S 4 U 319/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 U 319/98
Datum	29.09.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 454/00
Datum	05.12.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 29.09.2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der KlÃ¤ger ist Schlosser. Am 12.10.1996 fiel bei Montagearbeiten an einer Teleskopwand ein ca. 2 qm groÃ□es Blech hinab und traf ihn am Kopf.

Der Durchgangsarzt Prof.Dr.W. stellte am 12.10.1996 eine SchÃ¤delimpressionsfraktur rechts, groÃ□e SchÃ¤delplatzwunde fronto-parietal rechts, oberflÃ¤chliche Schnittwunde an der rechten Schulter fest. Die orientierende neurologische Untersuchung sei unauffÃ¤llig verlaufen.

Am 22.10.1996 berichtete Prof.Dr.W. an die Beklagte, das Kontroll CT habe keine weitere Dislokation der Fraktur, keine intracranielle Blutung oder Raumforderung gezeigt. Der fachneurologische Konsiliarius habe einen unauffÃ¤lligen neurologischen Befund erhoben.

Am 18.11.1996 berichtete der Durchgangsarzt Dr.L. , die SchÃ¤delplatzwunde rechts sei strichfÃ¶rmig verheilt. Der KlÃ¤ger klage unabhÃ¤ngig Ã¼ber Schwindel, so dass er sich nicht bÃ¼cken kÃ¶nne. Aus diesem Grund werde ein neurologisches Konsil bei Dr.K. veranlasst.

Dieser fÃ¼hrte am 26.11.1996 aus, es liege eine vestibulÃ¤re Irritation nach SchÃ¤delfraktur und SchÃ¤delhirntrauma vor. Der KlÃ¤ger gebe lageabhÃ¤ngige Schwindelattacken, morgens und abends auftretende GleichgewichtsstÃ¶rungen und Kopfschmerzen an. Weder im Hirnnervenbereich noch im Bereich der langen Bahnen habe ein pathologischer Befund, abgesehen von vestibulÃ¤rer Irritation, festgestellt werden kÃ¶nnen.

Mit Schreiben vom 19.12.1996 teilte Dr.L. der Beklagten mit, der KlÃ¤ger habe sich heute in der Sprechstunde vorgestellt und Ã¼ber starke Kopfschmerzen und Schwindel geklagt. AuÃerdem stehe er derzeit wegen eines akuten HÃ¶rsturzes am linken Ohr in hausÃ¤rztlicher Behandlung. Am rechten Auge bestehe eine deutliche Lichtempfindlichkeit mit angedeutetem Blepharospasmus, darÃ¼ber hinaus verstÃ¤rkter Dreh-Nystagmus. Die jetzigen Beschwerden stÃ¼nden sicher im Zusammenhang mit dem Unfall.

In einer MRT-Beschreibung vom 14.01.1997 fÃ¼hrt der Radiologe Dr.K. aus, es finde sich eine knÃ¶cherne Konsolidierung der um Kalottenbreite verschobenen Fraktur rechts frontal, mÃ¤Ãiggradige diffuse cerebrale Volumenminderung, wohl vom primÃ¤r-degenerativen Typ. Sonst bestehe regelrechter cerebraler Untersuchungsbefund.

Die Beklagte zog einen Bericht des Augenarztes Dr.G. bei, der vermerkte, der KlÃ¤ger mache ein starkes DruckgefÃ¼hl am rechten Auge geltend.

Vom 20.03. bis 23.05.1997 befand sich der KlÃ¤ger in stationÃ¤rer Heilbehandlung in der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau. Ãber diese berichtete der Neurologe und Psychiater Dr.J. mit Schreiben vom 23.05.1997, die RÃ¶ntgenuntersuchung der HWS habe weder traumatische noch degenerative VerÃ¤nderungen gezeigt, die kernspintomograpische Untersuchung des SchÃ¤dels regelrechte VerhÃ¤ltnisse ohne Hinweise fÃ¼r Substanzdefekte bei mittelstÃ¤ndigem, normal weitem Ventrikelsystem. Es hÃ¤tten Hinweise fÃ¼r eine Pansinusitis (gleichzeitige EntzÃ¼ndung aller NebenhÃ¶hlen) bestanden. Im Bereich der Hirnnerven hÃ¤tten keine krankhaften Normabweichungen vorgelegen, wobei behinderte Nasenatmung und reizlose Narben an der Rachenhinterwand zu erwÃ¤hnen seien. WÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthalts seien die Kopfschmerzen leichter geworden, spontane Schwindelbeschwerden nicht aufgetreten, bei Positionswechsel seien sie rasch abklingend gewesen. Durch eine kernspintomographische Untersuchung werde die klinische Feststellung, dass das Gehirn bei dem Unfall nicht beteiligt gewesen sei, bestÃ¤tigt. Das SchÃ¤delhirntrauma sei in Form einer SchÃ¤delfraktur und GehirnerschÃ¼tterung abgelaufen. Ebenso seien keine Hinweise fÃ¼r SchÃ¤digung des Gleichgewichtsorgans und des Sehorgans nachweisbar gewesen.

