S 23 U 47/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	HWS-Zerrung Tinnitus Schwerhörigkeit Schwindel
Leitsätze	1. Ein nach dem Unfall angeblich bestehender Erstschaden ist nach dem Maßstab des Vollbeweises festzustellen (BSG, 17. Februar 2009, B 2 U 18/17 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 31 Rn. 15). 2. Eine Verstärkung der Beschwerden in deutlichem zeitlichen Abstand nach dem Unfall spricht im Allgemeinen gegen eine Unfallursächlichkeit der später festgestellten Befunde.
Normenkette	SGB VII § 8

1. Instanz

Aktenzeichen	S 23 U 47/13
Datum	14.06.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 117/17
Datum	12.05.2022

3. Instanz

Datum	-

Â

Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen.

Â

AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand:

Â

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung eines Auffahrunfalles vom 20. Mai 2010 als Arbeitsunfall.

Â

Der 1967 geborene KlÃ¤ger erlitt am 20. Mai 2010 auf dem Weg von seiner beruflichen TÃ¤tigkeit als angestellter Arzt (seit 1.12.2009) im StÃ¤dtischen Klinikum D. nach Hause einen Auffahrunfall. Der KlÃ¤ger gab u.a. an, der Airbag sei dabei nicht ausgelÃ¶st worden.

Â

Der KlÃ¤ger stellte sich am 26. Mai 2010 bei dem Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. Z1. vor. Zum Unfallhergang gab er dort an, er sei von einem anderen Pkw von hinten angefahren worden. Der D-Arzt befundete eine nach rechts deutlich eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HalswirbelsÃ¤ule (HWS), einen Bewegungsschmerz der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) und einen HÃ¶rverlust (Bericht vom 31. Mai 2010). Er diagnostizierte eine Prellung und nach HNO-Konsil eine Prellung des Innenohres. Es bestehe ArbeitsunfÃ¤higkeit seit dem 20. Mai 2010. Die RÃ¶ntgenaufnahmen der HWS, der LWS und des Dens (dornfÃ¶rmigen knÃ¶chernen Fortsatz des zweiten Halswirbels) ergaben keine knÃ¶chernen Verletzungen.

Â

Bei dem HNO-Arzt T. gab der KlÃ¤ger am 26. Mai 2010 eine subjektive Hypakusis (SchwerhÃ¶rigkeit) links, einen diskret intermittierenden Schwindel, keinen Tinnitus, kein Erbrechen und ein DruckgefÃ¼hl im linken Ohr an. Der HNO-Arzt befundete einen diskret gerÃ¶teten GehÃ¶rgang links und Ã¤uÃerte den Verdacht einer Labyrinthkontusion. Ein Tonschwellenaudiogramm vom 26. Mai 2010 und ein Krankenaktenauszug betreffend die HNO-Ã¤rztliche Behandlung am 28. Mai 2010 wurden beigezogen.

Â

Die Neurologin M1 stellte am 26. Mai 2010 eine nach rechts eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit der HWS, Schmerzen der HWS sowie Schmerzen und ein brennendes

GefÃ¼hl im Bereich der LWS bei L5 rechts und S1 fest.

Â

Am 27. Mai 2010 wurde eine MRT der HWS und LWS durchgefÃ¼hrt. Der Radiologe Prof. Dr. L1. hielt fest, es seien keine Frakturen und keine diskoligamentÃ¤ren Verletzungen nachweisbar. Es bestÃ¤nden minimale Protrusionen im Bereich L4/5 und L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 und L5 sowie eine geringe Neuroforamenstenose im Bereich L4/5 und mÃ¤Ãig bei L5/S1.

Â

Am 1. und 7. Juni 2010 stellte sich der KlÃ¤ger bei der HNO-Ãrztin G. vor. Dort schilderte er den Unfallhergang ergÃ¤nzend dahingehend, er sei mit dem Kopf an die linke Seitenscheibe geprallt. Zudem gab er an, er habe danach Druck und einen Tinnitus im linken Ohr verspÃ¼rt. Er habe seitdem einen kurzzeitigen, rezidivierenden Schwindel und Ohrenschmerzen links, wobei Letztere rÃ¼cklÃ¤ufig gewesen seien. Die Ãrztin diagnostizierte eine SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit links, einen Tinnitus links sowie eine unfallunabhÃ¤ngige Otitis externa acuta (GehÃ¶rgangsentzÃ¼ndung) links und Ã¤uÃerte den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi.

Â

Am 14. und 28. Juni 2010 befand sich der KlÃ¤ger bei Prof. Dr. D. in der HNO-Klinik des UniversitÃ¤tsklinikums L. nach dessen Bericht vom 8. Juli 2010 in Behandlung. Dort wurde am 6. Juni 2010 ein MRT des SchÃ¤dels durchgefÃ¼hrt. Der Radiologe Prof. Dr. H1. vertrat die Ansicht, nicht nachweisbar seien eine intrakranielle Blutung, Traumafolgen oder FlÃ¼ssigkeit in den NasennebenhÃ¶hlen (NNH). Es liege eine seitensymmetrische Darstellung der BogengÃ¤nge/Cochlea ohne Hinweis auf eine traumatische Alteration vor. Eine Felsenbeinfraktur kÃ¶nne im MRT nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden.

Â

Die Beklagte holte betreffend die Jahre 1999 bis 2010 ein Vorerkrankungsverzeichnis von der privaten Krankenversicherung des KlÃ¤gers ein. Danach war der KlÃ¤ger vor dem Unfall u.a. wie folgt in Ã¤rztlicher Behandlung und erhielt Kranken- bzw. Krankenhaustagegeld: im Juni 2000 wegen einer Verletzung der Nerven und des RÃ¼ckenmarks in HalshÃ¶he infolge eines Unfalles, im August bis September 2003 wegen einer Bandscheibenverlagerung, von Anfang April bis Mitte Juli 2005 wegen einer Osteochondrose der WirbelsÃ¤ule im Lumbosakralbereich, einer Prellung der HÃ¼fte, einer Bandscheibenverlagerung und Lumboischialgie, ununterbrochen seit 22. Juni 2008 bis 31. Oktober 2009 wegen lumbaler BandscheibenschÃ¤den mit Radikulopathie, Bandscheibenverlagerung, Lumboischialgie, Kompression von Nervenwurzel und Nervenplexus bei BandscheibenschÃ¤den und Polyneuropathie. Der KlÃ¤ger erhielt zur Behandlung der Radikulopathie vom 27. Juli bis 3. September 2009

Krankengymnastik.

