

L 3 U 31/04 -16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 642/00
Datum
26.02.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 31/04 -16
Datum
11.10.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Februar 2004 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. August 1998 über den 21. Mai 1999 hinaus.

Der 1988 geborene, türkischstämmige Kläger wurde, ohne zuvor einen Kindergarten besucht zu haben, 1995 eingeschult und besuchte ab dann nachmittags eine Kita. Nach seinen Angaben hatte er mit etwa sechs Jahren vor der Einschulung für ein bis zwei Stunden pro Tag Deutschunterricht erhalten. Er erlitt am 25. August 1998 einen Unfall, als er auf dem Rückweg von einem Ausflug mit seiner Kita Rstraße in B eine Straße überquerte und dabei von einem Kraftfahrzeug erfasst und mitgeschleift wurde. Der Durchgangsarzt Prof. Dr. R vom Universitätsklinikum B F diagnostizierte in seinem Durchgangsarztbericht vom 25. August 1998 ein Polytrauma mit Lungenkontusion beidseits, Schädelbasisfraktur, Schädelhirntrauma zweiten Grades, Schnittverletzungen im Gesicht, Unterarmfraktur rechts und stabiler LWK-V-Fraktur. Der Kläger wurde in der Abteilung für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums B F in der Zeit vom 25. August bis zum 11. September 1998 stationär und anschließend ambulant weiter behandelt (Entlassungsbericht vom 11. September 1998 nebst Bericht der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Klinikums vom 30. August 1998). In dem Abschlussbericht des Universitätsklinikums B F vom 10. Dezember 1998 wurde eine insgesamt nur endgradig eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Handgelenks festgestellt. Der Kläger gehe zur Schule und gebe nur noch geringe Konzentrationsstörungen an. Die Behandlung werde abgeschlossen, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) über die 26. Woche hinaus betrage 10 v. H.

Nachdem sich der Vater des damals noch minderjährigen Klägers endlich mit einer stationären Behandlung seines Sohnes zur Abklärung und Behandlung der Unfallfolgen einverstanden erklärt hatte, wurde er am 24. März 1999 in die Neurologische Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche G aufgenommen. Laut Aufnahmebericht vom 01. April 1999 bestand der Verdacht auf ein noch mittelschweres hirnrorganisches Psychosyndrom mit Beeinträchtigung von Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Leistungsvermögen und Belastbarkeit. Es bestünden unklare Sehstörungen, Sprachstörungen mit Wortfindungsstörungen und grammatikalischen Unsicherheiten (Dysphasie). Der stationäre Aufenthalt endete am 21. Mai 1999. Aus dem Entlassungsbericht vom 12. Juli 1999 ergab sich folgende rehabilitationsmedizinische Beurteilung: Initial und auch jetzt hätten im CT keine Zeichen einer Hirnverletzung oder einer späteren Hirnsubstanzminderung gefunden werden können, es habe kein initiales wesentliches Ödem gegeben. Es bestehe kein Anhalt für ein hirnrorganisches Psychosyndrom. Die Sehstörungen hätten augenärztlicherseits als Folge eines unfallunabhängigen Astigmatismus erklärt und mit einer Brille versorgt werden können. Die Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk habe bis auf ein Beugedefizit von etwa 10 Grad krankengymnastisch geändert werden können. Der Kläger habe hier wiederholt über nicht näher lokalisierbare und unbestimmt beschriebene Rückenbeschwerden geklagt. Bei der Untersuchung hätten sich keine wesentlichen funktionellen oder anatomischen Einschränkungen ergeben. Der anfängliche Verdacht auf eine Fraktur des fünften Lendenwirbelkörpers habe sich bei der Kontrolle nicht bestätigen lassen. Es bestehe insoweit kein Therapiebedarf. Bei Krankengymnastik, Psychomotorik, funktioneller Ergotherapie und Logopädie seien darüber hinaus keine körperlichen Einschränkungen aufgefallen. Die sprachlichen Schwierigkeiten hätten nach der klinisch-psychologischen Untersuchung einer Sprachentwicklungsstörung im Deutschen - wahrscheinlich aufgrund der Zweisprachigkeit - entsprochen. Für eine Teilaphasie habe sich kein ausreichender Anhalt ergeben. Die angegebene vorzeitige Ermüdbarkeit hätte in der Klinik nicht beobachtet werden können. Die festgestellten sprachlichen Störungen seien wahrscheinlich überwiegend nicht unfallbedingt. Es sei aber durch die bei dem Unfall erlittene mittelschwere Hirnverletzung wahrscheinlich eine vo-rübergehende hirnrorganische Leistungsminderung verursacht worden, erkennbar an den Angaben über vorzeitige Ermüdbarkeit und geringe Spontaneität. Dies und der mehrwöchige stationäre Aufenthalt hätten wahrscheinlich die vorbestehenden sprachlichen Störungen wesentlich verstärkt. Bei dem guten

