S 2 U 175/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 U 175/98
Datum	18.01.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 18 U 61/01
Datum	26.02.2003

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 18.01.2001 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem KlÃ¤ger fÃ¼r die Folgen des Unfalles vom 06.11.1995 Ã¼ber den 30.11.1997 hinaus Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) um mindestens 20 vH zu gewÃ¤hren ist.

Der am 1969 geborene KlÃ¤ger stÃ¼rzte am 06.11.1995 bei Malerarbeiten von einem GerÃ¼st in ein Treppenhaus. Nach dem Untersuchungsbericht der Beklagten betrug die SturzhÃ¶he 8 m. Der KlÃ¤ger blieb mit dem linken Bein im TreppengelÃ¤nder kopfÃ¼ber hÃ¤ngen. Wegen der Unfallfolgen wurde er im Reha-Zentrum R. in B. bis 08.12.1995 stationÃ¤r erstbehandelt. Die Nachbehandlung erfolgte vom 16.01.1996 bis 27.02.1996. ArbeitsunfÃ¤higkeit bestand zunÃ¤chst vom 06.11.1995 bis 03.11.1996 und vom 19.11.1996 bis 29.11.1996 und 09.12.1996 bis 25.05.1997. Dazwischenliegende Arbeitsversuche missglÃ¼ckten.

Sein ArbeitsverhÃltnis wurde zum 30.11.1996 gekÃ¼ndigt. Seit 01.12.1997 war er arbeitslos und seit November 1998 ist er wieder ununterbrochen in seinem Beruf als Maler tÃ¤tig.

Die Beklagte zog Behandlungsunterlagen Ã¼ber den KlÃ¤ger bei und lieÃ ihn von Dr.O. (chirurgisches Gutachten vom 21.01.1997), Prof. Dr.G. (neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 25.06.1997) und Dr.S. (chirurgisches Gutachten vom 18.09.1997/27.01.1998) untersuchen und gewÃ¤hrte mit Bescheid vom 18.03.1998 fÃ¼r die Unfallfolgen "endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung des oberen Sprunggelenks links, ausgeprÃ¤gte Narbenbildung im Bereich der linken Wade, EmpfindungsstÃ¶rungen im Narbenbereich an der linken Wade" eine Rente nach einer MdE um 20 vH fÃ¼r die Zeit vom 26.05.1997 bis 30.11.1997.

Im Widerspruchsverfahren legte der KlÃ¤ger ein Ã¤rztliches Attest des Dr.O. vom 29.01.1996 vor, wonach voraussichtlich ein Dauerschaden mit einer MdE von ca 40 vH zurÃ¼ckbleiben wÃ¼rde. Er machte geltend, neben den Unfallfolgen im Bereich beider Beine unter chronischen Kopf- und Nackenschmerzen, die auf einen durch den Unfall erlittenen Bruch des 6.HalswirbelkÃ¶rpers (HWK) zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien sowie hÃ¤ufigen SchwindelgefÃ¼hlen und Stimmungsschwankungen zu leiden. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.05.1998 zurÃ¼ck und fÃ¼hrte aus, Dr.S. sei nach Durchsicht aller im Verlauf des Feststellungsverfahrens gefertigten RÃ¶ntgenaufnahmen zu dem Ergebnis gekommen, der Unfall habe eine Absprengung der Vorderkante des 6.HWK nicht verursacht. Die Ã¼brigen vorgebrachten Beschwerden seien von Dr.S. und Prof. Dr.G. bei der Beurteilung des Grades der MdE berÃ¼cksichtigt.

Im anschlieÃenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) NÃ¼rnberg hat der KlÃ¤ger beantragt, die Beklagte unter AbÃ¤nderung des Bescheides vom 18.03.1998 idF des Widerspruchsbescheides vom 20.05.1998 zu verurteilen, wegen der Unfallfolgen insbesondere auf neurologischem Fachgebiet Ã¼ber den 30.11.1997 hinaus Rente nach einer MdE um mindestens 20 vH zu gewÃ¤hren. Das SG hat von Amts wegen den OrthopÃ¤den Dr.K. (Gutachten vom 23.03.1999/27.06.2000) und den Neurologen Dr.W. (Gutachten vom 21.10.1999) sowie den Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.S. (Gutachten vom 28.04.2000) gemÃ¤Ã Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gehÃ¶rt.