Â

Mit Bescheid vom 25. Februar 2011 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Ereignisses vom 20. Mai 2010 als Versicherungsfall ab. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, es seien zu keinem Zeitpunkt Verletzungsfolgen nachgewiesen worden. Frische Verletzungen des SchÃ¤dels und der WirbelsÃ¤ule seien bildtechnisch ausgeschlossen worden. Die Schwindelbeschwerden, Gleichgewichtsprobleme, der Tinnitus und die Schall-empfindungsstÃ¶rung des linken Ohres seien daher nicht auf das Ereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren.

Â

Dagegen erhob der KlÃ¤ger am 27. MÃ¤rz 2011 Widerspruch und begrÃ¼ndete diesen damit, bei ihm hÃ¤tten sich die typischen Symptome einer traumatisch bedingten Contusio labyrinthi linkes Ohr, einer traumatisch bedingten HWS-Distorsion und einer traumatisch bedingten Prellung der LWS entwickelt. Auch sei ein Konsil des Neurochirurgen empfohlen und realisiert worden. Vor dem Unfall habe er keine der beschriebenen GesundheitsstÃ¶rungen gehabt. Er legte zudem ein Gutachten des Prof. Dr. Dr. H2. vom 9. Februar 2011 vor, der als wesentliche Unfallfolgen eine HWS-Distorsion mit BewegungseinschrÃ¤nkung und begleitenden Kopf- und Nackenbeschwerden feststellte. Weiterhin legte der KlÃ¤ger ein HNO-fachÃ¤rztliches Gutachten von Prof. Dr. P. vom 25. November 2011 vor, der einen Ursachenzusammenhang jedenfalls zwischen der SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit sowie dem Tinnitus links und dem Auffahrunfall sah.

Â

Die Beklagte zog das Gutachten betreffend den am Fahrzeug des KlÃ¤gers entstandenen Schaden bei. Sie holte eine beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme von Dr. F2., Facharzt fÃ¼r HNO, vom 29. September 2011 ein, der eine Begutachtung auf HNO-Ã¤rztlichem Fachgebiet mit zusÃ¤tzlicher AbklÃ¤rung der HWS-Beschwerden empfahl.

Â

Die Beklagte holte von Priv.-Doz. Dr. M2. ein Gutachten auf HNO-Ã¤rztlichem Fachgebiet vom 11. April 2012 ein. Dieser kam zu dem Ergebnis, nach dem Auffahrunfall seien keine SchÃ¤delfrakturen und keine Ã¤uÃeren Verletzungen befundet worden. Er diagnostizierte eine geringe kombinierte SchwerhÃ¶rigkeit links, einen nicht otogen bedingten Tinnitus und nicht otogen bedingten Schwindel. Die HochtonschwerhÃ¶rigkeit (SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit) links sei gering. Sprach- und Tonaudiometrie korrelierten nicht. Am rechten Ohr bestehe eine Normacusis. Eine SchalleitungsschwerhÃ¶rigkeit sei bei Ã¤uÃerer Gewalteinwirkung auf den SchÃ¤del infolge einer GehÃ¶rknÃ¶chelkettenunterbrechung oder Trommelfellverletzung denkbar. Bei

Ã¤uÃ erer Gewalteinwirkung auf den SchÃ¤del sei auch eine beidseitige HochtonschwerhÃ¶rigkeit infolge eines LÃ¤rmtraumas denkbar. Er konnte einen Zusammenhang zwischen den auf seinem Fachgebiet vorliegenden Beschwerden und dem Auffahrunfall nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erkennen. Die Schalleitungskomponente der SchwerhÃ¶rigkeit links sei am ehesten entzÃ¼ndlich oder infektbedingt.

Â

Mit Schreiben vom 4. MÃ¤rz 2012 lehnte der KlÃ¤ger das Gutachten im Voraus ab und verwies dazu auf seine schwere ErkÃ¤ltung wÃ¤hrend der gutachterlichen Untersuchung am 13. Februar und 2. MÃ¤rz 2012 sowie eine schwere akute Sinusitis mit Fieber. Dies belegte der KlÃ¤ger mit einer ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigung vom 27. Februar 2012 fÃ¼r drei Tage. Priv.-Doz. Dr. M2. stellte keine akute Erkrankung des KlÃ¤gers wÃ¤hrend seinen Untersuchungen fest.

Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. April 2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurÃ¼ck und begrÃ¼ndete dies weiterhin damit, ein unfallbedingter Erstgesundheitsschaden sei im Bereich des linken Ohres und der HWS nicht im Vollbeweis nachgewiesen. Dabei stÃ¼tzte sie sich im Wesentlichen auf die AusfÃ¼hrungen von Dr. F1. sowie Priv.-Doz. Dr. M2..

Â

Der KlÃ¤ger hat am 17. Mai 2013 vor dem Sozialgericht Dessau-RoÃlau Klage erhoben und sein Begehren auf Anerkennung des Ereignisses vom 20. Mai 2010 als Arbeitsunfall weiterverfolgt. Dazu hat er sich gegen das Gutachten von Priv.-Doz. Dr. M2. gewandt. Er hat darauf verwiesen, er sei mit dem SchÃ¤del an das linke Fenster geprallt. Unter Hinweis auf die Beurteilungen von Prof. Dr. Dr. H2. und Prof. Dr. P. hat er betont, der linksseitige Tinnitus mit SchallempfindlichkeitsstÃ¶rung und HÃ¶rverlust sowie die HWS-Distorsion seien Unfallfolgen.

Â

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens durch den Facharzt fÃ¼r HNO-Heilkunde Dr. H3. vom 22. Januar 2014. Dieser hat nach einer ambulanten Untersuchung des KlÃ¤gers am 17. Januar 2014 die Angaben des KlÃ¤gers wiedergegeben, dass die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien. Allerdings habe er nur das DruckgefÃ¼hl direkt nach dem Trauma bemerkt. Das OhrgerÃ¤usch sei ebenso wie die Schwindelsymptomatik erst einige Tage spÃ¤ter hinzugetreten. Eine stationÃ¤re Therapie habe er abgelehnt, da es ihm peinlich gewesen sei, sich stationÃ¤r an seiner Arbeitsstelle behandeln zu lassen. Andere Therapieoptionen hÃ¤tten sich ihm nicht aufgezeigt. Bei dem Vorfall sei er mit der linken SchÃ¤delseite an die Seitenscheibe der FahrertÃ¼r geprallt. Eine Bewusstlosigkeit verneinte der KlÃ¤ger. Er kÃ¶nne sich auch nicht mehr

erinnern, ob das Auto schon gestanden habe oder noch leicht gerollt sei, als das hintere Auto im Stau auf ihn auffuhr.

