S 9 U 132/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 U 132/98
Datum	27.10.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 484/99
Datum	14.03.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 27.10.1999 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der KlÃ¤ger war als Buchhalter bei der Firma L â□¦ KG, Sand- und Kieswerke in B â□¦ beschÃ¤ftigt. Am 29.09.1987 erlitt er auf dem Weg zur Arbeit mit dem Rad dadurch einen Unfall, dass er beim Abbremsen Ã¼ber den Lenker mit dem Kopf voraus an eine Mauer stÃ¼rzte. Der Durchgangsarzt Dr.M â□¦ stellte am 29.09.1987 fest, dass der KlÃ¤ger nach dem Unfall wahrscheinlich kurz bewusstlos gewesen sei, sich jedoch erinnern kÃ¶nne, keinen Brechreiz verspÃ¼rt zu haben oder Erbrechen erfolgt sei. Er stellte die Diagnose: SchÃ¤delprellung, Verdacht auf Commotio-Cerebri, Distorsion der HWS, Prellung BWS und LWS mit Verdacht auf leichte Impressionsfraktur am 2. LendenwirbelkÃ¶rper.

Vor einigen Jahren habe der KlÃ¤ger eine lumbale Bandscheibenoperation gehabt, sei seither beschwerdefrei gewesen.

Der Facharzt fÃ¼r Nervenkrankheiten Dr.R â¦ stellte am 30.09. 1987 die Diagnose: SchÃ¤delprellung und fand keine neurologischen AusfÃ¤lle. Auch der leichte Stauchungsbruch des zweiten LendenwirbelkÃ¶rpers der wahrscheinlich vorliege, verursache keine neurologischen AusfÃ¤lle.

Am 17.11.1987 berichtete Dr.M â¦, der KlÃ¤ger gebe seit einigen Tagen geringes PelzigkeitsgefÃ¼hl an der AuÃenseite des rechten Oberschenkels und im Bereich beider Fersen an. Er habe deshalb eine Kontrolluntersuchung bei dem Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.Sch â¦ vereinbart. Letzterer berichtete am 23.11.1987, es lÃ¤gen beim KlÃ¤ger ein Zustand nach Polyradikulitis mit noch bestehender Restsymptomatik L 5 â geringer S 1-Bereich rechtsbetont und Zustand nach LWK 2-Fraktur mit rezidivierender L 3 Wurzelreizsymptomatik rechtsbetont vor.

Der Chirurg Dr.P â¦ stellte im Bericht vom 11.12.1987 eine mit keilfÃ¶rmiger Deformierung in Ausheilung befindliche Fraktur des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers, Wurzelreizsyndrom L 3 fest. Ein erstes Rentengutachten erstattete der OrthopÃ¤de Dr.Me â¦ am 17.03.1988. Als Unfallfolgen stellte er einen unter leichter Keilverformung knÃ¶chern fest verheilten Bruch des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers mit BewegungseinschrÃ¤nkung in diesem Gebiet sowie glaubhafte subjektive Beschwerden fest. Der KlÃ¤ger hatte bei dem Arzt geltend gemacht, Probleme beim Sitzen zu haben (Brennen und Schneiden). Er habe Nierenschmerzen beidseits. Die Nieren seien aber nicht krankhaft verÃ¤ndert. Er habe Bauchschmerzen und Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Urinhaltens. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit sei seit 29.02. 1988 mit 10 v.H. zu bemessen.

Mit Bescheid vom 28.03.1988 lehnte die Beklagte die GewÃ¤hrung von Verletztenrente ab und bezog sich auf das Gutachten des Dr.Me â¦

Dagegen erhob der KlÃ¤ger Klage (Az.: S 3 U 122/88). Er machte geltend, bei ihm hÃ¤tten sich nach dem Unfall ausgeprÃ¤gte neurologische Probleme eingestellt, die ihn veranlasst hÃ¤tten, einen Neurologen aufzusuchen. Die bei ihm vorliegende Skoliose sei bislang nicht weiter behandelt worden. Er kÃ¶nne nicht mehr schwer heben, z.B. keine Schneeschaufel mehr handhaben. Durch den Bruch des LendenwirbelkÃ¶rpers sei die ganze Statik der WirbelsÃ¤ule ins Wanken gekommen. Darum habe er auch verstÃ¤rkte Skoliosebeschwerden. Er meine, dass wegen der Unfallfolgen eine MdE von 40 v.H. gegeben sei.

Das Sozialgericht holte ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.L â¦ vom 27.06.1988 ein, bei dem der KlÃ¤ger geltend machte, er habe jetzt Schmerzen im RÃ¼cken und kÃ¶nne nicht lange sitzen und stehe den Tag nicht durch. Er habe Schmerzen, die in die rechte Leiste und Hoden und ins rechte Bein hinab ausstrahlen wÃ¼rden. Im linken Bein habe er keine besonderen Beschwerden. UngefÃ¤hr 1986 habe er eine Bandscheibenoperation gehabt, sei hiervon aber beschwerdefrei geworden. Als Kind habe er auch eine KinderlÃ¤hmung gehabt, auÃerdem sei eine Skoliose bekannt, die ihm aber nicht soviel Beschwerden gemacht habe.

Dr.L â¦ gelangt zu dem Ergebnis, dass die WirbelsÃ¤ule beim KlÃ¤ger einen nicht

unerheblichen Schaden aufweise, der in drei verschiedene Krankheitsbezeichnungen aufzugliedern sei, nÃ¤mlich die Skoliose vor allem im BrustwirbelsÃ¤ulenbereich, die Osteoporose und einen Zustand nach Bandscheibenoperation wegen Bandscheibenvorfalls (DegenerationsverÃ¤nderung). Diese KrankheitszustÃ¤nde hÃ¤tten durch den Unfall keine wesentliche richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Allerdings mÃ¼sse aufgrund der ersteren zwei KrankheitszustÃ¤nde mit einem etwas verzÃ¶gerten Heilverlauf gerechnet werden. An Unfallfolgen lÃ¤gen ein unter bestehenbleibender Keilform ohne wesentliche Ãnderungen der statischen VerhÃ¤ltnisse knÃ¶chern fest verheilter Bruch der oberen Deckplatte des 2. LWK vor. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit betrage vom 29.02.1988 bis 31.05.1988 20 v.H., vom 01.06. 1988 bis 31.08.1988 10 v.H. und danach unter 10 v.H. In einem Schreiben vom 20.07.1988 fÃ¼hrt der KlÃ¤ger aus, er habe sich in den Schilderungen der Beschwerden bei Dr.L â¦ betont zurÃ¼ckgehalten. Er habe nichts Ã¼ber die nunmehrigen Nierenschmerzen sowie die gelegentlichen heftigen Bauchschmerzen im Muskelbereich, verbunden mit KrÃ¤mpfen in der Bauchdecke und im Rippenbereich, ferner die Nervenschmerzen in Intervallen genannt. Er habe zum Teil Finger wie aus Holz so gefÃ¼hllos. Die GerÃ¤uschsensationen Ã¼berwiegend im rechten Ohr kÃ¤men nachweislich von dem verspannten Halswirbelmuskelbereich. Hier sei in Isny-Neutrauchburg durch Behandlung, Entspannung und Halswirbeleinrenkung Erleichterung eingetreten.