Im Bericht vom 12.06.1997 fÃ¼hrt Dr.L. aus, ein Einsatz des KlÃ¤gers im Rahmen der Arbeitserprobung auch nur fÃ¼r Stunden sei derzeit nicht mÃ¶glich, da der KlÃ¤ger nach eigenen Angaben weder auf eine Leiter noch auf ein kleines Podest steigen kÃ¶nne, weil bereits nach kÃ¼rzester Zeit Schwindel auftrete und er hinfalle. Im Gegensatz zur Beurteilung in der Neurologischen Klinik Murnau halte er den KlÃ¤ger fÃ¼r arbeitsunfÃ¤hig.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Neurologen Dr.N. vom 16.12.1997 ein, der ausfÃ¼hrte, bei der ambulanten Untersuchung am 16.12.1997 seien keine neurologischen Unfallfolgen feststellbar gewesen. Es bestÃ¼nden kein Nystagmus, keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Gesicht, auch nicht im Stirnbereich, keine HÃ¶rstÃ¶rung. Im Bereich der kaudalen Hirnnerven seien keine AuffÃ¤lligkeiten. Die oberen ExtremitÃ¤ten hÃ¤tten eine normal entwickelte Muskulatur. Die Muskeldehnungsreflexe seien mittellebhaft, seitengleich, ohne krankhafte Reflexe. SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen seien nicht nachweisbar. Es bestÃ¼nden keine Hinweise fÃ¼r MerkfÃ¤higkeits- oder KonzentrationsstÃ¶rungen. Die UmstellungsfÃ¤higkeit sei normal. Hinweise auf WerkzeugstÃ¶rungen lÃ¤gen nicht vor. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit sei mit 0 v.H. einzuschÃ¤tzen.

Ein HNO-Ã¤rztliches Gutachten erstattete Dr.H. im Dezember 1997. Der Gutachter wies darauf hin, dass eine HNO-Ã¤rztliche Untersuchung am 26.03.1997 durch Dr.G. keine vestibulÃ¤re StÃ¶rung ergeben habe. Auch die Untersuchung durch ihn am 23.05.1997 habe keine vestibulÃ¤re Ursache fÃ¼r die angegebenen Schwindelbeschwerden erbracht. Der KlÃ¤ger beklage jetzt noch stÃ¤ndig bestehende heftige Kopfschmerzen vom SchÃ¤deldach zur SchlÃ¤fe ziehend, vor allem bei kÃ¶rperlicher Belastung, Schwankschwindel mit Fallneigung nach hinten. HÃ¶rverschlechterung nach dem Unfall sowie Geruchs- und GeschmacksstÃ¶rungen verneine er. Die HÃ¶rprÃ¼fungen hÃ¤tten eine NormalhÃ¶rigkeit rechts und eine annÃ¤hernd geringgradige InnenohrschwerhÃ¶rigkeit links bei Zustand nach HÃ¶rsturz links ergeben. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang des HÃ¶rsturzes vom November 1996 mit dem Unfallereignis vom Oktober 1996 sei nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit herzustellen. Selbst wenn ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang bestÃ¼nde, wÃ¤re die annÃ¤hernd geringgradige InnenohrschwerhÃ¶rigkeit links bei NormalhÃ¶rigkeit rechts mit einer MdE von 0 v.H. zu bewerten. Zusammenfassend lieÃen sich keine Unfallfolgen auf HNO-Fachgebiet objektivieren. Die MdE betrage 0 v.H.

Mit Bescheid vom 05.03.1998 lehnte die Beklagte GewÃ¤hrung von Rente ab. Nach Wiedereintritt der ArbeitsfÃ¤higkeit am 06.10. 1997 werde die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit mit 0 v.H. geschÃ¤tzt.

Dagegen legte der KlÃ¤ger Widerspruch ein und machte geltend, obgleich die Gutachter der Ansicht seien, dass er keine Dauerfolgen und SchÃ¤den zurÃ¼ckbehalten habe, sei er in laufender Behandlung im Kreiskrankenhaus Neustadt bei Chefarzt Dr.L â¦ Er kÃ¶nne keinen Tag ohne Schmerzmittel auskommen. DarÃ¼ber hinaus leide er unter erheblicher WetterfÃ¼hligkeit und GleichgewichtsstÃ¶rungen.

