
S 20 U 503/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 U 503/98
Datum	30.05.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 308/00
Datum	11.07.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 30.05.2000 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1946 geborene Kläger erlitt am 14.06.1994 als Zimmerer auf einer Baustelle eine Kopfverletzung, als ihn eine Halteklammer traf.

Im Kreiskrankenhaus E. , wo der Kläger vom 14.06. bis 22.06.1994 behandelt wurde, diagnostizierte der Chirurg Dr.M. am 14.06.1994 eine 10 cm lange Kopfplatzwunde und offene Schädelfraktur. Am Unfallort habe kein Bewusstseinsverlust bestanden, kein Erbrechen, keine Übelkeit, keine neurologische Herdsymptomatik, dagegen Kopfschmerzen. In der Klinik sei der Kläger voll orientiert gewesen, es sei zu Erbrechen gekommen, er habe über Kopfschmerzen geklagt. Die linke Pupille habe etwas langsamer als rechts reagiert. Es hätten aber keine Pupillendifferenzen bestanden und keine neurologischen Herdsymptome. Beim neurologischen Konsil vom 21.06.1994 wurden keine

neurologischen Residuen festgestellt. Die CCT s vom 14., 15. und 17.06.1994 wurden von AssistenzÄrztin Dr.H. darin interpretiert, dass der Nachweis eines Kontusionsherdes links frontal mit Einblutung bestÄnde.

Vom 22.06. bis 01.07.1994 befand sich der KIÄger zur stationÄren Behandlung im Krankenhaus der Barmherzigen BrÄder in M â; Neurologische Befunde wurden dort nicht festgestellt. Die behandelnden Ärzte vertraten am 30.06.1994 die Auffassung, es sei weder eine StirnhÄhlenfraktur noch eine Kontusion bewiesen. Im Entlassungsbericht fÄhrte der Chefarzt Privatdozent Dr.G. aus, es bestehe eine offene SchÄdelfraktur parietal links, Verdacht auf frontale Fraktur links mit Beteiligung der StirnhÄhlenvorderwand und Hinterwand, Verdacht auf Zustand nach Impressionsfraktur rechte StirnhÄhle. Initial habe keine Bewusstlosigkeit oder Amnesie bestanden, jedoch eine muskulÄre Krampfanfallsymptomatik nach Beschreibung des KIÄgers. Jetzt gebe der KIÄger gelegentlich Kopfschmerzen an, ArbeitsunÄhigkeit sei bis 17.07.1994 attestiert.

Der OrthopÄde Dr.L. diagnostizierte am 15.09.1994 Zustand nach Commotio cerebri, SchÄdelfraktur, HWS-Stauchungstrauma. Die RÄntgenaufnahmen hÄtten keine erkennbaren knÄchernen Traumafolgen gezeigt, auch keine Subluxation und keine signifikante Degeneration. Am 24.06.1998, 15.09. und 19.09.1994 untersuchte die Neurologin Dr.M. den KIÄger und diagnostizierte einen Zustand nach SchÄdelfraktur und Commotio cerebri. Die neurologischen Befunde waren unauffÄllig.

Vom 05.09. bis 13.09.1994 befand sich der KIÄger erneut im Krankenhaus der Barmherzigen BrÄder und klagte bei der Aufnahme Äber eine seit 2 Wochen zunehmende Beschwerdesymptomatik wie Kopfschmerz und Schwindel. Das CT zeigte keine intracranielle ParenchymschÄdigung oder HÄmatombildung.

Im neurologischen Gutachten vom 02.05.1995 erklÄrte Dr.M. , Hinweise auf eine hirnsubstantielle LÄsion fehlten. ArbeitsunÄhigkeit sei bis zu 6 Wochen nach dem Unfall anzunehmen, danach bestehe fÄr drei Wochen eine MdE von 50 v.H., anschlieÄend liege volle ArbeitsÄhigkeit vor.

Der Chirurg Dr.P. fÄhrte im Gutachten vom 27.03.1995 aus, der KIÄger habe angegeben, nach dem Unfall zunÄchst benommen gewesen zu sein, aber nicht bewusstlos. Die Äber den 30.09.1994 hinaus bestehende ArbeitsunÄhigkeit liege in den schicksalhaft aufgetretenen degenerativen VerÄnderungen im Bereich der HalswirbelsÄule mit entsprechender Symptomatik begrÄndet. Eine wesentliche BewegungseinschrÄnkung der HalswirbelsÄule habe nicht mehr festgestellt werden kÄnnen. Wesentliche neurologische Defizite seien nirgends beschrieben. Die MdE sei ab 01.10.1994 mit 0 v.H. anzusetzen.

