

L 7 VE 4/14

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

7

1. Instanz

SG Magdeburg (SAN)

Aktenzeichen

S 14 VS 90011/06

Datum

05.12.2013

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 7 VE 4/14

Datum

22.03.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 5. Dezember 2013 aufgehoben und die Klage insgesamt abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand:

Der Kläger macht eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) geltend.

Der am ... 1950 geborene Kläger stellte am 6. November 1996 einen Antrag auf eine WDB und führte zur Begründung aus: Bei ihm sei eine Schädigung des Gehörs durch seine Tätigkeit als Heeresmusiker aufgetreten. Überdies leide er durch diese Tätigkeit an Ohrgeräuschen im linken Ohr.

Der Beklagte zog medizinische Befunde des Klägers bei. Der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Dr. P. hatte am 26. Januar 1983 mitgeteilt, dass der Kläger deutlich depressiv verstimmt sei. Er habe behauptet, dies komme alles nur durch den vielen Ärger mit Behörden und Kameraden. Der Kläger habe Psychopharmaka erhalten. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Flottillenarzt Dr. D. hatte den Kläger am 30. August 1983 untersucht und ihn als sensitive Persönlichkeit, leicht irritierbar und kränkbar mit Neigung zur psychosomatischen Symptombildung beschrieben. Dr. P. hatte am 12. Dezember 1983 angegeben: Der Kläger fühle sich von seinen Kameraden beeinträchtigt. Diagnostisch sei von einer paranoid gefärbten Depression bei einer prämorbid schizoiden Persönlichkeit auszugehen. Eine Psychotherapie sei nicht erfolgversprechend. Die psychischen Auffälligkeiten und Missempfindungen seien so massiv, dass nur die Gabe von Psychopharmaka helfen könne. Unter dem 25. Januar 1984 hatte dieser Arzt über eine Besserung berichtet (Medikation: Eldoral, Dihydergot-plus, Imeson). Unter dem 13. März 1985 hatte Dr. P. angegeben, der Kläger habe ihm mitgeteilt, dass sich im Kameradenkreis einiges entspannt habe. Als Behandler glaube er jedoch eher an die Wirkung der verordneten Medikation. Im Zusammenhang mit einer einseitigen Liebesbeziehung zu seiner Stieftochter sei ein Strafverfahren gegen den Kläger eingeleitet worden. Der Kläger wurde vom 18. August bis 1. September 1988 in der Abteilung Neurologie und Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses H. stationär behandelt. Nach dem dortigen Bericht vom 2. September 1988 liege beim Kläger nach psychologischen Tests eine signifikante Normabweichung (Psychastenie) vor. Es handele sich bei ihm um eine anankastisch-schizoide Grundpersönlichkeit, die so rigide reagiere, dass die Lösung der familiären Konflikte, z.B. durch eine Familientherapie nicht sinnvoll erscheine. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. hatte am 28. Oktober 1988 mitgeteilt: Der Kläger sei im Strafverfahren verurteilt worden. Er könne die erotische Spannung zu seiner Stieftochter nicht beherrschen, so dass es im häuslichen Milieu immer wieder Probleme gebe. Eine Armheberschwäche links habe sich als rein psychogen herausgestellt, da er den Arm bei Ablenkung ohne weiteres heben könne. Vom 30. September bis 1. Dezember 1989 hatte sich der Kläger in der Psychiatrischen Klinik H. wegen einer schweren neurotischen Fehlentwicklung nach einem Suizidversuch befunden.

Diese Befunde ließ der Beklagte gutachterlich auswerten. Der HNO-Arzt und Sozialmediziner Dr. L. führte unter dem 8. Juni 1998 aus: Eine Lärmexposition des Klägers sei nach Aktenlage zu bestätigen. Im Jahr 1969 sei der Kläger ohne Hörverlust vom Beklagten gemustert worden. Nach der aktuellsten tonaudiometrischen Untersuchung vom 29. Oktober 1996 bestehe eine sehr geringfügige Schallempfindungsstörung im höheren Frequenzbereich. Ursachenwahrscheinlich sei auch ein beidohriger Tinnitus, der im Bereich der Hochtönen habe lokalisiert werden können. Da vom Tinnitus eine wesentliche psychoreaktive Reaktion ausgehe, sei ein nervenärztliches

Gutachten erforderlich. Der Beklagte ließ daraufhin ein psychiatrisches Gutachten vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. vom 9. Dezember 1998 erstatten. Dort habe der Kläger angegeben: Er leide nach einem sehr lauten dienstlichen Konzert in L. an einem ständigen Tinnitus mit Linksbetonung. Dies habe sich nach einem weiteren Konzert in O. verstärkt. Infolge einer gerichtlichen Bauamts- und Schuldenproblematik nach einem Grundstückskauf fühle er sich aktuell stark belastet. Seit November 1996 habe er mit Niedergeschlagenheit, Rückzugsneigung und starker Lärmempfindlichkeit sowie Nervosität und Konzentrationsstörungen reagiert. Hinzu kämen Schlafstörungen und Kopfschmerzen mit Übelkeit, jedoch ohne Erbrechen. Infolge einer Schädigung der Kiefergelenke befinde er sich in zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung. Er sei wegen der Erkrankungen nicht mehr als Blechblasinstrumentenspieler verwendbar. Von 1983 bis 1989 habe er wegen Auseinandersetzungen mit seinen Kameraden und einer nicht erwiderten Zuneigung zu seiner Stieftochter unter Depressionen gelitten. Vom 18. August bis 1. September 1988 sei er deswegen im Bundeswehrkrankenhaus H. behandelt worden. Im Jahr 1989 sei eine stationäre Psychotherapie in der Klinik H. nach einer schweren neurotischen Entwicklung mit Suizidversuch über 9 Wochen erfolgt. Die Mutter sei 1981 an Leberkrebs verstorben. Der Vater habe sich im Jahr 1968 wegen einer nervlichen Erkrankung scheiden lassen. Nach seiner Maschinenschlosserlehre sei er seit 1. Januar 1970 Bundeswehrangehöriger und Berufssoldat. Wegen Musikverwendungsunfähigkeit sei er seit dem 17. März 1997 überwiegend als Militärkraftfahrer tätig. Seit 1990 gebe es Konflikte in der Familie. Die Scheidung von seiner Ehefrau laufe. Er habe keine Freundin. Der Sachverständige führte zusammenfassend aus: Der Tinnitus sei als ein Körpersymptom aus einer früheren nicht ausbehandelten Störung anzusehen. Auf den Tinnitus sei der Kläger hypochondrisch fixiert. Daraus resultierten stärkergradige psychoreaktive Störungen (Angst und Depression) in so ausgeprägter Form, dass eine Verwendungsunfähigkeit bestehe und eine Frühverrentung zu empfehlen sei. Der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage auf seinem Fachgebiet 30 seit September 1996.

Am 28. Mai 1998 beantragte der Kläger, eine Schädigung der Kiefergelenke als weitere WDB anzuerkennen. Der Beklagte zog medizinische Befunde des Klägers bei und ließ die Gesamtbefunde sozialmedizinisch von Dr. V. unter dem 25. Mai 1999 nach Aktenlage auswerten: Inhaltlich gehe es um zwei WDB-Anträge (Tinnitus sowie Schädigung des Kiefergelenks). Seit 1985 sei der Kläger ständig in psychiatrischer Behandlung gewesen. Teilweise ergäben sich Hinweise auf schwerste psychiatrische Störungen ab 1983, die dem privaten Bereich zuzuordnen seien. Der Annahme eines schalltraumatisch bedingten Tinnitus könne nicht gefolgt werden. Vielmehr sei der Tinnitus Ausdruck von überaus bedeutungsvollen innerfamiliären Konflikten. Zwar stehe die Lärmbelastung als Heeresmusiker nicht in Zweifel. In der Zeit von 1985 bis 1996 sei jedoch kein "echtes" Schalltrauma bewiesen. Ein gesondertes HNO-Gutachten sei daher anzuregen. Die Kiefergelenksbeschwerden seien nicht durch das dienstliche Waldhornblasen erklärbar. Die Kiefergelenkscheibenverlagerung sei durch eine traumatische extreme Mundöffnung (Gähnen) hervorgerufen worden. Ein Zusammenhang zum Spielen des Instruments sei eindeutig zu verneinen.

Der Beklagte veranlasste einen klinisch psychologischen Befund der Abteilung Neurologie-Psychiatrie des Bundeswehrkrankenhauses vom 26. November 1999. Darin gab der Diplom-Psychologe B. an: Während der Untersuchung hätten sich zwanghaft-ängstliche Züge beim Kläger gezeigt. Er sei mit einem Stapel akkurat geführter Ordner zur Untersuchung erschienen. Unaufgefordert habe er sauber fotokopierte und geheftete Ordner vorgelegt. Während der Exploration habe sich eine Tendenz zur Selbstgerechtigkeit und Klagsamkeit gezeigt. Er habe vorgealtert, belastet, problembeladen, grau und freudlos gewirkt. Im Jahr 1988 sei er bereits auf der Station gewesen. Hintergrund dieser Aufnahme sei eine strafrechtliche Anklage gewesen. Ihm sei vorgeworfen worden, die Stieftochter genötigt zu haben. Der Vorgang habe dann auch zu seiner Verurteilung geführt. Der Kläger habe über mehrere überdurchschnittliche Schallbelastungen berichtet, die zum Tinnitus geführt hätten. Während der Gerichtsverhandlung wegen der Stieftochter habe er keine Tinnitus Symptome gehabt. Nach einer psychiatrischen Behandlung in der Klinik H. im Jahr 1989 sei er wegen familiärer Konflikte aus der gemeinsamen Wohnung der Familie ausgezogen und habe seither in einem Gewächshaus auf dem eigenen Grundstück gewohnt. Aktuell ergäben sich deswegen Probleme, weil seine Gartenwohnung amtlich nicht mehr akzeptiert werde. Die Ehefrau habe sich nicht von ihren Bindungen an ihre Eltern lösen können, was Anlass ständiger Ehekonflikte gewesen sei. Aus einem Grundstückskauf bestünden noch Schulden. Infolge der Geldstrafe sowie der Prozesskosten (ca. 30.000 DM) sei er vom Oberfeldwebel zum Feldwebel degradiert worden. Mittlerweile habe er den Rang des Hauptfeldwebels erreicht. Seit September 1996 versehe er seinen Dienst nicht mehr als Musiker. Diagnostisch sei von einer ängstlich depressiven Reaktion bei schizoid-anankastischer Persönlichkeit und Tinnituserkrankung auszugehen. Der Kläger befinde sich seit langem durch seine Persönlichkeitsstruktur sowie die familiären Konflikte und Belastungen in einer depressiven Entwicklung, die subjektiv über längere Zeit habe kompensiert werden können. Mit Eintritt des Tinnitus nach Schallbelastung sei es dann zu einer Verstärkung und zunehmenden Belastungen und Einschränkungen der Leistung und Konzentrationsfähigkeit gekommen. Aufgrund der hypochondrischen Fixierung habe der Tinnitus eine erhöhte Bedeutung für sein Selbsterleben erlangt. Aktuell sei von einer allgemeinen Verwendungsunfähigkeit auszugehen.

