S 40 U 5091/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 40 U 5091/99
Datum	07.11.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 408/03
Datum	25.08.2004

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 07.11.2003 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1953 geborene KlÃ¤gerin stÃ¼rzte laut Unfallanzeige vom 14.04.1992 am 03.08.1991 von einem Pferd.

Vom 03.08. bis 28.08.1991 wurde sie im Kreiskrankenhaus M. behandelt. Der Chirurg Privatdozent Dr.H. diagnostizierte eine SchÃ¤delprellung, Jochbogenkontusion, Fraktur der 4. und 5. Rippe, dislozierte Clavikelfraktur und Bennettsche Fraktur. Im Bericht vom 30.06.1993 gab die Chirurgin Dr.S. , OberÃ¤rztin am Kreiskrankenhaus M. , an, die Fraktur am Daumen sei in guter Stellung knÃ¶chern fest durchbaut. An der Clavicula zeige sich eine traumatisch bedingte Osteolyse mit Hochstand und Druckschmerz. ArbeitsunfÃ¤higkeit habe vom 03.08.1991 bis 30.10.1991 und vom 21.02.1992 bis 15.03.1992 (Entfernung des Osteosynthesematerials am Daumen) bestanden. FÃ¼r einige Monate bestehe

eine MdE von 20 v.H., der Dauerschaden werde wohl 10 v.H. betragen. Der Allgemeinarzt Dr.F. fÃ¼hrte aus, die Behandlung wegen des Unfalls sei seit dem 05.11.1991 abgeschlossen. Das Kreiskrankenhaus M. berichtete Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung der KlÃ¤gerin vom 09. bis 15.08.1992. Es bestehe ein Zustand nach Claviculafraktur und Schultereckgelenkssprengung. Am 10.08.1992 sei die Rekonstruktionsplatte entfernt worden.

Im Gutachten vom 16.09.1992 fÃ¼hrte der Chirurg Dr.W. aus, die MdE wegen der Unfallfolgen betrage bis 04.09.1992 20 v.H. mit zweimaliger Unterbrechung durch Materialentfernung. Bis 03.03.1992 sei eine MdE von 15 v.H. gegeben, danach voraussichtlich 10 v.H â¦

Die Beklagte gewÃ¤hrte der KlÃ¤gerin mit Bescheid vom 21.10.1992 wegen der Folgen des Arbeitsunfalles eine vorlÃ¤ufige Rente, die in Form einer GesamtvergÃ¼tung gezahlt wurde und den Zeitraum vom 31.10.1991 bis 31.03.1993 umfasste. Danach werde eine MdE voraussichtlich nicht mehr bestehen. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: Zustand nach SchlÃ¼sselbeinbruch rechts â seitlich mit Beteiligung des Schultereckgelenkes und operativer Versorgung, VergrÃ¶berung des seitlichen SchlÃ¼sselbeinendes, Verbreiterung des Schultereckgelenkes, BewegungseinschrÃ¤nkung im rechten Schultergelenk bei VorwÃ¤rts â und Seitlichanheben des Armes sowie glaubhaften Belastungsbeschwerden, Zustand nach verschobenem Bruch des Daumensattelgelenks links und operativer Versorgung, BewegungseinschrÃ¤nkung des linken Daumens, beginnende Arthrose im Bereich des Daumensattelgelenks und Entkalkung der kleinen Handwurzelknochen mÃ¤Ãigen Grades, glaubhafte Belastungsbeschwerden der linken Hand.