Die Beklagte holte dazu eine Stellungnahme des Arztes fÃ¼r Neurologie Dr.K. vom 09.04.1998 ein, der ausfÃ¼hrte, insgesamt stehe nach den Berichten fest, dass der KlÃ¤ger zwar eine geringfÃ¼gige SchÃ¤delimpressionsfraktur rechts frontal erlitten habe, nicht jedoch eine substantielle HirnschÃ¤digung. Lediglich eine solche wÃ¤re in der Lage, die spÃ¤ter angegebenen Beschwerden zu erklÃ¤ren, wobei die Schwindelbeschwerden erst einige Wochen nach dem Unfall angegeben worden seien. Allerdings zeige die Schwindelsymptomatik ja offensichtlich in den letzten Monaten eine eher zunehmende Tendenz, so dass hier sicherlich auch gewisse psychische EinflÃ¼sse mitzudiskutieren seien. Die Beschwerden, die der KlÃ¤ger am 26.02. im Krankenhaus Neustadt geÃ¤uÃ□ert habe, hingen nicht mit dem Unfall zusammen. Die diesbezÃ¼glichen Meinungen des dortigen Chefarztes Dr.L. seien aus seiner Sicht nicht zu bestÃ¤tigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.08.1998 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck. Sie schloss sich der Stellungnahme des Dr.K. an.

Dagegen hat der KlÃ¤ger Klage erhoben und vorgetragen, ausschlieÃ□lich durch diesen Arbeitsunfall verursacht bestÃ¼nden erhebliche BeeintrÃ¤chtigungen, wie permanenter Kopfschmerz, WetterfÃ¼hligkeit und zuletzt auch GleichgewichtsstÃ¶rungen. Er sei vor dem Unfall vom 12.10.1996 lediglich durch eine angeborene Lippen-, Kiefer-, Gaumen-Spalte beeintrÃ¤chtigt gewesen. Seitens der Ã□rzte werde immer wieder auf eine vestibulÃ¤re Irritation hingewiesen, so dass dadurch sehr wohl die GleichgewichtsstÃ¶rungen und die stÃ¤ndigen Kopfschmerzen erklÃ¤rbar seien. Dr.L. bestÃ¤tige den Zusammenhang mit dem Unfall. Als Ursache fÃ¼hre er an, dass bei der Erstbehandlung in Frankfurt die Impressionsfraktur nicht gehoben worden sei. Weder diese Tatsache noch der in diesem Bericht enthaltene Hinweis auf narbige VerÃ¤nderungen im Frontal-Hirnbereich tauchten in einem der Folgegutachten auf, so dass davon auszugehen sei, dass keine ausreichende AbklÃ¤rung seitens der Beklagten durchgefÃ¼hrt worden sei. Auf Veranlassung des Arbeitsamts beim Medizinischen Dienst in Weiden sei er von Dr.G. untersucht worden, der konstatiert habe, dass er in seinem erlernten Beruf wohl keine Verwendung mehr finden kÃ¶nne. Es sei in jedem Fall auch Rente zu bewilligen, da die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit Ã¼ber 20 v.H. liege.

Das Sozialgericht hat die Begutachtungen des Dr.G. durch das Arbeitsamt Weiden beigezogen, worin dieser ausfÃ¼hrt, dass sich aus einem radiologischen Befundbericht des Dr.S. beginnende HWS des KlÃ¤gers dokumentierten. Verletzungsfolgen seien nicht erkennbar. Die im Vorgutachten im Rahmen der arbeitsamtsÃ¤rztlichen Untersuchung festgestellte BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS habe also ein Korrelat in Form von Aufbrauchserscheinungen gefunden. Aus prÃ¤ventivmedizinischen Ã□berlegungen seien damit Ã□berkopfarbeiten auszuschlieÃ□en. Aus arbeitsmedizinischer Sicht sei eine berufliche Neuorientierung zu empfehlen.

Weiter hat das Sozialgericht einen Behandlungsbericht und Arztbriefe des Dr.K. an Dr.L. vom 09.06. 1998 und 02.10.1998 beigezogen. In letzterem fÃ¼hrt der Arzt aus, bei der heutigen Konsultation werde Ã¼ber immer wieder auftretende

Kopfschmerzen, SchwindelgefÃ¼hle, Mattigkeit, MÃ¼digkeit, Abgeschlagenheit und SchlafstÃ¶rungen berichtet. Es handele sich um einen mit Somatisierung einhergehenden depressiven/psychoneurotischen Symptomenkomplex.