Â

Dr. H3. hat am linken Ohr eine pantonale SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit mit leichter Schalleitungskomponente und einen Tinnitus im tiefen Frequenzbereich diagnostiziert. Er hat ausgefÃ¼hrt, bei dem Unfallereignis kÃ¶nne es prinzipiell zu einem stumpfen Innenohrtrauma mit SchÃ¤digung cochleÃ¤rer und/oder vestibulÃ¤rer Gebiete gekommen sein. Diese Verletzung entspreche nach der einschlÃ¤gigen Literatur in ihrer Pathologie und AusprÃ¤gung einem Innenohr-LÃ¤rmtrauma. Kennzeichen sei eine HaarzellschÃ¤digung. Diese manifestiere sich regelmÃ¤Ãig im hohen Frequenzbereich und kÃ¶nne neben einer HÃ¶rminderung auch ein OhrgerÃ¤usch verursachen. HaarzellschÃ¤digungen im mittleren oder gar tiefen Frequenzbereich seien selten und bedÃ¼rften einer erheblichen Gewalteinwirkung. Auch der Ort der Einwirkung sei entscheidend, da Anpralltraumen im Bereich des Hinterkopfes im Vergleich zu seitlichen Gewalteinwirkungen eher geeignet seien, eine stumpfe Innenohrtraumatisierung zu verursachen. Die HÃ¶rstÃ¶rung sei immer in vollem Umfang ohne Latenz von Stunden oder gar Tagen sofort prÃ¤sent.

Â

Eine SchallleitungsschwerhÃ¶rigkeit sei in keinem Fall Folge einer Innen-ohrtraumatisierung. FÃ¼r eine gegebenenfalls zeitgleich auftretende Mittelohr-Pathologie, beispielsweise ZerreiÃung des Trommelfells oder Unterbrechung der GehÃ¶rknÃ¶chelchen sei eine erhebliche Gewalteinwirkung zu fordern. Abgesehen davon, dass eine solche Traumatisierung mit erheblichem akuten HÃ¶rverlust und akuter Schwindelsymptomatik verbunden wÃ¤re, die ungeachtet der vom KlÃ¤ger vorgetragenen Scham zu Diagnostik und Therapie fÃ¼hren wÃ¼rde, sei das Trauma in Bezug auf StÃ¤rke und Lokalisation nicht geeignet, die beklagten Beschwerden zu verursachen. SchlieÃlich spreche auch die erhebliche Diskrepanz zwischen tonaudiometrisch und sprachaudiometrisch ermitteltem HÃ¶rverlust gegen eine periphere, d. h. in den Haarzellen lokalisierte SchÃ¤digung. Gleiches gelte fÃ¼r die OhrgerÃ¤usche, die kein Kriterium einer traumatischen Ursache erfÃ¼llten. Weder sei es im hohen Frequenzbereich lokalisiert noch zeige die Verdeckungskurve ein Konvergenzverhalten. SchlieÃlich sei es auch deutlich Ã¼berschwellig verdeckbar und zeige keine konstante Reproduzierbarkeit. AbschlieÃend gÃ¤ben auch die Schwindeluntersuchungen keinen Hinweis auf eine periphere SchÃ¤digung. Prof. Dr. P. habe sich nicht bzw. unzureichend mit dem Kausalzusammenhang beschÃ¤ftigt. Eine Diskussion der KausalitÃ¤t finde bei ihm nicht statt. Aber auch die Untersuchung bei diesem habe bestÃ¤tigt, dass es keinen Hinweis fÃ¼r eine SchÃ¤digung des peripheren VestibulÃ¤r-Apparates gebe. Dr. H3. hat eine kombinierte Schallempfindungs-/SchallleitungsschwerhÃ¶rigkeit links sowie einen tieffrequenten Tinnitus links festgestellt. Weiterhin seien subjektive Schwindelbeschwerden ohne Ursache auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde festzustellen. Dr. H3. hat ausdrÃ¼cklich festgestellt, dass sÃ¤mtliche Erkrankungen auf dem HNO-Fachgebiet nicht durch den angeschuldigten Unfall verursacht worden

seien. AusdrÃ¼cklich hat er sich den Schlussfolgerungen von Prof. Dr. M2. angeschlossen.

Â

Zudem hat das Sozialgericht von Prof. Dr. Z2. ein fachorthopÃ¤disch-traumatologisches Gutachten vom 7. April 2014 eingeholt, wobei diesem keine RÃ¶ntgenaufnahmen vorlagen. Dort hat der KlÃ¤ger u.a. angegeben, mit der linken Kopfseite â€irgendwieâ€ schrÃ¤g an die Seitenscheibe gestoÃen zu sein. An Details des Unfallgeschehens hat sich der KlÃ¤ger nicht mehr erinnern kÃ¶nnen. Im Moment des Unfalles sei er mit seinen Gedanken â€woanders gewesenâ€. Erneut hat er angegeben, er kÃ¶nne nicht sagen, ob sein Fahrzeug noch nach vorne geschoben worden sei.

Â

Prof. Dr. Z2. hat eine eingeschrÃ¤nkte Seitdrehung und Seitneigung der HWS nach rechts bei erheblicher Muskelabwehrspannung und Schmerzangabe festgestellt. GegenÃ¼ber dem SachverstÃ¤ndigen hat der KlÃ¤ger auf weiter bestehende Beschwerden der HWS sowie der LWS hingewiesen. AuÃerdem leide er noch an Schwindel. Gleichwohl hat der KlÃ¤ger bestÃ¤tigt, dass die Beschwerden in der HWS erst einige Tage nach dem Unfall aufgetreten seien.

Â

Prof. Dr. Z2. hat darauf hingewiesen, dass man als einzigen orthopÃ¤dischen Befund am 26. Mai 2010 (also sechs Tage nach dem Unfallgeschehen) eine eingeschrÃ¤nkte Beweglichkeit nach rechts in der HWS festgestellt habe. Weiterhin seien Bewegungsschmerzen in der LWS sowie ein HÃ¶rverlust angegeben worden. Am gleichen Tage sei auch eine HNO-Ã¤rztliche Untersuchung erfolgt. Nach Ansicht von Prof. Dr. Z2. hat sich die Frage gestellt, ob bei dem Unfall Ã¼berhaupt eine ernsthafte Verletzung habe entstehen kÃ¶nnen. Eine entsprechende Einwirkung sei hier nicht zu sichern und ergebe sich auch nicht aus den SchÃ¤den am Fahrzeug. Der KlÃ¤ger habe sich bei der heutigen Untersuchung an nichts erinnern kÃ¶nnen. Prellmarken o. Ã¤. an der linken Kopfseite seien zu keinem Zeitpunkt gesichert worden. Soweit in der Literatur eine Beschleunigungsverletzung der HWS diskutiert werde, erfolge diese mit einer Extensionsbewegung des Kopfes nach hinten sowie anschlieÃend nach vorne. Aus diesem Grunde sei biomechanisch der AnstoÃ des Kopfes seitlich an der Seitenscheibe einem solchen Unfallgeschehen biomechanisch nicht zuzuordnen. Wie der KlÃ¤ger bestÃ¤tigt habe, seien die Airbags nicht ausgelÃ¶st worden.