Der OrthopÃ¤de Dr.K. hat nach einem Abstand von Ã¼ber 3 Jahren zum Unfalltag einen Zustand nach Vorderkantenabsprengung nicht ausgeschlossen. Er hat aber festgestellt, dass es nach der klinischen Untersuchung und RÃ¶ntgendiagnostik zu keiner signifikanten Unfallfolge im Bereich der unteren HWS gekommen sei, da keine InstabilitÃ¤t und keine BandscheibenzerreiÃung nachzuweisen seien. Aufgrund der SturzhÃ¶he von (angenommenen) mindestens 8 Metern und dem Umstand, dass keine Behandlung der HWS vor dem Unfall stattgefunden habe, sei der jetzige Befund "endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS mit paravertebralen Muskelhartspann" als Unfallfolge anzusehen. Die MdE schÃ¤tzte er auf seinem Fachgebiet vom 26.05.1997 bis 05.11.1997 mit 20 vH, ab 06.11.1997 auf Dauer mit 10 vH ein.

Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.W. ist vor allem im Hinblick auf dem kernspintomographisch gesicherten Befund davon ausgegangen, dass der KlÃ¤ger beim Sturz nur eine GehirnerschÃ¼tterung (Commotio cerebri) und keine Hirnquetschung (contusio) erlitten hat und im Bereich des Kopfes keine GesundheitsstÃ¶rungen mehr bestehen. Die geschilderten Kopfschmerzen und weiterem BefindungsstÃ¶rungen seien Ausdruck eines psychosomatischen Geschehens, fÃ¼r die der Unfall nicht wesentliche Ursache sei. Vielmehr sprÃ¤chen Art und Verlauf sowie die durchgefÃ¼hrten Untersuchungen eher fÃ¼r eine Veranlagung als ursÃ¤chlichen Faktor.

Der gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG gehÃ¶rte Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.S. hat vorgeschlagen, zusÃ¤tzlich zu den anerkannten Unfallfolgen ein organisches Psychosyndrom bei Zustand nach mÃ¶glicher Hirnquetschung leichten Grades anzuerkennen und die MdE hierfÃ¼r mit 10 vH auf Dauer zu bewerten. Die Hirnquetschung habe â wie die am 22.05.1997 durchgefÃ¼hrte craniale Kernspintomographie gezeigt habe â keine zu diesem Zeitpunkt noch fassbaren morphologischen VerÃ¤nderungen hinterlassen. Ob eine zu einem frÃ¼heren Zeitpunkt durchgefÃ¼hrte Kernspintomographie des SchÃ¤dels eine Hirnquetschung hÃ¤tte nachweisen kÃ¶nnen, bleibe unbeantwortet. Die diagnostische Trennung von GehirnerschÃ¼tterung und Hirnquetschung basiere in erster Linie auf klinisch-neurologischen Befunderhebungen und Verlaufsbeobachtungen, wobei technisch-apparativen Untersuchungsverfahren ein bestÃ¤tigendes bzw entkrÃ¤ftigendes Moment zukommen kÃ¶nne, wenn diese in enger zeitlicher Korrelation mit dem klinisch-neurologischen Befund durchgefÃ¼hrt wÃ¼rden. Der Ausschluss kernspintomographisch fassbarer morphologischer VerÃ¤nderungen 1 1/2 Jahre nach dem Unfallzeitpunkt schlieÃe eine im Vorfeld durchlaufene Hirnschwellung bzw Hirnquetschung nicht aus. Die von verschiedenen Ãrzten beobachteten HirnnervenstÃ¶rungen (AugenmuskellÃ¤hmung, Nystagmus) wÃ¼rden durch die Hirnquetschung und Hirnschwellung leichteren Grades erklÃ¤rt. Das beim KlÃ¤ger vorliegende Psychosyndrom trage neben den sicherlich vorhandenen psychoreaktiven ZÃ¼gen (posttraumatische BelastungsstÃ¶rung) eine im Keim organische PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung in sich.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 18.01.2001 abgewiesen und sich auf die Gutachten der Dres. K. und W. gestÃ¼tzt. Dem Gutachten des Dr.S. ist es nicht gefolgt, weil dieser eine Hirnquetschung beim KlÃ¤ger nur fÃ¼r mÃ¶glich gehalten hat. Eine Anerkennung von Unfallfolgen auf neurologischem Gebiet hat es daher nicht fÃ¼r mÃ¶glich gehalten.