Am 20.04.1993 beantragte die KlÃ¤gerin die WeitergewÃ¤hrung der Verletztenrente. Die Beschwerden seien unverÃ¤ndert, zusÃ¤tzlich habe sie starke RÃ¼ckenschmerzen. Beigezogen ist ein Bericht des Allgemeinarztes Dr.T. vom 15.01.1993, in dem ausgefÃ¼hrt wird, die KlÃ¤gerin befinde sich seit 10.12.1992 wegen chronifizierter Folgebeschwerden des Unfalls in seiner Behandlung. Es bestehe ein Thorax-Nacken-Schulter-Armsyndrom mit vertebragenen Cephalgien bei multiplen Blockierungen, Myosen und Insertionstendinosen. In den Berichten vom 06.04.1993 und 12.05.1993 wies Dr.T. darauf hin, die KlÃ¤gerin leide unter chronischen Nacken- und Kopfschmerzen bei Belastungsschmerzen im Schulter-Arm-Bereich. Die Beschwerden hÃ¤tten durch die Behandlung nicht ausreichend gebessert werden kÃ¶nnen. Vom 03.06. bis 02.07.1993 befand sich die KlÃ¤gerin im StÃ¤dtischen Krankenhaus M. zur stationÃ¤ren Behandlung wegen rezidivierender Lumboischialgien, zunehmend seit Mitte Mai 1993 mit Ausstrahlung in beide FÃ¼Ãe bei Bandscheibenprolaps L 3/4 und L 5/S 1; auÃerdem wegen Schmerzen im BWS- und LWS-Bereich, zunehmend seit November 1991 bei Zustand nach Sturz vom Pferd. Sie leide an chronischer Sinusitis seit ca. 1980, an MigrÃ¤neanfÃ¤llen seit 1972 sowie an einer psychovegetativen Ãberlastung seit Jahren. Ein CT vom 26.05.1993 zeigte deutliche Protrusionen in HÃ¶he L 5/ S 1 und L 3/4. Es bestÃ¼nden offensichtlich keine Paresen bzw. neurologischen AusfÃ¤lle. Vom 06.07. bis 08.07.1993 befand sich die KlÃ¤gerin in der Reha-Klinik Bad W. wegen Schmerzen im HWS- und BWS-Bereich. Sie verlieÃ die Klinik vorzeitig. Der

Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.M. berichtete nach Untersuchung der KlÃ¤gerin am 10.08. 1993, es habe sich eine deutliche BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule gefunden und eine UnterschenkelverschmÃ¤chtigung links. Im Elektromyogramm habe eine chronifizierte mittelschwere C 7-WurzellÃ¤sion links objektiviert werden kÃ¶nnen ohne aktive Denervierungszeichen. Ein Wurzelkompressionssyndrom sei somit auszuschlieÃen. Auch auf der rechten Seite bestÃ¼nden Zeichen einer geringen Wurzelirritation. Im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten sei der Nachweis einer abgeschlossenen Denervierung bei L 4, geringergradig L 5 links gegeben. Ein Wurzelkompressionssyndrom sei auszuschlieÃen. Bei Funktionsaufnahmen der HalswirbelsÃ¤ule sei eine InstabilitÃ¤t des Segments HWK 6/7 deutlich.

Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.N. fÃ¼hrte im Gutachten vom 17.10.1993 aus, die von Dr.M. mitgeteilten Befunde kÃ¶nnten nicht bestÃ¤tigt werden und seien auch von keinem der Voruntersucher beschrieben. Die KlÃ¤gerin gebe eine initiale Bewusstlosigkeit nach dem Sturz an, so dass von einer GehirnerschÃ¼tterung auszugehen sei. Auffallend sei aber, dass typische postkommotionelle Beschwerden wie Brechreiz, Erbrechen und Schwindel im Krankenhaus nicht erwÃ¤hnt worden seien. Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen hÃ¤tten keine LÃ¤hmungen oder EmpfindungsstÃ¶rungen bestanden. Es sei auch nicht zu vegetativen FunktionsstÃ¶rungen gekommen. FÃ¼r einen traumatischen Bandscheibenvorfall sei typisch, dass eine sensible Reiz- und Ausfallsymptomatik und motorische Defizite sofort nach der Gewalteinwirkung eintrÃ¤ten. Dies sei hier mit Sicherheit nicht der Fall gewesen. Auffallend sei auch, dass das Beschwerdebild das gesamte Achsenorgan umfasse. Bereits im Krankenhaus M. sei darauf hingewiesen worden, dass seit Jahren eine psychovegetative Ãberlastung bestehe. Die KlÃ¤gerin habe auch Ã¼ber eine seit vielen Jahren bestehende MigrÃ¤ne berichtet und ein rezidivierendes Schmerzsyndrom im Bereich des GesichtsschÃ¤dels. Hierbei handele es sich um unfallunabhÃ¤ngige BeeintrÃ¤chtigungen. Eine GehirnerschÃ¼tterung heile typischerweise innerhalb weniger Wochen bis Monate aus. Es sei davon auszugehen, dass die GehirnerschÃ¼tterung bereits zum Zeitpunkt des Wiedereintritts der ArbeitsfÃ¤higkeit ausgeheilt gewesen sei. Eine SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarks kÃ¶nne nicht wahrscheinlich gemacht werden. Unfallfolgen auf nervenÃ¤rztlichem Gebiet bestÃ¼nden nicht. Die MdE sei mit 0 von Hundert einzuschÃ¤tzen.