Â

Zusammenfassend hat Prof. Dr. Z2. ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤ger habe, wenn Ã¼berhaupt, hÃ¶chstens eine leichte HWS-Zerrung erleiden kÃ¶nnen. Dies sei aber durch nichts bewiesen. Eine mutmaÃliche leichte HWS-Distorsion vom Grad I heile nach wenigen Wochen folgenlos aus.

Â

Der KlÃ¤ger hat darauf hingewiesen, dass er vor dem Unfall nicht an einem Tinnitus gelitten habe. Danach seien eine SchwerhÃ¶rigkeit und der Tinnitus Ã¼berall bestÃ¤tigt worden. Angesichts der stets gleichbleibenden Befunde kÃ¶nne eine Simulation bezÃ¼glich der SchwerhÃ¶rigkeit ausgeschlossen werden.

Â

Das Sozialgericht hat weiter Beweis gemÃ¤Ã Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhoben durch Einholung eines Gutachtens von dem Facharzt fÃ¼r HNO-Heilkunde Prof. Dr. Z3. vom 26. Mai 2016. Dieser hat unter anderem darauf hingewiesen, dass am 26. Mai 2010 im Klinikum D. bezÃ¼glich der pantonalen SchwerhÃ¶rigkeit keine Schallleitungskomponente festgestellt worden sei, aber sodann bei der Untersuchung durch die HNO-Ãrztin Grube am 7. Juni 2010 eine kombinierte hochgradige Schallleitungs-/ SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit. Am 26. Mai 2010 sei von der HNO-Klinik D. ausdrÃ¼cklich kein Tinnitus bescheinigt worden. Seiner Ansicht nach hat eine mittelgradige SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit links sowie ein kompensierter chronischer Tinnitus Grad II bestanden. Aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges seien beide Erkrankungen als Folge des Verkehrsunfalles anzusehen. Bei dem Tinnitus sei es typisch, dass dieser vom Betroffenen nicht sofort nach dem Unfall, sondern erst mit einer VerzÃ¶gerung von einigen Tagen wahrgenommen werde, da hier das GerÃ¤usch von anderen Symptomen/Verletzungen Ã¼berlagert werde. BezÃ¼glich des Schwindels sei zu sagen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung in der HNO-Klinik am 1. MÃ¤rz 2016 keine StÃ¶rung des peripheren Vestibularorgans nachgewiesen worden sei. Die SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit kÃ¶nne â selbstverstÃ¤ndlichâ durch die Gewalteinwirkung ausgelÃ¶st werden. Dazu passend sei das OhrgerÃ¤usch. Die Gewalteinwirkung sei ausreichend. BezÃ¼glich der Latenzzeit sei festzustellen, dass die HÃ¶rminderung sofort nach dem Unfall eingetreten sei. Zusammenfassend hat er eingeschÃ¤tzt, die mittelgradige InnenohrschwerhÃ¶rigkeit links und der Tinnitus links seien Folgen des Ereignisses vom 20. Mai 2010.

Â

Die Beklagte hat eine Stellungnahme von Dr. F1. vom 22. Juli 2016 vorgelegt. Dieser hat darauf hingewiesen, dass das Gutachten von Prof. Dr. Z3. schwer nachvollziehbar sei. Es sei bereits zu fragen, welchen Zusammenhang Prof. Dr. Z3. seiner Bewertung der Hauptursache zugrunde lege. Dies gelte insbesondere unter BerÃ¼cksichtigung des Hinweises auf das Werk von Feldmann/Brusis, Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes. Dort sei anderes ausgefÃ¼hrt, als von Prof. Dr. Z3. zugrunde gelegt. Weder die Form der SchwerhÃ¶rigkeit noch der Tinnitus passten zum Unfallmechanismus. Ein Recruitment links sei insbesondere in den Gutachten von Priv.-Doz. Dr. M. und Dr. H3. nicht festgestellt worden. Wenn man die Ansicht von Prof. Dr. Z3. zugrunde lege, dass der zeitliche Zusammenhang fÃ¼r einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang spreche, so sei die erste Inanspruchnahme am 26. Mai 2010 erfolgt, also 6 Tage nach dem Unfall. Dies werde vom KlÃ¤ger auch selbst bestÃ¤tigt. Hier hÃ¤tten mehrere Werktage und die mÃ¶gliche

Klinikbereitschaft des Wochenendes ungenutzt zwischen Unfall und Erstvorstellung gelegen. Auch habe die Polizei einen Verkehrsunfall ohne Personenschaden festgestellt. Am 26. Mai 2016 sei ein Tinnitus ausdrÃ¼cklich ausgeschlossen worden. Am 28. Mai 2010 sei bereits ein â□□gesicherter HÃ¶rsturzâ□□ festgestellt worden. Auch die tiefe Frequenz des Tinnitus spreche gegen eine Unfallfolge. Das gleiche gelte fÃ¼r das GehÃ¶rbild.

Â

In einer erneuten Stellungnahme hat Prof. Dr. Z3. darauf hingewiesen, dass bedauerlicherweise in der von ihm selbst zitierten Literaturstelle von Feldmann eine veraltete Auffassung wiedergegeben werde. Insoweit hat er auf verschiedene neuere Studien hingewiesen, die die Auffassung zu stumpfen SchÃ¤deltraumata in jenem von ihm zitierten Lehrwerk widerlegen wÃ¼rden. Danach kÃ¶nnten nicht nur im lÃ¤rmtypischen Frequenzbereich, sondern im gesamten Frequenzbereich SchÃ¤digungen sowohl der Ã¤uÃ□eren als auch der inneren Haarzellen mit erheblichen HÃ¶rverlusten eintreten. Zwar werde in einer Arbeit von Brusis aus dem Jahre 2011 eine C5-Senke als typisches Zeichen eines stumpfen SchÃ¤deltraumas beschrieben. Jedoch besage der Ausdruck â□□typischâ□□ naturgemÃ¤Ã□ nicht, dass es neben diesen typischen Zeichen nicht noch andere Zeichen, im vorliegenden Falle auch TieftonhÃ¶rverluste, geben kÃ¶nne. Da es sich auch um eine SchÃ¤digung der inneren Haarzellen handeln kÃ¶nne, seien Ã¼berschwellige Tests zum Nachweis eines Recruitments im Rahmen der BeweisfÃ¼hrung naturgemÃ¤Ã□ nicht erforderlich. Der weitere von Dr. F1. angesprochene Aspekt bedÃ¼rfe ebenfalls einer Diskussion. Zweifellos bestÃ¤nden WidersprÃ¼che zwischen den Aussagen des KlÃ¤gers sowie den in den Akten vorliegenden Dokumenten. Er selbst habe keine Zweifel an der Richtigkeit der Aussagen des KlÃ¤gers zum Zeitverlauf gehabt. Dr. F1. weise hier zu Recht auf Ungereimtheiten hin. Es sei eine rechtliche Frage und Aufgabe des Gerichts, die Feststellungen fÃ¼r die Grundlage der Bewertung zu treffen. Komme das Gericht zu der Ã□berzeugung, dass die Notiz des HNO-Arztes vom 26. Mai 2010, der KlÃ¤ger leide zwar an einem HÃ¶rverlust, nicht jedoch einem Tinnitus, Grundlage der Bewertung sein solle, so sei der Tinnitus keine Unfallfolge. Etwas Anderes gelte fÃ¼r den HÃ¶rverlust. Prof. Dr. Z3. hat abschlieÃ□end die MdE unter BerÃ¼cksichtigung des Tinnitus und des HÃ¶rverlustes insgesamt auf 15 vom Hundert geschÃ¤tzt.