Weiter hat das Sozialgericht ein Gutachten der Ãrztin fÃ¼r Neurologie und Psychatrie Dr.K. vom 13.12.1998 aufgrund einer Untersuchung des KlÃ¤gers vom 08.12.1998 eingeholt. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine GefÃ¼hlsstÃ¶rungen nachweisbar, keine Kraftminderungen, das Reflexverhalten sei seitengleich. Es fÃ¤nden sich aber ausgeprÃ¤gt funktionell imponierende StÃ¶rungen bei ÃberprÃ¼fung der Koordination. Eine objektivierbare Irritation des Gleichgewichtsapparates sei nicht erkennbar. Insbesondere sei unter der Frenzelbrille und bei LageÃ¤nderung des Kopfes ein Nystagmus, als Hinweis fÃ¼r einen tatsÃ¤chlich vorliegenden Schwindel, nicht erkennbar. Es werde zudem auch subjektiv bei dieser Untersuchung nicht Ã¼ber Schwindel geklagt. Die ergÃ¤nzenden neuro-technischen Untersuchungen ergÃ¤ben keine auffÃ¤lligen Befunde. Zusammenfassend seien strukturelle NervenlÃ¤sionen nicht nachweisbar. Psycho-pathologisch zeige sich der KlÃ¤ger insofern auffÃ¤llig, als er zur Betonung seiner subjektiv empfundenen Beschwerden teilweise bei ÃberprÃ¼fung der Koordination recht groteske Armbewegungen mache, um somit auf eventuelle GleichgewichtsstÃ¶rungen hinzuweisen. Auch im GesprÃ¤ch zeige er sich sehr beschwerdebezogen. Die Stimmung selbst erscheine nicht depressiv, auch affektiv sei der Untersuchte schwingungsfÃ¤hig. Hirnorganische StÃ¶rungen bestÃ¼nden nicht. Die subjektiv geklagten Beschwerden seien mit dem objektiven organ-neurologischen Befund nicht vereinbar. Das SchÃ¤del-Hirn-Trauma habe keine nachweisbaren Unfallfolgen hinterlassen, die mit anhaltenden Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Schwindel vereinbar wÃ¤ren. Insbesondere kÃ¶nne das SchÃ¤del-Hirn-Trauma bei fehlenden intracerebralen StrukturschÃ¤den auch nicht zu einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung gefÃ¼hrt haben. Die geklagten Beschwerden seien nervenÃ¤rztlicherseits mit einer somatoformen StÃ¶rung vereinbar. Hierbei handele es sich um eine persÃ¶nlichkeits-spezifische unfallunabhÃ¤ngige psychoreaktive Symptomatik. Dem Unfallgeschehen falle allenfalls die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zu. Jedes andere persÃ¶nliche Lebensereignis hÃ¤tte ebenfalls zu dieser Symptomatik fÃ¼hren kÃ¶nnen, bzw. dieselbe Symptomatik hÃ¤tte sich ohne erkennbare AuslÃ¶sesitiuation entwickeln kÃ¶nnen. Auch der behandelnde Nervenarzt habe bereits die geklagte Symptomatik als depressives Syndrom bei Psychoneurose interpretiert und damit Abstand von irgendeinem Unfallzusammenhang genommen. Neurologisch-psychiatrische Folgen des am 12.10.1996 erlittenen Unfalls bestÃ¼nden nicht. Die MdE betrag ab 06.10.1997 0 v.H.

Das Sozialgericht hat weiter einen Entlassungsbericht Ã¼ber eine stationÃ¤re Behandlung des KlÃ¤gers in der Schmerzklinik am Arkauwald in der Zeit vom 21.04.1999 bis 09.06.1999 beigezogen. Als Diagnosen werden gestellt: Prosttraumatischer Kopfschmerz, Zustand nach SchÃ¤delhirntrauma Grad II mit Kalottenimpressionsfraktur am 12.10.1996, Kopfschmerz vom Spannungstyp, rezidivierende Lumbago, Zustand nach operativer Behandlung einer angeborenen Kiefer-Gaumen-Spalte Chronifizierungsstadium Grad III.

Auf Antrag des KlÃ¤gers hat das Sozialericht gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG ein Gutachten des Chirurgen Dr.L. vom 20.04.1999 eingeholt. Dieser fÃ¼hrte aus, seit dem 18.10.1996 sei der KlÃ¤ger in seiner Behandlung, wobei von Anfang an heftige Kopfschmerzen angegeben worden seien. Als Folgen des Unfalls fÃ¤nden sich eine 20 cm lange Verletzungsnarbe in der Mitte des Stirnbeins rechts bis zum SchÃ¤delbein reichend, doppelt handflÃ¤chengroÃe Dellenbildung des SchÃ¤deldachs am Stirnhaaransatz rechts, rÃ¶ntgenologische VerÃ¤nderungen, ein sogenannter posttraumatischer kopfschmerz-dysautonome Cephalgie. Die unfallbedingte MdE betrage vom 12.10.1996 bis 06.10.1997 100 %, vom 06.10.1997 bis 19.04.1999 30 v.H. und von da ab auf Dauer 20 v.H. FÃ¼r ihn stehe fest, dass es sich beim KlÃ¤ger um einen posttraumatischen Kopfschmerz handele. Der sogenannte posttraumatische Kopfschmerz kÃ¶nne prinzipiell nach jedem Trauma im Kopf-Nackenbereich auftreten. Weder die Art der Verletzung noch das AusmaÃ der Gewebsdestruktionen korrelierten mit der IntensitÃ¤t und der Dauer dieses Kopfschmerzes. So kÃ¶nne ein vergleichsweise harmloses Schleudertrauma ohne objektivierbare pathologische VerÃ¤nderungen zu heftigsten Kopfschmerzen fÃ¼hren, wÃ¤hrend Patienten mit ausgedehnten SchÃ¤delbasisfraktur nach Ausheilung vÃ¶llig kopfschmerzfrei sein kÃ¶nnten. Hinsichtlich IntensitÃ¤t, PeriodizitÃ¤t und Lokalisation gebe es ebenfalls keine GesetzmÃ¤Ãigkeiten. Hierzu hat die Beklagte vorgetragen, dass das auf fachfremdem Gebiet erstellte Gutachten nach ihrer Ansicht nicht geeignet sei, das ausfÃ¼hrliche sowie hinsichtlich Beurteilung und MdE-Bewertung in sich schlÃ¼ssige neurologische Gutachten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau sowie die Stellungnahme des Dr.K. zu entkrÃ¤ften, zumal sich auch die Gutachterin Dr.K. diesen Auffassungen voll angeschlossen habe.