Der Chirurg Dr.M. kam im Gutachten vom 07.10.1993 zusammenfassend zu dem Ergebnis, die KlÃ¤gerin habe durch den Arbeitsunfall eine SchÃ¤delprellung mit leichter GehirnerschÃ¼tterung, eine Jochbogenprellung, einen Bruch der 4. und 5. Rippe, einen verschobenen SchlÃ¼sselbeinbruch sowie eine Bennettsche Fraktur erlitten. Diese Verletzungen seien im Gutachten des Dr.W. gewÃ¼rdigt worden. Die nachfolgenden Beschwerden im Bereich der WirbelsÃ¤ule stÃ¼nden mit dem Unfallgeschehen in keinem ursÃ¤chlichen Zusammenhang. Sie beruhten auf der statischen Insuffizienz der WirbelsÃ¤ule, die sich in einer erheblichen FlachrÃ¼ckenbildung mit entsprechender Steilstellung von Hals- und LendenwirbelsÃ¤ule Ã¤uÃere. Hierbei handele es sich um eine Normvariante der WirbelsÃ¤ule, die auch dazu fÃ¼hre, dass Heil- verlÃ¤ufe nach

WirbelsÃ¤ulenverletzungen besonders verzÃ¶gert abliefen und sich als Krankheitsbild verselbstÃ¤ndigen kÃ¶nnten. Die Normvariante fÃ¼hre auch durch die insgesamt gestreckte Haltung der gesamten WirbelsÃ¤ule zu frÃ¼her als altersÃ¼blich auftretenen degenerativen VerÃ¤nderungen, auch zu BandscheibenvorfÃ¤llen, wie sie bei der KlÃ¤gerin diagnostiziert worden seien.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 09.12.1993 die GewÃ¤hrung einer Rente Ã¼ber den 31.03.1993 hinaus ab, weil der Unfall Ã¼ber diesen Zeitpunkt hinaus eine MdE in rentenberechtigendem Grad nicht hinterlassen habe und die chronischen Nacken-Kopfschmerzen nicht Folge des Unfalls seien.

Hiergegen richtete sich der Widerspruch vom 04.01.1994. Die KlÃ¤gerin Ã¼bersandte einen Bericht des Neurologen und Psychiaters Dr.K. vom 19.01.1994, in dem ausgefÃ¼hrt wird, es bestehe der Verdacht auf eine spinal-radikulÃ¤re Raumforderung. Ob der Bandscheibenvorfall allein dafÃ¼r veranwortlich sei, kÃ¶nne er nicht sagen. Man mÃ¼sse auch an eine beginnende Syringomyelie denken. Weiter Ã¼bersandte sie einen Bericht der Deutschen Klinik fÃ¼r Diagnostik Ã¼ber eine ambulante Untersuchung vom 22.11. 1993; ein MRT habe einen rechts-medio-lateralen Prolaps BWK 8/9 mit Impression des Myelons gezeigt. Neurologische AusfÃ¤lle bestÃ¼nden nicht. Die RÃ¼ckenschmerzen erklÃ¤rten sich durch den Bandscheibenvorfall BWK 8 und 9.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 23.03.1994 zurÃ¼ck. Aus dem Bericht der Klinik gehe in keiner Weise hervor, dass der Bandscheibenvorfall mit dem Unfall in ursÃ¤chlichem Zusammenhang stehe. Dr.N. fÃ¼hrte in der Stellungnahme vom 14.03.1994 aus, in der Klinik hÃ¤tten offensichtlich gleichfalls keine neurologischen Normabweichungen festgestellt werden kÃ¶nnen. Der von Dr.M. beschriebene Befund kÃ¶nne durch den Bandscheibenvorfall nicht erklÃ¤rt werden.

In dem gegen den Bescheid vom 09.12.1993 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.03.1994 gerichteten Klageverfahren (S 19 U 5040/94) ernannte das SG den Chirurgen Dr.H. zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen. Im Gutachten vom 25.03.1996 fÃ¼hrte Dr.H. aus, aufgrund der Verlaufsbefunde und Begutachtungen sei es nicht wahrscheinlich, dass der Bandscheibenvorfall der BrustwirbelsÃ¤ule Unfallfolge sei. Ein traumatischer Bandscheibenvorfall sei extrem selten und nur bei einer vertikalen Stauchung, die die KlÃ¤gerin nicht erlitten habe, theoretisch vorstellbar. Die Wahrscheinlichkeit spreche vielmehr dafÃ¼r, dass eine Degeneration der Bandscheibe, ebenso wie in den BandscheibenrÃ¤umen L 3/4 und L 5/S 1, ursÃ¤chlich sei. Die MdE wegen der Folgen des Unfalls werde mit unter 10 v.H. eingeschÃ¤tzt. Der auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Neurochirurg Prof.Dr.C. kam im Gutachten vom 08.10.1996 zusammenfassend zu dem Ergebnis, eine Zuordnung des klar dokumentierten Bandscheibenvorfalls zwischen dem 7. und 8. Brustwirbel zu dem Unfall sei nicht mÃ¶glich. Es fehlten eine anfÃ¤ngliche Schmerzangabe in diesem Bereich und ein Ã¤rztlich diagnostizierter krankhafter Befund. Auch objektivierbare neurologische StÃ¶rungen seien nicht dokumentiert. FÃ¼r einen rein traumatisch bedingten Bandscheibenvorfall sei eine Verletzung der benachbarten Strukturen zu