In einem vom KlÃ¤ger selbst Ã¼berreichten Leistungsauszug der DAK werden fÃ¼r die Jahre 1974 und 1979 akute Lumbago, fÃ¼r das Jahr 1980 Interkostalneuralgie nach Verhebetrauma, im Jahre 1984 BfA-Kur wegen cervikalem und lumbalen Bandscheibensyndroms bei Spondylosis der WirbelsÃ¤ule, psychovegetativem Syndrom mit depressiven und aggressiven ZÃ¼gen sowie ErschÃ¶pfungszustand, im Jahre 1987 Wurzelreizsyndrom, im Jahre 1978 unklare Oberbauchbeschwerden festgehalten.

Auf Antrag des KlÃ¤gers holte das Sozialgericht gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG ein Gutachten des Dr.H â¦ von der W â¦ W â¦ Klinik vom 07.07.1989 ein. Neben der unfalbedingten postraumatischen Kyphose L 2 kÃ¶nne als Unfallfolge eine Dekompensation der InstabilitÃ¤t im Bewegungssegment L 4, L 5 gesehen werden, insbesondere deshalb, weil die Hauptbeschwerden des KlÃ¤gers diesem Segment zuzuordnen seien. Die diskutierte Dekompensation des Postnukleotomiesyndroms im Sinne der Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens kÃ¶nne nur angenommen werden, ein Beweis sei nicht zu fÃ¼hren.

Die Beklagte hat dazu ein Gutachten des Dr.B â¦ vom 16.12.1989 vorgelegt, der ausfÃ¼hrt, unfallbedingt liege ein Zustand nach knÃ¶chern fest verheiltem Kompressionsbruch des 2. LWK ohne Beteiligung der Hinterkante und der Kaudaequina mit Bandscheibenbeteiligung vor, die inzwischen gefestigt sei und keine InstabilitÃ¤t mehr bedinge. UnfallunabhÃ¤ngig lÃ¤gen eine Scheuermann sche Erkrankung mit Begleitskoliose, Zustand nach WirbelsÃ¤ulenoperation L 4/L 5 bei Varikose, Verkalkungen der Arterie vertebralis mit Arteria vertebralis-Syndrom und Vermehrung der StrahlendurchlÃ¤ssigkeit vor. Eine unfallbedingte posttraumatische Kyphose L 2 bei permanenter InstabilitÃ¤t L 1, L 2 bestehe nicht.

Es kÃ¶nne demnach auch nicht zu einer Dekompensation der InstabilitÃ¤t im Bewegungssegment L 4/L 5 gefÃ¼hrt haben. Der SchÃ¤tzung der MdE durch Dr.L â¦ kÃ¶nne er sich anschlieÃen. Die MdE betrage ab 01.09.1989 unter 10 v.H. Weiter holte das Sozialgericht eine gutachtliche Stellungnahme des Dr.L â¦ vom 27.02.1990 ein, in welcher der SachverstÃ¤ndige u.a. darlegt, die Form der vom Unfall betroffenen Bandscheibe habe sich wohl verÃ¤ndert, jedoch habe dies keine Auswirkungen. Funktionell wirksam werden kÃ¶nne lediglich eine ZerreiÃung des hinteren Faserrings der Bandscheibe, im Sinn einer Beeinflussung des RÃ¼ckenmarks oder der Nervenwurzel, was beim KlÃ¤ger mÃ¶glicherweise vorÃ¼bergehend, aber nicht mehr zum Zeitpunkt spÃ¤terer Untersuchungen der Fall gewesen sei.

Mit Urteil vom 28.06.1990 Ã¤nderte das Sozialgericht Augsburg den Bescheid der Beklagten vom 28.03.1988 insoweit, als die Beklagte verpflichtet wurde, Verletztenrente vom 29.02.1988 bis 31.05.1988 nach einer MdE von 20 v.H. zu gewÃ¤hren. Im Ãbrigen wies es die Klage ab.

Dagegen legte der KlÃ¤ger Berufung ein (Az.: L 3 U 253/90).

Die Beklagte legte ein Gutachten, eingeholt von der BfA, betreffend eine medizinische Heilbehandlung vom 23.08.1990, bis 20.09.1990 vor. Als Beschwerden machte der KlÃ¤ger geltend, oft das GefÃ¼hl zu haben, aus zwei KÃ¶rperhÃ¤lften zu bestehen. Die RÃ¼ckenschmerzen strahlten von der LWS in die HÃ¼fte, den Bauch und die Nierengegend sowie in die Oberschenkelinnenseiten aus. Hierbei bestÃ¼nden zusÃ¤tzlich Taubheit und Kribbeln, ebenfalls Ausstrahlung in die gesamten oberen ExtremitÃ¤ten sowie in Hals und Kopf. Er kÃ¶nne nicht lange sitzen, komme morgens nur rollend aus dem Bett. Der KlÃ¤ger sei wegen chronischer Lumbalgien bei Zustand nach Hemilaminektomie L 4/5 sowie knÃ¶chern konsolidierter LWK 2 Kommpressionsfraktur in stationÃ¤re Heilverfahren gekommen. ZusÃ¤tzlich bestehe eine auffallende SchwÃ¤che der unteren ExtremitÃ¤ten sowie der oberen ExtremitÃ¤ten. Ob hier ein Zusammenhang mit der Poliomyelitis anterior im Kindesalter zu sehen sei, erscheine zweifelhaft. Der KlÃ¤ger habe ein konstantes Rauschen und Klingeln im Kopf geltend gemacht und sich eine Vorstellung beim HNO-Arzt zu Hause gewÃ¼nscht. Der KlÃ¤ger Ã¼bersandte Schreiben der Hessing-Kliniken Augsburg vom 07.02.1991, wonach er sich damals wegen zunehmender Schmerzen im Bereich beider HÃ¼ftgelenke mit Ausstrahlung in die Leisten vorgestellt habe. Es liege ein Zustand nach LWK 2 Kompressionsfraktur, beginnende Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts und Osteoporose vor.

Mit Urteil vom 25.02.1992 hat das Bayerische Landessozialgericht die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 28.06.1990 zurÃ¼ckgewiesen. Es hat sich auf die Gutachten des Dr.L â¦ und Dr.B â¦ berufen.

Mit einem Schriftsatz vom 30.12.1992 wandte sich der KlÃ¤ger an das Sozialgericht Augsburg und bat um ÃberprÃ¼fung der Feststellungen der Beklagten gemÃ¤Ã Â§ 44 SGB X (Az.: S 3 U 284/92).

Mit Schreiben vom 29.07.1993 bat die Beklagte die Verwaltungsakten zurÃ¼ckzuschicken zur Ãberprüfung des Antrags nach Â§ 44 SGB X. Daraufhin nahm der KlÃ¤ger mit Schreiben vom 05.08.1993 die Klage zurÃ¼ck.