Mit Urteil vom 29.09.2000 hat das Sozialgericht Regensburg die Klage abgewiesen und ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤ger habe im Wesentlichen eine SchÃ¤delimpressionsfraktur rechts erlitten. Zu keinem Zeitpunkt habe eine neurologische Ausfallssymptomatik festgestanden, ebenso wenig seien HirnsubstanzschÃ¤den beschrieben worden. Die Untersuchung durch die vom Gericht gehÃ¶rte SachverstÃ¤ndige habe keine GefÃ¼hlsstÃ¶rungen, keine Kraftminderung sondern seitengleiches Reflexverhalten ergeben. Eine objektivierbare Irritation des Gleichgewichtsapparates sei nicht erkennbar gewesen. Insbesondere habe sich kein Nystagmus ergeben. Auch die ergÃ¤nzenden neurotechnischen Untersuchungen hÃ¤tten keine auffÃ¤lligen Befunde erbracht. Den Schlussfolgerungen des Dr.L. habe sich das Gericht nicht anschlieÃen kÃ¶nnen, da es Dr.L. als Chirurg an Kompetenz fehle, die GesundheitsstÃ¶rungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet zu beurteilen. Ferner werde von ihm eine Impression des SchÃ¤deldachs mit Verletzung der weichen und harten HirnhÃ¤ute unterstellt, die durch die vorliegenden Vorbefunde in keiner Weise habe bestÃ¤tigt werden kÃ¶nnen.

Dagegen richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers, mit der er geltend macht, das Gericht berufe sich ausschlieÃlich auf die Gutachterin Dr.K â¦ Nicht mehr haltbar seien die AusfÃ¼hrungen des Gerichts, wenn man sich den gesamten Akteninhalt vergegenwÃ¤rtige, insbesondere die in den Akten befindliche Stellungnahme der Schmerzklinik Bad Mergentheim, wonach es im Fall des KlÃ¤gers eben nicht nur um

objektiv nachweisbare Dinge gehe. Insbesondere ergebe sich aus den Feststellungen der Klinik, dass es sich in erster Linie um psychische BeeintrÃ¤chtigungen handele, die aber eindeutig durch den damaligen Berufsunfall ausgelÃ¶st und hervorgerufen wÃ¼rden. In der sozialmedizinischen Stellungnahme fÃ¼hre die Schmerzklinik aus, dass der KlÃ¤ger nurmehr arbeitsfÃ¤hig fÃ¼r leichte und mittelschwere Arbeiten ohne LÃ¤rm und ohne besonderen Zeitdruck seien. Auch werde in diesem Zusammenhang eine entsprechende Umschulung angeraten. Vor dem Unfall habe aber eindeutig vollstÃ¤ndige ArbeitsfÃ¤higkeit auch fÃ¼r den erlernten Beruf vorgelegen, so dass davon auszugehen sei, dass sehr wohl durch den vorliegenden Unfall eine MdE und zwar im Umfang von 30 % als Minimum eingetreten sei. Auch die unbefriedigende Auseinandersetzung mit dem Gutachten Dr.L. sei dem Erstgericht vorzuhalten. Immerhin habe der Chefarzt Dr.L. den KlÃ¤ger bereits kurz nach dem Unfall behandelt. Im Ãbrigen habe Dr.L. auch festgestellt, dass rÃ¶ntgenologische VerÃ¤nderungen und eine doppelt handflÃ¤chengroÃe Dellenbildung des SchÃ¤deldaches festzustellen seien. Dies seien sehr wohl nachvollziehbare Aspekte, die eine entsprechende Einstufung und Beurteilung ermÃ¶glichten. Der Senat hat gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG auf Antrag des KlÃ¤gers ein Gutachten des Dr.B. von der Schmerzklinik Am Arkauwald vom 08.10.01 eingeholt. Dieser fÃ¼hrt aus, dass die geklagten Schmerzen und Beschwerden sofort nach Eintreten des Unfalls, ebenso schmerzmodulierte SchwindelzustÃ¤nde geltend gemacht worden seien. PrimÃ¤r habe eine Bewusstlosigkeit von ca. 10 Minuten vorgelegen, ebenso eine posttraumatische Amnesie fÃ¼r mehr als ca. 10 Minuten. Als ursÃ¤chlich auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren kÃ¶nne der nunmehr vorliegende chronische posttraumatische Kopfschmerz bei belangvollem SchÃ¤deltrauma und entsprechenden Befunden gelten. Der geklagte Kopfschmerz sei innerhalb von 14 Tagen nach dem Trauma aufgetreten mit progredienter BeschwerdeverstÃ¤rkung posttraumatisch, ebenso auch durch jegliche kÃ¶rperliche AktivitÃ¤ten. Bewertet wÃ¼rden somit einerseits der seit dem Unfall, somit posttraumatisch bestehende Dauerschmerz rechtscranial betont als auch die vorliegenden posttraumatischen SchwindelzustÃ¤nde mit GleichgewichtsstÃ¶rungen. Nachdem der KlÃ¤ger Ã¼ber GleichgewichtsstÃ¶rungen mit Schwindelerscheinungen wie Schwanken und Stolpern sowie bisweilen erforderlichen Aufallschritten bereits bei alltÃ¤glichen Belastungen, vermehrt jedoch bei hÃ¶heren Belastungen mit stÃ¤rkerer Unsicherheit und vermehrten Schwindelerscheinungen reagiere, schÃ¤tze er die BeeintrÃ¤chtigung mit 20 v.H. ein. Da die geklagten posttraumatisch aufgetretenden Kopfschmerzbeschwerden unbehandelt in massivster AusprÃ¤gung auftrÃ¤ten und nur auf starke zentral wirksame Analgetika eine RÃ¼ckbildungstendenz in Ruhe zeigten, jedoch bei jeglicher kÃ¶rperlicher Belastung stark exazerbierten, schÃ¤tze er die BeeintrÃ¤chtigung auf 30 % ein. Insgesamt seien die Folgen des Unfalls mit einer MdE von 50 v.H. einzustufen.