Â

Mit Urteil vom 14. Juni 2017 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich zur BegrÃ¼ndung im Wesentlichen den Gutachten von Priv.-Doz. Dr. M2., Dr. H3. und Prof. Dr. Z2. angeschlossen. Die Gutachten von Prof. Dr. Z3., Prof. Dr. Dr. H2. und Prof. Dr. P. Ã¼berzeugten nicht. Diese seien teilweise fÃ¼r Zivilgerichte unter anderen Voraussetzungen erstellt worden. Prof. Dr. Z3. arbeite nicht ansatzweise heraus, welche Gewalteinwirkung im vorliegenden Fall stattgefunden haben solle.

Â

Mit der am 4. September 2017 eingelegten Berufung gegen das ihm am 9. August

2017 zugestellte Urteil des Sozialgerichts verfolgt der KlÃ¤ger die Anerkennung des Ereignisses vom 20. Mai 2010 als Arbeitsunfall weiter. Er hat zusÃ¤tzlich vorgetragen, bei dem Auffahrunfall habe er eine (geringe) Lateralisierung des Dens axis nach links und eine Steilstellung der HWS und LWS erlitten. Auch habe er bereits am 26. Mai 2010 an einem Tinnitus gelitten, weshalb auch eine Kortisontherapie durchgefÃ¼hrt worden sei.

Â

Aus dem Gutachten des IngenieurbÃ¼ros D2 und K. ergebe sich, dass die RadauÃenverkleidung hinten links zerbrochen worden sei. Damit sei nachgewiesen, dass der Aufprall hinten links stÃ¤rker gewesen sei als im Ãbrigen Bereich des Hecks.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-RoÃlau vom 14. Juni 2017 und den Bescheid der Beklagten vom 25. Februar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 2013 aufzuheben und

Â

festzustellen, dass das Ereignis vom 20. Mai 2010 ein Arbeitsunfall mit den SchÃ¤den einer Contusio labyrinthi, SchwerhÃ¶rigkeit und Tinnitus des linken Ohrs, einer HalswirbelsÃ¤ulendistorsion und einer LendenwirbelsÃ¤ulenprellung ist.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie verteidigt die Entscheidung des Sozialgerichts.

Â

Auf Antrag des KlÃ¤gers gemÃ¤Ã Â§ 109 SGG hat der Senat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des OrthopÃ¤den und Unfallchirurgen Dr. Z4.. Dieser hat am 18. August 2020 eine deutliche BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS nach rechts festgestellt. Er hat ausgefÃ¼hrt, nur ein FrontalzusammenstoÃ sei mit einer

stÃ¤rkeren Beschwerdesymptomatik und einer verlÃ¤ngerten Beschwerdedauer verbunden. Strukturelle Verletzungen der HWS vom Typ 1 und 2 heilten in der Regel folgenlos aus. Typ 3 betreffe Nackenbeschwerden und neurologische AusfÃ¤lle sowie Typ 4 Nackenbeschwerden und Frakturen und Verrenkungen. Im vorliegenden Fall entsprÃ¤chen die Beschwerden Typ 2. Eine Verletzung der HWS sei insgesamt nicht wahrscheinlich zu machen. Eine schwere Kontusion des Kopfes sei unwahrscheinlich. Dagegen sprÃ¤chen die erst nach sechs Tagen aufgenommene Behandlung, die fehlenden Ã¤uÃeren Verletzungszeichen an Kopf und HWS, das Fehlen einer Commotio-Cerebri-Symptomatik sowie ein unauffÃ¤lliges Kopf-MRT. Der vom KlÃ¤ger beklagte Schwindel, HÃ¶rverlust und Tinnitus sei daher nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das versicherte Ereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die Beschwerdesymptomatik an der HWS sei durch den mittlerweile aufgetretenen erheblichen VerschleiÃ verursacht. Insoweit stimme er den AusfÃ¼hrungen von Prof. Dr. Z2. zu.

Â

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergÃ¤nzend verwiesen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Die Berufung ist form- und nach Â§ 151 Abs. 1 SGG auch fristgerecht eingelegt worden. Sie ist auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, insbesondere statthaft (Â§ 143 SGG).

Â

Die Berufung ist nicht begrÃ¼ndet. Der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten (Â§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG), denn er hat gemÃ¤Ã Â§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG gegenÃ¼ber der Beklagten keinen Anspruch auf Feststellung des Auffahrunfalles vom 20. Mai 2010 als Arbeitsunfall.

Â

Versicherte kÃ¶nnen die Feststellung eines Versicherungsfalls, hier eines Arbeitsunfalls, beanspruchen, wenn ein solcher eingetreten ist (vgl. BSG, 5. Juli 2011, B 2 U 17/10 R, SozR 4-2700 Â§ 11 Nr. 1, Rn. 15 f.). Nach Â§ 8 Abs. 1 S. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) sind ArbeitsunfÃ¤lle UnfÃ¤lle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach Â§Â§ 2, 3 oder 6 SGB VII begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit (versicherte TÃ¤tigkeit). UnfÃ¤lle sind nach Â§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII zeitlich begrenzte, von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkende Ereignisse,

die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod fÃ¼hren. Daher muss ein zeitlich begrenztes, von auÃen auf den KÃ¶rper einwirkendes Ereignis vorliegen und dieses einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (UnfallkausalitÃ¤t und haftungsbegrÃ¼ndende KausalitÃ¤t; zu dem Vorstehenden BSG, 27. November 2018, B 2 U 28/17 R, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr. 68 Rn. 14). Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt.

Â

Der KlÃ¤ger hat keinen Arbeitsunfall erlitten, da ein unfallbedingter Gesundheits(erst)schaden nicht feststellbar ist.