Mit Bescheid vom 05.12.1995 lehnte die Beklagte die GewÄhrung einer Rente ab.

Den Widerspruch vom 20.12.1995 begrÄndete der KIÄger mit einem Befund des Neurologen Dr.F. vom 15.02.1996. Dr.F. fÄhrte darin aus, beim KIÄger bestehe ein Zustand nach SchÄdelhirntrauma mit Kopfplatzwunde, SchÄdelfraktur und

Verdacht auf leichte Commotio. Folgeschäden dieses Unfalls seien nicht nachweisbar. Es sei zur Entwicklung eines leichteren psychosomatisch gefärbten Bildes im Rahmen eines mäßig-depressiven Überforderungssyndroms gekommen. Hierbei handele es sich um eine unfallunabhängige Störung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.03.1996 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Im Klageverfahren (S 24 U 269/96) holte das SG ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. vom 21.11. 1996 ein, in dem ausgeführt wird, der Kläger habe angegeben, er sei unmittelbar nach dem Aufprall des Eisenteils bewusstlos gewesen. Erst im Krankenwagen sei er wieder zu sich gekommen. Der Unfall habe zu einer ausgedehnten linksseitigen Kalottenfraktur geführt, aber nicht zu einer direkten cerebralen Schädigung. Soweit im Krankenhaus Erding ein hämorrhagischer Kontusionsherd festgestellt worden sei, finde diese Diagnose im Bericht des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder keine Bestätigung. Dort werde ausgeführt, dass sich keine pathologischen intracraniellen Veränderungen hätten nachweisen lassen. Das während des stationären Aufenthalts vom 05.09. bis 13.09.1994 gefertigte CT habe ebenfalls keine gravierende intracranielle Traumafolge erkennen lassen. Eine Schädelfraktur ohne Beteiligung des Gehirns im Sinne einer Commotio oder gar einer Contusio cerebri heile im allgemeinen innerhalb von wenigen Wochen aus. Eine messbare MdE sei über die 13. Woche nach dem Unfallereignis nicht zu begründen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 27.02.1997 nahm der Kläger die Klage zurück.

Am 25.09.1997 beantragte der Kläger eine Neuüberprüfung und Verbescheidung im Hinblick auf eine Stellungnahme des Neurologen Prof.Dr.P. vom 24.09.1997. Unter Berücksichtigung eines klinisch-neurophysiologischen Zusatzgutachtens führte Prof.Dr. P. zusammenfassend aus, bei dem Unfall vom 14.06.1994 sei es nicht nur zu einer Commotio cerebri gekommen, sondern zu einer contusionellen Hirnsubstanzschädigung mit bleibenden Veränderungen, die computertomographisch in Form leichter frontaler atrophischer Zeichen nachzuweisen seien. Die Beschwerden schienen weitgehend glaubhaft, wenngleich eine gewisse Überlagerung nicht ausgeschlossen werden könne. Für die Zeit der stationären Behandlung sei eine MdE in Höhe von 100 v.H. anzunehmen, anschließend bis zum Ende des ersten Halbjahres von 50 v.H., dann bis zum Ende des 1. Jahres in Höhe von 40 v.H., bis zum Ende des zweiten Jahres von 30 v.H. und seither von mindestens 25 v.H.

Beigezogen wurde ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr.B. vom 18.02.1997 für die LVA Oberbayern, in dem ausgeführt wird, es bestünde ein Folgezustand nach Schädelhirntrauma mit offener Kalottenfraktur, Hinweisen auf frontale Hirnkontusion, neuropsychologische Störungen im Hirnleistungs- und Persönlichkeitsbereich, teils posttraumatisch zusätzlich Hinweise auf Fehlverarbeitung des Traumas mit depressiver Entwicklung. Im Falle des Nachweises einer frontalen Hirnkontusion sei eine

