder des Gehirns. Die Angaben zur Prüfung des optokinetischen Nystagmus seien lückenhaft, es fehle die Angabe des Gain-Quotienten im Bezug zu den einzelnen Stimulusstärken. Eine Störung des optokinetischen Nystagmus würde für eine Schädigung der Sehbahn, des Augenmuskelnkerns oder der Hirnnerven III-IV sprechen, aber lediglich die augenärztliche Untersuchung und die fingerperimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes am 30. August 2012 hätten eine Quadrantenhemianopsie beidseits nach rechts unten ergeben. Für eine strukturelle Schädigung des Gehirns hätten sich keine Belege in den Akten finden lassen. Die MRT-Untersuchung vom 22. April 2009 zeige einen unauffälligen Befund des Neurocraniums. Im EEG vom 27. November 2009 habe sich ebenfalls eine normale Alpha-Aktivität ohne Hinweise für eine strukturelle Läsion gezeigt. Auch die funktionell relevantere elektrophysiologische Untersuchung der Sehbahn mittels VEP vom 27. November 2009 habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Die PET-Untersuchung vom 22. September 2009 habe unspezifische Minderanreicherungen von Glucose im Sinne eines verringerten Stoffwechsels in verschiedensten Arealen des Gehirns aufgewiesen. Es gebe keine evidenzbasierten Empfehlungen zum Einsatz von FDG-PET-Untersuchungen zur Diagnostik kognitiver Störungen, außer es bestehe der dringende Verdacht auf eine neurodegenerative Erkrankung. Als Folgen des Unfalls sah der Gutachter im Ergebnis eine Neurasthenie, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie einen chronischen Spannungskopfschmerz (DD: medikamentös induzierter Kopfschmerz). Es bestünden keine durch technische Untersuchungen objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 26. Februar 2009. Die Diagnosen hätten jedoch durch psychiatrische und neuropsychologische Untersuchungen objektiviert werden können. Anamnestisch sei es zunächst zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gekommen, die sich im Verlauf gebessert habe. Derzeit bestünden als Restsymptomatik noch als Hauptsymptom eine starke Ermüdbarkeit unter Belastung sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und ein chronischer Kopfschmerz, aber keine Hauptsymptome einer Depression oder depressiven Anpassungsstörung. Die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin stelle durch hohe Erwartungen an die eigenen Leistungen und die Umwelt sowie einer niedrigen Frustrationstoleranz einen Risikofaktor für psychiatrische Erkrankungen aus dem Bereich der neurotischen Störungen dar, liege aber psychologisch im normalen Bereich und sei daher nicht als Vorschädigung zu bewerten. Darüber hinaus hätten vor dem Unfall keine psychiatrischen Erkrankungen vorgelegen, so dass die nach dem Unfall aufgetretenen Veränderungen ihrer psychischen Gesundheit alle als direkte oder indirekte Unfallfolge zu werten seien. Die wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörungen sei der Unfall gewesen. Eine Behandlungsbedürftigkeit bestehe bis zum heutigen Zeitpunkt, eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. März 2010. Von Juni 2009 bis Juni 2011 habe eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vorgelegen und zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 50 v.H. geführt. Seit Juni 2011 bis heute sei die Erwerbsfähigkeit aufgrund der Neurasthenie, der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung und des chronischen Kopfschmerzes um 25 v.H. gemindert.