Der Beklagte zog die Epikrise der psychiatrischen Klinik H. über den stationären Aufenthalt vom 25. September bis 1. Dezember 1989 bei. Danach sei der Kläger freiwillig stationär aufgenommen worden. Diagnostisch hätten eine depressive Krise bei schwerer neurotischer Fehlentwicklung und ein Zustand nach Suizidversuch bestanden. Der Kläger habe sich durch konflikthafte Prozesse im familiären Bereich so gekränkt gefühlt, dass er in eine ernsthafte Suizidalitätskrise geraten sei. Er habe sich im Stationsalltag weitgehend unauffällig angepasst verhalten. Sobald jedoch sein Verhältnis zu seiner Stieftochter zur Sprache gekommen sei, habe er sich als unkorrigierbar fixiert und weder emotional noch intellektuell erreichbar gezeigt. Eine psychotherapeutische Behandlung sei nicht möglich gewesen. Zum Entlassungszeitpunkt habe sich der Kläger in einem deutlich stabilisierten Zustand befunden.

Unter dem 22. Oktober 1999 ließ der Beklagte ein HNO-Gutachten von Prof. Dr. S. (Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik M.) erstatten. Während der Untersuchung habe er die Ohrgeräusche besonders auf dem linken Ohr als lautes Rauschen und klingende Töne in mehreren Frequenzen beschrieben. Überdies habe er Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen sowie Leistungsabfall angegeben. Die tonaudiometrische Untersuchung vom 23. September 1996 habe beidseits ein normales Hörvermögen bestätigt. Audiometrische Untersuchungen aus dem Jahre 1986 hätten ein annähernd normales Hörvermögen gezeigt. Wegen Missempfindungen im Ohr habe damals Dr. H. eine Infusionsbehandlung durchgeführt. Die audiometrische Untersuchung vom 17. April 1986 habe eine kleine Senke von 15 bzw. 20 dB bei C1 und C5 gezeigt. Bei den Untersuchungen am 16. Februar 1990 seien diese Senken nicht mehr deutlich zu erkennen gewesen. Bei einer weiteren Untersuchung im Bundeswehrkrankenhaus W. vom 13. Mai 1991 sei wiederum eine kleine Senke bei 4.000 Hz links aufgefallen. Sie habe 20 dB betragen. Diese kleine Senke es sei auch am 24. März 1998 gemessen worden. Eine audiometrische Messung vom 8. Oktober 1998 im Bundeswehrkrankenhaus H. habe ein annähernd normales Hörvermögen auf beiden Seiten bestätigt. Der Kläger habe als besonders schädigende Ereignisse Konzerte vom 6. März 1986 und vom 7. September 1996 angegeben. Bei diesen Veranstaltungen habe er starke Tinnitus Symptome wahrgenommen. Seit März 1997 arbeite er im Sanitätsbereich. Bei der Schilderung der Beschwerden habe er einen links stärker ausgeprägten Tinnitus angegeben. Es handele sich um ein Geräusch mit

Klingeln und Rauschen (sog. Mischgeräusch). Zeitweise sei auch ein Sinuston vorhanden, der aber wieder vergehe. Der Tinnitus störe ihn besonders in Ruhesituationen. Das Hörvermögen sei eingeschränkt. Zeitweise trete ein Schwindel auf.

Bei dem audiometrischen Versuch, den Tinnitus zu objektivieren, sei dem Sachverständigen aufgefallen, dass der Kläger keine exakten Angaben zur Identifizierung des Geräusches habe angeben können. Erst nach mehrmaligen Versuchen sei es gelungen, die Hörschwelle einigermaßen richtig zu erfassen. Nach den Schilderungen des Klägers müsse der Tinnitus höher als 10.000 Hz liegen, was technisch nicht mehr im audiometrischen Labor nachvollzogen werden könne. Es bestünden jedoch Zweifel, ob der Kläger in dieser Höhe noch richtig höre. Sollte dies der Fall sein, läge ein sehr hervorragendes Hörvermögen vor. Die Untersuchung der Gleichgewichtsorgane habe keine Hinweise auf Störungen in diesem Bereich ergeben. Das Sprachaudiogramm habe im Gegensatz zum Tonaudiogramm ein völlig normales Hörvermögen gezeigt. Für diese Annahme sprächen auch die otoakustischen Emissionen und die Stapediusreflexschwellen. Es sei nach Aktenlage nicht auszuschließen, dass der Kläger unter erheblichen Lärmexpositionen vorübergehend habe arbeiten müssen. Auch sei nicht auszuschließen, dass er nach manchem Konzert eine Vertäubung empfunden habe. Aufgrund der Befunde sei jedoch ausgeschlossen, dass diese Schalltraumen einen bleibenden Schaden hinterlassen haben. Die Angabe eines Tinnitus bei völlig normalem Hörvermögen ohne Nachweis eines wesentlichen Haarzellschadens lasse nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf eine cochleäre Schädigung schließen. Vielmehr sei der Tinnitus bei normalem Hören in der Regel eine psychogene Komponente eines nervalen oder psychischen Grundleidens. Selbst wenn eine vorübergehende cochleäre Schädigung mit Tinnitus durch Lärmquellen unterstellt werde, ließe sich daraus keine WDB ableiten, da sich die wehrdienstbedingten Schäden immer wieder erholt hätten. Für die Symptomatik sei daher das nicht arbeitsbedingte psychische Grundleiden verantwortlich. Auf HNO-ärztlichem Fachgebiet liege keine nachweisbare Schädigung vor. Das subjektive Ohrgeräusch (Tinnitus) bei normalem Hörvermögen sei am ehesten auf die psychische Grunderkrankungen zurückzuführen.

Mit Bescheid vom 23. August 2000 lehnte der Beklagte einen Ausgleichsanspruch ab und stellte als Folge einer WDB "Ohne Folgen abgeklingene schalltraumatische Einwirkungen" fest. Hiergegen legte der Kläger am 19. September 2000 Widerspruch ein. Unter dem 6. April 2005 legte er eine vierzigseitige Widerspruchsbegründung vor. Der Beklagte ließ eine versorgungsmedizinische Stellungnahme von Dr. V. vom 4. Februar 2006 erstellen. Wesentliche Teilursache für die Kiefergelenkschädigung sei danach die anlagebedingte Bindegewebeschwäche. Ein lärmbedingter oder schalltraumatischer Innenohrschaden mit Hochtonschwerhörigkeit und Tinnitus sei beim Kläger in den letzten Jahren seiner Diensttätigkeit wie auch zum Entlassungszeitpunkt nicht bestätigt. Mit Widerspruchsbescheid vom 5. Oktober 2006 wies der Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 6. November 2006 Klage beim Sozialgericht L. erhoben. Mit Beschluss vom 23. November 2006 hat das Sozialgericht L. den Rechtsstreit an das Sozialgericht Stendal (SG) verwiesen.

Das SG hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt. Der Hautarzt sowie Betriebsmediziner Dr. K. hat unter dem 14. Februar 2007 ausgeführt: Er habe den Kläger vom 7. November 2005 bis 14. August 2006 behandelt. Behandlungsgegenstand sei eine zum Teil infizierte multiple Ulcera gewesen. Lokal sei der Bereich der Arme, des Gesichtes und der Unterschenkel betroffen gewesen. Die Erkrankung sei durch den Kläger selbst verursacht worden, da er in dem Glauben gewesen sei, an einer Parasitose erkrankt zu sein. Er habe ständig versucht, "Insekten, Parasiten, Larven und Eier" aus der Haut zu entfernen. Trotz umfangreicher Untersuchungen sowie Beratung sei es nicht gelungen, ihn von seiner Selbstdiagnose abzubringen. Teilweise habe sich der Kläger so verstümmelt, dass die Hauterscheinungen narbig abgeheilt seien. Er habe die Behandlung dann abgebrochen. Der Vorschlag, eine psychiatrische Behandlung aufzunehmen, sei von ihm abgelehnt worden. Die Fachärztin für Innere Medizin Dr. P. hat am 16. April 2007 über eine Hautinfektion unklarer Genese berichtet.

Der Kläger hat hierzu erwidert: Er leide an einer schmerzhaften Infektionskrankheit, die derzeit tropenmedizinisch von Prof. Dr. S. behandelt werde. Der Vorwurf, Wahnvorstellungen zu haben, sei zurückzuweisen, da er nachweislich an einer Tropenkrankheit erkrankt sei. In einem eingeholten Befundbericht vom 18. Juni 2007 hat Prof. Dr. S. angegeben: Der Kläger leide an Schmerzen im Bereich des Kopfes mit offener Wunde an beiden Beinen. Es bestehe der hochgradige Verdacht auf eine Bilharziose. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen.

Das SG hat eine Begutachtung durch den Direktor der HNO-Klinik der Medizinischen Hochschule H. Prof. Dr. L. vom 15. Januar 2009 veranlasst. Danach habe der Kläger gegenüber dem Sachverständigen angegeben, dass er gegenwärtig insbesondere an Lärmintoleranz leide. Es bestünde ein beidseitiger Tinnitus seit 1986. Dieser sei ca. zehn Jahre im Wesentlichen kompensiert verlaufen und hätte sich im Jahre 1996 nach einem erneuten Konzertunfall wieder verstärkt. Wenn kein Lärm vorhanden sei, sei die Symptomatik erträglich. Träte jedoch Lärm hinzu, käme es zur raschen Dekompensation. Hierfür genügten bereits Alltagsgeräusche (zum Beispiel: ein vorbeifahrender Zug). Die Hörleistungen seien deutlich verschlechtert. Zu einem Hörgeräteversuch sei es noch nicht gekommen. Nach der Befunderhebung des Sachverständigen bestehe tonaudiometrisch eine geringfügige, links stärker als rechts ausgeprägter Hochtonschwerhörigkeit, die keine MdE bedinge. Nach Zugrundelegung des Sprachaudiogramms betrage der Hörverlust sowohl des gewichteten als auch des ungewichteten Gesamtwortverstehen rechts wie links 0 %. Die Untersuchung otoakustischer Emissionen sowie das Recruitmentverhalten der BERA-Kennlinie links wiesen auf das Vorliegen eines Innenohrhaarzellschadens hin. Die Hirnstammaudiometrie mache einen retrocochleären Schaden unwahrscheinlich. Die Vestibularisprüfung habe keinen Anhalt für eine Schwindelproblematik gezeigt. Angesichts der glaubhaft geschilderten audiometrischen Daten sei überwiegend wahrscheinlich von einem cochleären Tinnitus auszugehen. Tinnitus sowie Hyperakusis seien eindeutig psychisch stark überlagert. Auf HNO-fachlichem Gebiet könne maximal eine MdE von 10 % vorgeschlagen werden. Eine höhere MdE ließe sich nur neurologisch-psychiatrisch begründen. Eine derartige neurologisch-psychologisch "Ausgestaltung" des Krankheitsbildes Tinnitus sei jedoch auf die vorbestehende psychische Konstitution zurückzuführen und keine WDB. Die Untersuchung auf einem anderen Fachgebiet sei nicht erforderlich, da eine eventuelle psychiatrische Ausgestaltung keine Wehrdienstfolge sei.