Gegen dieses Urteil hat der KlÃ¤ger Berufung eingelegt und wegen behaupteter zusÃ¤tzlicher Unfallfolgen im Bereich der Augen und des von Dr.S. festgestellten Psychosyndroms eine Rente nach einer MdE um mindestens 20 vH begehrt. Zur BegrÃ¼ndung hat er augenÃ¤rztliche Bescheinigungen des Dr.K.L. vom 04.05.2001, der einen Zustand nach SchÃ¤del-Hirntrauma, eine partielle Opticusatrophie (Sehnervenschwund), konzentrische Gesichtsfeldeinengung, eine eingeschrÃ¤nkte Fusionsbreite und unfallunabhÃ¤ngig eine Weitsichtigkeit diagnostiziert hat, sowie einen augenÃ¤rztlichen Befund des Dr.K. vom 19.02.1996, wonach er Doppelbilder sehe, vorgelegt.

Der Senat hat ein Gutachten des Arztes fÃ¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr.S. vom 25.07.2002 eingeholt. Dieser ist davon ausgegangen, dass der KlÃ¤ger bei dem Unfall eine GehirnerschÃ¼tterung erlitten hat, die im Bereich des Kopfes weder auf neurologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet eine lÃ¤ngerdauernde GesundheitsstÃ¶rung hinterlassen hat. Er hat die vom KlÃ¤ger noch angegebenen Symptome wie Kopfschmerzen und Schwindel sowie die EinbuÃe der Libido und der Potenz nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt. Die psychische Alteration hat er im klinischen Aspekt nicht fÃ¼r nachvollziehbar gehalten und ist von einer offensichtlich massiv aggravierten und pseudodemenziellen Symptomatik ausgegangen. Die psychische Fehlverarbeitung der Unfallfolgen hat er insgesamt als persÃ¶nlichkeitsbedingt gewertet und einer Begehrensneurose zugeordnet.

Der KlÃ¤ger beantragt, das Urteil des SG NÃ¼rnberg vom 18.01.2001 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 18.03.1998 idF des Widerspruchsbescheides vom 20.05.1998 abzuÃ¤ndern und Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH Ã¼ber den 30.11.1997 hinaus zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des SG NÃ¼rnberg vom 18.01.2001 zurÃ¼ckzuweisen.

ErgÃ¤nzend zum Sachverhalt wird auf die Unfallakte der Beklagten und die Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung des KlÃ¤gers ist zulÃ¤ssig, aber nicht begrÃ¼ndet.

Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der KlÃ¤ger hat wegen des Arbeitsunfalles vom 06.11.1995 keinen Anspruch auf Verletztenrente Ã¼ber den 30.11.1997 hinaus, da entschÃ¤digungspflichtige Folgen nicht mehr vorliegen.

Rechtsgrundlage des vom KlÃ¤ger geltend gemachten Anspruchs auf Verletztenrente sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da der Arbeitsunfall vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches â Gesetzliche Unfallversicherung â (SGB VII) zum 01.01.1997 eingetreten ist (Art 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UVEG), Â§ 212 SGB VII).