Der Neurologe Dr. G. vom B. Unfallkrankenhaus H1 (B.) führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 30. Mai 2013 aus, dass seines Erachtens die Diagnose einer Neurasthenie folgerichtig gestellt worden sei. Dabei seien wahrscheinlich die darüber hinaus beschriebenen Spannungskopfschmerzen als auch die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen lediglich als Symptome der Neurasthenie aufzufassen. Die Neurasthenie sei aber nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 26. Februar 2009 zurückzuführen. Dies werde auch im Gutachten nicht schlüssig dargelegt. Infolge des Unfalls sei allenfalls eine leichte Distorsion der HWS eingetreten, welche folgenlos ausgeheilt sei. Es fänden sich keine Hinweise für strukturelle Schäden an der Wirbelsäule. Auch hätten sich keine Anhaltspunkte für ein Schädel-Hirn-Trauma ergeben. Die Ursache der erst später festgestellten Sehstörung in Form von Gesichtsfelddefekten bleibe unklar und könne ebenfalls nicht dem Unfallereignis zugerechnet werden. Anhaltspunkte für eine Mitbeteiligung von Nervenwurzeln oder gar eine Rückenmarksschädigung in Höhe der HWS hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Belastbare Hinweise für eine primäre psychische Traumatisierung ließen sich aus den Unterlagen nicht ableiten. Auch sei das geschilderte Unfallereignis nicht geeignet, eine länger anhaltende psychische Störung von Krankheitswert hervorzurufen. Eine Anpassungsstörung entwickle sich normalerweise innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis und halte nicht länger als sechs Monate an. Im Gegensatz dazu

seien psychische Beschwerden erstmals am 11. Juni 2009 nach der Untersuchung in der neurologischen Praxis Dr. M. berichtet worden. Dies allerdings in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Kündigung des Arbeitsplatzes der Klägerin. Letztendlich könne auch nicht der mehrere Jahre zurückliegende Auffahrunfall als maßgebliche aufrechterhaltende Bedingung für die derzeitige neurasthene Symptomatik angesehen werden. Strukturelle, persönlichkeitsbedingte Faktoren für eine Neurasthenie seien in dem Gutachten beschrieben, aber nicht hinreichend in die Kausalitätsbetrachtung einbezogen worden. Bei fehlendem Kausalzusammenhang erübrige sich die Diskussion um die Höhe der MdE, an der von Prof. Dr. K1 vorgeschlagenen Höhe der MdE bestünden aber erhebliche Zweifel.

Der Augenarzt Dr. A. erstellte am 24. September 2013 ein augenärztliches Zusatzgutachten. Bei der Klägerin bestehe ein homonymer Quadrantenausfall nach rechts unten. Dieser sei Folge des Verkehrsunfalls. Die Sehstrahlung laufe durch das in Mitleidenschaft gezogene Hirnareal, wie sich bei der PET-Untersuchung gezeigt habe. In einem weiteren Schreiben vom 6. November 2013 gab Dr. A. an, dass der Quadrantenausfall nicht behandelbar sei. Man gehe von einer gewissen Gewöhnung an den Gesichtsfeldausfall nach ca. drei Monaten aus. Im Folgenden sollte man der Versicherten Zugeständnisse bei der Belastung im Arbeitsalltag durch vermehrte Pausen und eine Reduzierung der Arbeitszeit geben. Auf dem augenärztlichen Fachgebiet bedinge die homonyme Quadrantenanopsie nach unten eine MdE von 30 Prozent. Ein Führen eines Kraftfahrzeuges sei nicht mehr möglich.

Dr. S. erstellte am 9. November 2013 ein Zusatzgutachten auf chirurgischem, unfallchirurgischem und orthopädischem Fachgebiet. Er diagnostizierte bei der Klägerin einen Zustand nach HWS-Distorsion mit posttraumatischem cervicalen Syndrom (Schwindel, Sehstörungen, cervicogener Kopfschmerz, Leistungsminderung, Konzentrationsstörung), eine Quadrantenhemianopsie beidseits nach rechts unten, eine Neurasthenie, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und einen chronischen Spannungskopfschmerz. Durch neurootologische Untersuchungen hätten die Befunde objektiviert werden können und sie bestünden bis heute fort. Durch psychiatrische und neuropsychologische Untersuchungen hätten die weiteren Diagnosen objektiviert werden können. Es lägen keine Nichtunfallfolgen bzw. Vorschäden bei der Klägerin vor. Das Unfallereignis sei ursächlich für die Unfallfolgen nach einer HWS-Distorsion mit Ausbildung eines posttraumatischen cervicocephalen Syndroms. Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 31. März 2010 bestanden, Behandlungsbedürftigkeit bestehe bis zum aktuellen Zeitpunkt. Die MdE sei auf unfallchirurgischem Fachgebiet nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit in rentenberechtigender Höhe von 25 v. H. gegeben. Die unfallbedingte MdE gehe in der psychiatrischen MdE auf.