Der Beklagte hat eine prüfärztliche Stellungnahme von Dr. V. vom 26. Mai 2009 vorgelegt. Hiernach sei dem Gutachten zu folgen und für eine Hochtonschwerhörigkeit links mehr als rechts sowie den Tinnitus beidseits und Hyperakusis ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 10 gerechtfertigt. Bezüglich der Kiefergelenksdiscusverlagerung sei keinesfalls von einer Wehrdienstbeschädigung auszugehen. Die Gelenksscheibe sei ringsum mit der Kapsel des Kiefergelenks verwachsen. Der Discus könne sich aufgrund traumatischer Einwirkungen verlagern. Allerdings seien derartige Verlagerungen häufige Folge arthrotischer Veränderungen der Kiefergelenke. Dies geschehe am häufigsten beim unkontrollierten Gähnen, wie dies beim Kläger der Fall gewesen sei. Zu einer wehrdienstbedingten traumatischen Schädigung sei es nicht gekommen.

Der Kläger hat ergänzend ausgeführt: Wie bereits im Bundeswehrkrankenhaus im Dezember 1998 festgestellt, bestehe neben einem

schallinduzierten, chronifizierten Tinnitus eine erhebliche psychologische Problematik. Dies Erkrankungsbild sei im September 1996 mit einer MdE von 30 eingeschätzt worden. Die durch den Tinnitus bedingte psychiatrische Problematik rechtfertige daher eine höhere MdE. Im Übrigen seien die tatsächlichen psycho-logischen Probleme aus familiären Konflikten aus den Jahren 1986 bzw. 1988/1989 spätes-tens mit dem Wegzug des Klägers im Jahr 1990 vollständig aufgehoben.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. am 16. Februar 2011 ausgeführt: Der dekomensierte Tinnitus sowie die Hyp- und Hyperakusis seien Gesundheitsstörungen und aller Wahrscheinlichkeit nach ursächliche Schädigungsfolgen der vom Kläger bezeichneten Konzerte sowie Schießübun-gen. Das vorliegende Störungsbild führe zu einer wesentlichen Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und sei auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet mit einer Gesamt-MdE von 30 zu bewerten.

Der Kläger habe plausibel dargelegt, dass die familiären Konflikte im Jahr 1989 nichts mit der Schallbelastung im September 1996 gemeinsam hätten. Dies entspreche dem nerven-ärztlichen Gutachten des Bundeswehrkrankenhauses H. vom 9. Dezember 1998.

Diesem Gutachten ist der Beklagte unter Vorlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. N. vom 28. April 2011 entgegengetreten, die ausgeführt hat: Der psychiatrische Gutachter gehe noch weiter als Prof. Dr. L., indem er die psychotische Konstitution des Klägers entsprechend dessen Wertung als unbeachtlich ansehe. Zu beachten sei dagegen das Gutachten von Prof. Dr. S. aus dem Jahre 1999. Dieser habe auf HNO-Gebiet keine nachweisbare Schädigung feststellen können. Prof. Dr. L. hat sich mit diesem Gutachten nicht auseinandergesetzt. Der von ihm verwendete Begriff der Schwerhörigkeit sei zu bezweifeln, da der Kläger im Jahr 2008 für einen damals 58-jährigen über ein exquisites Gehör verfügt habe. In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass der Kläger am 15. April 2005 bereits einmal bei Prof. Dr. L. als Patient vorstellig gewesen sei. Bei der Feststellung einer Lärmschwerhörigkeit handele es sich immer um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Für den Ursachenzusammenhang sei neben einer adäquaten Lärmexposition, die Entwicklung einer Schwerhörigkeit während der Lärmarbeit und das Vorliegen einer Innenohr-schwerhörigkeit mit typischen Tonschwellenkurven notwendig. Wenigstens im Jahr 2005 und damit acht Jahre nach Beendigung der Lärmexposition habe ein normales Gehör vorgelegen. Bei einem Flach- und Schrägabfall wie von Prof. Dr. L. im Jahr 2005 für das linke Ohr beschrieben, sei eher an eine degenerative Schwerhörigkeit zu denken. Gegen eine wehrdienstbedingte Hörschädigung spreche zudem, dass die Tonschwellenkurven beim Kläger nicht symmetrisch seien und sich zudem die Lärmschwerhörigkeit gleich nach Aufgabe der Lärmarbeit weiterentwickelt habe. In Abwägung der vorliegenden Gutachten sei daher Prof. Dr. S. zu folgen. Das fachpsychiatrische Gutachten lasse jegliche Auseinander-setzung mit der ungewöhnlich dichten Datenlage zur psychiatrischen Schädigung vermissen. Hiernach habe es seit 1983 teilweise massive psychische Störungen gegeben. Selbst der den Kläger langjährig behandelnde Nervenarzt Dr. P. habe unter dem 19. Februar 1988 eine erhebliche primär persönliche Psychopathie und eine Notwendigkeit zur psychotherapeuti-schen Behandlung beim Kläger erkannt. Das psychiatrische Gutachten bleibe in seiner Befunderhebung dagegen sehr dürftig. Insbesondere habe sich der Gutachter mit der Problematik der negativen Antwortverzerrung nicht hinreichend auseinander gesetzt. Der Tagesablauf sowie die sozialen Aktivitäten des Klägers seien vom Gutachter nicht exploriert worden. Vor diesem Hintergrund seien die tatsächlich vorhandenen Funktionsstörungen und deren Ausmaß nicht festgestellt. Der vom Sachverständigen angenommene GdS von 30 sei daher nicht belegt.

Das SG hat eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. L. vom 19. März 2012 eingeholt: Beim Kläger sei von einer lärmtypischen Arbeit im Bereich über 96 dB mit Lärmspritzen über 25 Jahre auszugehen. Entgegen Prof. Dr. S. sei ein hochfrequenter tonaler Schaden festgestellt worden. Dieser liege außerhalb des prozentual erfassbaren Hörverlustes nach den Tabellenwerten. Dennoch sei dieser Tonverlust beachtlich. Hinweise für eine Aggravation, Simulation oder sonstige Verstärkungstendenzen seien nicht erkennbar gewesen.

Mit Beschluss vom 17. August 2012 hat das SG das Land Sachsen-Anhalt, vertreten durch das Landesverwaltungsamt in H., zum Verfahren beigeladen.

Das SG hat weitere Unterlagen von Privatdozent Dr. H. vom Ohr- und Hörinstitut-B. A. eingeholt. Unter dem 31. August 2012 hat PD Dr. H. ausgeführt: Im Tonschwellenaudio-gramm habe ein komplett normales Gehör über das gesamte Frequenzspektrum bis 8 kHz festgestellt werden können. Links sei eine kleine Senke von 30 dB bei 4 kHz aufgetreten, wohl als Folge des Lärmtraumas. In den hohen Frequenzen habe sich ein Steilabfall bis auf ein Maximum von 90 dB bei 12 und 14 kHz gezeigt. Der Tinnitus sei auf beiden Seiten bei 11.200 Hz als Sinuston bestimmt worden. Das Sprachaudiogramm sei normal. Bei 65 dB Sprachschallpegel seien auf beiden Seiten 100 % der Einsilber verstanden worden. Die Innenohrfunktion sei weitgehend normal. Die Hyperakusis sei sicherlich stark angstbesetzt und damit psychosomatisch überlagert. Die Erkrankung lasse sich gut behandeln, wenn die juristischen Auseinandersetzungen beendet werden würden.

Der Beklagte hat eine weitere prüfärztliche Stellungnahme von Dr. N. vom 30. Juli 2013 vorgelegt, die ausgeführt hat: Festzuhalten bleibe, dass ein Hörverlust im extremen Hoch-tonbereich nicht typisch für eine Lärmschwerhörigkeit sei und nach wie vor der Nachweis eines wesentlichen, durch Lärmbelastung hervorgerufenen Haarzellschadens bei weitge-hender Normalhörigkeit fehle. Beim Kläger bestehe daher nur eine ohne Folgen abgeklun-gene kurzfristige schalltraumatische Einwirkung. Die Gesundheitsstörungen "symptomati-scher Tinnitus bei normalem Hörvermögen infolge psychonervaler Funktionsstörung" sowie "traumatische Dislokation linkes Kiefergelenk" seien nicht als WDB anzuerkennen.

Der Kläger hat ergänzend geltend gemacht: Bei ihm sei ein Haarzellschaden in einem durchgeführten Test festgestellt worden. Aktuell werde sein Gehör durch eine weitere Untersuchung geprüft. Beim ihm habe es zwei lärmtraumatische Arbeitsunfälle gegeben (6. März 1986; 4. September 1996). Es bestehe die ganz überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass er mit einer über zehn Jahre andauernden Militärmusikausübung sowie Schießausbildung einen chronischen Tinnitus entwickelt habe. In einem weiteren Schriftsatz vom 19. November 2013 hat der Kläger seinen Sachvortrag unter Vorlage von 20 Anlagen weiter vertieft.

Der Beigeladene hat eine prüfärztliche Stellungnahme seiner Gutachterin S.-S. vom 20. November 2013 vorgelegt. Aus der Gesamtschau werde erkennbar, dass eine GdS-relevante Hörminderung nicht vorliege. Ein ursächlicher Zusammenhang der im Januar 1997 eingetretenen Dislokation des linken Kiefergelenks mit der Tätigkeit als Militärmusiker lasse sich bereits anhand der Zeitabläufe ausschließen. Bezüglich der psychiatrischen Erkrankun-gen sei auf die aktenkundige Anamnese zu verweisen. Hiernach habe beim Kläger seit 1983 eine depressive Symptomatik bestanden. Im Jahr 1988 und 1989 sei der Kläger stationär psychiatrisch behandelt worden. Der psychische Befund beschreibe

einen steif-förmlichen, leicht misstrauischen, vorgealterten, klagsamen und subdepressiven Patienten mit anankastischen, hypochondrischen und schizoiden Persönlichkeitszügen. Eine nervenärztliche Behandlung sei von Dr. K. nicht mehr genannt worden. Die Einnahme von Psychopharmaka habe er nicht dokumentiert. Beim Kläger sei zusammenfassend von einer Neurose/Persönlichkeitsstörung auszugehen, die ihre Wurzeln in der frühen Kindheit/Jugend gehabt habe. Auch eine genetische Belastung könne nach der Familienanamnese nicht ausgeschlossen werden. Der zur Diskussion stehende Tinnitus (ab 1986) sei bereits zeitlich nicht geeignet, eine psychische Erkrankung im Jahr 1983 auszulösen. Die psychischen Probleme des Klägers seien leicht ausgeprägt und bedürften keiner fachspezifischen Behandlung. Der Tinnitus könne daher lediglich als Gelegenheitsveranlassung angesehen werden. Jedes andere belastende Lebensereignis wäre in der Lage gewesen, dieselbe Symptomatik auszulösen. Die Ursache der erhöhten Vulnerabilität gegenüber jeglichen Lebensbelastungen sei in der vorbestehenden und schädigungsunabhängigen Neurose/Persönlichkeitsstörung zu sehen. Die psychische Störung könne somit weder in der Entstehung noch im Sinne der Verschlimmerung anerkannt werden.