Â

Der KlÃ¤ger hat bei dem Unfall weder eine HWS-Distorsion bzw. Verletzungen der HWS (dazu bei 1) noch eine LendenwirbelsÃ¤ulenprellung (dazu bei 2) erlitten. Auch eine Contusio labyrinthi, die SchwerhÃ¶rigkeit und der Tinnitus des linken Ohrs sind nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren (dazu bei 3).

Â

GrundsÃ¤tzlich ist bezÃ¼glich aller Beschwerden festzustellen, dass sich der KlÃ¤ger erst sechs Tage nach dem Unfall Ã¤rztlich vorgestellt hat. Zwar ist zu berÃ¼cksichtigen, dass der KlÃ¤ger als Arzt beruflich sehr belastet war. Allerdings wÃ¤re eine Ã¤rztliche Untersuchung bei ihm jederzeit in der Klinik des Arbeitgebers ohne Zeitverzug durch eine Anreise durchfÃ¼hrbar gewesen, so dass die fehlende Vorstellung gegen ernsthafte Verletzungen spricht. Hinzu kommt, dass der KlÃ¤ger als Arzt Symptome einer Verletzung besser einordnen kann als ein Laie. Nicht bewiesen und auch fernliegend sind die AusfÃ¼hrungen des KlÃ¤gers bei Dr. H3., eine stationÃ¤re Therapie habe er abgelehnt, da es ihm peinlich gewesen sei, sich stationÃ¤r an seiner Arbeitsstelle behandeln zu lassen; andere Therapieoptionen hÃ¤tten sich ihm nicht aufgezeigt. Der Senat hat keine Zweifel, dass es dem KlÃ¤ger nach rund fÃ¼nf Monaten TÃ¤tigkeit in der Klinik bekannt war, dass dort auch ambulante Untersuchungen vorgenommen wurden. SchlieÃlich haben sein Beruf und die Probezeit den KlÃ¤ger auch nicht gehindert, sich ab dem 26. Mai 2010 sehr intensiv (ambulant) untersuchen zu lassen. Ein Unterschied zu den Tagen zuvor ist nicht erkennbar oder behauptet. Mangels zeitnaher Befunde bestehen daher bereits grundsÃ¤tzliche Zweifel am Vorliegen von UnfallschÃ¤den, wie zuletzt Dr. Z4. ausgefÃ¼hrt hat, der die VerhÃ¤ltnisse vor Ort als ehemaliger Kollege des KlÃ¤gers sehr gut kennt.

Â

Zudem hat Dr. Z4. am 26. Mai 2010 eine ArbeitsunfÃ¤higkeit bescheinigt. Jedoch ist der KlÃ¤ger nach dem Unfall zunÃ¤chst seinem Beruf noch nachgegangen. Dies spricht fÃ¼r eine VerstÃ¤rkung der Beschwerden in deutlichem zeitlichen Abstand nach dem Unfall und damit gegen eine UnfallursÃ¤chlichkeit der am 26. Mai 2010

festgestellten Beschwerden.

Â

1) Zwar wird in dem Gutachten des Prof. Dr. Dr. H2. vom 9. Februar 2011 als wesentliche Unfallfolge u.a. eine HWS-Distorsion mit BewegungseinschrÃ¤nkung festgestellt. Auch Dr. Z4. hat am 26. Mai 2010 eine HWS-Distorsion festgestellt. In seinem spÃ¤teren Gutachten ist Dr. Z4. aber zu dem Ergebnis gekommen, eine Verletzung der HWS sei insgesamt nicht wahrscheinlich zu machen. Letzterem schlieÃt sich der Senat an.

Â

Zum einen ist kein Hergang feststellbar, der zu einer Verletzung der HWS fÃ¼hren kÃ¶nnte. Prof. Dr. Z2. hat ausgefÃ¼hrt, es sei bei dem Heckaufprall â¦â¦ mit MÃ¼he hÃ¶chstens, wenn Ã¼berhaupt, zu einer leichten HWS-Distorsion â¦â¦ gekommen. Dies Ã¼berzeugt in der Bewertung des Sachverhaltes. Der vorhandene Schaden ist jedoch nach dem MaÃstab des Vollbeweises festzustellen (BSG, 17. Februar 2009, B 2 U 18/17 R, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr. 31 Rn. 15; LSG Sachsen-Anhalt, 13. Oktober 2020, L 6 U 23/19, Rn. 29, juris).

Â

Zutreffend hat Prof. Dr. Z2. darauf hingewiesen, soweit in der Literatur eine Beschleunigungsverletzung der HWS diskutiert werde, folge diese mit einer Extensionsbewegung des Kopfes nach hinten sowie anschlieÃend nach vorne. Aus diesem Grunde ist biomechanisch der AnstoÃ des Kopfes seitlich an der Seitenscheibe einem solchen Unfallgeschehen nicht zuzuordnen. Dies entspricht der einschlÃ¤gigen Fachliteratur (vgl. SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall- und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 482). Auch Dr. Z4. hat ausgefÃ¼hrt, nur ein FrontalzusammenstoÃ sei mit einer stÃ¤rkeren Beschwerdesymptomatik und einer verlÃ¤ngerten Beschwerdedauer verbunden. Damit spricht der Hergang â¦ soweit feststellbar â¦ gegen eine Verletzung der HWS.

Â

Zudem hat Prof. Dr. Z2. nachvollziehbar und Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤ger habe, wenn Ã¼berhaupt, hÃ¶chstens eine leichte HWS-Zerrung erleiden kÃ¶nnen. Dies ist aber nicht bewiesen. Eine mutmaÃliche leichte HWS-Distorsion vom Grad I heile â¦ so Prof. Dr. Z2. â¦ nach wenigen Wochen folgenlos aus. Ãhnlich hat sich Dr. Z4. geÃ¤uÃert. Es entspricht der Fachliteratur, dass bei einem Trauma des Grades I (oder selbst Grad II) die eventuellen GesundheitsstÃ¶rungen innerhalb von maximal 14 Tagen ausheilen (so auch SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 489). Die dauerhaften und unverÃ¤nderten Beschwerden des KlÃ¤gers mÃ¼ssen daher andere Ursachen haben.

Â

Ein Dauerschaden kommt auch nur bei in der Kernspintomographie nachgewiesenen Strukturverletzungen in Betracht (Verletzungen Grad III; vgl. SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 489). Solche konnten im MRT am 27. Mai 2010 nicht festgestellt werden- Der Radiologe Prof. Dr. L1. hat ausgefÃ¼hrt, es seien keine Frakturen und keine diskoligamentÃ¤ren Verletzungen nachweisbar.