Mit Bescheid vom 18. Februar 2014 erkannte die Beklagte den Unfall vom 26. Februar 2009 als Arbeitsunfall an. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 8. April 2009 bestanden. Die wegen der anerkannten Unfallfolgen erforderlichen Maßnahmen der Heilbehandlung seien übernommen worden. Ein Anspruch auf Rente wegen des Arbeitsunfalls bestehe jedoch nicht. Als Folgen des Arbeitsunfalls werde eine folgenlos ausgeheilte Verstauchung der Halswirbelsäule anerkannt. Nicht anerkannt würden eine Neurasthenie mit Spannungskopfschmerz und Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, ein homonymer Quadrantenausfall nach rechts unten beidseits, eine Kurz- und Alterssichtigkeit beidseits und eine Stabsichtigkeit links. Die Klägerin legte hiergegen am 26. Februar 2014 Widerspruch ein.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat am 4. Juli 2014 Untätigkeitsklage beim Sozialgericht Hamburg erhoben. Mit Widerspruchsbescheid vom 26. September 2014 hat die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen. Der Arbeitsunfall habe zu einer folgenlos verheilten Verstauchung der HWS geführt. Eine rentenberechtigende MdE liege nicht vor. Im Feststellungsverfahren habe die Klägerin zudem der Übermittlung des Vorerkrankungs-Verzeichnisses durch die Krankenkasse widersprochen. Der Bevollmächtigte der Klägerin hat nach Erlass des Widerspruchsbescheids die Klage umgestellt und einen Neubeschleidungsantrag gestellt. Eine ordnungsgemäße Beratung des Widerspruchsausschusses habe offensichtlich nicht stattgefunden und es sei offenbar auf Drängen der Beklagten ohne eine ernsthafte Beratung mit dem Vertreter der Versicherten und dem Vertreter der Arbeitgeber ein vorgefertigter Bescheid erlassen worden.

Das Sozialgericht hat Befundberichte der behandelnden Ärzte der Klägerin und medizinische Unterlagen der Sozialversicherungsträger herangezogen. Die Klägerin hat im Klageverfahren nur eine eingeschränkte Schweigepflichtentbindung eingereicht und die Anforderung von medizinischen Unterlagen bei medizinischen Diensten von Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern untersagt. Der Bevollmächtigte des Klägers hat dann jedoch ein Vorerkrankungsverzeichnis der Techniker Krankenkasse (TK) eingereicht. Von Bedeutung könnten allein die Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 30. Mai 2008 bis 27. Juni 2008 bzw. vom 22. Oktober 2008 bis 31. Oktober 2008 sein. Diese Störungen hätten einen berufsbedingten Hintergrund gehabt. Nachdem ein neuer Vorgesetzter in S1 ab 1. April 2008 eingesetzt worden sei, sei es zu einem heftigen Mobbing gekommen, das zu den beiden kurzfristigen Erkrankungen der Klägerin geführt habe. Davor und auch bis zur Auflösung des Arbeitsvertrages (die Klägerin habe ab 1. April 2010 einen anderen Arbeitsplatz gefunden) sei es niemals zu derartigen Erkrankungen gekommen. Nach Beendigung der Erkrankungen im Jahr 2008 sei die Klägerin in einen anderen Bereich umgesetzt worden und ihr Gesundheitszustand habe sich bis zum Unfall wieder normalisiert gehabt.

Der Facharzt für Chirurgie Dr. K. hat in einem Befundbericht vom 18. Dezember 2014 mitgeteilt, dass er die Klägerin 1994 wegen eines HWS-Syndroms, 2001 wegen Cephalgien und einer HWS-Blockierung, 2006 wegen eines HWS-Schulter-Arm-Syndroms und Myogelosen, 2007 wegen eines psychovegetativen Überlastungssyndroms und 2008 wegen eines HWS-Syndroms und eines Schulter-Arm-Syndroms behandelt habe.

Dem Entlassungsbericht aus der Rehabilitationsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers vom 14. März bis 25. April 2013 ist zu entnehmen, dass die Klägerin dort angegeben habe, seit drei Jahren unter psychischen Beschwerden zu leiden. Den Hintergrund sehe sie im beruflichen Bereich.