Der KlÃ¤ger hat mit Schriftsatz vom 25.10.01 die Ansicht vertreten, die Auffassung des Erstgerichts, dass wesentliche Unfallfolgen nicht vorlÃ¤gen, sei nach diesem Gutachten nicht mehr zu halten.

Die Beklagte vertrat demgegenÃ¼ber mit Schriftsatz vom 26.10. 2001 die Auffassung, dass das Gutachten eine kritische WÃ¼rdigung der vorhandenen

Ã¤rztlichen Unterlagen und Gutachten vermissen lasse. Vielmehr stÃ¼tze sich der Gutachter auf die Aussagen des KlÃ¤gers, die nicht objektiviert worden seien.

In einem weiteren Schriftsatz vom 07.11.2001 hat der KlÃ¤ger geltend gemacht, Tatsache sei, dass er sich Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum in der Schmerzklinik zur Behandlung befunden habe und deshalb davon auszugehen sei, dass sehr wohl die dortigen Feststellungen wesentlich aussagekrÃ¤ftiger seien als das Gutachten der SachverstÃ¤ndigen Dr.K â¦

Der KlÃ¤ger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 29.09.2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05.03.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.08.1998 zu verurteilen, ihm Verletztenrente in HÃ¶he von mindestens 30 v.H. der Vollrente zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Der Senat hat die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts Regensburg und der LVA Niederbayern-Oberpfalz beigezogen. Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den Akteninhalt Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist gemÃ¤Ã Â§ 143 ff. SGG zulÃ¤ssig, sachlich jedoch nicht begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf GewÃ¤hrung von Verletztenrente wegen der Folgen des Unfalls vom 12.10.1996.

Die Entscheidung richtet sich nach den Vorschriften des 7. Sozialgesetzbuches (SGB VII), da zwar der Versicherungsfall noch vor dem Tag des Inkrafttretens des SGB VII eingetreten ist, Rentenleistungen jedoch nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes erstmals festzusetzen waren, da die ArbeitsunfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers wegen der Unfallfolgen bis 06.10.1997 dauerte (Â§Â§ 212, 214 Abs.3, 72 Abs.1 Nr.1 SGB VII).

GemÃ¤Ã Â§ 56 SGB VII haben Versicherte, deren ErwerbsfÃ¤higkeit infolge eines Versicherungsfalls Ã¼ber die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. GemÃ¤Ã Â§ 56 Abs.2 SGB VII richtet sich die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Nach dem Ende der ArbeitsunfÃ¤higkeit, die, wie sich aus dem Arztbericht des Dr.L. vom 25.09.1997 und dem Gutachten des Dr.N. vom 16.12.1997 ergibt, bis 06.10.1997 dauerte, lagen keine Unfallfolgen mehr vor, die eine Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit von wenigstens 20 v.H. nach sich ziehen wÃ¼rden. Vielmehr waren die Unfallfolgen soweit abgeheilt, dass die MdE mit 0 v.H. einzustufen ist. Zwar hatte der KlÃ¤ger bei dem Unfall ein SchÃ¤delhirntrauma mit SchÃ¤delimpressionsfraktur rechts und eine groÃe SchÃ¤delplatzwunde frontoparietal rechts erlitten, doch lagen, worauf auch die SachverstÃ¤ndige Dr.K. in ihrem Gutachten hinweist, keine HirnsubstanzschÃ¤den vor. Vielmehr zeigte das CT

