

L 3 U 279/96

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 U 117/95
Datum
24.07.1996
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 3 U 279/96
Datum
28.08.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24.07.1996 wird zurückgewiesen.

II. Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger verfolgt das Ziel, eine Taubheit am rechten Ohr als Unfallfolge anerkannt und entschädigt zu erhalten.

Laut Durchgangsarztbericht vom 22.07.1987 erlitt der Kläger am 21.07.1987 einen Arbeitsunfall, indem er auf einer Baustelle von einer Baggerschaukel links am Kopf getroffen wurde. Er habe einen Schutzhelm getragen, dieser sei durch den Schlag hinweggeschleudert worden. Im Schädelbereich links seien klinisch keine Auffälligkeiten sichtbar oder tastbar gewesen, es habe kein Druckschmerz bestanden, die Halswirbelsäule sei klinisch frei gewesen; subjektiv hätten im Schädelbereich links anhaltende leichte Schmerzen bestanden. Laut Nachschaubericht vom 27.07.1987 bestanden noch Kopfschmerzen links und ausgeprägte Müdigkeit.

Laut Bescheinigung des HNO-Arztes Dr. G. vom 31.03.1989 fand sich beim Kläger am rechten Ohr - bei annähernd normalem Hörvermögen links - eine hochgradige kombinierte Hörstörung mit einer Schwellenabsenkung von ca. 60 dB bei 1000 Hz und einem Anteil der Schalleitung von 20 dB. Theoretisch komme für diesen Befund bei ansonsten leerer Anamnese eine posttraumatische Ursache in Betracht. Auf Anforderung der Beklagten erstattete der HNO-Arzt Dr. N. ein Gutachten vom 14.09.1992. Danach sei der Kläger bei dem Unfall mit der rechten Seite des Kopfes gegen eine Gartenmauer gestoßen worden; Schädelfrakturen seien nicht festgestellt worden, im behandelnden Krankenhaus sei eine Schädelprellung diagnostiziert worden. Bei den im Rahmen dieser Begutachtung eingehenden otologischen Untersuchungen sei eine erhebliche kombinierte Hörstörung auf der rechten Seite festgestellt worden, wobei zwanglos ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21.07.1987 angenommen werden könne. Es handle sich dabei um eine hochgradige kombinierte Schalleitungs- und Schallempfindungsstörung, möglicherweise hervorgerufen durch eine Luxation der Gehörknöchelchenkette der rechten Seite oder eine Fraktur der Gehörknöchelchen; möglich sei auch eine commotio labyrinthi als Ursache dieser Hörstörung. Als Unfallfolge sei daher anzunehmen eine hochgradige kombinierte Schalleitungs- und Schallempfindungshörstörung der rechten Seite einschließlich eines dabei glaubhaft beschriebenen Hochtonaltinnitus; hinzukämen die zur Hälfte durch den Unfall verursachten Kopfschmerzen; dies bedinge eine unfallabhängige MdE von 20 vH.

Mit Attest vom 28.10.1993 bescheinigte der HNO-Arzt Dr. N. gegenüber der Beklagten, am 27.11.1987 sei eine endonasale Kieferhöhlenoperation beiderseits mit Abspreizung der mittleren Muschel rechts und einer Becken Bohrung der rechten Stirnhöhle erforderlich geworden. Anlässlich dieser Nebenhöhlenbehandlung seien Ohrprobleme überhaupt nicht geklagt worden; deshalb hätten auch keine entsprechenden Untersuchungen stattgefunden. Erst am 27.02.1989 habe der Kläger dann gegenüber diesem Arzt angegeben, dass seit einem Unfall vom 21.07.1987 eine Hörstörung der rechten Seite bestehe. Bei der daraufhin durchgeführten Untersuchung habe man rechts ein intaktes reizloses, leicht vernarbt, etwas eingezogenes Trommelfell vorgefunden; das linke Trommelfell sei unauffällig gewesen. Ein Zusammenhang der Nebenhöhlenerkrankung mit der hier für das rechte Ohr bestehenden Hörstörung könne nicht angenommen werden; natürlich komme es bei einer Pansinusitis auch zu katarrhalischen Veränderungen im Mittelohrbereich. Diese Veränderungen seien aber in aller Regel nach Abheilung der Nebenhöhlenerkrankung rückläufig. Die Hörstörung des Klägers sei hier aber so hochgradig, dass ein Zusammenhang lediglich mit einer Nebenhöhlenaffektion kaum angenommen werden könne.