fordern, die nicht vorliege. Die HalswirbelsÃ¤ule zeige keinen krankhaften Befund. Die BandscheibenvorfÃ¤lle an der LendenwirbelsÃ¤ule seien degenerativer Natur. Es mÃ¼sse der KlÃ¤gerin klar gemacht werden, dass trotz glaubhafter Beschwerden ein Zusammenhang zwischen Unfall und den WirbelsÃ¤ulenbeschwerden nicht gegeben sei.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 24.03.1997 abgewiesen.

Mit Schreiben vom 05.01.1999 beantragte die KlÃ¤gerin die Wiederaufnahme des Verfahrens und Zahlung von Unfallrente, da Ursache ihrer Beschwerden eine beim Unfall erlittene Hirnkontusion sei. Sie Ã¼bersandte einen Bericht des Bezirkskrankenhauses G. , in dem Dr.N. nach stationÃ¤rer Behandlung vom 27.10. bis 18.11.1998 ausfÃ¼hrte, es bestÃ¼nden ein Zustand nach Contusio cerebri links-frontal mit pseudoneurasthenischem Syndrom und ein chronisches Schmerzsyndrom der gesamten WirbelsÃ¤ule bei Verdacht auf anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung. Die Myelografie habe keine Hinweise fÃ¼r eine Ursache des anhaltenden Schmerzsyndroms erbracht. Ein entzÃ¼ndlicher Prozess des Nervensystems habe ausgeschlossen werden kÃ¶nnen. Es bestehe ein links-frontotemporaler Contusionsdefekt. Psychogene Faktoren seien nach dem Untersuchungsergebnis und der langen Beschwerdedauer sicherlich von Bedeutung. Die KlÃ¤gerin leide an einem pseudoneurasthenischen Syndrom mit rascher ErmÃ¼dbarkeit, Leistungsinsuffizienz und Ãberempfindlichkeit nach dem Reitunfall. Die Schmerzen dÃ¼rften sekundÃ¤r auf dem Boden einer Fehlhaltung und pathologischer Muskelkontraktion entstanden sein.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 18.02.1999 die Wiederaufnahme des Verwaltungsverfahrens zur Feststellung eines Anspruchs auf Verletztenrente ab. Die gegen den Bescheid vom 09.12.1993 erhobene Klage sei durch Urteil vom 12.09.1997 rechtskrÃ¤ftig abgewiesen. Der jetzt behauptete Sachverhalt sei im Urteil des Sozialgerichts bereits berÃ¼cksichtigt. Einer Wiederaufnahme stehe die Rechtskraft des Urteils entgegen. Die hiergegen gerichtete Klage (S 23 U 5014/99) nahm die KlÃ¤gerin am 24.06.1999 zurÃ¼ck.

Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.D. fÃ¼hrte im Gutachten vom 06.08.1999 aus, man werde mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen mÃ¼ssen, dass es im Rahmen des Unfalls nicht zu einer Commotio cerebri, sondern zu einer leichteren Hirnkontusion mit bleibendem Hirnsubstanzdefekt gekommen sei. Hirnorganische VerÃ¤nderungen seien weder unfallnah noch anlÃ¤Ãlich der zahlreichen Untersuchungen beschrieben worden. Als Folge einer Hirnkontusion kÃ¶nne ein sogenanntes pseudoneurasthenisches Syndrom auftreten. Daneben sei auch als Folge der Hirnkontusion eine vermehrte Kopfschmerzneigung anzunehmen. Eine chronifizierte anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung sei zu diagnostizieren. Es sei sicher nicht mÃ¶glich, eine hinreichende Differenzierung zwischen den Symptomen der unfallunabhÃ¤ngigen psychiatrischen StÃ¶rung und den mÃ¶glichen Symptomen eines pseudoneurasthenischen Syndroms, die Unfallfolge wÃ¤ren, vorzunehmen, denn es komme zu partiellen Ãberschneidungen der Symptome beider Krankheitsbilder. Aufgrund allgemeiner neuropsychiatrischer Erfahrung kÃ¶nne jedoch gesagt werden, dass die Symptomatik in dem seit Jahren