Anspruch auf Verletztenrente besteht gemÃ¤Ã Â§ 580 Abs 1 RVO dann, wenn die zu entschÃ¤digende MdE Ã¼ber die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert. Die Rente beginnt mit dem Tag nach dem Wegfall der ArbeitsunfÃ¤higkeit iS der Krankenversicherung (Â§ 580 Abs 2 RVO). Verletztenrente wird nach Â§ 581 Abs 1 RVO gewÃ¤hrt, solange infolge des Arbeitsunfalls die ErwerbsfÃ¤higkeit des Verletzten um wenigstens 1/5 (20 vH) gemindert ist. Diese Anspruchsvoraussetzungen sind â wie auch schon das SG im Ergebnis zutreffend dargelegt hat â vorliegend nicht erfÃ¼llt. Der Senat stÃ¼tzt sich insoweit auf das Gesamtergebnis der medizinischen Beweisaufnahme, insbesondere auf die AusfÃ¼hrungen des vom SG gehÃ¶rten SachverstÃ¤ndigen Dr.W. und des vom

Senat gehÃ¶rten SachverstÃ¤ndigen Dr.S. sowie der im Verwaltungsverfahren gehÃ¶rten Gutachter Prof. Dr.G. und Dr.S. , deren AusfÃ¼hrungen urkundsbeweislich zu verwerten waren. Soweit der vom SG gehÃ¶rte SachverstÃ¤ndige Dr.K. von einer unfallbedingten HWS-Verletzung ausgeht und der nach Â§ 109 SGG gehÃ¶rte SachverstÃ¤ndige Dr.S. eine unfallbedingte neurotische Fehlentwicklung annimmt, kann dem nicht gefolgt werden.

Unfallfolgen auf orthopÃ¤dischen Gebiet Ã¼ber die bereits anerkannten GesundheitsstÃ¶rungen hinaus liegen beim KlÃ¤ger nicht vor. Die von Dr.K. festgestellte endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS mit paravertebralen Muskelhartspann kann nicht als Unfallfolge anerkannt werden. Eine Vorderkantenabsprengung beim HWK 6 ist rÃ¶ntgenologisch nicht nachweisbar. Allein aus dem Umstand der SturzhÃ¶he und einer Behandlungsfreiheit vor dem Unfall kann nicht â wie Dr.K. annimmt â auf eine Verletzungsfolge "endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung der WirbelsÃ¤ule" geschlossen werden. Dr.S. hat in seiner Stellungnahme vom 27.01.1998 darauf hingewiesen, dass es bereits vom ersten RÃ¶ntgenbefund her keinen sicheren Anhalt fÃ¼r eine knÃ¶cherne Absprengung der Untervorderkante gibt. Frische Frakturzeichen waren nicht zu sehen, die korrespondierenden Anteile â sowohl der Untervorderkante des 6.HWK als auch die hiermit korrespondierende FlÃ¤che der kleinen, knochendichten Struktur â waren nicht scharf begrenzt, sondern deutlich sklerosiert. Dies lÃ¤sst sich nicht mit einer frischen knÃ¶chernen Verletzung in Ãbereinstimmung bringen. Funktionsaufnahmen der HWS vom 17.11.1995 in Vor- und in RÃ¼ckneigung haben auch keine Erweiterung der vorderen ZwischenrÃ¤ume und der AbstÃ¤nde der DornfortsÃ¤tze als Hinweis auf eine disco-ligamentÃ¤re InstabilitÃ¤t gezeigt. Eine solche wÃ¼rde jedoch vorliegen, wenn die VerÃ¤nderung an der Untervorderkante von C 6 auf einen knÃ¶chernen Abriss des vorderen LÃ¤ngsbandes am 6.HWK zurÃ¼ckzufÃ¼hren wÃ¤re.