Mit Schreiben vom 18.10.1993 machte der KlÃ¤ger geltend, neu sei offensichtlich, dass seit dem Unfall ein Tinnitus vorliege, ein dauernd stark stÃ¶rendes, mitunter sogar quÃ¤lendes OhrgerÃ¤usch. Dem Tinnitus sei offensichtlich im Gerichtsverfahren nicht nÃ¤her nachgegangen worden. Er meine, dass er Folge der Commotio cerebri sei bzw. eventuell der HWS- Prellung. Hauptstreitpunkt sei aber, inwieweit es bei dem Unfall zu einer Bandscheibenbeteiligung gekommen sei. Dr.H â¦ sei von einer ZerreiÃung der Bandscheibe L 1/2 ausgegangen. In der Folge habe sich eine posttraumatische Kyphose mit permanenter InstabilitÃ¤t der Bandscheibe entwickelt. Dieser Diagnose habe sich weder das Sozialgericht noch das Landessozialgericht angeschlossen. Die MÃ¶glichkeit einer Bandscheibenverletzung habe Prof.Dr.B â¦ in seinem Gutachten offensichtlich nicht berÃ¼cksichtigt. Er verweise auf Abhandlungen des Prof.Dr.P â¦ und einen Beitrag von Prof.Dr.E â¦ in Frankfurt. Im letzteren Beitrag werde auch die WiederertÃ¼chtigung der WirbelsÃ¤ulenhaltemuskulatur angesprochen, wobei bei ihm eine solche WiederertÃ¼chtigung durch die VorschÃ¤digung in Form der Poliomyelitis erschwert, wenn nicht unmÃ¶glich sei. Der KlÃ¤ger legt vor, einen Bericht des Stationsarztes Dr.B â¦ â H â¦ Klinik in Augsburg vom 08.03.1991, wonach bei ihm eine akut rezidivierende Lumbalgie bei Zustand nach LWK 2 Kompressionsfraktur, beginnende Coxarthrose beidseits, links mehr als rechts und Osteoporose vorliege. Weiter legt er einen Bericht des Chefarztes des Radiologischen Zentrums des Krankenhauszweckverbands Augsburg Dr.K â¦ vom 27.06.1991 vor, der ausfÃ¼hrt, die RÃ¶ntgenaufnahmen vom 06.09.1990 und 10.09.1990 zeigten eine Deckplattenimpression des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers, die offensichtlich frakturbedingt sei. Ob diese Deckplattenimpression am 2. LendenwirbelkÃ¶rper durch ein Trauma beeinflusst sei oder Ausdruck einer Osteoporose bedingten Fraktur mÃ¼sse im Zusammenhang mit der Anamnese geklÃ¤rt werden.

BezÃ¼glich des Tinnitus erklÃ¤rte der KlÃ¤ger auf Anfrage der Beklagten im Schreiben vom 08.12.1993, das GehÃ¶rleiden sei insofern etwas kompliziert als bei ihm auch Hinweise fÃ¼r eine LÃ¤rmschwerhÃ¶rigkeit vorhanden seien. Er sei Ã¼ber einen Zeitraum von Ã¼ber 7 Jahren wÃ¤hrend seiner beruflichen TÃ¤tigkeit bei der Stadtsparkasse (EDV) erheblichen LÃ¤rmauswirkungen ausgesetzt gewesen. Insofern werde jetzt auch beim Bayerischen GUV Antrag auf Anerkennung einer LÃ¤rmschwerhÃ¶rigkeit gestellt. In einem vom KlÃ¤ger vorgelegten Schreiben an die Ãrztin Dr.Sch â¦ vom 22.09.1993 macht der KlÃ¤ger geltend, dass er, wenn er sich hinlege, eine extreme Verschlimmerung Ã¼ber den ganzen Tageszustand nach kurzer Zeit erlebe. So schlecht kÃ¶nne er einschlafen. Die ErhÃ¶hung der Tinnitus-Beschwerden im Liegen wÃ¼rden im Laufe des Vormittags so nach und nach wieder erniedrigt, wobei er sagen mÃ¼sse, dass sich auch die UnfallrÃ¼ckenbeschwerden durch Hinlegen nur kurz erleichtern lieÃen.

Die Beklagte zog ein in einem Rechtsstreit der BfA gegen die Steinbruchs-BG erstattetes Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.T â¦ vom Sozialgericht Berlin (Az.: S 69

U 112/93) bei, in welchem der Gutachter als Unfallfolgen beim KlÃ¤ger: KnÃ¶chern verheilter Bruch des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers mit rezidivierenden Muskelreizerscheinungen und Bandscheibenbeteiligung zwischen 1. und 2. Lendenwirbel- und rezidivierende Wurzelsymptomatik der 3. Lendenwurzel feststellt. UnfallunabhÃ¤ngig lÃ¤gen degenerative VerÃ¤nderungen der Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule, Skoliose und Knochenentkalkung der WirbelsÃ¤ule, alter Morbus Scheuermann, WirbelsÃ¤ulenoperation in HÃ¶he des 4. und 5.Lendenwirbels mit Teilwirbelbogenentfernung und Schmerzsymptomatik in diesem Bereich, abgelaufene Polyradiculitits mit Restsymptomatik L 5, gering S 1 rechts, abgelaufene KinderlÃ¤hmung und DurchblutungsstÃ¶rungen der Arteria vertebralis vor. Weiter zog die Beklagte die Akten des Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverbandes (GUV) bei. Im Bescheid vom 11.09.1995 lehnte der GUV die beim KlÃ¤ger bestehende SchwerhÃ¶rigkeit als Berufskrankheit ab. Der behandelnde Arzt des KlÃ¤gers Dr.HÃ¼ â¦ hatte mit Schreiben vom 04.08.1994 dem GUV mitgeteilt, der KlÃ¤ger stehe seit 07.01.1988 in regelmÃ¤Ãiger hausÃ¤rztlicher Behandlung bei ihm und habe damals Ã¼ber OhrgerÃ¤usche im Anschluss an eine Unfallverletzung im Jahr 1987 geklagt. Eine Diagnostik oder Behandlung wegen einer SchwerhÃ¶rigkeit sei durch ihn in den vergangenen Jahren nicht erfolgt. Er fÃ¼gte bei einen Bericht des Dr.Sch â¦ vom 13.08.1990 bei. Der HNO-Arzt Dr.R â¦ berichtete am 03.08.1994, der KlÃ¤ger sei ihm seit 08.12.1990 bekannt. Er habe damals Ã¼ber OhrgerÃ¤usche beidseits, vor allem im Liegen und Ã¼ber HÃ¶rverschlechterung geklagt. Zur Anamnese habe er angegeben, 1987 einmal einen Fahrradunfall mit WirbelsÃ¤ulentrauma erlitten zu haben und im Ãbrigen eine berufliche LÃ¤rmexposition. Er habe damals eine gering bis mittelgradige InnenohrschwerhÃ¶rigkeit mit geringer Schallleitungskomponente bei typanometrisch aufgehobenen Stapediusreflexen erhoben. Der Verdacht einer Otossklerose habe sich nicht bestÃ¤tigt. Das Audiogramm erlaube keinen RÃ¼ckschluss auf die Ãtiologie der SchwerhÃ¶rigkeit. Wahrscheinlich sei sie ein Resultat aus LÃ¤rmbelastung, Unfallfolgen und physiologischem Alterungsprozess. In einem gewerbeÃ¤rztlichen Gutachten vom 27.07.1995 an den GUV fÃ¼hrte der Gewerbearzt Dr.S â¦ aus, zur TÃ¤tigkeit bei der Stadtsparkasse Augsburg gehe aus dem TAD-Bericht hervor, dass der Versicherte keiner gehÃ¶rschÃ¤digenden LÃ¤rmbelastung von mehr als 85 dB ausgesetzt gewesen sei. Die Anerkennung einer Berufskrankheit im Sinne der Nr.2301 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung kÃ¶nne somit nicht empfohlen werden.