Nunmehr beauftragte die Beklagte den HNO-Arzt Dr. G., über die Frage der Unfallfolgen beim Kläger ein Gutachten zu erstellen. Dieser Arzt führte in seinem Gutachten vom 28.04.1994 aus, das Hörvermögen des Klägers auf dem rechten Ohr komme einer praktischen Taubheit

gleich; es ließen sich im Audiogramm nur fragliche Hörreste im Tieftonbereich nachweisen, die trotz Vertäubung übergehört sein könnten. Das linke Ohr höre dagegen praktisch normal, hier sei nur die obere Tongrenze herabgesetzt ohne Auswirkungen auf das Sprachverständnis; sprachaudiometrisch könne links eine Normalhörigkeit nachgewiesen werden und rechts eine Taubheit. Bei Prüfung der Gleichgewichtsfunktion sei das rechte Labyrinth kalorisch unerregbar und das linke Labyrinth normal erregbar. Der rechtsseitige Labyrinthausfall sei weitgehend kompensiert, nachdem auf dem Lagetisch nur ein sehr geringer latenter Spontannystagmus nach rechts gesehen werden könne. Abweichreaktionen bestünden dabei keine. Der übrige HNO-Fachbefund entspreche der Norm, abgesehen von einer Nasenscheidewandverbiegung nach links. Anhaltspunkte für eine Nebenhöhlenerkrankung hätten heute nicht gesehen werden können und das Riechvermögen für aromatische Stoffe sei erhalten. Die Ursache der rechtsseitigen Taubheit mit Ausfall des Gleichgewichtsorgans sei unklar, ein Zusammenhang mit der Schädelprellung im Jahr 1987 sei unwahrscheinlich, nachdem es hierbei weder zu einer knöchernen Verletzung des Schläfenbeines noch zu einer Gehirnerschütterung gekommen sei. Unmittelbar nach dem Unfall sei auch kein Hörverlust bemerkt oder festgestellt worden; erst in der Folgezeit sei es dann zu einer Abnahme des Hörvermögens rechts gekommen, so daß nun eine praktische Taubheit rechts vorliege. Möglicherweise bestehe ein ursächlicher Zusammenhang mit der Mittelohrerkrankung im November/Dezember 1987, wobei gleichzeitig eine Panusitis operative Eingriffe erforderlich mache. In diesem Zusammenhang sei auch noch darauf hinzuweisen, dass der Kläger bei einer arbeitsmedizinischen Untersuchung im April 1988 angegeben habe, dass er als Kind häufiger Mittelohrentzündungen durchgemacht und im März 1988 nur eine gering- bis mittelgradige vorwiegende Schalleitungsschwerhörigkeit rechts gehabt habe. Im übrigen habe der Kläger im März 1988 gegenüber dem Arbeitsmedizinischen Dienst der Bau-BG angegeben, dass er seit vier Jahren, also seit 1984, schwerhörig sei. Die fortschreitende Schwerhörigkeit rechts könne somit nicht mit dem Unfall am 21.07.1987 in Verbindung gebracht werden.

Mit Bescheid vom 03.08.1994 erkannte die Beklagte den Unfall vom 21.07.1987 als Arbeitsunfall an, lehnte aber die Gewährung von Verletztenrente ab, weil der Unfall über den Tag des Wegfalls der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung hinaus eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht hinterlassen habe. Zur Begründung stützte sich die Beklagte dabei im wesentlichen auf die Schlussfolgerungen im Gutachten des Dr. G ... Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos - Widerspruchsbescheid vom 24.03.1995.