Die beim KlÃ¤ger bestehenden psychischen StÃ¶rungen kÃ¶nnen nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit iS der unfallrechtlichen KausalitÃ¤tslehre wesentlich ursÃ¤chlich oder teilursÃ¤chlich auf das Unfallereignis vom 06.11.1995 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Nach der KausalitÃ¤tslehre von der wesentlichen Bedingung sind ursÃ¤chlich oder mitursÃ¤chlich nur die Bedingungen, die unter AbwÃ¤gung ihres verschiedenen Wertes wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (vgl BSGE 1, 254, 256; 12, 242, 245; 61, 127, 129; Bereiter-Hahn/ Schieke/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung â Handkommentar -, Stand: 05/96, Â§ 548 RVO RdNr 3; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung, Band 3 â Gesetzliche Unfallversicherung â 12.Aufl, Â§ 8 SGB VII RdNr 310 ff). Die GrundsÃ¤tze der unfallrechtlichen KausalitÃ¤tslehre gelten auch bei der â besonders schwierigen â Zusammenhangsbeurteilung zwischen ArbeitsunfÃ¤llen und danach aufgetretenen psychischen Reaktionen (vgl dazu BSGE 18, 173, 177; 19, 275, 278; BSG, Urteil vom 31.01.1989 â 2 RU 17/88 â in HV-Info 1989 907 â 910; SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, 6.Aufl, S 221 ff). Akute abnorme seelische Reaktionen kommen danach als Unfallfolge dann in Betracht, wenn sich die Symptome unmittelbar nach dem schÃ¤digenden Ereignis entwickelt haben, das mit einer so schweren seelischen StÃ¶rung verbunden war, dass auch bei einer

gewÃ¶hnlichen seelischen Reaktionsweise eine ausgeprÃ¤gte Reaktion zu erwarten gewesen wÃ¤re.

Vorliegend ist von entscheidender Bedeutung, ob der KlÃ¤ger bei dem Sturz eine Hirnquetschung oder lediglich eine GehirnerschÃ¼tterung erlitten hat. Der Senat folgt den Gutachten des Prof. Dr.G. , des Dr.W. und des Dr.S. , die Ã¼bereinstimmend als Unfallfolge eine GehirnerschÃ¼tterung annehmen. Diese SachverstÃ¤ndigen begrÃ¼nden ihre Auffassung in Ã¼berzeugender Weise mit dem Befund der Kernspintomographie und dem klinischen Befund. Der KlÃ¤ger war â wie sich aus den Angaben des Unfallarztes und der erstbehandelnden Klinik ergibt â lediglich kurzzeitig ohne Bewusstsein. Die nunmehrigen Angaben des KlÃ¤gers Ã¼ber eine mehrstÃ¼ndige Bewusstlosigkeit wie auch eine ErinnerungslÃ¼cke von mehreren Tagen nach dem Unfall sind nach den Feststellungen des Dr.S. nicht nachvollziehbar und Ausdruck einer Psychogenie. Die vom KlÃ¤ger durch die Kopfprellung erlittene GehirnerschÃ¼tterung ist ohne organische Dauerfolgen geblieben. Zwar hat der KlÃ¤ger nach dem Unfall glaubhaft unter einer vasomotorischen Ãbererregbarkeit iS einer GefÃ¤ÃlabilitÃ¤t gelitten, was zu Kopfschmerzen, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Blutandrang zB im Kopf und beim BÃ¼cken fÃ¼hren kann. VorÃ¼bergehend kann auch ein neurasthenisches Syndrom mit ErmÃ¼dbarkeit, KonzentrationsschwÃ¤che, Reizbarkeit, Ãberempfindlichkeit gegen Sinnesreizung und GemÃ¼tseinflÃ¼sse bestanden haben. Diese StÃ¶rungen gehen aber allmÃ¤hlich zurÃ¼ck, wobei ihre Dauer abhÃ¤ngig ist von der Schwere der GehirnerschÃ¼tterung, der Veranlagung und dem Alter des Betroffenen. Nach den Feststellungen des Dr.S. sind sie bei gesunden und jungen Menschen nach einem 1/4 bis einem Jahr, lÃ¤ngstens aber nach 2 Jahren verschwunden (so auch SchÃ¶nberger, Mehrtens, Valentin aaO S 322). Auch Dr.S. ist nicht vom Nachweis einer Gehirnquetschung ausgegangen, sondern hat lediglich von der M Ã¶ g l i c h â k e i t einer unfallbedingten Hirnquetschung leichten Grades gesprochen. Der Grad der MÃ¶glichkeit reicht fÃ¼r die Annahme einer unfallbedingten GesundheitsstÃ¶rung aber nicht aus, wie das BSG in stÃ¤ndiger Rechtsprechung entschieden hat (vgl Beschluss vom 02.08.1993 Az: 2 BU 21/93 in HV-Info 1993, 2309 â 2310 und BSG SozR 2200 Â§ 548 Nr 38; 551 Nr 1). WÃ¤hrend fÃ¼r die Bejahung der haftungsausfÃ¼llenden KausalitÃ¤t eine hinreichende Wahrscheinlichkeit genÃ¼gt, muss das Gericht von den Ã¼brigen entscheidungserheblichen Tatsachen Gewissheit haben. Zu den entscheidungserheblichen Tatsachen gehÃ¶rt auch die durch das Unfallereignis herbeigefÃ¼hrte KÃ¶rperschÃ¤digung.