Dr. M1 hat in seinem Befundbericht vom 12. Februar 2015 mitgeteilt, dass bei der Klägerin ein normales Tongehör, aber gestörte otoakustische Emissionen und Stapediusreflexe als Ursache für die Hyperakusis vorlägen. Es bestehe eine schwerwiegende kombinierte zentrale und periphere Vestibularisstörung, die cervical verursacht worden sei. Es liege eine multisensorische Störung vom Kopfhals mit schwerwiegenden Gleichgewichtsstörungen und leichten Hörstörungen in Form von zeitweise Tinnitus und Hyperakusis nach dem Unfall vor.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das Sozialgericht die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. November 2015 abgewiesen. Die Klägerin habe einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem sie sich als Verletzungen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet eine Prellung/Zerrung der HWS zugezogen habe, die maximal 6 Wochen unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit zur Folge gehabt habe. Das Unfallereignis stelle ein eher harmloses Unfallgeschehen dar, bei dem gerade keine erheblichen physikalischen Kräfte auf die Klägerin

eingewirkt hätten. Dies zeige sich bereits daran, dass die Polizeibeamten nach Inaugenscheinnahme der Unfallfahrzeuge keinen Bericht gefertigt, sondern diesen erst auf Aufforderung erstellt hätten. Der Airbag des PKW der Klägerin sei trotz eines Frontalzusammenstoßes nicht ausgelöst worden und die Klägerin habe weiter zur Arbeit fahren können. Die festgestellten Erstkörperschäden bestätigten dies.

Gegen den ihr am 24. November 2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 3. Dezember 2015 Berufung eingelegt. Es habe sich bereits in der Zeit nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland herausgestellt, dass die Sozialgerichtsbarkeit mit Schäden, die man nicht messen, wiegen oder fühlen könne, nichts anfangen könne. Diese Schiene werde hier gefahren. Die Angaben von Dr. G. seien blind erfolgt und hätten Sachvortragsqualität. Ohne Beweismittelangaben dürften sie gar nicht verwertet werden.

Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 18. Februar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. September 2014 abzuändern und den Gerichtsbescheid vom 19. November 2015 aufzuheben und der Klägerin Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den ab 8. April 2009 hinausgehend auf Grund des Unfallereignisses vom 26. Februar 2009 zu gewähren,

hilfsweise eine Stellungnahmefrist von drei Wochen ab Zustellung des Protokolls zu dem Ergebnis der Beweisaufnahme im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 10. Oktober 2018.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte beruft sich auf ihr bisheriges Vorbringen.