Zur Begründung seiner hiergegen eingereichten Klage berief sich der Kläger auf die Ausführungen in den verschiedenen Bescheinigungen des Dr. N ... Mit Urteil vom 24.07.1996 wies das Sozialgericht Regensburg, ohne eine weitere Begutachtung des Klägers veranlasst zu haben, die Klage ab.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Zur Begründung trägt der Kläger im wesentlichen vor, bei sorgfältiger Würdigung der medizinischen Ermittlungsergebnisse sei der von ihm behauptete Ursachenzusammenhang durchaus zu bejahen. Mit Beschluss vom 25.09.1997 bewilligte das Berufungsgericht dem Kläger Prozesskostenhilfe und ordnete ihm seinen Prozessbevollmächtigten bei.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 24.07.1996 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung der zugrundeliegenden Bescheide zu verurteilen, die beim Kläger am rechten Ohr festgestellte Taubheit als Unfallfolge anzuerkennen und zu entschädigen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Das Berufungsgericht beauftragte den HNO-Arzt Prof Dr. A. vom Klinikum rechts der Isar in München mit der Erstattung eines medizinischen Gutachtens. In seinem Gutachten vom 25.03. 1998 führt dieser Arzt aus, auf dem rechten Ohr bestehe praktisch eine Taubheit, auf dem linken Ohr bestehe eine Schallempfindungsschwerhörigkeit im Tieftonbereich sowie im Hochtonbereich bei eingeschränktem Hörvermögen im mittlerem Tonbereich. Diese Messungen der Tonschwelle hätten sich durch die objektiven Verfahren, vor allem das Verfahren der Hirnstammaudiometrie, bestätigen lassen. Zusätzlich sei bei den Untersuchungen des Gleichgewichtsorgans eine Unterfunktion des rechten peripheren Vestibularapparates festgestellt worden. Für die vorliegende Begutachtung sei die entscheidende Frage, ob die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr als Folge des Unfalles vom 21.07.1987 zu werten sei oder nicht. Diese Schwerhörigkeit könne als Innenohrschwerhörigkeit, also als Haarzellenschaden, eingestuft werden, ohne dass eine eindeutige Beweisführung möglich sei. Da bis 90 dB keine Hirnstammpotentiale ableitbar seien, entfalle die Möglichkeit, über die Bestimmung derselben Latenzen zu der Frage, ob eine cochleäre oder eine retrocochleäre Schwerhörigkeit vorliege, eine Aussage zu erhalten. Auch die sogenannten überschwelligen Hörprüfmethoden versagten zwangsläufig. Dass die Schwerhörigkeit dennoch für eine Innenohrschwerhörigkeit zu halten sei, ergebe sich aus der Tatsache, dass auf derselben Seite eine Beeinträchtigung der peripher-vestibulären Funktionen, also der vestibulären Haarzellen, habe nachgewiesen werden können. Von Seiten des Unfallmechanismus erscheine eine Auslösung des Innenohrhaarzellenschadens als möglich. Dagegen spreche nicht, dass keine Frakturen nachgewiesen worden seien. Es handle sich in einem solchen Fall um eine commotio oder sogar um eine contusio labyrinthi rechts. Gegen die alleinige Verursachung der jetzt bestehenden hochgradigen, an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr spreche allerdings, dass der Kläger diese Schwerhörigkeit nicht sofort nach dem Unfall angegeben habe, und die Tatsache, dass im Durchgangsarztbericht insoweit auch nichts vermerkt worden sei. Hinzu komme, dass der Kläger kurze Zeit nach dem Unfallereignis eine akute Mittelohrentzündung durchgemacht habe, die sogar zu einer fast vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Für die Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall bestehenden Schwerhörigkeit auf der rechten Seite spreche, dass eine deutliche Seitendifferenz zu Ungunsten des rechten Ohres vorliege, die durch eine einfache otitis media nicht mehr zu erklären sei; hinzu komme, dass ein Haarzellschaden für die vestibulären Haarzellen der rechten Seite habe nachgewiesen werden können. Es sei zu bedauern, dass bei den Vorgutachten keine ausführliche neurootologische Untersuchung erfolgt sei, so dass der Gesichtspunkt des Nachweises eines vestibulären Schadens keine ausreichende Würdigung erfahre. Für die Beantwortung der Beweisfragen sei dies insofern von Wichtigkeit, als damit auf einen Innenohrzellschaden auch für das Hörorgan geschlossen werden könne, der dann teilweise auf den Unfall vom Juli 1987 zurückzuführen sei. Zusammenfassend müsse man die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohr teilweise für die Folge des Unfalles vom 21.07.1987 halten; die Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr sei nicht als Unfallfolge anzusehen. Zusätzlich sei auch die Funktionseinschränkung des Gleichgewichtsorgans rechts als Unfallfolge anzusehen. Auch die Ohrgeräusche auf der rechten Seite seien als teilweise durch den Unfall bedingt anzusehen. Die unfallabhängige MdE sei mit 30 vH einzuschätzen.