Die beim KlÃ¤ger vorliegende psychische Fehlverarbeitung der Unfallfolgen ist nicht unfallbedingt, sondern persÃ¶nlichkeitsabhÃ¤ngig. Bei der Beurteilung der Zusammenhangsfrage zwischen ArbeitsunfÃ¤llen und psychoreaktiven StÃ¶rungen ist â nicht zuletzt zur Abgrenzung von Simulation oder Aggravation â ein strenger MaÃstab anzulegen und eine eindeutige Beweisantwort vom SachverstÃ¤ndigen zu verlangen (so LSG fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25.02.1998, Az: L 17 U 233/95 in HVBG-Info 1999, 1961 â 1972 unter Verweisung auf BSG SozR Nr 38 Â§ 1246 RVO). Dabei ist zu berÃ¼cksichtigten, dass psychische Reaktionen des Verletzten auf einen Unfall meist nicht ausschlieÃlich durch KrÃ¤fte aus dem Unterbewusstsein bestimmt werden, vielmehr eine

bewusste Ãberbetonung und ein zweckgerichtetes unechtes Verhalten hÃ¤ufig mitwirken. Der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsschaden ist danach in der Regel dann zu verneinen, wenn die psychische Reaktion wesentlich die Folge wunschbedingter Vorstellungen ist, die zB mit der Tatsache des Versichertseins oder auch mit persÃ¶nlichen Lebenskonflikten in Zusammenhang stehen (LSG aaO und BSGE 18, 173 sowie BSG SozR 2200 Â§ 581 Nr 26). Bei der Begutachtung durch Dr.S. ist ein Grad der Aggravation im AusmaÃ einer Simulation offensichtlich geworden. Dies zeigte sich vor allem in einem zweckmÃ¤Ãigen Verhalten bei den neuropsychologischen Untersuchungen "reduzierter Wechsler-Intelligenztest" und beim "Betontest". WÃ¼rde man die Testergebnisse zugrunde legen, lÃ¤ge beim KlÃ¤ger eine schwere Demenz vor, die aber klinisch nicht ansatzweise erkennbar wird. Der KlÃ¤ger erschien bei der Begutachtung nicht einfach strukturiert, sondern durchaus differenziert. Er war auch nicht introspektionsunfÃ¤hig, sondern imponierte teilweise eher raffiniert. VorgetÃ¤uschten StÃ¶rungen ist aber jeder Krankheitswert abzusprechen (SchÃ¶nberger, Mehrtens, Valentin aaO S 254). Die offensichtliche Rentenwunschreaktion des KlÃ¤gers kann auch nicht als Entwicklung einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung gedeutet werden. Dr.S. weist zutreffend darauf hin, dass der KlÃ¤ger das eigentliche Unfallereignis aufgrund einer in etwa 15-minÃ¼tigen bis hÃ¶chstens 1/2-stÃ¼ndigen retrograden Amnesie nicht erlebt hat. FÃ¼r die Annahme einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung mÃ¼sste aber das Erleben des Unfallereignisses vom KlÃ¤ger beschrieben worden sein.