nochmalige Klärung der Kausalität des Beschwerdebildes erforderlich.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. fertigte im Gutachten vom 28.11.1997 aus, in den CT s, die am 14., 15. und 17.06.1994 gefertigt worden seien, fanden sich keine Anhaltspunkte für eine Contusio cerebri, also eine feingewebliche Hirnschädigung. Es zeigten sich keine Einblutungen im frontalen Bereich. Auch das CT vom 29.06.1994 sei normal. Gering ausgeprägte frontale atrophische Veränderungen lägen vor, seien jedoch nicht sehr gravierend. Ähnliche Befunde zeige das CT, das am 05.11.1996 in Jugoslawien durchgeführt worden sei. Psychiatrische Störungen seien nicht in einem krankheitswertigen Ausmaß gegeben. Der Kläger wirke nicht depressiv, sondern lediglich etwas moros und vorwurfsvoll. Die von Dr.B. angesprochene Möglichkeit einer Contusio cerebri sei mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen. Unfallfolgen beständen jetzt nicht mehr. Die Befunde beruhten in erster Linie auf einer psychischen Fehlverarbeitung des Unfallereignisses, wobei ein sekundärer Krankheitsgewinn unverkennbar sei.

Mit Bescheid vom 18.02.1998 lehnte die Beklagte den Antrag vom 25.09.1997 auf Gewährung einer Verletztenrente sowie Rücknahme des Bescheides vom 05.12.1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.03.1996 ab.

Der Kläger legte am 25.02.1998 Widerspruch ein und übersandte eine Stellungnahme von Prof.Dr.P. vom 25.03.1998, in der ausgeführt wird, dem Gutachten von Dr.K. könne er weitgehend zustimmen, halte jedoch zur endgültigen Beurteilung ein Zusatzgutachten aus neuro-radiologischer Sicht für erforderlich, speziell hinsichtlich der Frage, ob in den ersten CT s tatsächlich eine traumatische Schädigung festzustellen sei oder nicht. Hierzu erklärte Dr.K. in der Stellungnahme vom 23.04.1998, er halte eine weitere computertomographische/neuroradiologische Zusatzbegutachtung nicht für erforderlich. Mit Widerspruchsbescheid vom 26.05.1998 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Hiergegen hat sich der Kläger mit der Klage vom 29.06.1998 gewandt und ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr.S. vom 27.03.1998, erstellt für die LVA Oberbayern, übersandt. Dr.S. hat darin ausgeführt, bisher sei außer acht gelassen worden, dass der Kläger mit erheblicher Sicherheit ein Stauchungstrauma der Halswirbelsäule größeren Ausmaßes erlitten habe. Ein oberes Halswirbelsäulensyndrom sei als unmittelbare Unfallfolge anzusehen, als mittelbare Unfallfolge sei es, wohl auch bedingt durch die wirtschaftliche Notlage, zu einer depressiven Entwicklung mit Somatisierungstendenz gekommen.

Das SG hat ärztliche Berichte des Arztes Reheis, der Internistin Dr.K. , des Radiologen Dr.K. , des Psychiaters Dr.R. , des Radiologen Dr.S. sowie von den Krankenhäusern beigezogen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Neurologe Dr.S. hat im Gutachten vom 17.03.1999 ausgeführt, die Frage, ob eine linksfrontale Blutung vorgelegen habe oder nicht, sei nur zur Beurteilung der Schwere des erlittenen