bestehenden AusmaÃ sicherlich nicht allein auf ein pseudoneurasthenisches Syndrom zu beziehen sei, sondern was Art, Umfang und IntensitÃ¤t angehe, deutlich darÃ¼ber hinausgehe. Die Gesamtheit der jetzigen Beschwerden kÃ¶nne also nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit allein auf die unfallbedingte HirnschÃ¤digung zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden, auch nicht unter der Annahme, dass erst durch das unfallbedingte neurasthenische Syndrom die weitere psychiatrische Symptomatik gebahnt worden sei. Gegen diese Annahme spreche, dass eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung ein eigenes Krankheitsbild darstelle und nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf ein pseudoreurasthenisches Syndrom zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Ab 01.01.1995 lÃ¤gen noch folgende Unfallfolgen vor: Zustand nach Hirnkontusion mit linksfrontotemporalem Substanzdefekt, Kopfschmerzneigung und pseudoneurasthenischem Syndrom. Nicht unfallbedingt seien die anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung sowie die MigrÃ¤ne. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschÃ¤tzen.

Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Prof.Dr.P. kam im Gutachten vom 12.10.1999 zu dem Ergebnis, es sei Dr. D. zuzustimmen, dass das Gesamtbild der Beschwerden nicht als Folge der nicht ausgeprÃ¤gten contusionellen HirnsubstanzschÃ¤digung anzusehen sei. Das gelte insbesondere fÃ¼r die Beschwerden von Seiten der WirbelsÃ¤ule, die Ausdruck einer chronisch-anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung seien.

Die Beklagte nahm mit Bescheid vom 25.11.1999 das Verwaltungsverfahren zur Feststellung eines Anspruchs auf Rente wieder auf. Die Folgen des Arbeitsunfalles hÃ¤tten sich verschlimmert. Es werde daher wegen wesentlicher Ãnderung der VerhÃ¤ltnisse ab 01.01.1995 Rente nach einer MdE von 20 v.H. wieder gewÃ¤hrt. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: In guter Stellung verheilter, operativ versorgter SchlÃ¼sselbeinbruch rechts, in guter Stellung verheilter Bruch des linken Mittelhandstrahls, Zustand nach Hirnkontusion mit links-frontotemporalem Substanzdefekt mit Kopfschmerzneigung und pseudoneurasthenischem Syndrom. Nicht anerkannt wurden Bandscheibenvorfall L 3/4 und L 5/S 1, Degeneration der Bandscheibe zwischen BWK 8 und 9, statische Insuffizienz der WirbelsÃ¤ule, anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rungen, vorbestehende MigrÃ¤ne.

Die gegen diesen Bescheid gerichtete Klage vom 27.12.1999 hat die KlÃ¤gerin damit begrÃ¼ndet, die RÃ¼ckenprobleme seien auf die durch den Unfall entstandene Fehlstatik zurÃ¼ckzufÃ¼hren.

Die Beklagte wies den Widerspruch, als den sie die AusfÃ¼hrungen in der Klageschrift ansah, mit Widerspruchsbescheid vom 24.05. 2000 zurÃ¼ck.

Zur BegrÃ¼ndung der Klage hat die KlÃ¤gerin ein CT vom 20.03. 2000 Ã¼bersandt, in dem ausgefÃ¼hrt wird, es bestehe ein frontaler posttraumatischer cortikaler Substanzdefekt im Gehirn mit einer kleinen Narbe, auÃerdem Marklagergliosen. Die LÃ¤sionen seien Ã¤tiologisch nicht eindeutig einzuordnen. Neben wahrscheinlich narbigen oder anlagebedingten Defekten lasse sich eine Enzephalomyelitis disseminata nicht mit Sicherheit ausschlieÃen. Der Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.K. hat am 22.02.2000 einen Hinweis auf eine sensible

AfferenzstÃ¶rung unbekannter HÃ¶he diganostiziert. Eine Kernspintomographie der Brust- und LendelwirbelsÃ¤ule vom 17.01.1994 hat in HÃ¶he BWK 7/8 einen Bandscheibenvorfall gezeigt sowie degenerative VerÃ¤nderungen des Zwischenwirbelraums, degenerative VerÃ¤nderungen von LWK 3 bis S 1 mit Bandscheibenprotrusion.