Das SG hat mit Urteil vom 5. Dezember 2013 den Bescheid vom 23. August 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Oktober 2006 abgeändert und die Beklagte unter Klagabweisung im Übrigen verpflichtet, beim Kläger eine "Hochtonschwerhörigkeit und daraus resultierender cochleärer Tinnitus" als Folge einer Wehrdienstbeschädigung festzustellen. Die Kammer folge den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. L. ... Hiernach habe tonaudiometrisch eine geringfügige, links stärker als rechts ausgeprägte Hochtonschwerhörigkeit vorgelegen. Überdies habe es Hinweise auf einen Innenohr-haarzellschaden gegeben. Als Militärmusiker sei der Kläger langjährig, teilweise erheblichen Lärmbelastungen ausgesetzt gewesen. Gleiches gelte auch für die Belastung des Klägers bei Schießübungen, anfänglich sogar ohne Gehörsschutz. Die von Prof. Dr. L. festgestellte geringfügige Senke bei 4.000 Hz sei für eine lärmtraumatische Schädigung typisch. Der Hörverlust selbst bedinge jedoch keinen Grad der Schädigungsfolgen. Auch der vom Kläger angegebene Tinnitus sei anhand der audiometrischen Daten glaubhaft und überwiegend wahrscheinlich. Hierfür könne ein Grad der Schädigungsfolgen von 10 angenommen werden. Ein höherer GdS sei nur neurologisch psychiatrisch begründbar. Nach Einschätzung von Dr. F. und Dr. W. vom 9. Dezember 1998 sei beim Kläger von einer ängstlich depressiven Reaktion sowie einer stärkergradigen psychoreaktiven Störung bei einem Tinnitus auszugehen. Der schallinduzierte, chronifizierte Tinnitus sei zugleich Körpersymptom der früheren, nicht ausbehandelten Störung und Ursache eines Teufelskreises, auf den der Kläger hypochondrisch fixiert sei. Der Schlussfolgerung der Gutachter, dass dies ein MdE von 30 bedinge, könne jedoch nicht gefolgt werden. Hierfür fehle es an einer Abgrenzung der psychischen Erkrankung, die einerseits durch den Tinnitus allein und andererseits auf der dienstlichen und privaten Belastung einer anankastischen Persönlichkeit beruhe. Auch der Einschätzung von Dr. K. könne nicht gefolgt werden. Dieser habe die Ansicht vertreten, dass die Innenohrschädigung und die davon unabhängige Hyperakusis nichts mit der psychischen Konstitution zu tun habe. Beim Kläger sei es bereits im Jahr 1983 zu depressiven Symptomen vor dem Hintergrund beruflicher und privater Konfliktsituation gekommen. Im August/September 1988 habe er sich in stationäre psychiatrische Behandlung wegen erheblicher innerfamiliärer Konflikte begeben müssen. Auch habe sich der Kläger vom 25. September bis 1. Dezember 1989 in der psychiatrischen Klinik H. befunden. Dieser Aufenthalt habe im Zusammenhang mit einer depressiven Krise bei schwerer neurotischer Fehlentwicklung und Suizidversuch gestanden. Vor diesem Hintergrund sei es nachvollziehbar, wenn Dr. V. seit 1985 von einem ständigen psychiatrischen Behandlungsbedarf ausgegangen sei. Nach Dr. V. handele es sich um einen Tinnitus auf dem Boden einer erheblichen psychiatrischen Dekompensation. Aufgrund der hypochondrischen Fixierung des Klägers bekomme der Tinnitus eine erhöhte Bedeutung für sein Selbsterleben. Nach Prof. Dr. H. sei die Hyperakusis stark angstbesetzt und psychosomatisch überlagert. Sie entstehe, weil sich das Ohrgeräusch, das beim Kläger eine extrem hohe Frequenz habe und mit einem Hörverlust in diesen sehr hohen Frequenzen einhergehe, zu einem Leiden am Tinnitus entwickelt habe. Nach Auffassung der Kammer sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die psychische Erkrankung des Klägers auf dem Tinnitus beruhe, sondern aufgrund anderer Faktoren entstanden sei. Bezüglich der Discusdislokation des linken Kiefergelenkes sei nicht von einer Wehrdienstbeschädigung auszugehen. Aufgrund der Ausführungen von Dr. Z. vom 18. Februar 1999 sei die Discusverlagerung durch eine traumatische Extremmundöffnung hervorgerufen worden. Nach Aktenlage habe der Kläger erstmals im Dezember 1995 über Kiefergelenkprobleme geklagt. Erst nach einer extremweiten Mundöffnung (Gähnen) sei die Erkrankung aufgetreten. Im Übrigen habe der Kläger seine Tätigkeit als Militärmusiker bereits im November 1996 beendet. Die Dislokation sei dagegen erst im Januar 1997 aufgetreten. Ein Zusammenhang zur Tätigkeit als Militärmusiker könne daher bereits vom Zeitablauf ausgeschlossen werden.

Der Kläger hat gegen das ihm am 13. Januar 2014 zugestellte Urteil am 6. Februar 2014 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (LSG) erhoben und sein Begehren weiterverfolgt.

Mit Ausführungsbescheid vom 28. April 2014 hat die Beklagte die "Hochtonschwerhörigkeit und daraus resultierender choleärer Tinnitus" festgestellt, jedoch einen Ausgleichsanspruch nach § 85 Soldatenversorgungsgesetz (SVG) abgelehnt. Hiergegen hat der Kläger am 27. Mai 2014 Widerspruch eingelegt.

Mit Berichtigungsbescheid vom 3. Juli 2014 hat die Beklagte die "Hochtonschwerhörigkeit und daraus resultierender choleärer Tinnitus" als Folge einer Wehrdienstbeschädigung anerkannt, und zwar hervorgerufen durch schädigende Einwirkungen im Sinne des § 81 SVG.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 5. Dezember 2013 sowie den Bescheid der Beklagten vom 23. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Oktober 2006 (gemeint 2006) sowie den Ausführungsbescheid vom 28. April 2014 in der Fassung des Berichtigungsbescheides vom 3. Juli 2014 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger wegen der festgestellten Wehrdienstbeschädigung eine Versorgungsrente nach einem Grad der Schädigung von mindestens 25 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 5. Dezember 2013 aufzuheben und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Anschlussberufung der Beklagten zurückzuweisen.

Der Senat hat mit Beschluss vom 22. April 2015 die Beiladung aufgehoben.

Der Senat hat Beweis erhoben durch ein HNO-Sachverständigengutachten von Prof. Dr. M. vom 7. Juni 2016. Zur Anamnese hat der Sachverständige u.a. ausgeführt: Der Kläger habe angegeben, erstmals 1986 Ohrgeräusche nach einem Konzert bemerkt zu haben. Es habe sie daran eine Infusionstherapie angeschlossen. Am 7. September 1996 habe ein sehr lautes Konzert in O. stattgefunden. Ab 1996 sei er zeitweilig arbeitsunfähig gewesen und hätte anschließend keine Lärmexpositionen mehr gehabt. Aktuell sei er nicht regelmäßig beim HNO-Arzt.

Ein durch den Sachverständigen erhobenes Tonschwellenaudiogramm habe praktisch eine Normakusis ergeben. Die Ohrgeräusche seien annähernd mit 12.000 Hz verglichen wurden und seien rechts leiser und in der Frequenz niedriger angegeben worden. Das Sprachaudiogramm habe keinen Hörverlust gezeigt. Aktuell habe der Kläger eine diskrete Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, die seiner Altersnorm entspreche. Nach September 1996 habe keine Lärmexposition mehr vorgelegen. Außer bei der Untersuchung bei Prof. Dr. H. (2009) habe es keine Hochfrequenz-Audiometrie gegeben. Das Verfahren sei von D. erstmals 1981 veröffentlicht worden. In der Folgezeit habe es immer wieder Versuche gegeben, die Hoch- und Höchstfrequenz-Audiometrie zu verwenden. Neben technischen Problemen habe sich diese Methode nicht durchgesetzt. So hat K. (1996) ernüchternde Ergebnisse festgestellt. Zudem sei erkannt worden, dass das Hochfrequenzgehör individuell sehr unterschiedlich reagiere und die Schädigungsmechanismen komplexer seien als im konventionellen Bereich. Eine erweiternde Hochtonaudiometrie (über 8 kHz) sei in der arbeitsmedizinischen Hörvorsorge nicht aufgenommen worden. Das Aufkommen der otoakustischen Emissionen (Königssteiner Merkblatt 1996, 3.5.2) sei zunächst als bessere Methode für die Früherkennung von Hörschäden angesehen worden. Es hätten sich jedoch Probleme in der Registrierung und der technischen Standardisierung gezeigt. Für die Hoch- und Höchsthochfrequenz-Audiometrie habe sich keine praktikable Anwendung ergeben. Auch beim Kläger sei ein altersbedingter Verlust der Hörfähigkeiten eingetreten. Dies habe sich in seinen gemessenen Hörverlusten im Bereich 6.000 bis 8.000 Hz gezeigt. Seine Hörleistung entspreche seiner statistischen Altersklasse. Ein Hörschaden, der durch den Militärdienst verursacht worden sei, lasse sich somit nicht abgrenzen. Ein typischer Hörschaden (c5-Senke, vorübergehend, dauernd) sei jedoch nach allen wissenschaftlichen und praktischen Untersuchungen und Erfahrungen bei der Lärmschwerhörigkeit und Knalltrauma notwendig.