Traumas von Bedeutung. Auf den CT s vom 14. und 15.06.1994 sei kein Nachweis einer linksfrontalen Gehirnparenchymblutung zu finden. Die Knochenfrakturen im Schädelsbereich seien zu erkennen. Im frontalen Bereich seien die Aufnahmen an beiden Tagen durch erheblich weißliche Streifenartefakte überdeckt, die bei der Aufarbeitung der Röntgenstrahlen im Computer erzeugt würden und den Eindruck einer Blutung entstehen lassen könnten. In einem CCT vom 29.06.1994, also 15 Tage nach dem Unfall, seien bereits wieder völlig unauffällige Gehirnparenchymverhältnisse beschrieben. Eine craniale Kernspintomographie sei nicht erforderlich, da man auch bei positivem Nachweis einer linksfrontalen contusionellen Hirnschädigung nicht automatisch Folgeveränderungen für die cerebrale Leistungsfähigkeit ableiten könne. Die am 06.11.1996 durchgeführte Computertomographie des Schädels in Split sei ebenfalls völlig unauffällig in Bezug auf das Gehirnparenchym. Der gesamte Erkrankungszustand des Klägers, also sowohl die Leistungsstörungen als auch die Schmerzsymptomatik sei Folge einer anhaltenden depressiven Stimmung im Sinne der Dysthymie. Die Dysthymie habe sich durch multiple biographische Belastungsfaktoren über Jahre schleichend entwickelt. In zeitlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall sei eine Dekompensation eingetreten. Insofern komme dem Unfall zwar die Rolle eines auslösenden Faktors zu, jedoch sei die Erkrankungssymptomatik ohne die spezifische biographische Belastungssituation nicht vorstellbar. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei unverkennbar. Auch durch andere Belastungsfaktoren hätte die Dysthymie in gleicher Weise dekompenzieren können, so dass der Arbeitsunfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich für die Entstehung sei.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.S. hat im Gutachten vom 29.11.1999 unter Berücksichtigung eines psychologischen Gutachtens von Dr.P. vom 08.11.1999 ausgeführt, durch den Unfall sei es zu einer Fraktur des Schädels und einer Quetschung des Gehirns gekommen. Darüber hinaus sei aufgrund der Größe und der Richtung der Gewalteinwirkung ein Stauchungs- und ein seitliches Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule anzunehmen. Die Hirnquetschung als unmittelbare Unfallfolge habe zu einer partiellen Funktionseinschränkung des Gehirns mit extrem starker Herabsetzung der Leistungsfähigkeit geführt, das Trauma der Halswirbelsäule zu einem vertebrogenen Kopfschmerzsyndrom. Der altersbedingte degenerative Prozess sei im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung ganz erheblich beschleunigt worden. Für die Hirnschädigung sei ein GdB in Höhe von 70 % anzusetzen, die Leistungseinbuße durch die depressive Entwicklung betrage 20 %, die durch das HWS-Syndrom bedinge ebenfalls 20 %. Es sei von einem Gesamt-GdB von 80 % auszugehen. Der Kläger sei im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zimmermann nicht mehr belastbar.

Die Beklagte hat dazu am 13.01.2000 ausgeführt, der Kläger sei von der Halteklammer so getroffen worden, dass dabei der Schutzhelm seitlich weggeschlagen worden sei. Dadurch vermindere sich die einwirkende Kraft auf den Körper. Der Kläger sei auch nicht bewusstlos gewesen. Eine gravierende Beteiligung der Halswirbelsäule sei in den Gutachten bisher nicht beschrieben.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 30.05.2000 hat der Kläger beantragt, Dr.S. das Gutachten von Dr.S. vorzulegen und mündlich erläutern zu lassen, Dr.S. und Dr.P. zur mündlichen Erläuterung ihrer Gutachten zu hören sowie die Gegenüberstellung von Dr.S. und Dr.S. und Dr.P. anzuordnen.

Mit Urteil vom 30.05.2000 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Beklagte sei bei Erlass des Bescheides vom 05.12.1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.03.1996 weder von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erwiesen habe, noch habe die Beklagte das Recht unrichtig angewandt. Dass es entgegen der Auffassung des Klägers bei dem Arbeitsunfall nicht zu einer kontusionellen Hirnsubstanzschädigung gekommen sei, folgere die Kammer insbesondere aus den Gutachten des Dr.S. sowie des Dr.K. Die CT s vom 14., 15. und 17.06.1994 enthielten sämtlich keine Anhaltspunkte für eine Contusio cerebri. Nach dem Durchgangsarztbericht habe bei der Einlieferung ins Kreiskrankenhaus Erding keine neurologische Herdsymptomatik vorgelegen. Der Kläger sei bei Bewusstsein gewesen. Die konsiliarische neurologische Untersuchung am 21.06.1994 habe ebenfalls keine neurologischen Residuen gezeigt. Im Nachschaubericht vom 01.07.1994 werde angegeben, neurologische Auffälligkeiten hätten nicht vorgelegen. Auch die Neurologin Dr.M. , die den Kläger vom 24.06. bis 19.09.1994 mehrfach untersucht habe, habe zu keinem Zeitpunkt neurologische Auffälligkeiten festgestellt. Während des stationären Aufenthalts vom 05. bis 13.09.1994 seien keine krankhaften Befunde aus neurologischer Sicht konstatiert. Ein weiteres CT habe ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine intracranielle Traumafolge erkennen lassen. Auch bei der Untersuchung durch den Neurologen Dr.F. seien die neurologischen Befunde sowie das EEG und die Doppler-Sonographie normal gewesen. Dr.F. habe daher auch ausgeführt, dass Folgeschäden des Unfalls nicht nachweisbar seien. Ausdrücklich habe Dr.F. erklärt, dass es sich bei dem depressiven Überforderungssyndrom um eine unfallunabhängige Störung handle. Dr.S. weise zutreffend darauf hin, dass die Symptome mit erheblicher zeitlicher Latenz zum Unfall aufgetreten seien. Normalerweise seien posttraumatische Veränderungen anfangs besonders stark ausgeprägt, nähmen dann ab und träten nicht etwa, wie beim Kläger, erst nach ein bis zwei Jahren in Erscheinung. Auch Dr.K. sei zu dem Ergebnis gekommen, dass das Unfallereignis nicht zu einer Contusio cerebri geführt habe. Das Gutachten des Dr.S. sei nicht geeignet, eine andere Entscheidung herbeizuführen. Es stehe nicht fest, dass der Kläger beim Unfall eine Hirnquetschung mit nachfolgendem hirnorganischen Psycho-Syndrom erlitten habe.