Das Landessozialgericht Hamburg hat ein nervenärztliches Gutachten von Dr. N. eingeholt. Die Klägerin hat dort angegeben, dass sie medikamentös einmal täglich mit dem Schmerzmittel Ibuprofen 600 und bedarfsweise zwei- bis dreimal wöchentlich mit Novamisulfon behandelt werde. Zudem nehme sie das Antidepressivum Velafaxin und Promethazin bedarfsweise mehrmals wöchentlich. Im Befund hat Dr. N. bei der Klägerin keine Spur von Tagesmüdigkeit finden können, die Klägerin sei dem Gesprächsverlauf attent gefolgt. Auf der Persönlichkeitsebene zeige die Klägerin eine deutlich vermehrte narzisstische Kränkbarkeit bei hohen Selbstansprüchen, Neigung zu Perfektionismus und daraus resultierend auch eine Neigung zur Selbstüberforderung. Die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien jedoch nicht erfüllt. Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis hätten im klinisch-psychopathologischen Befund nicht beeinträchtigt gewirkt, die von der Klägerin subjektiv anamnestisch angegebenen kognitiv-mnestischen Einbußen hätten sich auf der Befundebene nicht widerspiegelt. Die Klägerin sei der dreistündigen Exploration ohne Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit gefolgt. Bei der Klägerin lägen folgende Diagnosen vor: - homonyme Quadrantenanopsie nach rechts unten bei diskreter linkshemisphärieller Störung - Neurasthenie, differentialdiagnostisch subsyndromale bis allenfalls leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung - Zustand nach passagerer Anpassungsstörung - Zustand nach frontaler Autokollision mit zervikozepalem Syndrom bei HWS-Distorsion - Spannungskopfschmerz, mögliche medikamenteninduzierte Kopfschmerzkomponente. Aus neurologischer Sicht sei festzuhalten, dass bei dem Ereignis wahrscheinlich eine HWS-Distorsion im zervikozepalen Übergang entstanden sei, welche auch im Zuge der MRT-Untersuchung ihren Niederschlag in der diskreten ödematösen Veränderung im Bereich der Ligamenta alaria gefunden habe. Dies sei bei dem Unfallmechanismus zwar eher ungewöhnlich, wäre eher bei einer Auffahrkollision zu erwarten gewesen und nicht bei einem frontalen Anprall, bei dem andere Kräfteeinwirkungen auf die Halswirbelsäule und den zervikozepalen Übergang einwirkten, könne aber nicht ausgeschlossen werden. Darüber hinausgehend lasse sich allerdings der Nachweis einer Läsion nervalen Strukturen nicht führen. Die klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde seien stets unauffällig, sehe man einmal von der homonymen Quadrantenanopsie nach rechts unten ab. Anlässlich der heute erfolgten neurologischen Untersuchung zeige sich neben der homonymen Quadrantenanopsie nach rechts unten zusätzlich ein angedeutetes Babinsky-Phänomen rechts als weiterer Hinweis auf eine leichte linkshemisphärielle Dysfunktion. Auch die leichte Seitendifferenz im Monopodalstand mit erkennbarer Unsicherheit rechts könne für die linkshemisphärielle Störung sprechen. Die Ursache der linkshemisphäriellen Störung, die auch mit der im PET dokumentierten Minderperfusion korreliere, lasse sich nicht eingrenzen. Denkbar wäre eine mögliche passagere Minderperfusion durch eine extrakranielle Dissektion einer hirnzuführenden Arterie, wie sie gelegentlich selbst bei Bagateltraumata vorkommen könne. Gegen diese Möglichkeit spreche allerdings der unauffällige dopplersonografische Befund, den Dr. M. beschreibe. Es sei der Einschätzung von Prof. Dr. K1 zuzustimmen, dass keine durch technische Untersuchungen objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 26. Februar 2009 bestünden. Die geklagte Beschwerdesymptomatik sei als pathogenetisch-ätiologisch unerklärbares Syndrom nicht-organischer Genese anzusehen, zumal die Ergebnisse der PET-Untersuchung letztlich keinen organischen Schaden bewiesen und schon gar nicht einen kausalen Zusammenhang mit dem in Rede stehenden Ereignis. Im Hinblick auf die von der Klägerin geschilderten psychischen Beeinträchtigungen sei wie anlässlich der Vorbegutachtung durch Prof. Dr. K1 von einem neurasthenen Syndrom auszugehen. In typischer Weise schildere die Klägerin geistige Ermüdbarkeit, nachlassende Leistungsfähigkeit, Konzentrationsschwäche, ineffektives Denken, Gefühle von Erschöpfung und, gerade bei neurasthenen Beschwerden nicht selten, es würden körperliche Symptome wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz, allgemeine Unsicherheit angegeben und darüber hinaus auch einzelne Symptome einer depressiven Symptomatik geäußert. Das Ausmaß einer Persönlichkeitsstörung werde bei der Klägerin nicht erreicht, die Wurzeln der Persönlichkeitsakzente reichten weit in die Psychobiografie der Klägerin zurück. Zudem habe die Klägerin bereits in der Vergangenheit 2004 und 2008 wegen psychischer Dekompensationen Arbeitsunfähigkeitsattestierungen gehabt, so dass auch eine vorbestehende Vulnerabilität ausreichend zu würdigen sei. Offenkundig habe das Unfallereignis bei der Klägerin auch im Zusammenhang mit Konflikten am Arbeitsplatz (nicht zuletzt sei auf die von der Klägerin als kränkend wahrgenommene Bemerkung ihres Vorgesetzten am Unfalltag hingewiesen) eine Anpassungsstörung ausgelöst, welche jedoch unter der eingeleiteten fachpsychiatrischen Behandlung remittiert sei. Die jetzt vorliegende neurasthene Symptomatik lasse sich aus psychiatrischer Optik am ehesten auf fortbestehende Kränkungerlebnisse in Zusammenhang mit dem Arbeitsplatzverlust in der Verwaltung S1, weiterhin fortbestehenden und offenbar auch eskalierenden innerfamiliären Konflikten zurückzuführen. Hinweise darauf, dass die neurasthene Symptomatik als Ausdruck einer hirnorganisch bedingten Veränderung zu interpretieren sei, ließen sich nicht ausmachen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass bei der Klägerin ein vielschichtiges Beschwerdebild vorliege, welches lediglich möglicherweise in Teilen, aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehe. Eine Reihe technischer Untersuchungen, die in Zusammenhang mit den Beschwerden erfolgt seien, seien nicht allgemein wissenschaftlich anerkannt. Auch die PET-Untersuchung und deren Interpretation seien vielschichtig. Allerdings sei darauf hinzuweisen, dass die festgestellten neuroophthalmologischen Defizite, nämlich die Quadrantenanopsie nach rechts unten, sowie die hier in der Untersuchung auffällige Pyramidenbahnsymptomatik rechts auf eine linkshemisphärielle Funktionsstörung hinwiesen. Die Ursache dieser linkshemisphäriellen Störung sei jedoch lediglich in einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen, der Nachweis einer strukturellen Läsion fehle und insgesamt sei somit ein Zusammenhang höchstens möglich, jedoch nicht wahrscheinlich. Die Ursache der linkshemisphäriellen Störung mit