Zu den Ohrgeräuschen hätten Feldmann (2006) sowie Michel und Brusis (2007, 2009) Kriterien entwickelt. Danach könne man ableiten, dass ein Haarzellschaden entstanden sein müsse, der sich mit einer bestimmten, fassbaren Hörverschlechterung belegen lasse. Nur die geschädigte Haarzelle könne einen otogenen Tinnitus als Zeichen der gestörten Funktion generieren. Beim Kläger sei im Jahr 1986 eine c5-Senke festgestellt worden. Bis 1998 sei im Bereich um 4-6 kHz ein Tinnitus messbar gewesen. 1996 habe der Kläger den Tinnitus als Rauschen, Klingeln, mehreren Frequenzen angegeben, die nicht im Einklang mit den Frequenzen 4, 6 kHz gestanden hätten. Nach Prof. Dr. S. (1999) sei eine Identifizierung des Geräusches mangels exakter Angaben nicht möglich gewesen. Subjektiv habe der Ton höher als 10.000 Hz betragen. Im Jahr 2005 habe es keine Angaben zum Tinnitus gegeben. Bei Prof. Dr. L. seien keine Tinnitusanalysen durchgeführt worden. Bei Prof. Dr. H. sei der Tinnitus bei 11.200 Hz überschwellig verdeckbar gewesen. Aktuell sei der Tinnitus beidseits vom Distanztyp mit etwa 12.000 Hz vergleichbar. Als Musiker verfüge der Kläger über ein sehr gutes Gehör und könne verschiedene Frequenzen gut beurteilen. Dies bedeute, dass sich nach 1998 ein mehrfach bestätigter Frequenzwandel ergeben habe. Aktuell sei eine Änderung vom schwelennahen zum schwellenfernen Tinnitus erfolgt. Derartige Frequenz-veränderungen seien nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit dem Innenohr zuzuordnen und seien mit dem Schadensmodell der Haarzellschädigung unvereinbar. Nach der Lehrmeinung werde bei dieser Form eine psychosomatische Ursache zugrunde gelegt. Zusammenfassend sei in Übereinstimmung mit Dr. V. und Prof. Dr. S. nicht wahrscheinlich, dass die 1986 festgestellten und wechselnden Hörverluste sowie die nach 1996 zunehmend auftretenden Ohrgeräusche der Lärmexposition als Militärmusiker zuzuordnen seien. Auch die Inneno-hrschwerhörigkeit beidseits, die statistisch einer Normalhörigkeit entspreche, sei nicht damit in Zusammenhang zu bringen. Ein messbarer GdS sei nicht festzustellen. Der Bewertung von Dr. L., eine WDB bei sehr geringer Schallempfindungsschwerhörigkeit im höheren Frequenzbereich sowie einen Tinnitus festzustellen, könne nicht zugestimmt werden. Kritisch sei beim Gutachten von Prof. Dr. L. anzumerken, dass er im Jahr 2009 noch die Tabelle von Lüpke angewandt habe, die nie Bestandteil des Königssteiner Merkblattes gewesen sei. Im Gutachten sei keine relevante MdE festgestellt worden. Dessen MdE-Vorschlag von 10 sei daher nicht nachvollziehbar.

Der Kläger hat zu dem Gutachten ausgeführt: Prof. Dr. M. sei für Fragen außerhalb seines Fachgebietes HNO nicht ärztlich kompetent. Die angewandte technische Diagnostik zur Feststellung eines Haarzellschadens im erweiterten Hochtonbereich sei nicht durchgeführt worden. Infolge der ungenügenden und nicht mehr zeitgemäßen autometrischen Gehöruntersuchung sei von ihm ein geschöntes und vorsätzlich fehlerhaftes Gutachten vorgelegt worden. Beim Kläger gehe es nicht um eine Berufserkrankung, sondern um die Anerkennung einer WDB. Bei Prof. Dr. H. sei ein Tinnitus auf 11.200 Hz mit dem Diagnosesystem der Fa. A. Type AT 900 festgestellt worden. Warum der Sachverständige die Hochtonaudiometrie als nicht zuverlässig ansehe, sei nicht nachvollziehbar. Tatsächlich werde diese Methode langjährig in speziellen HNO-Tinnituskliniken zur Gehörprüfung bei Kindern und Jugendlichen angewandt. Es sei vorsätzlich falsch, wenn der Sachverständige behaupte, beim Kläger liege kein Haarzellschaden vor. Warum der Stapediusreflex beim Kläger nicht ausgelöst werde, habe er nicht beantwortet. Am 20. Juli 2016 sei beim Kläger mit größter Sorgfalt ein Audiogramm von 0,125 kHz – 8 kHz mit Luft- und Knochenleitung durchgeführt worden. Hierbei seien sichtbare c5 Senken im rechten Ohr mit 25 dB und im linken Ohr mit 40 dB festgestellt worden. Nach einem von Dr. W. durchgeführten Tympanogramm vom 20. Juli 2016 sei es nicht möglich gewesen, am linken Ohr bei 4.000 Hz einen Stapediusreflex auszulösen. Auf mündliche Nachfrage habe Dr. W. erklärt, dass dies zweifelsfrei ein Hinweis auf einen äußeren Haarzellenschaden sei.

In einer weiteren schriftlichen Erklärung vom 17. August 2016 hat der Kläger ausgeführt: Der Gutachter habe die Unbehaglichkeitschwelle fehlerhaft angegeben. Der Vortrag zum Tinnitus sei widersprüchlich und fehlerhaft. Die Prüfung bei Prof. Dr. H. (2012) sei deutlich genauer gewesen, als bei Prof. Dr. S., der die Hörkurve nur bis 10.000 Hz geprüft habe. Prof. Dr. M. habe an der völlig veralteten Methode nach Feldmann festgehalten. Zu Unrecht habe der Sachverständige einen schwellenfernen Tinnitus behauptet. Im Übrigen sei er auch nach der Krankmeldung vom 19. September 1996 als Kraftwagenfahrer lärmexponiert tätig gewesen. Die fehlende Tinnitusanalyse bei Prof. Dr. L. habe an einer unzureichenden Audiometerleistung gelegen. Zum angeblichen Frequenzwandel sei auszuführen, dass die zunächst angegebenen Tinnitusfrequenzen (3.000 bis 6.000 Hz) der damaligen Schall- und Lärmbelastung von täglicher Militärmusik entsprochen habe. Höhere Frequenzen hätten im Audiogramm nicht festgehalten werden können, da die Geräte nur bis 8.000 Hz ausgelegt gewesen seien. Die Kompensation von Hörschäden entspreche keiner Heilung. Schon eine normale Autofahrt genüge, um eine sichtbare Veränderung im Audiogramm hervorzurufen.

Der Beklagte hat zum Gutachten eine HNO-ärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. M. (Institut für Begutachtung, K.) vom 7. November 2016 vorgelegt, der ausgeführt hat: Es sei allgemein akzeptierte wissenschaftliche Auffassung (Brusis, 2010), dass ein lärmbedingter Gehörschaden nach Beendigung der Lärmeinwirkung nicht weiter fortschreite. Demzufolge sei auf den Gesundheitsschaden am Ende der Lärmeinwirkung abzustellen. Insoweit sei auf den Hörbefund vom 8. Oktober 1998 zu verweisen. Dieser habe eine Normalhörigkeit beidseits mit einer geringfügigen Senke bei 4.000 Hz auf 25 dB bestätigt. Der prozentuale Hörverlust aus der maßgeblichen 3-Frequenz-Tabelle von Röser (1980) errechne sich mit 0 %. Die Entstehung einer links betonten geringfügigen Hochtonsenke mit Ohrgeräuschen sei mit den Tätigkeitsmerkmalen eines Hornblägers vereinbar. Dem habe der Beklagte mit seiner anerkannten Schädigungsfolge "Hochton-Schwerhörigkeit und daraus resultierender cochleärer Tinnitus" auch Rechnung getragen. Ohrgeräusche seien keine regelmäßigen Begleiterscheinungen einer Lärmschädigung. Sie stünden nicht im Vordergrund der Erkrankung, sondern seien lediglich als "Begleit-Tinnitus" (Brusis, 2014) anzusehen. Dies entspreche auch der Königsteiner-Empfehlung (DGUV, 2012). Brusis (2014) schreibe dazu wörtlich: Das Symptom Ohrgeräusche/Tinnitus gebe es in der BK-Bezeichnung "Lärmschwerhörigkeit" nicht. Sonst müsste es heißen "Lärmschwerhörigkeit und Lärmtinnitus". Nach der Königsteiner Empfehlung (2012) solle der Gutachter prüfen, "ob die Lärmschädigung tatsächlich die wesentliche Bedingung für die Ohrgeräusche ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Beschwerdebild auch durch eine in der Persönlichkeit des Versicherten liegende Reaktionsweise (z.B. im Sinne einer Neurose) begründet sein kann."

Beim Kläger sei eine Depression bereits lange von dem Auftreten von Ohrgeräuschen im Jahr 1986 beschrieben. Der Kläger habe zu diesem Zeitpunkt Trinitrin (Antidepressiva) erhalten. Antidepressiva könnten selber als Nebenwirkung einen Tinnitus auslösen und unterhalten. Nach dem Gutachten von Prof. Dr. S. sei das Ohrgeräusch beim Kläger höher als 10.000 Hz verdeckbar gewesen und habe erst über 12.000 Hz annähernd verdeckt werden können. Eine Verschiebung der Wesensgrundlage sei bei einem lärmschädigungsbedingten Ohrgeräusch um 4.000 Hz unvereinbar. Zudem sei zu fordern, dass es schwellen-nah vorliege (Brusis und Michel, 2009). Daher sei ein Ohrgeräusch, das über 10.000 Hz liege, mit einer Lärmschädigung nicht zu vereinbaren (Brusis und Michel, 2009). Da das Hochton-Ohrgeräusch auch nach Beendigung der Lärmtätigkeit aufgetreten sei, könne es nicht kausal dem geltend gemachten Schädigungsmechanismus einer Lärmüberbelastung zugeordnet werden. Vielmehr sei von einem Nachschaden auszugehen (Brusis und Mehrrens, 1981). Prof. Dr. M. habe zu Recht darauf hingewiesen, dass die Anwendung der Höchsttonaudiometrie für die Begutachtung von Lärmschwerhörigkeit nicht vorgesehen sei. Eine Lärmschwerhörigkeit bedinge keine Depression oder andere psychische Folgen. Dies sei ihm aus neurologischen Gutachten und aus Fachweiterbildungen zur HNO bekannt. Aus den Unterlagen des Klägers sei auch nicht ersichtlich, dass die Ohrgeräusche, auf depressive Episoden mit Suizidgedanken zurückgeführt worden seien. In den 20 Jahren seit Beendigung der Lärmexposition sei beim Kläger lediglich noch eine altersbegleitende Hörstörung nachzuweisen. Die ursprünglich vorhandene Senke bei 4.000 Hz sei durch eine zwischenzeitlich altersbegleitende Hörstörung "untergegangen". Dies sei ein Fall überholender Kausalität. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Ohrgeräuschen und von Depressionen sei bereits zeitlich auszuschließen, da die Depressionen zeitlich vor Beginn des ersten Berichtes über Ohrgeräusche gelegen hätten.