Der auf Antrag der KlÃ¤gerin gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Psychiater Dr.S. hat im Gutachten vom 06.04.2002 zusammenfassend ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin gebe eine Bewusstlosigkeit von zwei Stunden nach dem Unfall und BewusstseinseintrÃ¼bung von ca. 48 Stunden an. Daher mÃ¼sse man von einem SchÃ¤delhirntrauma Grad II ausgehen. Die erhebliche Schmerzsymptomatik werde durch die BandscheibenvorfÃ¤lle verursacht, die die KlÃ¤gerin als Folge des erlittenen Unfalls betrachte. Dies sei aber nicht zutreffend. Seit MÃ¤rz 2000 sei durch einen Unfall des Ehemannes eine BeeintrÃ¤chtigung familiÃ¤rer und sozialer Funktionen anzunehmen. DemgegenÃ¼ber bestÃ¼nden die Schmerzsymptome mit funktionellen EinschrÃ¤nkungen im lebensspraktischen Bereich bereits seit Anfang bis Mitte der Neunziger Jahre. Es handele sich also nicht um eine somatoforme StÃ¶rung, sondern um ein neurasthenisches Syndrom. Die Contusio cerebri sei mit einer MdE von 30 v.H., das pseudoneurasthenische Syndrom mit 20 v.H. zu bewerten. Insgesamt sei eine MdE von 40 v.H. gegeben.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Dr.D. vom 30.04.2002 Ã¼bersandt. Die Gesamtheit der Beschwerden Ã¼berschreite den Rahmen eines pseudoneurasthenischen Syndroms. Derart heftige SchmerzustÃ¤nde seien nicht mehr vereinbar mit den kÃ¶rperlichen Beschwerden, die im Rahmen eines pseudoneurasthenischen Syndroms zu erwarten seien. Somit werde man eine weitere psychisch bedingte StÃ¶rung annehmen mÃ¼ssen, sei es nun im Sinne einer somatoformen StÃ¶rung oder einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung, einer konversionsneurotischen Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen, d. h. also einer psychogenen Schmerzausweitung bei einem organischen Kern. Die genaue diagnostische Einordnung sei sekundÃ¤r, da die FÃ¼lle der geklagten Symptome nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne, also nicht auf die contusionelle HirnschÃ¤digung mit pseudoneurasthenischem Syndrom. Die EinschÃ¤tzung der MdE, wie sie Dr.S. vorgenommen habe, sei nicht schlÃ¼ssig. Die Hauptfolge der Contusio cerebri sei eben das pseudoreurasthenische Syndrom, abgesehen von der Kopfschmerzneigung. Sonstige LeistungsbeeintrÃ¤chtigungen kÃ¶nnten nicht wahrscheinlich gemacht werden. Bei einer traumatischen HirnschÃ¤digung mit geringer LeistungsbeeintrÃ¤chtigung sei eine MdE von bis zu 20 v.H. gegeben.

Der vom SG zum Ã¤rztlichen SachverstÃ¤ndigen ernannte Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr.K. hat im Gutachten vom 30.09.2002 die Auffassung vertreten, auÃer dem pseudoneurasthenischen Syndrom bestehe eine SomatisierungsstÃ¶rung, von der in erster Linie der Bewegungsapparat betroffen sei. Hier sei ein Unfallzusammenhang nicht anzunehmen. Es handele sich um eine anlagebedingte AusgleichsstÃ¶rung des vegetativen Nervensystems. Die BandscheibenschÃ¤den seien mit hinreichender Sicherheit als unfallunabhÃ¤ngig