Quadrantenanopsie sei letztlich nicht geklärt, ein Zusammenhang mit anderen unfallfremden Ereignissen, beispielsweise cerebralen Durchblutungsstörungen, Entzündungen oder auch spontan/idiopathisch sei wahrscheinlicher. Läsionen im Parietallappen verursachten zumeist keine Hemianopsie. Nur wenn sie weit nach unten reichten, komme es zu einer unteren homonymen Quadrantenanopsie oder beim Erreichen des okzipitalen Marklagers auch zu einer kompletten Hemianopsie. Eine untere homonyme, kongruente Quadrantenanopsie deute immer auf den Parietallappen als Läsionsort hin. Häufigste Ursachen seien ein Tumor, Infarkt im Bereich der Arteria cerebri posterior oder Arteria cerebri media, ferner Entzündungen. Traumatische Ursachen seien selten, insgesamt spreche mehr gegen als für einen Zusammenhang mit dem Unfall. Eine anfängliche bestehende Anpassungsstörung, die in einem durchaus wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Ereignis gestanden habe, sei remittiert. Verblieben sei eine neurasthene Symptomatik, deren Ursache jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne, sondern vielmehr in einem Zusammenhang mit Kränkungerlebnissen sowie fortbestehenden innerfamiliären Konflikten zu sehen sei. Für eine posttraumatische Kopfschmerzgenese ergäben sich keine ausreichenden Anhaltspunkte. Arbeitsunfähigkeit habe aus neurologisch-psychiatrischer Sicht lediglich bis zum 8. April 2009 bestanden. HWS-Distorsionen würden ohne nachweisbare strukturelle Schäden bzw. neurologische Defizite in der Regel innerhalb von sechs Wochen abklingen. Auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet bestehe mithin keine MdE infolge der Unfallfolgen. Gutachten anderer Fachgebiete halte er für entbehrlich.

Dr. N. ist in der mündlichen Verhandlung vom 10. Oktober 2018 zu seinem Gutachten angehört worden.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Sitzungsniederschrift vom 10. Oktober 2018 und den weiteren Inhalt der Prozessakte und Beiakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 SGG) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (§ 151 SGG) Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die zulässige kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat weder Anspruch auf die Gewährung von Verletztengeld über den 8. April 2009 hinaus noch auf eine Verletztenrente wegen des Wegeunfalls vom 26. Februar 2009.