Â

Kein Arzt auÃer dem KlÃ¤ger fÃ¼hrt die Steilstellung der HWS auf den Unfall zurÃ¼ck. Dr. Z4. hat einen Unfallzusammenhang ausdrÃ¼cklich und Ã¼berzeugend verneint.

Â

Eine Simulation hat kein Arzt und insbesondere kein Gutachter bei dem KlÃ¤ger festgestellt, so dass die diesbezÃ¼glichen AusfÃ¼hrungen des KlÃ¤gers ins Leere gehen.

Â

Ob die am 26. Mai 2010 geschilderte Beschwerdesymptomatik an der HWS auf den mittlerweile aufgetretenen erheblichen VerschleiÃ zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, wie Dr. Z4. nachvollziehbar darlegt, kann offenbleiben. Das Fehlen von Alternativursachen wÃ¼rde nicht ausreichen, um die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zu begrÃ¼nden; es reicht also nicht aus, dass das Unfallgeschehen ggf. als zwanglose ErklÃ¤rung der Krankheitsentwicklung â€Ã¼brigâ€ bleibt (BSG, 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 Â§ 8 Nr. 17 Rn. 20).

Â

2) Auch bezÃ¼glich der LWS ist kein Hergang feststellbar, der zu einer Prellung fÃ¼hren kÃ¶nnte. Die LWS war durch den Autositz geschÃ¼tzt; ein stÃ¤rkerer Druck im PKW ist nicht vorstellbar; hierfÃ¼r gibt auch der Vortrag des KlÃ¤gers keinen Anhaltspunkt. Prellmarken u.Ã¤. am RÃ¼cken wurden nie festgestellt oder behauptet.

Â

Auch in dem nachfolgenden MRT der LWS wurden keine unfallbedingten Befunde gesichert. Der Radiologe Prof. Dr. L1. hielt fest, es seien keine Frakturen und keine diskoligamentÃ¤ren Verletzungen nachweisbar. Allerdings bestand eine minimale Protrusion im Bereich L4/5 und L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 und L5 sowie eine geringe Neuroforamenstenose im Bereich L4/5 und mÃ¤Ãig bei L5/S1. Diese auch degenerativ erklÃ¤rbaren VerÃ¤nderungen kÃ¶nnen die Beschwerden des KlÃ¤gers verursachen.

Â

FÃ¼r eine degenerative Ursache spricht, dass der KlÃ¤ger zuvor bereits wegen Beschwerden der LWS arbeitsunfÃ¤hig gewesen war (Anfang April bis Mitte Juli 2005 wegen einer Osteochondrose der WirbelsÃ¤ule im Lumbosakralbereich, ununterbrochen vom 22. Juni 2008 bis 31. Oktober 2009 wegen lumbaler BandscheibenschÃ¤den mit Radikulopathie, Bandscheibenverlagerung; Lumboischialgie, Kompression von Nervenwurzel und Nervenplexus bei BandscheibenschÃ¤den und Polyneuropathie). Der KlÃ¤ger erhielt zur Behandlung der Radikulopathie vom 27. Juli bis 3. September 2009 Krankengymnastik. Insoweit trifft es nicht zu, wenn der KlÃ¤ger in seiner WiderspruchsbegrÃ¼ndung vortrÃ¤gt, er habe vor dem Unfall am 20. Mai 2010 keine Beschwerden gehabt. Es liegt nicht fern, dass diese Beschwerden auch nach dem Unfall wegen derselben Ursache vorlagen.

Â

3) Die pantonale SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit mit leichter Schalleitungskomponente (dazu bei a.), der Schwindel (dazu bei b.) und der Tinnitus (dazu bei c.) sind keine Unfallfolgen. Eine Contusio labyrinthi ist nicht feststellbar (auch dazu bei a.).

Â

a) Priv.-Doz. Dr. M. hat ausgefÃ¼hrt, eine SchalleitungsschwerhÃ¶rigkeit sei bei Ã¤uÃerer Gewalteinwirkung auf den SchÃ¤del infolge einer GehÃ¶rknÃ¶chelkettenunterbrechung oder Trommelfellverletzung denkbar. Dies stimmt mit den den Beteiligten zur Kenntnis gegebenen AuszÃ¼gen des in dem in den Verfahren mehrfach genannten Werks von Feldmann/Brusis (Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohrenarztes, 8. Aufl.) Ã¼berein. Dort heiÃt es unter â€Hinweisâ€ (Seite 196): â€Die gutachtliche Bewertung des stumpfen SchÃ¤deltraumas ohne ohrnahe Fraktur stÃ¶Ãt auf Schwierigkeiten. Nicht selten werden HÃ¶rstÃ¶rungen, die schon lange vorher bestanden haben, dem Verletzten aus Anlass des SchÃ¤deltraumas erstmals richtig bewusst, und er bringt sie in seinem verstÃ¤ndlichen KausalitÃ¤tsbedÃ¼rfnis mit dem Unfall in Verbindung. Nach einem SchÃ¤del-Hirn-Trauma erfolgen hÃ¤ufig eine konsiliarische neurologische und HNO-Ã¤rztliche Untersuchung, bei der eine eventuell vorbestehende SchwerhÃ¶rigkeit festgestellt wird, die sich schleichend entwickelt hat und die der Patient bisher nicht bemerkt hat. Sie wird daher hÃ¤ufig als unfallbedingt gedeutet. Entscheidend ist in solch einem Fall, ob der Unfallmechanismus Ã¼berhaupt zu den Befunden passtâ€.

Â

Eine ohrnahe Verletzung wurde nie festgestellt und kann darÃ¼ber hinaus im Hinblick auf die Vielzahl der Untersuchungen ausgeschlossen werden. Die Argumentation des KlÃ¤gers, er habe vor dem Unfall keine SchwerhÃ¶rigkeit bemerkt, ist angesichts dieser AusfÃ¼hrungen ebenfalls zweifelhaft. Dies gilt umso mehr, als am 26. Mai 2010 im Klinikum D. noch keine SchwerhÃ¶rigkeit mit Schallleitungskomponente festgestellt worden ist. Allerdings wurde rund zehn Tage

nach dem Unfall von der HNO-Ãrztin Grube eine ausdrÃ¼cklich unfallunabhÃ¤ngige Otitis externa acuta (GehÃ¶rgangsentzÃ¼ndung) links festgestellt. Angesichts des bereits von dem HNO-Arzt Thranitz am 26. Mai 2010 festgestellten diskret gerÃ¶teten GehÃ¶rganges links ist nachvollziehbar und Ã¼berzeugend, dass Priv.-Doz. Dr. M2. die Schalleitungskomponente der SchwerhÃ¶rigkeit links als am ehesten entzÃ¼ndlich oder infektbedingt eingeordnet hat.