Unfallbedingte AugenschÃ¤den lassen sich im Hinblick auf die abgeklungende Commotio ebenfalls nicht feststellen. Der Einholung eines augenÃ¤rztlichen Gutachtens von Amts wegen bedurfte es nicht, da sich aus den neurologisch-psychiatrischen Feststellungen ohne weiteres ergibt, dass etwaige GesundheitsstÃ¶rungen der Augen nicht auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. So weist der KlÃ¤ger nach den Feststellungen des Dr.S. keine GesichtsfeldausfÃ¤lle auf. Auch von den Vorgutachtern konnte ein solcher Schaden nicht diagnostiziert werden. Die von Dr.K.L. diagnostizierten konzentrischen GesichtsfeldausfÃ¤lle kÃ¶nnen daher nicht auf das Unfallereignis zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Konzentrische GesichtsfeldausfÃ¤lle sind nach den Feststellungen des Dr.S. Folge einer Pigmentdegeneration, der hÃ¤ufigsten degenerativen Netzhauterkrankung â was aber als vÃ¶llig unfallunabhÃ¤ngig zu werten wÃ¤re. Ansonsten wÃ¤ren GesichtsfeldausfÃ¤lle meist Folge eines Glaukoms, eines grÃ¼nen Stars oder von Erkrankungen der Sehnerven oder der Netzhaut, was ebenfalls â bei Annahme einer Commotio â nicht auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kann. WÃ¤re es posttraumatisch zu einer Sehnervenatrophie gekommen, dann wÃ¤re bei der Fundusskopie die Pupille weiÃ gewesen, was beim KlÃ¤ger nicht der Fall war. Voraussetzung fÃ¼r eine posttraumatische Sehnervatrophie wÃ¤re eine SchÃ¤delbasisfraktur oder eine Blutung im knÃ¶chernen Kanal gewesen, dies ist aber durch das Ergebnis der Kernspintomographie ausgeschlossen. HÃ¤tte ein Ãdem im knÃ¶chernen Kanal zu einer Verletzung der Sehnerven gefÃ¼hrt, wÃ¤re es zu HalbseitengesichtsausfÃ¤llen oder Blindheit gekommen. Bei einer SchÃ¤digung des Sehnerven gibt es zudem typische Leitungsunterbrechungen mit entsprechenden GesichtsfeldausfÃ¤llen, wozu aber ein konzentrischer Gesichtsfeldausfall nicht

gehÃ¶rt. Die Monate nach dem Unfallereignis beschriebene SchwÃ¤che des Musculus obliquus superior links kann nach den Feststellungen des Dr.S. durch eine TrochlearisschwÃ¤che auch angeboren sein. Wenn es sich um ein zentrales Ereignis gehandelt hÃ¤tte, mÃ¼ssten weitere AugenmuskellÃ¤hmungen dazu kombiniert sein. Eine isolierte SchÃ¤digung spricht fÃ¼r einen peripheren Befund, zB ein Trauma am Stirnbein oder in der AugenhÃ¶hle, aber nicht fÃ¼r eine cerebrale Ursache. Eine v o r Ã¼ b e r g e h e n d e periphere SchÃ¤digung, zB durch ein Ã dem, ist aber nicht Folge einer Hirnkontusion, kÃ¶nnte aber Unfallfolge gewesen sein. Im Aktualbefund hat sich aber keine SchwÃ¤che des Musculus obliquus superior mehr erkennen lassen.

Nach alledem musste die Berufung des KlÃ¤gers mit der Kostenfolge des Â§ 193 SGG erfolglos bleiben.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision iS des Â§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 01.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024