anzusehen. Die unfallbedingte seelische StÃ¶rung sei leicht; eine MdE von 20 v.H. sei anzunehmen. HÃ¶hergradige organisch bedingte cerebrale StÃ¶rungen lÃ¤gen nicht vor, insbesondere bestehe kein hirnorganisches Psychosyndrom. Es ergÃ¤ben sich auch keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine hirnorganische WesensÃ¤nderung.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 07.11.2003 abgewiesen und sich dabei auf die AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr.K. gestÃ¼tzt. MaÃgeblich fÃ¼r die EinschÃ¤tzung der MdE sei nicht das rÃ¤umliche AusmaÃ des Hirnsubstanzdefektes, sondern die von ihm ausgehende FunktionsbeeintrÃ¤chtigung. Sie sei von Dr.D. , Prof.Dr.P. , Dr.S. und Dr.K. Ã¼bereinstimmend mit 20 v.H. bewertet worden. Als weitere Folge der Hirnkontusion bestehe eine vermehrte Kopfschmerzneigung bei vorbestehender MigrÃ¤neerkrankung, die sich nicht MdE- erhÃ¶hend auswirke. Der Vorschlag Dr.S. , eine Gesamt-MdE um 40 v.H. anzunehmen, sei nicht nachvollziebar begrÃ¼ndet. Das pseudoneurasthenische Syndrom sei Folge der Contusio cerebri. DarÃ¼ber hinausgehende wesentliche FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen habe Dr.S. nicht beschrieben. Nicht in ursÃ¤chlichem Zusammenhang mit dem Unfall stÃ¼nden die WirbelsÃ¤ulenerkrankung und die chronifiziert anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung. Bei beiden Erkrankungen handele es sich um anlagebedingte GesundheitsstÃ¶rungen, die sich schicksalhaft entwickelt hÃ¤tten. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang mit dem Unfall sei nicht ersichtlich.

Die KlÃ¤gerin begehrt mit der Berufung eine hÃ¶here MdE. Als Zeugen, die bestÃ¤tigen kÃ¶nnten, dass sie bis zum Unfall zu 100 % arbeitsfÃ¤hig gewesen sei, danach oft nicht einmal eine halbe Stunde bei den leichtesten TÃ¤tigkeiten belastbar sei, gab sie an: J. K. , E. K. , A. U. , A. R. und G. S â¦

Die KlÃ¤gerin Ã¼bersandte ein Gutachten des Dr.N. vom 04.01.1999 fÃ¼r den G.-Konzern, Allgemeine Versicherungs AG. Darin wird ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin habe ein SchÃ¤delhirntrauma Grad II erlitten, auÃerdem knÃ¶cherne Verletzungen, die folgenlos ausgeheilt seien. Als Dauerfolge des Unfalls sei ein posttraumatisches organisches Psychosyndrom mit vorwiegend depressiver Symtomatik festzustellen, das auf der Hirnsubstanzminderung beruhe und auch als posttraumatisches pseudoneurasthenisches oder postkontusionelles Syndrom bezeichnet werde. Als zusÃ¤tzliches Beschwerdebild habe sich eine die gesamte WirbelsÃ¤ule betreffende SchmerzstÃ¶rung eingestellt, fÃ¼r die die Untersuchungen keine organische Grundlage ergeben hÃ¤tten. Hier sei von einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung zu sprechen. Sie sei nur teilweise als mittelbare Unfallfolge anzusehen. Der unfallbedingte Anteil lasse sich durch eine pathologische Verarbeitung des Traumas sowie durch eine unzureichende Kompensation aufgrund des Psychosyndroms erklÃ¤ren und betrage etwa 50 %. Als wesentlich mitverursachender Faktor fÃ¼r die Entstehung und Persistenz des Schmerzsyndroms sei eine persÃ¶nliche Disposition der KlÃ¤gerin zu nennen.

Die Beklagte fÃ¼hrte hierzu im Schreiben vom 16.02.2004 aus, Dr. N. Bewertung stehe im Widerspruch zu den Aussagen anderer SachverstÃ¤ndiger, dass es sich bei einer SomatisierungsstÃ¶rung um eine anlagebedingte AusgleichsstÃ¶rung des vegetativen Nervensystems handele, die nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit

auf ein pseudoneurasthenisches Syndrom zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Im Ãbrigen sei das Gutachten fÃ¼r die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers erstellt und kÃ¶nne daher nicht uneingeschrÃ¤nkt herangezogen werden.

Die KlÃ¤gerin stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 07.11.2003 aufzuheben und die Beklagte in AbÃ¤nderung des Bescheides vom 25.11.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.05. 2000 zu verurteilen, ihr ab 03.08.1991 eine Verletztenrente in HÃ¶he von mindestens 40 v.H. der Vollrente zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des SG MÃ¼nchen vom 07.11.2003 zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, sachlich aber nicht begrÃ¼ndet.

Von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde wird abgesehen, da der Senat die Berufung auf den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ckweist (Â§ 153 Abs.2 SGG).

Der Einvernahme der im Berufungsverfahren benannten Zeugen bedarf es nicht. Denn die von ihnen zu bekundende Tatsache, dass die KlÃ¤gerin vor dem Unfall uneingeschrÃ¤nkt arbeitsfÃ¤hig gewesen sei, nach dem Unfall aber Ã¼berhaupt nicht mehr, wird als wahr unterstellt. Der zeitliche Zusammenhang der Leistungsminderung mit dem Unfall sagt aber nichts Ã¼ber den Kausalzusammenhang aus.