Der in diesem Gutachten vorgenommenen Zusammenhangsbeurteilung trat die Beklagte mit Schriftsatz vom 19.06.1998 entgegen, indem sie sich auf eine Stellungnahme des Dr. G. vom 15.06.1998 bezog. In dieser Stellungnahme heißt es u.a., auch dem Gerichtsgutachter sei eine eindeutige Beweisführung für den Unfallzusammenhang nicht möglich. So schreibe er nur, dass der Unfallmechanismus möglicherweise zur Auslösung eines Innenohrzellschadens geführt habe. Aus den gesamten Unterlagen gehe aber eindeutig hervor, dass eine kombinierte

Schwerhörigkeit schon bei früheren Untersuchungen vorgelegen habe, und dass außerdem weder eine Schädelfraktur noch eine commotio labyrinthi habe nachgewiesen werden können. Zur Untermauerung ihres Standpunktes hat die Beklagte außerdem die Stellungnahme des HNO-Arztes Dr. K. er vom 12.02.1999 vorgelegt, worin dieser im wesentlichen ausführt, der Kläger habe weder unmittelbar nach dem Unfall am 22.07.1987 noch anlässlich der Nachschau am 27.07.1987 über eine Schwerhörigkeit oder über den für eine commotio bzw. contusio labyrinthi typischen zumeist schweren Drehschwindel geklagt; erst anlässlich des Arztbriefes vom 31.03.1989 werde von Benommenheit, anlässlich der Begutachtung vom 14.09.1992 dann von starker Benommenheit gesprochen, die jedoch den Kriterien einer akuten Labyrinthenschädigung mit zumindest teilweisem Ausfall des rechten peripheren Gleichgewichtsorgans nicht genüge. Die erste aktenkundige Dokumentation einer rechtsseitigen Schwerhörigkeit sei anlässlich einer arbeitsmedizinischen Routineuntersuchung durch den Arbeitsmedizinischen Dienst der Beklagten am 16.03.1988, also knapp acht Monate nach dem Unfall erfolgt. Bei der Erhebung der Anamnese habe der Kläger angegeben, auf dem rechten Ohr seit vier Jahren schwerhörig zu sein, also seit mindestens drei Jahren vor dem Unfallereignis. Hinzuweisen sei auch noch darauf, dass sich die rechtsseitige Schwerhörigkeit zwischen dem 16.03.1988 und der Nachbegutachtung am 28.04.1994 bis zur völligen Ertaubung weiter verschlechtert habe; dies sei bei einer traumatischen Genese zumindest ungewöhnlich. Außerdem sei es beim Kläger nach dem Unfall nicht nur spontan zur völligen Ertaubung des rechten Ohres gekommen, sondern gleichfalls spontan und nicht unfallabhängig sei es zwischen dem ersten Nachgutachten vom 28.04.1994 und dem