des SchÃ¤dels vom 08.11.1996 eine zunehmende Konsolidierung der SchÃ¤delfraktur und weiterhin keinen Nachweis eines epi- bzw. subduralen HÃ¤matoms sowie keinen Nachweis von Kontusionsherden. Schon bei der Untersuchung am 26.11.1996 konnte der Nervenarzt Dr.K. weder im Hirnnervenbereich, noch im Bereich der langen Bahnen einen pathologischen Befund feststellen. Entsprechend nahm er wegen der vom KlÃ¤ger geltend gemachten Schwindelbeschwerden eine vestibulÃ¤re Irritation an. Auch Dr.J. stellte nach der stationÃ¤ren Behandlung des KlÃ¤gers vom 20.03. bis 23.05.1997 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau im Bereich der Hirnnerven keine krankhaften Normabweichungen fest. Bei der abschlieÃenden neurologischen Untersuchung fand sich eine reizlose Narbe rechts an der Stirn im Haaransatz ohne tastbare Eindellung. Die kernspintomographische Untersuchung des SchÃ¤dels ergab regelrechte VerhÃ¤ltnisse ohne Hinweise fÃ¼r Substanzdefekte bei mittelstÃ¤ndigen, normal weitem Ventrikelsystem. Wie Dr.J. ausfÃ¼hrt, wurde durch die kernspintomographische Untersuchung die klinische Feststellung, dass das Gehirn bei dem Unfall nicht beteiligt war, bestÃ¤tigt. Vielmehr war das SchÃ¤del-Hirn-Trauma lediglich in Form einer SchÃ¤delfraktur und GehirnerschÃ¼tterung abgelaufen. Entsprechend waren auch bei der Untersuchung am 16.12.1997 durch den Nervenarzt Dr.N. , dessen Gutachten vom 16.12.1997 im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, keine neurologischen Unfallfolgen feststellbar. Es fanden sich keine Doppelbilder, kein Nystagmus, keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Gesicht, auch nicht im Stirnbereich. Die Innervation der Gesichtsmuskulatur war seitengleich. Eine HÃ¶rstÃ¶rung fand sich nicht. Im Bereich der kaudalen Hirnnerven waren keine AuffÃ¤lligkeiten festzustellen. Im Bereich der oberen ExtremitÃ¤ten zeigte sich eine normal entwickelte Muskulatur ohne umschriebenen Muskelschwund mit mittellebhaften seitengleichen Muskeldehnungsreflexen ohne krankhafte Reflexe. Diese Befunde werden durch die SachverstÃ¤ndige Dr.K. anlÃ¤sslich der Untersuchung am 08.12.1998 bestÃ¤tigt. Auch damals waren keine GefÃ¼hlsstÃ¶rungen nachweisbar, keine Kraftminderung, dagegen ausgeprÃ¤gt funktionell imponierende StÃ¶rungen bei ÃberprÃ¼fung der Koordination. Wie die SachverstÃ¤ndige Dr.K. ausfÃ¼hrt, sind die subjektiv geklagten Beschwerden mit dem objektiv organneurologischen Befund nicht vereinbar. Das SchÃ¤del-Hirn-Trauma hat keine nachweisbaren Folgen hinterlassen, die mit anhaltenden Beschwerden, wie Kopfschmerzen oder Schwindel vereinbar wÃ¤ren. Zu Recht weist die SachverstÃ¤ndige darauf hin, dass auch in den einschlÃ¤gigen Vorgutachten Unfallfolgen nicht nachgewiesen werden konnten. Entsprechend sind die geklagten Beschwerden nicht mit dem abgelaufenen SchÃ¤del-Hirn-Trauma begrÃ¼ndbar. Insbesondere kann das SchÃ¤del-Hirn-Trauma bei fehlenden intracerebralen StrukturschÃ¤den nicht zu einer PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung gefÃ¼hrt haben, in deren Zusammenhang aus theoretischen Ãberlegungen heraus die geklagte Symptomatik nachvollziehbar wÃ¤re. Dagegen sind die geklagten Beschwerden mit einer somatoformen StÃ¶rung vereinbar. Dabei handelt es sich um eine persÃ¶nlichkeitsspezifische unfallunabhÃ¤ngige psychoreaktive Symptomatik. Mit Recht weist die SachverstÃ¤ndige in diesem Zusammenhang auf den Bericht des behandelnden Nervenarztes Dr.K. hin, der im Arztbrief vom 02.10.1998 die auch ihm geklagte Symtpmatik, wie Kopfschmerzen, SchwindelgefÃ¼hl, Mattigkeit und MÃ¼digkeit als Ausdruck eines depressiven Syndroms bei Psycho-Neurose ansieht, mithin, ebenso

wie die SachverstÃ¤ndige, nicht als Unfallfolge. Auch auf HNO-Ã¤rztlichem Fachgebiet sind keine Unfallfolgen verblieben. Zwar hat, wie bereits dargelegt, Dr.K. zunÃ¤chst eine vestibulÃ¤re Irritation angenommen, doch ergibt sich insbesondere aus dem eingehenden Gutachten des Dr.H. , das ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwertet wird, dass die HNO-Ã¤rztlichen Untersuchungen keine vestibulÃ¤re StÃ¶rung als Ursache der beklagten Schwindelbeschwerden erbrachten.