ErgÃ¤nzend ist noch darauf hinzuweisen, dass der SachverstÃ¤ndige Dr.S. bei der Bewertung des Schweregrades der Hirnver- letzung davon ausging, die KlÃ¤gerin sei nach dem Unfall Ã¼ber zwei Stunden bewusstlos gewesen, anschlieÃend habe eine BewusstseinstrÃ¼bung bis zu 2 Tagen bestanden. Dies stimmt mit den Angaben im Durchgangsarztbericht vom 21.05.1992 nicht Ã¼berein. Die KlÃ¤gerin traf gegen 17.oo Uhr im Kreiskrankenhaus M. ein; nach den Angaben ihres Ehemannes in der Unfallanzeige vom 14.04.1992 ereignete sich der Unfall gegen 16.3o Uhr. Gegen 17.oo Uhr war die KlÃ¤gerin aber nach den Bekundungen des Priv. Doz.Dr.H. ansprechbar und zeitlich und Ã¶rtlich orientiert.

Schon aus diesen GrÃ¼nden Ã¼berzeugt die Argumentation des Dr.S. , die Contusio cerebri, die eine geringe LeistungsbeeintrÃ¤chtigung verursache, sei mit einem MdE-Grad von 30 v.H. zu bewerten, nicht. Bei einer traumatischen HirnschÃ¤digung mit geringer LeistungsbeeintrÃ¤chtigung ist eine MdE bis zu 20 v.H. anzunehmen (vgl. SchÃ¶nberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und

Berufskrankheit 7. Auflage 2003, Seite 275). Zudem bewertet Dr.S. das pseudoneurasthenische Syndrom als leichte behindernde StÃ¶rung mit einer MdE von 20 v.H â¦ Wie Dr.D. und Dr.K. erlÃ¤utert haben, besteht die LeistungsbeeintrÃ¤chtigung durch die Contusio cerebri gerade in Form des pseudoneurasthenischen Syndroms, so dass es daher nicht zusÃ¤tzlich bei der Festsetzung der MdE zu berÃ¼cksichtigen ist.

Nicht Ã¼berzeugen kann bezÃ¼glich der unfallversicherungsrechtlichen Beurteilung das Gutachten des Dr.N. vom 04.01.1999 Denn Dr.N. geht davon aus, dass als Dauerfolge des Unfalls ein posttraumatisches organisches Psychosyndrom festzustellen ist, das auf der kontusionell verursachten Hirnsubstanzminderung beruhe. Eine anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung, wie sie Dr.N. als mittelbare Unfallfolge ansieht, hat aber Dr.S. ausdrÃ¼cklich ausgeschlossen. Denn wie er erlÃ¤utert, erfordert die Diagnose einer somatoformen StÃ¶rung anhaltende multiple und unterschiedliche Symptome, fÃ¼r die keine ausreichende somatische ErklÃ¤rung gefunden wurde, die hartnÃ¤ckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung der Ãrzte anzunehmen und eine gewisse BeeintrÃ¤chtigung familiÃ¤rer und sozialer Funktion. Schon das erste Kriterium, nÃ¤mlich das Fehlen einer somatischen ErklÃ¤rung fÃ¼r die Schmerzsymptome ist hier nicht erfÃ¼llt, denn die KlÃ¤gerin leidet an einer WirbelsÃ¤ulenerkrankung mit BandscheibenvorfÃ¤llen, die ihre Schmerzen ohne Weiteres erklÃ¤rt. Prof.Dr.C. hat im Gutachten vom 08.10.1996 Ã¼berzeugend erlÃ¤utert, dass diese WirbelsÃ¤ulenerkrankung nicht im Zusammenhang mit dem Unfall steht. Eine BeeintrÃ¤chtigung familiÃ¤rer und sozialer Funktion ist sicher durch den schweren Unfall des Ehemannes im MÃ¤rz 2000 eingetreten; auch bezÃ¼glich bereits frÃ¼her geÃ¤uÃerter Klagen ist, wie Dr.S. bestÃ¤tigt, von unfallfremden Ursachen auszugehen. Im Ãbrigen betont auch Dr.N. , dass als wesentlich mitverursachender Faktor fÃ¼r die Entstehung und Persistenz des Schmerzsyndroms eine persÃ¶nliche Disposition der KlÃ¤gerin gegeben ist.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 17.11.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024