Prof. Dr. M. hat unter dem 4. Januar 2017 sein Gutachten verteidigt und geltend gemacht: Der Vorwurf, ein "geschöntes und daher vorsätzlich fehlerhaftes" Gutachten erstellt zu haben, werde zurückgewiesen. Auch in der aktuellen Literatur (Kusserow (2016); Kühn (2016); Hesse (2016)) werde die Höchsttonaudiometrie als schwierige und fehleranfällige Methode bezeichnet. Die Höchsttonaudiometrie sei daher außerhalb spezieller Anwendungen nicht gebräuchlich. Es gebe weder Normwerte noch Hörverlusttabellen. Bei der Bewertung von Dr. W. seien keine Tinnitusbestimmungen beigelegt. Der Stapediusreflex sei bei Dr. W. links und bei ihm rechts nicht nachweisbar. Der Stapediusreflex sei diagnostisch verwendbar, wenn er nachweisbar sei. Er gestatte lediglich die Aussage, dass der Ausfall verschiedene Ursachen (Innenohr, Mittelohr, entlang der Hörbahn, zentral) haben könne. Eine monokausale Zuweisung sei deswegen nicht sachgerecht. Die Untersuchungen von Prof. Dr. F. (1969) seien fester Bestandteil der HNO-Praxis. Er gelte als uneingeschränkte Autorität und werde in der Standardliteratur regelhaft zitiert. Aus den tonaudiometrischen Untersuchungen sei die hohe Reproduzierbarkeit von Hörschwellen bekannt.

Am 10. März 2017 hat der Kläger vorgetragen, er habe sich am 2. März 2017 in die Tinnitus-klinik B. A. zu Prof. Dr. H. begeben. Aus dem Untersuchungsergebnis sei festzuhalten, dass der Tinnitus zwischen 10.000 Hz und 11.200 Hz eingegrenzt werden könne. Hierbei handle es sich um eine echte Gehörschädigung. Der streitgegenständliche Tinnitus sei daher als Lärmschaden einer WDB anzuerkennen. Im Übrigen werde die Einholung eines Obergutachtens verlangt. Dies gelte vor dem Hintergrund der psychischen Beeinträchtigung durch den Tinnitus.

Der Kläger hat eine Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 2. März 2017 vorgelegt. Dieser hat eine Innenohrhöchsttonschwerhörigkeit ab 10 kHz, einen Tinnitus aurium beidseits, eine Hyperakusis und eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Die audiologische Untersuchung habe eine praktisch normale Hörschwelle gezeigt. Der Tinnitus habe nur mit sehr vielen Schwierigkeiten bestimmt werden können. Er habe zwischen 10.000 bis 11.200 Hz eingegrenzt werden können. Das Zahlen- und Einsilbenverstehen sei normal. Die Otoakustischen Emissionen ab 4 kHz seien nicht mehr normal. Bei der zentralen Hörverarbeitung mit dem O. Satztest sei eine komplett normale 50%-Schwelle erreicht worden (rechts -3,7 dB; links - 3,8 dB). Es handle sich um eine Folge des damals erlittenen Lärmtraumas im Höchsttonbereich. Dies werde in der internationalen Literatur als sog. hidden hearing loss beschrieben. Es komme bei diesem Hörverlust durch Belastungen zu Veränderungen im ersten Neuron, die sich in der normalen Hörschwelle nicht bemerkbar mache, sondern nur im Höchsttonbereich. Diese könnten durchaus auch verantwortlich für ein Ohrgeräusch sein.

In einer weiteren Erklärung hat der Kläger am 12. März 2017 zahlreiche Anlagen vorgelegt u.a. ausgeführt: Die Audiogramme in der Verwaltungsakte seien nur standardmäßig bis 8.000 Hz ausgeführt worden. Infolge der unzureichenden Hörprüfung mit einem veralteten Gerät bei Prof. Dr. M. habe er den hochfrequenten Tinnitus nicht bestimmen können. Zudem habe er mit einer überholten Lehre von Prof. Dr. F. den Tinnitus einzugruppieren versucht. Es sei grundlegend fehlerhaft, wenn Prof. Dr. M. bei ihm einen sog. Distanztyp festgestellt habe. Soweit Prof. Dr. M. den Tinnitus mit einer Behandlung von Antidepressiva in Zusammenhang gebracht habe, sei darauf hinzuweisen, dass er infolge von Mobbing das Medikament Eldoral vom Beklagten erhalten habe. Die Bezüge von Prof. Dr. M. zur Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit seien unzutreffend, da es im vorliegenden Fall um einen akustischen Lärmunfall gehe.

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

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung ([§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#)) des Klägers ist unbegründet. Die Anschlussberufung der Beklagten hat dagegen vollen Erfolg und führt zur Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils sowie zur Klageabweisung.

Der Bescheid vom 23. August 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Oktober 2006 verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Entgegen der Auffassung des SG ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#); vgl. BSG, Urteil vom 29. April 2010, [B 9 VS 2/09 R](#), juris) vollständig abzuweisen.

Die vom Beklagten erst in der mündlichen Verhandlung vom 22. März 2017 erhobene Anschlussberufung ist gemäß [§ 202 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 524](#) Zivilprozessordnung zulässig und begründet. Diese jederzeit mögliche - unselbstständige - Anschlussberufung stellt einen bloß angriffsweise wirkenden Antrag im Rahmen eines fremden Rechtsmittels dar und ist damit im eigentlichen Sinne kein Rechtsmittel und damit beim Vorliegen einer Beschwer - wie hier gegeben - ohne weiteres zulässig (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 143 Rz. 5 ff.). Der Ausführungsbescheid vom 28. April 2014 in Gestalt des Berichtigungsbescheides vom 3. Juli 2014 steht dieser Anschlussberufung nicht entgegen, da diese lediglich die nicht rechtskräftige Entscheidung des SG umgesetzt hat.

Die Beklagte ist nach der Änderung des [§ 88 Abs. 1 Satz 1 SVG](#), wonach die Soldatenversorgung nunmehr von Behörden der Bundeswehrverwaltung durchgeführt wird (BGBl. I Nr. 61, S. 3054), seit dem 1. Januar 2015 für die Ausführung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) zuständig. Insoweit kommt es nicht auf die nach früherer Rechtslage zutreffende Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Bundeswehrverwaltung und den damals noch für die Ausführung des BVG zuständigen Behörden nach [§ 88 SVG](#) alte Fassung an, also darauf, ob es um die Feststellung von Folgen einer Wehrdienstbeschädigung geht, die bereits während des Wehrdienstes vorgelegen haben oder die erst nach dessen Ende aufgetreten sind (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Dezember 2015, [L 6 VS 2234/15](#), juris). Maßgeblich für die vom Kläger erhobene Klage ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung des Senats.

Die Anschlussberufung der Beklagten ist vollumfänglich begründet, die Berufung des Klägers dagegen unbegründet. Zu Unrecht hat das SG die Beklagte verurteilt eine WDB "Hochton-schwerhörigkeit und daraus resultierender cochleärer Tinnitus" anzuerkennen. Weder die Hochtonschwerhörigkeit noch der geltend gemachte Tinnitus sind im Sinne eines Ursachen-zusammenhangs mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die Lärmimmissionen als Heeresmusiker und die vom Kläger genau genannten Lärmunfallereignisse zurückzuführen (im Folgenden: 1.). Die vom Kläger geltend gemachte traumatische Discusdislokation des linken Kiefergelenks kann auch nicht als WDB anerkannt werden, da es an einem ursächlichen Zusammenhang zum Wehrdienst fehlt (im Folgenden: 2.).

Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch einer Feststellung von Gesundheitsstörungen als WDB und eine Versorgungsleistung richtet sich nach [§§ 81, 85 SVG](#). Gemäß [§ 85 Abs. 1 SVG](#) erhalten Soldaten wegen der Folgen einer WDB während ihrer Dienstzeit einen Ausgleich in Höhe der Grundrente und der Schwerstbeschädigtenzulage nach [§ 30 Abs. 1](#) und [§ 31 BVG](#). Nach [§ 81 Abs. 1 SVG](#) ist eine Wehrdienstbeschädigung eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist. Durch diese gesetzlichen Bestimmungen ist nach einheitlicher Ansicht in Rechtsprechung und Schrifttum für die Anerkennung von Schädigungsfolgen eine dreigliedrige Kausalkette vorgegeben: Ein mit dem Wehrdienst zusammenhängender schädigender Vorgang muss zu einer primären Schädigung geführt haben, die wiederum die geltend gemachte Schädigungsfolge bedingt haben muss. Dabei müssen sich die drei Glieder selbst mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen lassen, während für den ursächlichen Zusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 9 V 3/13](#), juris), wie dies [§ 81 Abs. 6 Satz 1 SVG](#) für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer WDB normiert. Diese Grundsätze haben ihren Niederschlag auch in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" in ihrer am 1. Oktober 1998 geltenden Fassung der Ausgabe 1996 (AHP 1996) und nachfolgend - seit Juli 2004 - den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (Teil 2 SGB IX)" in ihrer jeweils geltenden Fassung (AHP 2005 und 2008) gefunden, welche zum 1. Januar 2009 durch die Anlage zu [§ 2 Versorgungsmedizin-Verordnung \(VersMedV\)](#) vom 10. Dezember 2008 (Teil C, Nrn. 1 bis 3 und 12 der Anlage zu [§ 2 VersMedV](#); vgl. [BR-Drucks 767/1/08 S. 3](#), 4) inhaltsgleich ersetzt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2014, [B 9 V 6/13 R](#), juris). Ein Gesundheits-schaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012, [B 2 U 31/11 R](#), juris).

In dem 1996 beginnenden streitgegenständlichen Zeitraum sind die maßgeblichen Vorschriften durch das am 21. Dezember 2007 in Kraft getretene Gesetz vom 13. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2904](#)) geändert worden. Da das Gesetz keine Übergangsvorschriften enthält, sind diese Vorschriften vom 21. Dezember 2007 an in der neuen Fassung (n.F.) und für den vorangegangenen streitgegenständlichen Zeitraum in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 ([BGBl. I S. 21](#)) und der nachfolgenden Änderungen (a.F.) anzuwenden. Die Änderungen haben aber auf den vorliegenden Fall in der Sache keine Auswirkungen.