Gutachten für das Landessozialgericht vom 25.03.1998 auch zu einer erheblichen Schwerhörigkeit des linken Ohres gekommen; dies weise auf das Vorhandensein einer anderen Erkrankung am Gehör des Klägers hin. Nunmehr hat der Senat das Leiden des Klägers durch den HNO-Arzt Prof. Dr. S. begutachten lassen. In seinem Gutachten vom 14.07.1999 führt dieser Arzt im wesentlichen aus, beim Kläger sei nunmehr rechts eine vollständige Ertaubung und links eine hochgradige Schwerhörigkeit feststellbar; außerdem sei ein Tinnitus objektivierbar gewesen; ein Hinweis auf eine vestibuläre Störung habe nicht bestanden. Der umstrittene Kausalzusammenhang könne nicht bejaht werden. Eine hierfür erforderliche unfallbedingte commotio labyrinthi, eine Gehörknöchelchenluxation oder eine Felsenbeinfraktur könnten nach den in nahem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall dokumentierten Feststellungen nicht angenommen werden. Eine commotio labyrinthi hätte u.a. sofort Schwindel von hoher Intensität hervorgerufen, der zu einem sofortigen Arztbesuch genötigt hätte; eine Gehörknöchelchenluxation wäre dem Erstuntersucher wohl schon deshalb kaum entgangen, weil sie ohne eine Blutung kaum denkbar sei und auch Schmerzen im Ohr bereitet hätte; eine Felsenbeinfraktur schließlich wäre ebenfalls sicherlich klinisch zumindest durch Druckschmerzhaftigkeit in der Temporalregion aus dem Mastoid, durch einen Bluterguss und eine Einblutung ins Mittelohr, wenn nicht sogar auch in den Gehörgang, aufgefallen. Für die Annahme einer anlagebedingten hereditären Innenohrschädigung beidseits spreche auch die Tatsache, dass der Vestibularapparat offensichtlich nicht betroffen sei, da bei der Untersuchung die per- und postrotatorischen Reaktionen sehr lebhaft und seitengleich gewesen seien; lediglich bei dem ersten Versuch der thermischen Erregbarkeitsprüfung habe sich ein Richtungsüberwiegen der Rechtsnystagmen gefunden, was aber eher auf eine zentral-vestibuläre Komponente schließen lasse. Sofern man nach einer Ursache der Hörstörung suchen wolle, müssten nunmehr eingehende neurologische und internistische Untersuchungen folgen; gleichwohl reichten die dargestellten Fakten dazu aus, den fraglichen traumatischen Ursachenzusammenhang verneinen zu können; eine messbare unfallbedingte MdE auf HNO-fachärztlichem Gebiet liege nicht vor.