Die Klägerin hat über den 8. April 2009 hinaus keinen Anspruch auf Verletztengeld. Anspruch auf Verletztengeld haben Versicherte nach § 45 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) u.a., wenn sie infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können. Die Klägerin war nach dem 8. April 2009 weder infolge eines Versicherungsfalls arbeitsunfähig noch konnte sie wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben.

Voraussetzung für die Gewährung von Verletztengeld ist das Vorliegen eines Versicherungsfalles, hier eines Arbeitsunfalls. Ein solcher liegt unstreitig vor. Für einen Arbeitsunfall ist nach § 8 Abs. 1 SGB VII in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist hingegen keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196). Versicherte Tätigkeit ist nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Die Klägerin ist morgens auf dem Weg zur Arbeit mit einem anderen PKW kollidiert. Aufgrund dieses Unfallereignisses hat sie einen Gesundheitserstschaden erlitten, und zwar jedenfalls eine Distorsion der HWS.

Die weitere Voraussetzung für die Gewährung von Verletztengeld erfordert, dass überhaupt Arbeitsunfähigkeit der Versicherten über den 9. April 2008 hinaus durch eine Beeinträchtigung ihres körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens vorgelegen hat und dass diese Beeinträchtigung in Folge des festgestellten Versicherungsfalles – hier des Arbeitsunfalls – eingetreten ist, also über einen längeren Zeitraum andauernde Unfallfolgen vorliegen. Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels des Gesundheitserstschadens oder direkt ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen (BSG, a.a.O.). Allein durch einen zeitlichen Zusammenhang zum Unfall, wie es Dr. S. im chirurgischen Gutachten annimmt, wird eine überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht begründet.

Aufgrund der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörungen war über den 9. April 2009 hinaus bei der Klägerin keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Bei der Klägerin kam es in Folge des Verkehrsunfalls zu einer Distorsion der HWS. Eine solche heilt jedoch in der Regel bereits nach wenigen Wochen aus, wie es auch bei der Klägerin der Fall war. Organische Defizite aus dieser Verletzung sind nicht nachgewiesen. Prof. Dr. K1 und Dr. N. weisen übereinstimmend darauf hin, dass die MRT-Untersuchung vom 22. April 2009 und das EEG vom 27. November 2009 keine Hinweise auf eine strukturelle Läsion gezeigt hätten. Auch die Untersuchung der Sehbahnen mittels VEP habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Die PET-Untersuchung vom 22. September 2009 habe zwar laut Prof. Dr. K1 unspezifische Minderanreicherungen von Glucose im Sinne eines verringerten Stoffwechsels in verschiedensten Arealen des Gehirns aufgewiesen, es gebe jedoch keine evidenzbasierten Empfehlungen zum Einsatz FDG-PET-Untersuchungen zur Diagnostik kognitiver Störungen. Dr. N. schließt sich dieser Auffassung von Prof. Dr. K1 an, dass keine durch technische Untersuchungen objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 26. Februar 2009 bestünden. Die geklagte Beschwerdesymptomatik sei als pathogenetisch-ätiologisch unerklärbares Syndrom nicht-organischer Genese anzusehen, zumal die Ergebnisse der PET-Untersuchung keinen organischen Schaden bewiesen und insbesondere auch keinen kausalen Zusammenhang begründen würden. Anhaltspunkte, dass bei der Klägerin eine Gehirnerschütterung vorlag, bestehen nicht, da zu keinem Zeitpunkt ein Bewusstseinsverlust dokumentiert worden ist.

Auch die bei der Klägerin vorliegende Quadrantenhemianopsie beidseits ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls. Dr. N. führt überzeugend aus, dass die Quadrantenanopsie nach rechts unten sowie die bei ihm in der Untersuchung auffällige Pyramidenbahnsymptomatik rechts auf eine linkshemisphärielle Funktionsstörung bei der Klägerin hinwiesen. Die Ursache der