1. Ausgehend von diesen rechtlichen Vorgaben lassen sich keine lärmbedingte Gesundheitsstörung bzw. keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen schädigenden Lärmeinwirkungen als Heeresmusiker und einer Schwerhörigkeit (im Folgenden a) sowie eines Tinnitus (im Folgenden b) feststellen.

a) Nach Auffassung des Senats kann weder ein Hörschaden wegen der kleinen Hörkurven-delle bei 4.000 Hz (im Folgenden aa) noch eine Hochtonschwerhörigkeit oberhalb von 10.000 Hz (im Folgenden: bb) auf die grundsätzlich lärm-schädigungsgeeignete Tätigkeit des Klägers als Heeresmusiker bis September 1996 beim Beklagten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden.

aa) Es ist eine allgemein akzeptierte wissenschaftliche Auffassung (Brusis 2010), dass ein lärmbedingter Gehörschaden nach Beendigung der Lärmeinwirkung nicht weiter voranschreitet (so zutreffend Prof. Dr. M.). Dies hat in der Prüfung eines lärmbedingten Gehörschadens - wie im vorliegenden Fall - die Konsequenz, gerade den Befunden, die zeitnah mit der Beendigung der lärm-schädigenden Tätigkeit in Zusammenhang stehen, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Auf den vorliegenden Fall übertragen kommen daher den Gehörmes-

sungen im September/Oktober des Jahres 1996 erhebliche Bedeutungen zu. So hat Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 1998 dazu ausgeführt, dass nach der tonaudiometrischen Untersuchung vom 29. Oktober 1996 lediglich sehr geringfügige Schallempfindungsstörungen im höheren Frequenzbereich vorgelegen haben. Diese Einschätzung wird bestätigt durch Prof. Dr. S., der die zahlreichen vorliegenden Audiometrien des Klägers auswerte und darin eine wiederholt dokumentierte kleine Senke bei 4.000 Hz erkennen konnte. In Kenntnis dieser Hörkurvensenke bei 4.000 Hz ging Prof. Dr. S. beim Kläger von einem völlig normalen Hörvermögen ohne Nachweis eines wesentlichen Haarzellschadens und ohne cochleäre Schädigung aus und hielt eine lärmbedingte Schädigung für unwahrscheinlich. Dies ergibt sich nach Prof. Dr. S. auch aus der audiometrischen Messung des Bundeswehr-Krankenhauses vom 8. Oktober 1998, die auf ein annähernd normales Hörvermögen hinwies. Diese Einschätzung wird bestätigt durch die Bewertung des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. M., der beim Kläger aus den zahlreichen Audiometrien und Hörbefunden einen typischen lärmbedingten Hörschaden (c5-Senke) nicht erkennen konnte und von einer diskreten Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits ausging, die jedoch altersentsprechend ist. Diese Einschätzung steht auch im Einklang mit der arbeitsmedizinischen Literatur. Danach beginnt die Lärmschwerhörigkeit typischerweise mit einer Anhebung der Hörschwelle im Frequenzbereich 3.000 bis 6.000 Hz, die sich im Audiogramm als sog. c5-Senke darstellt (vgl. Triebig/Kentner/Schiele, Arbeitsmedizin, 3. Auflage 2011, S. 235). Dabei ist besonders der Frequenzbereich um 4.000 Hz bedeutsam (Schönberger, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 333). Nach der von Prof. Dr. M. selbst vorgenommenen Audiometrie lag beim Kläger erneut ein normaler, altersentsprechender Befund vor. Die zuvor audiometrisch gesicherte Hörsenke bei 4.000 Hz konnte Prof. Dr. M. nicht mehr bestätigen. Prof. Dr. M. hat sich dieser Auffassung des gerichtlichen Sachverständigen angeschlossen und insbesondere überzeugend darauf hingewiesen, dass die im Jahr 1996 noch erkennbare kleine Senke bei 4.000 Hz durch altersbedingte Prozesse quasi "untergegangen" ist. Der Senat kann dabei offenlassen, ob diese Veränderung der Hörkurvensenke bei 4.000 Hz wie Prof. Dr. M. meint, ein Fall einer überholenden Kausalität ist oder nicht. Entscheidend ist allein, dass diese Hörkurvensenke bei 4.000 Hz offenbar keinerlei funktionale Auswirkungen der Hörleistungen in der Vergangenheit gehabt hat und aktuell zudem nicht mehr nachgewiesen werden kann. Entsprechend haben Prof. Dr. S. und auch Prof. Dr. M. dem Kläger eine Normalhörigkeit des Klägers bestätigt und gleichzeitig eine lärmbedingte Hörschädigung für unwahrscheinlich gehalten. In keiner der anderen zahlreichen medizinischen Befunde und eigenen Bewertungen des Klägers wird im Übrigen dieser Hörkurvensenke bei 4.000 Hz eine wertungserhebliche Bedeutung bzw. eine eigenständige Diagnose zugewiesen. Selbst in der aktuellsten Tonaudiometrie von Prof. Dr. H. vom 2. März 2017 wird dem Kläger ein praktisch normales Hörvermögen bestätigt und die Gesundheitsstörung allein dem Höchsttonbereich zugeordnet. Dieser Einschätzung folgt im Übrigen auch der Kläger. So hat er selbst in seinem Klageantrag erster Instanz die Zielrichtung seines Antrages u.a. auf einen symptomatischen Tinnitus "bei normalem Hörvermögen" gerichtet und damit das bereits gutachterlich festgestellte normale Hörvermögen anerkannt. Dies hat der Kläger in seinem Berufungsantrag nochmals wiederholt und als wesentliche Gesundheitsstörung eine "Hochtonschwerhörigkeit und daraus resultierender cochleärer Tinnitus" (entsprechend des Tenors erster Instanz sowie des Ausführungsbescheides der Beklagten) begehrt. Die signifikante Hörkurvensenke bei 4.000 Hz ist daher auch nicht als zeitlich befristete Gesundheitsstörung anzusehen. Dem Kläger steht daraus weder ein Feststellungs- noch ein Versorgungsanspruch zu.

bb) Auch eine lärmbedingt entstandene Höchsttonschwerhörigkeit kann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht der lärmexponierten Tätigkeit des Klägers beim Beklagten angelastet werden. Prof. Dr. L. und Prof. Dr. H. haben beim Kläger eine Innenohrhöchsttonschwerhörigkeit ab 10.000 Hz bestätigt und diese Gesundheitsstörung in einem Zusammenhang zur lärmexponierten Tätigkeit bei der Beklagten bis zum Jahr 1996 gesehen. Dem ist die Vorinstanz zu Unrecht gefolgt. So hat sich nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. M. die Hochtonaudiometrie – bis auf wenige Ausnahmen – nicht als gebräuchliche Feststellungsmethode von Lärmschwerhörigkeiten durchgesetzt. Diese Bewertung wird durch die laienhafte Behauptung des Klägers, Prof. Dr. M. sei von veralteten Methoden und Verfahren ausgegangen, in keiner Weise erschüttert, da er sich insoweit zu Unrecht eine fachärztliche Kenntnis anmaßt. Die Hochtonaudiometrie wird nach der führenden Literatur vielmehr als schwierige und fehleranfällige Methode bewertet, die weder über Normwerte noch über Hörverlusttabellen wie bei der üblichen Lärmschwerhörigkeit verfügt und sich entsprechend nicht durchgesetzt hat. Vor diesem Hintergrund sind daher bereits erhebliche Bedenken an der Diagnose einer Höchsttonschwerhörigkeit über 10.000 Hz als lärmbedingte Schädigung durch die angeschuldigten Tätigkeiten bei der Beklagten bis 1996/1997 anzu-melden.

Doch selbst wenn der Senat vom Vorhandensein einer Höchsttonschwerhörigkeit zum jetzigen Zeitpunkt ausgehen würde, ist damit nicht gesagt, dass diese Diagnose auch bereits im Jahr 1996/1997 vorgelegen hat. So hat Prof. Dr. M. in genauer Auswertung der gesamten Akte überzeugend darauf hingewiesen, dass die Hochtonaudiometrie beim Kläger erstmals im Jahr 2009 (Prof. Dr. H.) angewandt wurde, d.h. über zehn Jahre nach Ende der Lärmexposition des Klägers. Es fehlt damit an aussagefähigen Höchsttonuntersuchungen zu dem maßgeblichen Zeitpunkt des Endes der angeschuldigten Lärmexposition des Klägers im Jahr 1996/1997. Der Senat vermag daher bereits nach den vorliegenden Befunden im entscheidungserheblichen Zeitraum eine Höchsttonschwerhörigkeit nicht feststellen. Eine plausible Erklärung für das Vorhandensein einer Hochtonschwerhörigkeit in der Vergangenheit, insbesondere im Jahr 1996/1997 vermochten Prof. Dr. L. und Prof. Dr. H. nicht abgeben. Diese Unaufklärbarkeit des Sachverhaltes führt aus Gründen der objektiven Beweislast bereits dazu, das Vorhandensein einer Hochtonschwerhörigkeit über 10.000 Hz beim Kläger im Jahr 1996/1997 als nicht feststehend zu bewerten.

Eine Hochtonschwerhörigkeit ist zudem mit dem Erkrankungsbild einer üblichen Lärmschwerhörigkeit nicht ohne weiteres in einem Ursachenzusammenhang zu sehen. Vergleicht man nämlich die Normaltypik einer Lärmschwerhörigkeit (z.B. c5-Senke, 4.000 Hz-Bereich siehe oben) ist es überzeugend, wenn Dr. N. einen lärmbedingten Hörverlust im extremen Hochtonbereich generell für unwahrscheinlich ansieht und die Erwartung ausspricht, dass ein lärmbedingter Haarzellschaden gerade die Normalhörigkeit einschränken müsste. Seine Einschätzung steht in vollem Einklang mit der arbeitsmedizinischen Fachliteratur. So führt Schönberger im Standardwerk Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, 2010, auf S. 333 aus, dass die Haarzellen, die für die Schalltransformation im Hochtonbereich verantwortlich sind, besonders empfindlich sind. Dabei ist der Frequenzbereich um 4.000 Hz betroffen, nicht jedoch der Höchsttonbereich über 10.000 Hz. Beim Kläger wird jedoch nach zahlreichen Befunden stets ein normales Hörvermögen bestätigt.

b) Auch der von Prof. Dr. L. und Prof. Dr. H. festgestellte lärmbedingte cochleäre Tinnitus kann aus Sicht des Senats nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang zur Lärmexposition bei der Beklagten gesehen werden. In diesem Zusammenhang hat Prof. Dr. M. überzeugend auf die arbeitsmedizinische Literatur hingewiesen, nach der Ohrgeräusche keine regelmäßigen Begleiterscheinungen einer Lärmschädigung sind. Vielmehr handelt es sich um eine sog. Begleiterkrankung (sog. Begleit-Tinnitus). Dies entspricht auch der Königssteiner Empfehlung (5. Auflage 2012) der in Fällen einer Lärmschwerhörigkeit eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Mehrtens/Brandenburg, Die Berufs-krankheitenverordnung, M 2301, S. 38, Loseblattsammlung, Stand Mai 2016). Gerade beim Lärm-Tinnitus als nur begleitende Erkrankung hat der Gutachter genau zu prüfen, ob die Lärmschädigung eine wesentliche Bedingung für die Ohrgeräusche ist oder das Beschwerdebild sein kann oder ggf. durch einen psychiatrischen Befund entstanden ist.