In einem fÃ¼r den GUV erstatteten Gutachten vom 29.12.1995 gelangte der HNO-Arzt Dr.G â¦ zu dem Ergebnis, die Tonaudiogramme vom 21.05.1993 und 06.12.1993 sprÃ¤chen fÃ¼r eine kombinierte vorliegende InnenohrschwerhÃ¶rigkeit sehr geringen Grades, nachdem keine reine SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit vorliege und im Tonaudiogramm kein charakteristischer HÃ¶rkurvensteilabfall im Hochtongebiet vorliege, sei eine berufliche LÃ¤rmschwerhÃ¶rigkeit insgesamt unwahrscheinlich. Jedoch sei bei dem im vorgeschrittenen Lebensalter stehenden KlÃ¤ger eine geringfÃ¼gige lÃ¤rmtraumatische Innenohrkomponente nicht auszuschlieÃen, nachdem Ã¼berschwellige HÃ¶rmessungen nicht vorlÃ¤gen. Der KlÃ¤ger habe bisher nur angegeben, dass OhrgerÃ¤usche erst nach einem Unfall 1987 bemerkt worden

seien.

Der GUV hat mit Widerspruchsbescheid vom 12.02.1996 den Wider- spruch des KlÃ¤gers zurÃ¼ckgewiesen.

Mit der sich daran anschlieÃenden Klage gegen den GUV hat der KlÃ¤ger u.a. die Schallmesswerte angezweifelt. Er fÃ¼hre die SchwerhÃ¶rigkeit auf seine in der Zeit von 1964 bis 1973 durchgefÃ¼hrte berufliche TÃ¤tigkeit als Konsoloperator zurÃ¼ck. Das Sozialgericht zog in diesem Verfahren einen Behandlungsbericht des Dr.R â¦ vom 31.07.1996 bei, nach welchem dieser den KlÃ¤ger erstmals am 03.12.1990 behandelt hat und vom 28.09. bis 01.10.1994 eine Infusionsbehandlung zur Besserung des Tinnitus ohne Erfolg einsetzte. Weiter zog das Sozialgericht einen Leistungsauszug der DAK Ã¼ber Zeiten der ArbeitsunfÃ¤higkeit seit 1957 bei. Unter dem 28.09.1994 bis 08.10.1994 ist vermerkt: Akuter Morbus meniere, Tinnitus, HWS-Syndrom, Zustand nach HÃ¶rsturz und Infusionen.

Das Sozialgericht holte in dem Verfahren gegen den GUV ein Gutachten der Frau Prof.Dr.Scho â¦ vom 23.02.1998 ein. Der KlÃ¤ger gab in der Anamnese an, bereits 1973 sei seiner Ehefrau eine SchwerhÃ¶rigkeit bei ihm aufgefallen, die ihm dann auch selbst bewusst geworden sei. Er sei 1996 mit HÃ¶rgerÃ¤ten versorgt worden, mit denen er nicht zufrieden sei. Bereits in den Siebziger Jahren habe er einen Tinnitus (OhrgerÃ¤usch) beidseits gehabt, der ihn nicht sehr gestÃ¶rt habe. Er wisse auch nicht, ob er stÃ¤ndig vorhanden gewesen sei. Seit dem Unfall 1987 sei der Tinnitus stÃ¤ndig vorhanden. Er sei lauter geworden und stÃ¶re ihn. Die SachverstÃ¤ndige gelangt zu dem Ergebnis, beim KlÃ¤ger liege eine InnenohrschwerhÃ¶rigkeit beidseits vor, bei der es sich unter BerÃ¼cksichtigung aller HÃ¶rtests und verschiedener Berechnungstabellen um eine SchwerhÃ¶rigkeit mit geringgradiger Herabminderung des SprachgehÃ¶rs beidseits handele, ein Tinnitus beidseits und eine zentrale GleichgewichtsstÃ¶rung. Die SchwerhÃ¶rigkeit des KlÃ¤gers und der Tinnitus seien mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht wesentlich durch die LÃ¤rmeinwirkung verursacht worden. Aus der Anamnese gehe hervor, dass sich der Tinnitus erst nach dem Unfall 1987, bei dem der KlÃ¤ger eine SchÃ¤delprellung und eine Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule erlitten habe, manifestiert habe. Beim KlÃ¤ger habe eine deutlich zentral-vestibulÃ¤re StÃ¶rung nachgewiesen werden kÃ¶nnen. Es bestÃ¼nden mehrere Risikofaktoren wie SchÃ¤delprellung, Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule, Osteoporose der gesamten WirbelsÃ¤ule, Verschluss der Arteria vertebralis links, latenter Diabetes, erhÃ¶hter Blutdruck und HerzkranzgefÃ¤Ãverengung. Ohne RÃ¼cksicht auf die Genese sei die MdE wegen der SchwerhÃ¶rigkeit mit geringgradiger Herabminderung des SprachgehÃ¶rs und dem Tinnitus beidseits auf 20 v.H. zu schÃ¤tzen.

Im Termin am 30.07.1998 hat das Sozialgericht Augsburg die Ehefrau des KlÃ¤gers M â¦ E â¦ als Zeugin gehÃ¶rt. Die Zeugin hat bekundet, die HÃ¶rstÃ¶rungen ihres Mannes hÃ¤tten sich nach 1973 langsam verschlimmert. In diesem Termin hat der KlÃ¤ger die Klage zurÃ¼ckgenommen.