linkshemisphärischen Störung mit Quadrantenanopsie sei letztlich nicht geklärt. Der Augenarzt Dr. A. geht hingegen davon aus, dass der homonyme Quadrantenausfall Folge des Verkehrsunfalls sei. Die Sehstrahlung laufe durch das in Mitleidenschaft gezogene Hirnareal, wie sich bei der PET-Untersuchung gezeigt habe. Dr. N. weist jedoch zu Recht darauf hin, dass gerade der Nachweis einer strukturellen Läsion fehlt und auch durch die PET-Untersuchung nicht begründet werden kann. Zu dem gleichen Ergebnis kommt auch Prof. Dr. K1, der darlegt, dass die krankhaften Befunde im Rahmen der neurootologischen Untersuchung auf eine umstrittene Untersuchungsmethode zurückgingen und keine funktionellen oder strukturellen Schädigungen des Gehirns beweisen würden. Allein die Tatsache, dass die Quadrantenanopsie erst nach dem Unfall erstmals diagnostiziert worden ist, begründet noch keinen wahrscheinlichen Zusammenhang. Auch unfallfremde Ereignisse, wie beispielsweise cerebrale Durchblutungsstörungen, Folgen von Entzündungen oder auch spontane/idiopathische Ursachen können eine Quadrantenanopsie auslösen. Dr. N. führt schlüssig aus, dass Läsionen im Parietallappen zudem zumeist keine Hemianopsie verursachen. Nur wenn sie weit nach unten reichten, komme es überhaupt zu einer unteren homonymen Quadrantenanopsie oder beim Erreichen des okzipitalen Marklagers auch zu einer kompletten Hemianopsie. Eine untere homonyme, kongruente Quadrantenanopsie deute immer auf den Parietallappen als Läsionsort hin. Häufigste Ursachen seien ein Tumor, ein Infarkt im Bereich der Arteria cerebri posterior oder Arteria cerebri media, ferner Entzündungen. Traumatische Ursachen seien selten. Insgesamt spricht daher mehr gegen als für einen Zusammenhang mit dem Unfall.

Sowohl Prof. Dr. K1 als auch Dr. N. kommen zu dem Ergebnis, dass bei der Klägerin eine Neurasthenie und eine Anpassungsstörung vorliegen. Prof. Dr. K1 geht davon aus, dass beide Erkrankungen Unfallfolge seien, da bei der Klägerin keine Vorschäden im psychiatrischen Bereich vorliegen würden. Die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin liege psychologisch im Normalbereich und sei nicht als Vorschädigung zu werten. Dr. N. weist jedoch zu Recht auf eine vorbestehende Vulnerabilität der Klägerin hin. Auch die von der Klägerin geschilderten Konflikte am Arbeitsplatz und innerfamiliären Konflikte können nicht außer Betracht gelassen werden und kommen ebenfalls als Ursache für die Neurasthenie der Klägerin in Betracht, so dass der Unfall als wesentliche Ursache nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Für die Anpassungsstörung war der Unfall zwar wesentliche Ursache, die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit war aber jedenfalls zum 8. April 2009 beendet. Im Vordergrund stand vielmehr die bei der Klägerin diagnostizierte Neurasthenie.

Auch die von der Klägerin vorgetragenen Spannungskopfschmerzen sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Zum einen befand sich die Klägerin bereits vor dem Unfall wegen Kopfschmerzen in Behandlung. Zum anderen ist aber auch der hohe Schmerzmittelkonsum der Klägerin zu berücksichtigen, der wiederum Kopfschmerzen bedingen kann.

Eine Verletztenrente kommt aufgrund der vorstehenden Ausführungen nicht in Betracht, da bei der Klägerin keine Unfallfolgen verblieben sind.

Es konnte eine Entscheidung in der mündlichen Verhandlung am 10. Oktober 2018 ergehen, ohne dass der Klägerin eine weitere Frist zur Stellungnahme einzuräumen war. Der Sachverständige Dr. N. wurde in der mündlichen Verhandlung zu seinem Gutachten gehört. Neue Tatsachen oder Beweisergebnisse, die nicht bereits im schriftlichen Gutachten enthalten waren, haben sich nicht ergeben. Der Klägerin wurde in der Verhandlung ausreichend rechtliches Gehör gewährt, einer Vertagung bedurfte es nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits. Hierbei war zu berücksichtigen, dass die Untätigkeitsklage zulässig und begründet gewesen ist.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-11-08