Â

Aber auch bezÃ¼glich der SchallempfindungsschwerhÃ¶rigkeit bestehen Zweifel an der UrsÃ¤chlichkeit des Verkehrsunfalls. Nach Feldmann/Brusis (a.a.O., Seite 194) wird weiterhin davon ausgegangen, dass eine sogenannte C5 Senke typisch ist. Da diese nach Auffassung aller HNO-Ãrzte nachvollziehbar und Ã¼berzeugend hier nicht vorliegt, ist dies ein weiteres Indiz gegen die UrsÃ¤chlichkeit des Unfalls fÃ¼r die Beschwerden des KlÃ¤gers. Ãhnliches gilt angesichts des fehlenden Recruitments. Dessen Fehlen mag zwar nicht zwingend gegen eine KausalitÃ¤t sprechen, wie Prof. Dr. Z3. darlegt. Allerdings verringert dies weiter die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges, wie Dr. F1. insoweit unwidersprochen ausfÃ¼hrt.

Â

Ebenso werden bei Feldmann/Brusis (Bl. 195) die AusfÃ¼hrungen von Dr. H3. bestÃ¤tigt, dass eine HÃ¶rstÃ¶rung in der Regel sofort nach dem Unfall in voller AusprÃ¤gung vorhanden ist. Hiervon kann sich der Senat â auch im Hinblick auf die AusfÃ¼hrungen bei Feldmann/Brusis hinsichtlich unentdeckter HÃ¶rstÃ¶rungen â Ã¼berzeugen.

Â

Der Unfallhergang spricht nicht fÃ¼r die Verursachung einer Contusio labyrinthi. Einen Anprall an die Seitenscheibe konnte der KlÃ¤ger nicht nachweisen. Auch sind spÃ¤ter nie eine Contusio labyrinthi oder Folgen einer solchen Einwirkung festgestellt worden. Der KlÃ¤ger hat gegenÃ¼ber der Polizei angegeben, er sei unverletzt.

Â

b) Der Tinnitus ist nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Dagegen spricht bereits, dass dieser bei der Erstuntersuchung am 26. Mai 2010 â also sechs Tage nach dem streitigen Vorfall â nicht festgestellt wurde. Der HNO-Arzt Thranitz hat ausdrÃ¼cklich festgehalten, dass kein Tinnitus angegeben werde. Zwar wird in dem Konsultationsschein von Dr. L2. vom 26. Mai 2010 ein Tinnitus erwÃ¤hnt; der Senat misst jedoch der fachÃ¤rztlichen Untersuchung eine hÃ¶here Bedeutung zu. Im Ãbrigen hat Dr. Z4. am gleichen Tag zwar Ã¼ber eine HÃ¶rstÃ¶rung und einen Drehschwindel, aber nicht Ã¼ber einen Tinnitus berichtet. Zweifel gehen zu Lasten des KlÃ¤gers.

Â

Prof. Dr. P. und Prof. Dr. Z3. stÃ¼tzen sich fÃ¼r ihre abweichende Auffassung allein auf den zeitlichen Zusammenhang. Soweit letztgenannter meint, die LÃ¼cke von einigen Tagen sei erklÃ¤rbar, da hier das GerÃ¤usch von â□□anderen Symptomen/Verletzungenâ□□ Ã¼berlagert worden sei, so verkennen seine pauschalen AusfÃ¼hrungen, dass die Beschwerden des KlÃ¤gers Ã¼ber mehrere Tage so gering waren, dass er keinen Arzt aufgesucht hat. Es Ã¼berzeugt nicht, dass der KlÃ¤ger in diesen sechs Tagen keinen Tinnitus verspÃ¼rt und diesen nicht einmal bei der Ã¤rztlichen Untersuchung angegeben haben soll. Letztlich hat Prof. Dr. Z3. seine Ansicht auch in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme weitgehend revidiert: Komme das Gericht zu der Ã□berzeugung, dass die Feststellungen am 26. Mai 2010, der KlÃ¤ger leide nicht an einem Tinnitus, Grundlage der Bewertung sein solle, so sei der Tinnitus keine Unfallfolge. Der Senat hat keinen Grund, an den mehrfachen Ã¤rztlichen Feststellungen dieses Inhalts zu zweifeln.

Â

Prof. Dr. Dr. H2. nennt Ã¼berhaupt keine BegrÃ¼ndung fÃ¼r den Unfallzusammenhang. Dies Ã¼berzeugt nicht.

Â

c) Ã□hnlich wie bei b) spricht die zeitliche LÃ¼cke gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Schwindel und dem Unfall. Der KlÃ¤ger hat bei Prof. Dr. Z3. bestÃ¤tigt, dass er diesen erst zwei Tage nach dem Unfall bemerkt habe. Prof. Dr. P. stÃ¼tzt sich allein auf diesen nicht feststellbaren zeitlichen Zusammenhang, Prof. Dr. Dr. H2. nennt Ã¼berhaupt keine BegrÃ¼ndung fÃ¼r den Unfallzusammenhang. Dies Ã¼berzeugt anders als die AusfÃ¼hrungen bei Prof. Dr. Z3., Priv.-Doz. Dr. M2. und Dr. H3. nicht.

Â

Hinzu kommt, dass Prof. Dr. P. den Schwindel fachfremd auf HWS-Beschwerden zurÃ¼ckfÃ¼hrt (dazu bereits bei 1). Eine zentral-vestibulÃ¤re StÃ¶rung verneint er ebenfalls; Prof. Dr. Z3. hat dies indirekt dadurch bestÃ¤tigt, dass er auf seinem Fachgebiet keinen Schwindel diagnostiziert hat. AusdrÃ¼cklich hat er darauf hingewiesen, dass bei seiner Untersuchung keine StÃ¶rung des peripheren Vestibularorgans festgestellt worden sei. Auch Priv.-Doz. Dr. M. hat in seinem Gutachten den Schwindel als nicht otogen bedingt bewertet.

Â

4) Es besteht auch kein Anhalt fÃ¼r eine GefÃ¤Ã□dissektion. Dr. O. hat bei seiner zeitnahen Untersuchung am 2. Juli 2010 einen altersentsprechenden Duplexbefund ohne Korrelat zur vorliegenden Klinik festgestellt.

Â

Es sind auch keine sonstigen Verletzungen wie eine Zerrung oder Prellung dokumentiert. In den Unterlagen der Polizei wird bei der Aufnahme des Unfalls ausdrÃ¼cklich kein Personenschaden festgehalten. Mit Prof. Dr. Z2. geht der Senat davon aus, dass eine entsprechende schÃ¤digende Einwirkung nicht im Vollbeweis zu sichern ist; sie ergibt sich auch nicht aus den SchÃ¤den am Fahrzeug.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Â

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

Erstellt am: 22.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024