Mit Bescheid vom 10.07.1997 lehnte die Beklagte die RÃ¼cknahme des Bescheides

vom 28.03.1988 in der Gestalt des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 28.06.1990 ab. Sie fÃ¼hrte aus, Grundlage der damaligen Entscheidung sei das Gutachten des Dr.L â¦ vom 27.06.1988 gewesen. Mit Schreiben vom 18.10. 1993 habe der KlÃ¤ger beantragt, den bestehenden Tinnitus als Folge des Wegeunfalls vom 29.09.1987 anzuerkennen und Rente zu gewÃ¤hren. Beim Unfall sei es zu einer Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule sowie zu einem Bruch des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers gekommen. Aus der fachÃ¤rztlichen Stellungnahme des HNO-Arztes Dr.G â¦ ergebe sich, dass eine starke doppelseitige Verkalkung der Arteria vertebralis bestehe. Diese VerÃ¤nderungen kÃ¶nnten sich als wesentliche Ursache fÃ¼r das Auftreten des Tinnitus darstellen. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang mit dem Unfall vom 29.09.1987 bestehe demnach nicht. Der KlÃ¤ger Ã¼berreichte Atteste der Urologen Dres.Rotter und Ziegler vom 19.04.1997 und 06.04.1995 und legte gegen den Bescheid vom 10.07.1997 Widerspruch ein. Dr. Ro â¦ bescheinigte, dass ein Radunfall mit BlasenentleerungsstÃ¶rungen einhergehen kÃ¶nne. Es bedÃ¼rfe jedoch zur Untermauerung dieser Vermutung einer weiteren diagnostischen AbklÃ¤rung. Dr.Z â¦ fÃ¼hrte aus, urologischerseits sei kein pathologischer Befund festzustellen, der die funktionellen Beschwerden beim KlÃ¤ger erklÃ¤ren wÃ¼rde. Ein Zusammenhang mit der erlittenen WirbelsÃ¤ulenverletzung sei mÃ¶glich und solle neurologisch abgeklÃ¤rt werden. In der WiderspruchsbegrÃ¼ndung machte der KlÃ¤ger geltend, Dr.L â¦ habe den Vorschaden viel zu hoch bewertet, den unfallbedingten Bandscheibenschaden L 1/2 nicht gewÃ¼rdigt und auch nicht die Fehlstatik infolge der keilfÃ¶rmigen Deformierung des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers. Er verwies insoweit auf das Gutachten des Dr.H â¦ Das Gutachten des Prof.Dr.B â¦ vom 16.12. 1989 sei nur nach Aktenlage erstellt. Die schon vor dem Unfall bestandene Skoliose habe sich durch den Unfall verstÃ¤rkt, gleiches gelte fÃ¼r die Osteoporose.

In einem Attest des Dr.Z â¦ vom 26.03.1996 wird ausgefÃ¼hrt: "im Ausscheidungsurogramm zeitgerechte Funktion beider Nieren, keine AblaufstÃ¶rungen erkennbar." MÃ¶glicherweise sei ein zusÃ¤tzlicher Stein bereits spontan abgegangen. Der Arzt legte einen Bericht des Prof.Dr.Ha â¦, Urologische Klinik Zentralklinikum Augsburg vom 23.04.1996 bei, wonach beim KlÃ¤ger wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Behandlung vom 23.03. bis 30.03.1996 ein Ureterstein links prÃ¤vesikal gefunden und entfernt wurde. Ein Ausscheidungsurogramm sei mit positivem Steinnachweis durchgefÃ¼hrt worden. 1973 sei ein Harnleiterstein spontan abgegangen. Die sonographische Untersuchung der Nieren am Entlassungstag habe einen unauffÃ¤lligen Befund ergeben. Der KlÃ¤ger sei beschwerdefrei in die weitere ambulante Behandlung entlassen worden. Ãber eine stationÃ¤re Behandlung im Jahre 1973 berichtet Dr.Ziegler einen Spontanabgang eines Uretersteines links.

Im Arztbrief vom 28.02.1997 berichtet der Urologe Dr.O â¦ beim KlÃ¤ger habe eine Nephrolithiasis bestanden. Derzeit sei eine solche radiologisch wie sonographisch nicht nachvollziehbar. Die im Sonogramm beschriebenen Verkalkungen schienen Parenchymverkalkungen zu sein. Die Beklagte zog die Krankengeschichte Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung des KlÃ¤gers vom 29.09.1987 bis 13.10.1987 (nach dem Unfall) im StÃ¤dtischen Krankenhaus Bobingen bei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.03.1998 wies sie den Widerspruch des KlÃ¤gers zurÃ¼ck. Dagegen hat der KlÃ¤ger Klage erhoben und geltend gemacht, der Unfall sei auf eine statisch bereits vorbelastete und zum Ausgleich ausgereizte WirbelsÃ¤ule durch eine Skoliose getroffen, die auch in den Bruchbereich LWK 2 reiche. Richtig sei, dass die Statik seiner WirbelsÃ¤ule seither durch den durch Unfall verformten, verbliebenen Keilwirbel noch weitergehend gestÃ¶rt sei. Auch die Skoliose sei weiter negativ verÃ¤ndert worden. Schon 1987 habe eine Osteoporose im Ansatz bestanden. Sie sei jedoch vÃ¶llig aus der gutachterlichen und richterlichen Bewertung gefallen. Seit dem Unfallzeitpunkt habe er ununterbrochen einen stark stÃ¶renden Tinnitus, der sich nachts quÃ¤lend verstÃ¤rke. Der Tinnitus, der aus dem Unfall stamme, sei ebenfalls nicht berÃ¼cksichtigt worden. Da der Verschluss der Arteria vertebralis links erst 1996 so diagnostizierte worden sei, kÃ¶nne der Tinnitus, der 1987 aufgetreten sei, dieser nicht zugeordnet werden. Die Neurologin Dr.Gu â¦ habe einen Zusammenhang zwischen dem beidseitigen Tinnitus und der Hypacusis fÃ¼r eher unwahrscheinlich gehalten. Seit dem Unfall habe er eine sogenannte autonome Blase. Er wisse nicht wann die Blase voll sei. Tag und Nacht habe er erhebliche kÃ¶rperliche Beschwerden. Der KlÃ¤ger legte erneut das Attest des Dr.Br â¦ vom 08.03.1991 vor.

Das Sozialgericht zog Arztberichte des OrthopÃ¤den Dr.M â¦vom 30.06.1998 und des Dr.HÃ¼ â¦ vom 17.07.1998 bei und holte ein Gutachten des Leiters der Sektion fÃ¼r Phoniatrie und PÃ¤daudiologie der UniversitÃ¤t Ulm Prof.Dr.J â¦ vom 08.05.1990 ein. Dieser gelangte zu dem Ergebnis, es sei sehr wahrscheinlich, dass der Tinnitus in der Folge der durch die SchwerhÃ¶rigkeit ausgedrÃ¼ckten HaarzellschÃ¤digung entstanden und durch die HWS- Fehlhaltung mit muskulÃ¤ren Verspannungen verstÃ¤rkt und so auch zumindest teilweise beeinflussbar sei. Ein unmittelbarer oder mittelbarer Zusammenhang mit dem Unfall kÃ¶nne nicht gesehen werden. Auf das Gutachten wird verwiesen. Der KlÃ¤ger machte daraufhin sÃ¤mtliche von ihm bereits angefÃ¼hrten Leiden als Unfallfolgen weiter geltend. Er verwies auf das Ergebnis des Gutachtens der Werner Wicker-Fachklinik, welches gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG in dem Klageverfahren S 3 U 122/88 eingeholt worden war. Er vertrat auch noch einmal den Standpunkt, dass sich die Verkalkung nicht auf den 29.09.1987 rÃ¼ckdatieren lasse, da sie erst am 07.07.1989 in Bad Wildungen rÃ¶ntgenbildmÃ¤Ãig entdeckt worden sei. Somit sei diese ErklÃ¤rung unbrauchbar. Er habe bei Dr.L â¦ nichts Ã¼ber den Tinnitus erwÃ¤hnt, da dieser OrthopÃ¤de sei. Es sei ohne jegliche Beweiskraft, dass der Tinnitus erstmals im Entlasssungsbericht der Argenta-Klinik Isny vom 11.05.1988 erwÃ¤hnt werde. Dies sei nur eine simple Textfundstelle.