Um eine Stellungnahme hierzu gebeten hat Prof. Dr. H., der Mitersteller der Gutachtens des Prof. Dr. A., am 16.11.2000 erklärt, er bleibe bei seiner Ansicht, dass zumindest ein Teil der rechtsseitigen Innenohrschwerhörigkeit Unfallfolge sei; Prof. S. erkläre nicht, warum eine Seitendifferenz bei einer beidseitig hereditären progredienten Innenohrschwerhörigkeit mit Tinnitus auftreten solle; seines Erachtens müsse der hereditäre Anteil symmetrisch ausgeprägt sein. Er sei auch weiterhin der Meinung, dass die im Vergleich zur Gegenseite stärkere Ausprägung der Schwerhörigkeit auf den rechten Ohr Folge des Unfalls vom 21.07.1987 sei; er könne auch nicht an der in seinem Gutachten festgestellten vestibulären Störung, die gleichfalls einem Schaden der Haarzellen des Gleichgewichtsapparates entspreche, vorbeigehen; durch diesen Befund werde aber seine Ansicht, dass es zu einer commotio labyrinthi auf der rechten Seite gekommen sei, entscheidend gestützt; immerhin räume auch Prof. S. in seinem Gutachten ein, dass bei Kaltreiz das rechte Labyrinth schwächer reagiert habe. Hierzu hat auf Aufforderung durch die Beklagte Dr. K. u.a. noch ausgeführt, der Annahme, der hereditäre Anteil müsse symmetrisch ausgeprägt sein, könne nicht gefolgt werden; in der HNO-Heilkunde seien über eintausend genetisch bedingte Syndrome bekannt, die u.a. mit progredienten sensorineuralen Schwerhörigkeiten und beileibe nicht immer seitengleich einher gingen und unterschiedlicher hereditärer Natur seien; 75 % dieser Syndrome seien autosomal-rezessiver Ursache, d.h., die Eltern eines Erkrankten seien in der Regel nicht erkrankt, trügen aber beide eine Erbanlage in sich, die lediglich beim Zusammentreffen beider Gene die Erkrankung beim Kind auslösten.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf Tatbestand und Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils und die darin genannten Beweisunterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das angefochtene Urteil und die zugrunde liegenden Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden. Die Beweisaufnahme hat nicht ergeben, dass die beim Kläger am rechten Ohr nunmehr bestehende Schwerhörigkeit mit Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 21.07.1987 ist. Dies entnimmt der Senat im wesentlichen dem Gutachten des Prof. Dr. S. vom 14.07.1999. Danach könne der umstrittene Kausalzusammenhang deshalb nicht bejaht werden, weil die dafür zu fordernden unmittelbar durch den Unfall herbeigeführten primären Verletzungsfolgen nicht festgestellt werden könnten. Namentlich eine hierfür erforderliche unfallbedingte commotio labyrinthi oder eine Gehörknöchelchenluxation oder eine Felsenbeinfraktur könnten nach den in nahem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall dokumentierten Feststellungen nicht angenommen werden. Eine commotio labyrinthi hätte u.a. sofort Schwindel von hoher Intensität hervorgerufen, der zu einem sofortigen Arztbesuch genötigt hätte, was aber nicht der Fall gewesen sei; eine Gehörknöchelchenluxation wäre dem Erstuntersucher wohl schon deshalb kaum entgangen, weil sie ohne eine Blutung kaum denkbar sei und auch Schmerzen im Ohr bereitet hätte; eine Felsenbeinfraktur schließlich wäre ebenfalls sicherlich klinisch zumindest durch Druckschmerzhaftigkeit in der Temporalregion aus dem Mastoid, durch einen Bluterguss und eine Einblutung ins Mittelohr, wenn nicht sogar auch in den Gehörgang, aufgefallen. Für die Annahme einer anlagebedingten hereditären Innenohrschädigung beidseits spreche auch die Tatsache, dass der Vestibularapparat offensichtlich nicht betroffen sei, da bei der Untersuchung die per- und postrotatorischen Reaktionen sehr lebhaft und seitengleich gewesen seien; lediglich bei dem ersten Versuch der thermischen Erregbarkeitsprüfung habe sich ein Richtungsüberwiegen der Rechtsnystagmen gefunden, was aber eher auf eine zentral-vestibuläre Komponente schließen lasse; eine messbare unfallbedingte MdE auf HNO-fachärztlichem Gebiet liege folglich nicht vor. Dementsprechend hat auch Dr. K. am 12.02.1999 ausgeführt, der Kläger habe weder unmittelbar nach dem Unfall am 22.07.1987 noch anlässlich der Nachschau am 27.07.1987 über eine Schwerhörigkeit oder über den für eine commotio bzw. contusio labyrinthi typischen zumeist schweren Drehschwindel geklagt; erst anlässlich des Arztbriefes vom 31.03.1989 werde von Benommenheit, anlässlich der Begutachtung vom 14.09.1992 dann von starker