Bei der PrÃ¼fung unter der Frenzel-Brille konnte kein Spontannystagmus festgestellt werden. Durch KopfschÃ¼tteln lieÃen sich keine pathologischen Nystagmen erzeugen, ebenso nicht durch Lage und LagerungsprÃ¼fungen. Beim Elektronystagmogramm waren die peripheren Vestibularorgane vÃ¶llig seitengleich thermisch erregbar, in der Spontanableitung zeigte sich kein gerichteter Horizontalnystagmus. Auch von daher lassen sich Schwindelbeschwerden nicht objektivieren. Wie Dr.H. weiter darlegt, ist ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang des HÃ¶rsturzes von November 1996 mit dem Unfallereignis vom 12.10.1996 nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit herzustellen. Zusammenfassend lassen sich Unfallfolgen auf HNO-Fachgebiet nicht objektivieren. Auch der SachverstÃ¤ndige Dr.L. stellt in der neurologischen Befunderhebung auf Seiten 4 und 5 seines Gutachtens einen regelrechten neurologischen Befund dar, der sich mit dem der Ã¼brigen Gutachter im Wesentlichen deckt. Wenn er dennoch zu einer MdE-EinschÃ¤tzung von 30 v.H. vom 06.10.1997 bis 19.04.1999 und danach von 20 v.H. auf Dauer gelangt, kann dies nicht nachvollzogen werden. Wenn sich aus der BegrÃ¼ndung des SachverstÃ¤ndigen ergibt, dass weder die Art der Verletzung noch das AusmaÃ der Gewebsdestruktionen mit der IntensitÃ¤t und der Dauer des Kopfschmerzes korrelieren mÃ¼ssen und dass es hinsichtlich IntensitÃ¤t, PeriodizitÃ¤t und Lokalisation des Kopfschmerzes ebenfalls keine GesetzmÃ¤Ãigkeiten gibt, ist daraus zu schlieÃen, dass der SachverstÃ¤ndige seine MdE-EinschÃ¤tzung lediglich auf die Angaben des KlÃ¤gers stÃ¼tzt, die in den objektiven Gegebenheiten jedoch, wie dargelegt, keinerlei Grundlage finden.

Vielmehr ist diesbezÃ¼glich nochmals auf das Gutachten der SachvestÃ¤ndigen Dr.K. zu verweisen, die darlegt, dass es sich hier um den Ausdruck einer somatoformen StÃ¶rung handelt, die ihre Ursache in persÃ¶nlichkeitsimmanenten Eigenheiten des KlÃ¤gers hat, nicht jedoch dem Unfall angelastet werden kann. Dies deckt sich, wie ausgefÃ¼hrt, auch mit den Feststellungen des behandelnden Nervenarztes Dr.K â¦ Es bestand deshalb fÃ¼r den Senat kein Anlass an der Beurteilung der SachverstÃ¤ndigen Dr.K. zu zweifeln.

Diese Beurteilung wird auch durch das nach Â§ 109 SGG eingeholte Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr.B. nicht erschÃ¼ttert. Dr.B. fÃ¼hrt die geltend gemachten Kopfschmerzen und die SchwindelzustÃ¤nde auf den Unfall vom 12.10.1996 allein auf die Angaben des KlÃ¤gers und den engen zeitlichen Zusammenhang der geklagten Beschwerden mit dem Unfall zurÃ¼ck. Dies ergibt sich insbesondere aus S.2 seines Gutachtens, wenn er ausfÃ¼hrt, bewertet wÃ¼rden somit einerseits der seit dem Unfall, mithin posttraumatisch bestehende Dauerschmerz als auch die vorliegenden posttraumatischen SchwindelzustÃ¤nde mit GleichgewichtsstÃ¶rungen. In keiner Weise setzt er sich mit der Art des erlittenen

Traumas und den von Dr.N. , Dr.H. , Dr.J. und Dr.K. festgestellten objektiven Befunden auseinander. Im Gegensatz zu Dr.B. haben sich diese Gutachter eingehend mit der Art des erlittenen Traumas und dem objektiv organneurologischen Befund befasst und geprÃ¼ft, inwieweit die subjektiv geklagten Beschwerden damit zusammenhÃ¤ngen kÃ¶nnen. Das Gutachten des Dr.B. und seine Annahme einer unfallbedingten MdE von 50 v.H. kÃ¶nnen nach allem nicht Ã¼berzeugen.

Nach alldem ist die Berufung des KlÃ¤gers unbegrÃ¼ndet.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision (Â§ 160 Abs.2 Nr.1 und 2 SGG) liegen nicht vor.

Erstellt am: 24.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024