Mit Urteil vom 27.10.1999 hat das Sozialgericht Augsburg die Klage abgewiesen.

Dagegen richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers. Der KlÃ¤ger weist darauf hin, dass das Gutachten der Frau Prof.Dr.Scho â¦ BerÃ¼cksichtigung finden solle. Dies gelte besonders, weil das Gutachten des Prof.Dr.J â¦ auf Aktenlage beruhe. Der Tinnitus in den Siebziger Jahren sei auf keinen Fall so gewesen, wie er jetzt nach dem Unfallgeschehen 1987 sei. Seither bestehe er Tag und Nacht. Das gehe jetzt schon Ã¼ber 12 Jahre so. Es raube ihm immer mehr jede Freude am Leben. Dazu kÃ¤men die seit 1987 sich laufend vermindernden kÃ¶rperlichen BewegungsmÃ¶glichkeiten.

Erneut weist er auf das frÃ¼here Gutachten der Werner Wicker Klinik in Bad Wildungen hin.

Weiter hat der Senat die Akten der BfA beigezogen, worin sich u.a. ein Arztbrief der Frau Dr.Gu â¦ vom 23.04.1996 findet, auf den Bezug genommen wird wie auch auf ein Gutachten der NervenÃ¤rztin Wilms vom 07.01.1997 und auf einen Bericht Ã¼ber ein Heilverfahren vom 09.05.1995 â 06.06.1995.

Der Senat hat ein Gutachten des OrthopÃ¤den Dr.F â¦ vom 25.10.2000 und eine ergÃ¤nzende Stellungnahme dieses SachverstÃ¤ndigen vom 20.11.2000 eingeholt. Dieser gelangte zu dem Ergebnis, eine Ãnderung der unfallbedingten MdE sei nicht veranlasst. Auf die AusfÃ¼hrungen wird verwiesen.

Hierzu hat sich der KlÃ¤ger mit SchriftsÃ¤tzen vom 07.01. und 08.01.2001 geÃ¤uÃert. Er hat insbesondere noch vorgetragen, die bei ihm bestehenden Erkrankungen wie Skoliose, Osteoporose und Polio-Postsyndrom hÃ¤tten sich durch den Unfall verschlimmert.

Der KlÃ¤ger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 27.10.1999 sowie den Bescheid der Beklagten vom 10.07.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.03.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm in AbÃ¤nderung des Bescheids vom 28.03.1988 in Gestalt des Urteils vom 28.06.1990 Verletztenrente in HÃ¶he von mindestens 20 v.H. zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 27.10.1999 zurÃ¼ckzuweisen.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts Augsburg sowie die weiteren in der Terminsmitteilung fÃ¼r den KlÃ¤ger zum 14.03.2001 genannten Akten beigezogen. Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestands wird auf den Akteninhalt verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und nach Wiedereinsetzungsbeschluss des Senats auch 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 einer hÃ¶heren Verletztenrente soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung fÃ¼r die Vergangenheit zurÃ¼ckzunehmen. Die Verletztenrente hat die Beklagte zu Recht bis 31.05.1988 begrenzt. Ãber diesen Zeitraum hinaus ist ein Anspruch auf Verletztenrente rentenberechtigenden Grades nicht gegeben. Die Entscheidung richtet sich nach den Vorschriften der RVO, da der Versicherungsfall vor Inkrafttreten des 7. Sozialgesetzbuches eingetreten ist und Rentenleistungen erstmals vor Inkrafttreten dieses Gesetzes festzusetzen waren (Â§ 212, 214 Abs.3

SGB XII).

GemÃ¤Ã Â§ 581 Abs.1 RVO wird als Verletztenrente der Teil der Vollrente gewÃ¤hrt, der dem Grad der MdE entspricht, solange die ErwerbsfÃ¤higkeit des Verletzten um wenigstens 1/5 gemindert ist. Ist die ErwerbsfÃ¤higkeit des Verletzten infolge mehrerer ArbeitsunfÃ¤lle gemindert und erreichen die HundertsÃ¤tze der durch die einzelnen ArbeitsunfÃ¤lle verursachten Minderung zusammen wenigstens die Zahl 20, so ist gemÃ¤Ã Â§ 581 Abs.3 RVO fÃ¼r jeden, auch einen frÃ¼heren Arbeitsunfall Verletztenrente zu gewÃ¤hren. Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind nur zu berÃ¼cksichtigen, wenn sie die ErwerbsfÃ¤higkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Diese Voraussetzung war beim KlÃ¤ger ab 01.09.1988, wie sich insbesondere aus dem Gutachten des Dr.L â¦ vom 27.06.1988 ergibt, nicht mehr erfÃ¼llt. Vielmehr lag die MdE wegen der Folgen des Unfalls ab diesem Zeitpunkt unter 10 v.H. Der Unfall hat orthopÃ¤discherseits, wie die Gutachten des Dr.Me â¦ vom 17.03.1988 und des SachverstÃ¤ndigen Dr.L â¦ vom 27.06.1988, erstattet im Rechtsstreit S 3 U 122/88, zeigen, zu einen unter Bestehenbleiben der Keilform ohne wesentliche Ãnderung der statischen VerhÃ¤ltnisse knÃ¶chern fest verheilten Bruch der oberen Deckplatte des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers gefÃ¼hrt. Dr.Me â¦ spricht ausdrÃ¼cklich von einer unter "leichter" Keilverformung verheiltem Bruch. Dr.L â¦ weist darauf hin, dass mit Ausnahme eines Reizzustandes eine Nervenwurzel- bzw. RÃ¼ckenmarksbeteiligung nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden konnte. Wie er betont, handelt es sich um einen stabil verheilten WirbelkÃ¶rperbruch, der mit nur geringfÃ¼giger Ãnderung der Statik aus seitlicher Sicht fest verheilt ist. Bei mÃ¤Ãiger keilfÃ¶rmiger Deformierung ist nach den in der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelten Anhaltspunkten zur Bemessung der MdE eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung von 20 %, danach eine MdE unter 10 v.H. anzunehmen, erst bei statisch wirksamer Achsenabweichung oder InstabilitÃ¤t ist eine MdE von 20 % zu erwÃ¤gen (SchÃ¶nberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage, S.486). Dabei ist zu berÃ¼cksichtigen, dass beim KlÃ¤ger, worauf schon Dr.L â¦ hinweist und was auch durch das Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr.F â¦ bestÃ¤tigt wird, unfallunabhÃ¤ngig eine Skoliose, vor allem im BrustwirbelsÃ¤ulenbereich, eine Knochensubstanzverarmung (Osteoporose) und ein Zustand nach Bandscheibenoperation wegen Bandscheibenvorfalls (d.h. DegenerationsverÃ¤nderungen) unfallunabhÃ¤ngig vorliegen. Diese KrankheitszustÃ¤nde haben nach den fachkundigen AusfÃ¼hrungen des Dr.L â¦ auch keine wesentliche richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Dem dadurch bedingten Heilverlauf hat Dr.L â¦ Rechnung getragen, indem er die unfallbedingte MdE vom 29.02.1988 bis 31.05.1988 mit 20 v.H. bemessen hat. Auch Dr.F â¦ hebt hervor, dass ein nennenswerter Knickwinkel zwischen L 2 und L 1 nicht entstanden ist. Es sind auf den gefertigten RÃ¶ntgenaufnahmen von 1989 und 1991 keine wesentlichen reaktiven Randspornbildungen, insbesondere keine komplette knÃ¶cherne ÃberbrÃ¼ckung ersichtlich. UnfallunabhÃ¤ngig sind schon am Unfalltag Einengungen der beiden letzten Lendenbandscheiben zu sehen. Des Weiteren war bereits am Unfalltag die WirbelsÃ¤ule, vor allem im oberen Brustbereich seitlich verbogen. Wie Dr.F â¦ betont, ergeben sich Zeichen einer leichten Nervenwurzelirritation, vereinbar mit den Einengungen der beiden letzten Lendenbandscheiben, also unfallfremde GesundheitsstÃ¶rungen. Der