Mit der Berufung vom 20.07.2000 macht der Kläger geltend, er habe unstreitig eine offene Schädelfraktur erlitten. Unwiderlegt ziehe sich durch eine Reihe von Gutachten die Schilderung dass er zunächst das Bewusstsein verloren habe. Unstreitig sei auch, dass im Krankenhaus E. mehrere computertomographische Untersuchungen stattgefunden hätten, die den Nachweis eines Contusionsherdes ergeben hätten. Dies habe auch Prof.Dr.P. bestätigt. Dr.S. komme zu dem Ergebnis, dass der Unfall zu einer Quetschung des Gehirns geführt habe. Darüber hinaus sei ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule anzunehmen. Die Beschwerden, unter denen der Kläger heute leide, seien unmittelbar nach dem

Unfall aufgetreten. Sie seien auch nach der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder vorhanden gewesen und hätten zur Wiederaufnahme ins Krankenhaus geführt.

Mit Schreiben vom 13.11.2000 wird der Antrag des Klägers Prof.Dr.C. , Neurologische Klinik der TU M. , gemäß [§ 109 SGG](#) gutachtlich zu hören, abgelehnt.

Der Kläger stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 20.07.2000 mit Ausnahme der Ziff. III und mit der Maßgabe, dass dem Kläger Verletztenrente in Höhe von mindestens 25 v.H. der Vollrente Verhandlung zu vertagen, um dem Kläger Gelegenheit zu geben, ein Gutachten von Prof.Dr.M. beizubringen. Er verweist insoweit auf den Schriftsatz vom 20.06.2001.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

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

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird.

Ergänzend wird noch darauf hingewiesen, dass Befunde, die eine Verletzung der HWS durch den Unfall vom 14.06.1994 belegen würden, in den umfangreichen Unterlagen in den Akten nicht vorliegen.

Weder der Durchgangsarzt Dr.M. , noch Privatdozent Dr.G. , der angab, der Kläger sei am 01.07.1994 beschwerdefrei entlassen worden, diagnostizierten Unfallfolgen an der HWS. Zwar hat der Orthopäde Dr.L. am 15.09.1994 wegen einer endgradigen Bewegungseinschränkung der HWS ein HWS-Stauchungstrauma angenommen; bei der Untersuchung durch Dr.P. am 27.03.1995 zeigten die Röntgenaufnahmen aber nur eine beginnende Spondylosis sowie eine mögliche Bandscheibendegeneration. Diese Erkrankungen sind degenerativ bedingt. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden sind im übrigen, so Dr.S. , durch Kreislaufstörungen und eine Dysthymie bedingt.

Im Hinblick darauf waren weitere Ermittlungen von Gerichts wegen nicht veranlasst. Da der Rechtsstreit entscheidungsreif war, war es nicht geboten, weiteren Sachvortrag des Klägers durch Vorlage einer Stellungnahme von Prof.Dr.M. abzuwarten, zumal es nicht ersichtlich ist, inwiefern diese Stellungnahme zu neuen entscheidungserheblichen Erkenntnissen führen würde.

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

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

Erstellt am: 05.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024