Im vorliegenden Fall lässt sich aus den oben genannten Gründen eine lärmbedingte Schwerhörigkeit zum Zeitpunkt des Endes der Lärmexposition bereits nicht feststellen, so dass schon die Basis für die Feststellung eines lärmbedingten Tinnitus als Begleiterkrankung fehlt. Selbst wenn zugunsten des Klägers von einem lärmbedingten Tinnitus auszugehen wäre, kann kein mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Ursachenzusammenhang zur Lärmexposition festgestellt werden. Dagegen spricht bereits, dass sich nach der genauen Aktenanalyse von Prof. Dr. M. das Ohrgeräusch beim Kläger im Frequenzbereich wesentlich verändert hat. Während bis 1998 der Tinnitus um 4.000 bis 6.000 Hz gemessen werden konnte und als Rauschen, Klingeln, mit mehreren Frequenzen beschrieben wurde, verschob sich diese Auswirkung bei der Untersuchung bei Prof. Dr. S. bereits gravierend und wurde in einem Frequenzbereich höher als 10.000 Hz vermutet. Prof. Dr. H. bewertete den Tinnitus des Klägers dann in einem Tonbereich von 11.200 Hz und Prof. Dr. M. bei etwa 12.000 Hz. Derartige Frequenzänderungen eines Tinnitus sind nach dem gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. M. nicht mehr wahrscheinlich dem Innenohr zuzuordnen. Ein Ursachenzusammenhang zur lärmexponierten Tätigkeit bei der Beklagten ist daher unwahrscheinlich. Die führende arbeitsmedizinische Literatur hält zudem ein Ohrgeräusch, das über 10.000 Hz liegt, mit einer Lärmschädigung ohnehin für generell unvereinbar (so Prof. Dr. M.). Überdies hat Prof. Dr. M. überzeugend darauf hingewiesen, dass die Hochtonschwerhörigkeit erst nach Beendigung der Lärmtätigkeit im Jahr 1996/1997 aufgetreten ist und daher lediglich als unbeachtlicher Nachschaden zu bewerten ist.

Gewichtig ist auch der Umstand, dass sich gerade beim Kläger eine gravierende psychiatrische Alternativursache für die Entstehung eines Tinnitus geradezu aufdrängt. Die pauschale Annahme von Prof. Dr. H., den Tinnitus der Lärmexposition des Klägers bei der Beklagten zuzuordnen, wird den zahlreichen Befunden, die auf eine gravierende Erkrankung des Klägers auf psychiatrischem Gebiet hindeuten, nicht gerecht. Selbst Prof. Dr. H. diagnostizierte beim Kläger eine sog. Anpassungsstörung, ohne kritisch zu hinterfragen, ob diese den Tinnitus ggf. lärmstörungsunabhängig hätte verursachen können. Auch hat Prof. Dr. H. die psychiatrischen Vorbefunde über den Kläger nicht geprüft und gewichtet. So gab der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. bereits im Jahr 1988 an, dass sich beim Kläger eine rein psychogen begründete Armheberschwäche entwickelt hatte. Ähnliches kann für den Tinnitus gelten. Im Gutachten vom Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. vom 9. Dezember 1998 wird ausgeführt, dass sich der Tinnitus beim Kläger als ein Körpersymptom aus einer früheren, nicht ausbehandelten psychischen Störung entwickelt hat. Der Kläger wurde nach Dr. F. als auf diesen Tinnitus hypochondrisch fixiert angesehen. Die daraus resultierenden stärkergradigen psychoreaktiven Störungen (Angst und Depression) wurden dabei als so ausgeprägt angesehen, um eine Frühverrentung des Klägers zu empfehlen. Auch Prof. Dr. L. ist von einer psychischen Anlageschädigung sowie Überlagerung beim Kläger ausgegangen, die von ihm nicht als WDB angesehen wurde. Die überragende Bedeutung einer seit den achtziger Jahren bestehenden psychiatrischen Erkrankung wird durch die seit 1983 eingeholten psychiatrischen Befunde nachhaltig bestätigt. So hat es beim Kläger einen schweren psychischen Befund (mit Suizidversuch) und mit langjähriger pharmakologischer Behandlung und zwei längeren stationären Aufenthalten gegeben. Der Versuch des Klägers, derartig schwere Erkrankungsbilder auf psychiatrischem Fachgebiet einfach für beendet zu erklären, genügt nicht, um diese sich aufdrängende Anlageschädigung als unbeachtlich einzuschätzen.

Entgegen dem § 109 SGG-Gutachten vom 16. Februar 2011 von Dr. K. kann diese deutliche psychiatrische Anlageschädigung nicht dem Funktionsbereich Ohr und der Frage einer Lärmexposition bei der Beklagten zugeordnet werden. Dessen bloße Ergebnisbehauptung, der dekomensierte Tinnitus sowie die Hyp- und Hyperakusis seien als Gesundheitsstörungen aller Wahrscheinlichkeit nach ursächliche Schädigungsfolgen der vom Kläger wahrgenommenen Tätigkeiten für den Beklagten bei Konzerten sowie Schießübungen und rechtfertigen auf neurologisch psychiatrischem Fachgebiet eine Gesamt- MdE von 30 lässt jede eigene Begründung vermissen und ist zudem auch methodisch unbrauchbar.

Es ist bereits nicht überzeugend, warum Dr. K. die offenkundigen und auch gravierenden Erkrankungen auf psychiatrischem Gebiet seit dem Jahr 1983 nicht in seine Bewertung einbezogen hat, obwohl sich dies geradezu aufdrängen musste. Selbst der den Kläger behandelnde Dr. H. hat in seiner Stellungnahme vom 31. August 2012 die Hyperakusis als psychisch überlagert angesehen. Dies bestätigt im Übrigen auch Prof. Dr. L., der eine vorbestehende psychische Konstitution des Klägers bestätigte, die nach seiner Einschätzung keine WDB sein konnte. Aus diesem Grund hielt Prof. Dr. L. auch eine psychiatrische Untersuchung des Klägers für nicht erforderlich, wofür auch der Senat keine Veranlassung gesehen hat.

Nach den überzeugenden Ausführungen der Gutachterin des ehemaligen Beigeladenen S.-S. vom 20. November 2013 ist beim Kläger seit 1983 von einer depressiven Symptomatik auszugehen. Der psychische Befund des Klägers zeige einen steif-förmlichen, leicht miss-trauischen, klagamen und subdepressiven Patienten mit anankastischen, hypochondrischen und schizoiden Persönlichkeitszügen. Der zur Diskussion stehende Tinnitus (ab 1986) ist nach ihrer Auffassung bereits zeitlich nicht geeignet, eine psychische Erkrankung auszulösen. Die gravierende Anlageschädigung auf psychischem Gebiet habe dazu geführt, dass beim Kläger jegliche Lebensbelastungen das vorbestehende und schädigungsunabhängige Neurose/Persönlichkeitsstörungsbild steigern konnte, was eine WDB auf psychiatrischem Gebiet entsprechend unwahrscheinlich macht. Diese Auffassung des Senats wird auch gestützt durch die Stellungnahme von Prof. Dr. M. (Institut für Begutachtung, K.) vom 7. November 2016, der überzeugend auf die langjährige Einnahme des Klägers von Psycho-pharmaka hingewiesen hat. Diese Medikamente sind nach Prof. Dr. M. geeignet, einen Tinnitus als Nebenwirkung auszulösen. Nach seiner Ansicht kann ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Ohrgeräuschen und von Depressionen – wie auch von der Gutachterin S.-S. vertreten – zeitlich ausgeschlossen werden, da die Depressionen zeitlich vor Beginn des ersten Berichtes über Ohrgeräusche gelegen haben. Dieser nachvollziehba-ren Einschätzung schließt sich der Senat an.

Im Übrigen kritisiert Dr. N. zu Recht in seiner Stellungnahme vom 28. April 2011 das metho-disches Vorgehen von Dr. K. ... So fehlen dem Gutachten eine gründliche Anamnese und eine Bewertung der Tagesstrukturen des Klägers, was gerichtsbekannt zum üblichen Standard eines psychiatrischen Gutachtens gehören sollte.

Die Einschätzung, dass die gewichtige psychiatrische Anlageschädigung noch fortwirkt, wird durch das zumindest akzentuierte Verhalten des Klägers bekräftigt. So hat es offenbar Selbsttherapien des Klägers im Jahr 2007 gegeben, sich "Insekten, Parasiten, Larven und Eier" aus der Haut zu entfernen und trotz umfangreicher Untersuchungen sowie Beratung des Hautarztes unbeirrt fortzusetzen. Auch im Prozessverhalten zeigte der Kläger eine verhaltensauffällige Akzentuierung. Sein wiederholter Versuch, an seiner eigenen Prozessvertretung vorbei, in sehr weitschweifigen Ausführungen die alleinige Richtigkeit seines eigenen Standpunktes mit zahlreichen Anlagen, Belegen und Argumenten zu untermauern und gleichzeitig die Neigung, medizinischen Gegenargumenten mit laienhaften Eigenwertun-gen jeglichen Wert abzusprechen, haben nicht den Eindruck hinterlassen, als wenn bei ihm diese Krankheitsdisposition auf psychiatrischem Gebiet völlig verschwunden wäre. Sein "besonderes" Prozessführungsverhalten bestätigt vielmehr ein bereits früher ärztlich doku-mentiertes auffällig rigides Auftreten und eine von Dipl.-Psychologen B. beschriebene Tendenz zur Selbstgerechtigkeit. Die Darlegung des

Klägers, ein seit 1983 hinreichend dokumentierter schwerer psychiatrischer Befund sei ohne psychiatrische Behandlung einfach verschwunden, hält der Senat für lebensfremd. Dies gilt insbesondere angesichts der Tatsache, dass in psychiatrischen Befunden in der Vergangenheit mehrfach die mangelnde Psychotherapiefähigkeit des Klägers hervorgehoben wurde. Eine fachärztlich belegbare Behandlung des Klägers auf psychiatrischem Gebiet nach dem Jahr 1997, die eine komplette Heilung dieser Anlageerkrankung auf diesem Fachgebiet hätte nahelegen können, hat der Kläger weder vorgetragen noch ist diese aktenkundig geworden.

2. Der Kläger hat in seinem Klageantrag bereits eine Kiefergelenkdiscusverlagerung (links) nicht mehr als wehrdienstbedingte Schädigung angesehen. Sie kann aus Sicht des Senats auch keine WDB sein. Der Senat folgt insoweit dem überzeugend begründeten Urteil des SG und macht sich dessen Begründung zu Eigen. Nach der widerspruchsfreien prüfärztlichen Stellungnahme von Dr. V. vom 26. Mai 2009 ist die Gelenksscheibe ringsum mit der Kapsel des Kiefergelenks verwachsen. Der Discus kann grundsätzlich aufgrund traumatischer Einwirkungen verlagert werden. Allerdings sind derartige Verlagerungen häufige Folge arthrotischer Veränderungen der Kiefergelenke und kann am häufigsten beim unkontrollierten Gähnen, wie dies beim Kläger der Fall gewesen war, entstehen. Eine wehrdienstbedingte traumatische Schädigung ist nicht nachgewiesen.

Auch für eine sog. Kann-Versorgung bleibt im vorliegenden Verfahren kein Raum. Eine derartige Versorgung kann nur in Betracht kommen, wenn über die Ursache eines festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht. Die ist im vorliegenden Fall nicht zu bejahen. Folglich kam eine sog. "Kann-Versorgung" im Sinne des § 81 Abs. 6 Satz 2 SVG (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 1995, [9 RV 17/94](#), juris) ohnehin nicht in Betracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2017-07-26