Benommenheit gesprochen, die jedoch den Kriterien einer akuten Labyrinthschädigung mit zumindest teilweise Ausfall des rechten peripheren Gleichgewichtsorgans nicht genüge. Die erste aktenkundige Dokumentation einer rechtsseitigen Schwerhörigkeit sei anlässlich einer arbeitsmedizinischen Routineuntersuchung durch den Arbeitsmedizinischen Dienst der Beklagten am 16.03.1988, also knapp acht Monate nach dem Unfall erfolgt. Bei der Erhebung der Anamnese habe der Kläger angegeben, auf dem rechten Ohr seit vier Jahren schwerhörig zu sein, also seit mindestens drei Jahren vor dem Unfallereignis. Hinzuweisen sei auch noch darauf, dass sich die rechtsseitige Schwerhörigkeit zwischen dem 16.03.1988 und der Nachbegutachtung am 28.04.1994 bis zur völligen Ertaubung weiter verschlechtert habe; dies sei bei einer traumatischen Genese zumindest ungewöhnlich. Außerdem sei es beim Kläger nach dem Unfall nicht nur spontan zur völligen Ertaubung des rechten Ohres gekommen, sondern gleichfalls spontan und nicht unfallabhängig sei es zwischen dem ersten Nachgutachten vom 28.04.1994 und dem Gutachten des Prof. Dr. A. für das Landessozialgericht vom 25.03.1998 auch zu einer erheblichen Schwerhörigkeit des linken Ohres gekommen; dies weise auf das Vorhandensein einer anderen Erkrankung am Gehör des Klägers hin.

Auch die Ausführungen des Dr. G. bekräftigen diese Einschätzung. Dieser Arzt hat erklärt, auch dem Gerichtsgutachter Prof. Dr. A. sei eine eindeutige Beweisführung für den Unfallzusammenhang nicht möglich; so schreibe er nur, dass der Unfallmechanismus möglicherweise zur Auslösung eines Innenohrzellschadens geführt habe. Aus den gesamten Unterlagen gehe aber eindeutig hervor, dass eine kombinierte Schwerhörigkeit schon bei früheren Untersuchungen vorgelegen habe, und dass außerdem weder eine Schädelfraktur noch eine commotio labyrinthi habe nachgewiesen werden können.

Der demgegenüber von Prof. Dr. H. vorgetragene Einwand, dass damit nicht erklärt werden könne, weshalb die inzwischen beiderseitige Schwerhörigkeit nicht symmetrisch aufgetreten sei, kann nicht dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit des streitigen Ursachenzusammenhanges zu bejahen wäre. Denn wie vor allem Dr. K. überzeugend ausgeführt hat, ist es keineswegs die Regel, dass aus innerer Ursache auftretende Gehörschäden symmetrisch aufträten. Diese Einschätzung wird hier schließlich auch eindrucksvoll bestätigt durch den Umstand, dass beim Kläger schon vor dem angeschuldigten Unfall - und lange vor dem Auftreten seiner Hörbeeinträchtigung auf dem linken Ohr - zwar eine rechtsseitige Hörstörung zu verzeichnen war, nicht aber eine linksseitige; denn der Kläger hat im März 1988 gegenüber dem Arbeitsmedizinischen Dienst der Bau-BG angegeben, dass er seit vier Jahren, also seit 1984, schwerhörig sei. Daraus ergibt sich zum einen, dass diese Hörstörung nicht traumatischer Herkunft gewesen ist, und zum anderen, dass auch nicht traumatische Hörstörungen nicht symmetrisch auftreten müssen.

Die Entscheidung über die Kosten folgt dem Ergebnis des Verfahrens; sie stützt sich auf [§§ 193, 202 SGG, 91](#) ff. ZPO.

Ein Grund für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 SGG](#) ist nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-05