SachverstÃ¤ndige legt dar, dass der klinische Befund der RumpfwirbelsÃ¤ule vollkommen gleich geblieben ist, so dass sich eine wesentliche Ãnderung im Sinn einer Verschlechterung nicht verifizieren lÃ¤Ãt. Der Nachweis einer InstabilitÃ¤t im 1. Segment der LendenwirbelsÃ¤ule ist nicht mÃ¶glich. DiesbezÃ¼glich fÃ¼hrt der SachverstÃ¤ndige aus, dass, falls dieses Segment instabil wÃ¤re, sich inzwischen eine reaktive knÃ¶cherne ÃberbrÃ¼ckung hÃ¤tte entwickeln mÃ¼ssen. Ob solches geschehen sei, sei ohne die vom KlÃ¤ger abgelehnte RÃ¶ntgenuntersuchung nicht feststellbar. Zeichen einer Poliomyelitis waren an der WirbelsÃ¤ule nicht zu erheben. Dr.F â¦ legt dar, dass, wenn Ã¼berhaupt, durch die frÃ¼hkindliche SchÃ¤digung eine GesundheitsstÃ¶rung an der WirbelsÃ¤ule abgelaufen ist, als solche allenfalls die relativ kurzbogige seitliche Verbiegung der oberen BrustwirbelsÃ¤ule zu definieren wÃ¤re, wÃ¤hrend an der LendenwirbelsÃ¤ule keine nennenswerte Seitverbiegung vorliegt, also auch keine sogenannte Polioskoliose. Der SachverstÃ¤ndige weist auch darauf hin, dass schon 1979 eine Ischialgie und eine Polyradikulopathie bestanden hat, also teils Erkrankungen der Nervenwurzeln, teils eine Nervenwurzelreizung auf der Basis der degenerativen BandscheibenverÃ¤nderungen im unteren Bereich der LendenwirbelsÃ¤ule, wÃ¤hrend vom Unfall das 1. Segment betroffen ist, also ein deutlich auÃerhalb des verschleiÃgeschÃ¤digten Bezirks liegender Abschnitt. Aus der leichten Keilform des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers ohne nennenswerten Achsenknick und ohne Hinweise auf eine InstabilitÃ¤t im ehemals vorletzten Segment lÃ¤sst sich nicht der Schluss ziehen, dass durch eventuelle VorschÃ¤den der unteren LendenwirbelsÃ¤ule oder eine Skoliose hauptsÃ¤chlich im oberen Bereich der BrustwirbelsÃ¤ule sich die Unfallfolgen gravierender auswirken kÃ¶nnten als bei einer nicht vorgeschÃ¤digten WirbelsÃ¤ule. Ein wesentlicher Teil der jetzt angefÃ¼hrten Schmerzsymptomatik ist unfallunabhÃ¤ngigen GesundheitsstÃ¶rungen zuzuordnen und nicht der geringen Verformung des 2. LendenwirbelkÃ¶rpers. Der SachverstÃ¤ndige legt dar, dass ohne sonstige Komplikationen, die beim KlÃ¤ger nicht existieren, im betroffenen Segment L 1/2 die MdE wegen einer Fraktur auf 3,3 v.H. angesetzt wird. Die Osteoporose ist beim KlÃ¤ger nach den Aktenaufzeichnungen ab 1979, spÃ¤testens ab 1985 bekannt. HÃ¤tte sich diese Erkrankung durch den Unfall verschlimmert, so hÃ¤tte man auf den der Akte beigefÃ¼gten RÃ¶ntgenaufnahmen bis zum Jahr 1989 eine weitere Demineralisierung des Sklettsystems mit spontanem WirbelkÃ¶rperdeformierungen erkennen mÃ¼ssen, was beim KlÃ¤ger jedoch nicht der Fall war. Der Beurteilung der Unfallfolgen durch Dr.H â¦ im Gutachten vom 07.07.1989, erstattet im Rechtsstreit Az.: S 3 U 122/88 kann nicht gefolgt werden, da der SachverstÃ¤ndige eine permanente InstabilitÃ¤t der Bandscheibe L 1/L 2 annimmt, von der jedoch nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des Dr.F â¦ nicht ausgegangen werden kann. Auch eine unfallbedingte Dekompensation der Beschwerden bzgl. des unfallfremden Postnukleotomiesyndroms kann nicht bejaht werden, zumal auch Dr.H â¦ dies als bloÃe MÃ¶glichkeit in den Raum stellt. Hierzu hat auch Dr.F â¦ ausgefÃ¼hrt, dass das vom Unfall betroffene WirbelsÃ¤ulensegment deutlich auÃerhalb des verschleiÃgeschÃ¤digten Bezirkes liegt. Eine MdE rentenberechtigenden Grades wegen der Unfallfolgen ist danach nicht nachvollziehbar.

DemgegenÃ¼ber sind die Einwendungen des KlÃ¤gers im Schriftsatz vom

07.01.2001 nicht geeignet, zu einer anderen Beurteilung zu fÃ¼hren. Abgesehen davon, dass der Senat keinen Zweifel hat, dass Dr.F â¦ den vorhandenen Knickwinkel des 2. LWK richtig gemessen hat, ist fÃ¼r die EinschÃ¤tzung der MdE entscheidend, dass es nach Ã¼bereinstimmender Meinung der Gutachter Dr.Me â¦, Dr.L â¦ und Dr.F â¦, wie dargelegt, zu keiner wesentlichen Auswirkung auf die Statik der WirbelsÃ¤ule gekommen ist. Zu GesundheitsstÃ¶rungen auf urologischem Fachgebiet hat der Unfall, wie sich insbesondere aus den ausfÃ¼hrlichen Berichten des Privatdozent Dr.Z â¦ ergibt, nicht gefÃ¼hrt. So hat Privatdozent Dr.Z â¦ in dem vom Senat beigezogenen Bericht vom 13.06.2000 ausgefÃ¼hrt, dass der KlÃ¤ger bereits vor dem Unfall, nÃ¤mlich am 23.11.1984 erstmalig wegen funktioneller BlasenentleerungsstÃ¶rungen zur Untersuchung kam, wobei sich auf urologischem Fachgebiet kein pathologischer Befund feststellen lieÃ. Nach dem Unfall war der KlÃ¤ger in den Jahren 1990 und 1991 mit Ã¤hnlichen Symptomen bei Privatdozent Dr.Z â¦ in Behandlung, wobei wiederum kein krankhafter Organbefund fÃ¼r die funktionellen Beschwerden gefunden wurde. Auch am 30.03.1995 konnte kein krankhafter Organbefund erhoben werden. Erst am 21.03.1996 stellte sich der KlÃ¤ger wegen Koliken links bei Priv.-Doz.Dr.Z â¦ vor, wobei sich ein pfefferkorngroÃer Kelchstein in der linken Niere fand, der stationÃ¤r im Klinikum Augsburg durch Schlingenextraktion entfernt wurde. FÃ¼r das Vorliegen von Unfallfolgen besteht danach keinerlei Anhaltspunkt.

SchlieÃlich kann auch der vom KlÃ¤ger geltend gemachte Tinnitus nicht auf den Unfall vom 29.09.1987 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Die GesundheitsstÃ¶rung muss mit Wahrscheinlichkeit ursÃ¤chlich auf dem Unfall beruhen, wenn sie als Unfallfolge angesehen werden soll. Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn deutlich mehr dafÃ¼r als dagegen spricht (BSGE 45, 285). Vorliegend ist jedoch zu beachten, dass der KlÃ¤ger zwar nunmehr geltend macht, dass seit dem Unfall ein ihn Tag und Nacht quÃ¤lendes OhrgerÃ¤usch vorliegt, gleichwohl er aber nach den Angaben bei der SachverstÃ¤ndigen Prof.Dr.Scho â¦ in dem Gutachten vom 23.02.1998, erstattet im Verfahren S 9 U 49/96 erklÃ¤rt hat, bereits in den Siebziger Jahren einen Tinnitus beidseits gehabt zu haben. Bei Prof.Dr.Scho â¦ hat er den Tinnitus auf die LÃ¤rmbelastung zwischen 1967 und 1973 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt. In seiner Stellungnahme vom 20.07.1988 zum Gutachten des Dr.L â¦ vom 27.06.1988 fÃ¼hrt der KlÃ¤ger die GerÃ¤uschsensationen Ã¼berwiegend im rechten Ohr auf den verspannten Halswirbelmuskelbereich zurÃ¼ck. Er weist darauf hin, dass diesbezÃ¼glich in Isny-Neutrauchburg durch Behandlung, Entspannung und Halswirbelrenkung Erleichterung eingetreten sei. Der vom Sozialgericht zum SachverstÃ¤ndigen ernannte Prof.Dr.J â¦ fÃ¼hrt dazu aus, dass ein unfallbedingter Tinnitus in der Regel aber stÃ¤ndig, in der Wahrnehmbarkeit vielleicht noch abhÃ¤ngig von den UmgebungsgerÃ¤uschen, vorhanden ist. Der Umstand, dass der Tinnitus durch manuelle unspezifische HWS-Behandlung positiv beeinflusst werden konnte, spricht danach gegen einen Zusammenhang mit dem Unfall. Prof.Dr.J â¦ weist auch darauf hin, dass sowohl in den Arztberichten zur stationÃ¤ren Behandlung des KlÃ¤gers unmittelbar im Anschluss an den Unfall, im ersten Gutachten vom 17.03.1988, wie auch in der Auseinandersetzung des KlÃ¤gers mit diesen Gutachten Hinweise auf wesentliche Beschwerden im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule und auf eine HÃ¶rverschlechterung oder einen Tinnitus in der Folge des Unfalls fehlten. Der SachverstÃ¤ndige betont, dass aus der Literatur zu

schlieÃen ist, dass ein Tinnitus in der Folge eines Unfalls der HalswirbelsÃ¤ule praktisch ausnahmslos erhebliche Beschwerden des Betroffenen in diesem WirbelsÃ¤ulenbereich voraussetzt. Nach den Angaben des KlÃ¤gers bei der ersten Untersuchung kann jedoch von derartigen Beschwerden nicht ausgegangen werden. Ein durch Gewalteinwirkung auf die HalswirbelsÃ¤ule plÃ¶tzlich auftretender Tinnitus fÃ¼hrt bei einem so Betroffenen zu so erheblichen Irritationen, dass er praktisch sofort den behandelnden Arzt darauf anspricht oder aber sich selbst in entsprechende fachÃ¤rztliche Behandlung begeben wÃ¼rde. Der Tinnitus findet jedoch erstmalig ErwÃ¤hnung im Entlassungsbericht der Argental Klinik. Zu Recht weist Prof.Dr.J â¦ darauf hin, dass er dort als vorbestehend angenommen wird, nicht aber ausdrÃ¼cklich als in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall entstanden. TatsÃ¤chlich hat der KlÃ¤ger bei den ersten neurologischen Untersuchungen am 06.10.1987 und 23.11.1987, ja noch nicht einmal in seinem ausfÃ¼hrlichen Schreiben vom 04.05.1988 an das Sozialgericht Augsburg den bei ihm bestehenden Tinnitus als Unfallfolge geltend gemacht. Aus diesen Gegebenheiten zieht der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr.J â¦ den Schluss, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass der Tinnitus in der Folge der durch die beim KlÃ¤ger bestehenden SchwerhÃ¶rigkeit ausgedrÃ¼ckten HaarzellschÃ¤digung entstanden ist und durch die HWS-Fehlhaltung mit muskulÃ¤ren Verspannungen verstÃ¤rkt wird und so zumindest teilweise beeinflussbar ist. Ein umittelbarer oder mittelbarer Zusammenhang mit dem Unfall des KlÃ¤gers kann aber nicht gesehen werden. Es fehlt hier an einer ausreichenden Wahrscheinlichkeit fÃ¼r den ursÃ¤chlichen Zusammenhang. Dieser auf Fachkunde beruhenden Beurteilung schlieÃt sich der Senat an. Anhaltspunkte fÃ¼r fehlende ObjektivitÃ¤t oder fÃ¼r einen Mangel an UnabhÃ¤ngigkeit der SachverstÃ¤ndigen liegen in keiner Weise vor. Daran Ã¤ndert nichts der vom KlÃ¤ger Ã¼bergebene Zeitungsartikel, der ohne BegrÃ¼ndung BefÃ¼rchtungen allgemeiner Art formuliert.

Die Berufung kann deshalb keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da GrÃ¼nde i.S.d. Â§ 160 Abs.2 Nr.1 und 2 SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 26.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024