Lernvermögen und Lernverhalten des Klägers sei nach dem Urteil der Sonderpädagogen ein Ausgleich durch eine befristete zusätzliche Förderung zu erwarten. Die diskreten feinmotorischen Schwierigkeiten im Bereich des rechten Handgelenks seien im Alltag und in der Schule nicht wesentlich beeinträchtigend und bedürften keiner besonderen Behandlung. Es werde bis zum Schuljahresende empfohlen, dreimal wöchentlich eine Stunde pädagogische Zusatzförderung/Förderunterricht im Fach Deutsch zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren. Der Kläger habe durch den Unfall erwerbsmindernde Folgen im rentenberechtigenden Ausmaß über die 26. Woche hinaus erlitten. Der Schwerpunkt liege hierbei auf chirurgisch-orthopädischem Gebiet.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellten die Ärzte für Unfallchirurgie Dr. V-S/Dr. G am 11. Januar 2000 ein erstes Rentengutachten, in dem sie zu dem abschließenden Ergebnis kamen, als wesentliche Unfallfolgen bestünden eine Narbenbildung am rechten distalen Unterarm nach operativ versorgter distaler Unterarmfraktur und nachfolgender Materialentfernung bei nahezu uneingeschränkter Beweglichkeit der rechten Hand. Zum größten Teil hätte keine Möglichkeit bestanden, für die von dem Kläger geäußerten Beschwerden ein organisches Korrelat nachzuweisen. Von Seiten des Vaters des Klägers seien unterschiedliche Gesundheitsstörungen als Folge des Unfalls vom 25. August 1998 angeführt worden. Dies seien insbesondere ein Sehfehler, Wachstumsstörungen sowie psychische Beeinträchtigungen. Im Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik G vom 12. Juli 1999 werde ausführlich zu den Unfallfolgen Stellung genommen. Insbesondere der Verdacht auf eine Fraktur des fünften Lendenwirbelkörpers habe ausgeräumt werden können, da es sich bei der vermuteten Frakturlinie um eine beim Heranwachsenden übliche Wachstumsstruktur handele. Zum Sehfehler sei auszuführen, dass es sich hierbei um einen normalen Astigmatismus handele, der mit dem Unfall nichts zu tun habe und mit einer üblichen Brillenversorgung bedacht worden sei. Der von dem Vater des zum Zeitpunkt der Untersuchung 1, 38 m großen Klägers vorgebrachte Hinweis auf eine Wachstumsstörung sei nachgerade widersinnig. Als Begründung sei angegeben worden, ein Freund des Klägers sei vor dem Unfall kleiner, jetzt nach dem Unfall aber größer als dieser. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sei der Vater des Klägers knapp einen Kopf größer gewesen als sein Sohn, aber auch der dezente Hinweis auf diese Tatsache habe ihn nicht bewegen können, über andere Ursachen der angeblichen Wachstumsstörung nachzudenken. Die MdE betrage bis zum 25. September 1998 100 v. H., ab dem 26. September 1998 bis zum 15. November 1998 50 v. H., vom 16. November 1998 bis zum 21. Mai 1999 (Ende des stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik G) 20 v. H. und ab dem 22. Mai 1999 bis zum 05. Januar 2000, dem Tag vor der Untersuchung durch den Gutachter, 10 v. H. Ab dem 06. Januar 2000 werde die MdE voraussichtlich bis zum 30. Juni 2000 weiter 10 v. H. betragen, danach voraussichtlich nur noch 0 v. H.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 24. März 2000 den Unfall des Klägers vom 25. August 1998 als Arbeitsunfall an und gewährte ihm eine Verletztenrente für die Zeit vom 26. August bis zum 25. September 1998 nach einer MdE von 100 v. H., für die Zeit vom 26. September bis zum 15. November 1998 nach einer MdE von 50 v. H. sowie für die Zeit vom 16. November 1998 bis zum 21. Mai 1999 nach einer MdE von 20 v. H. Über den 21. Mai 1999 hinaus werde die Gewährung einer Rente abgelehnt, weil keine rentenberechtigende MdE mehr vorliege. Als Folgen des Arbeitsunfalls wurden eine geringe Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Hand nach in achsengerechter Stellung knöchern konsolidierter distaler Unterarmfraktur rechts sowie eine Zahnhalbsfraktur Grad II des Zahnes 12 anerkannt. Das Schädelhirntrauma zweiten Grades, die Schädelbasis- und Gesichtsschädelfrakturen, die Nasenbeinfraktur, die Lungenkontusion beidseitig, die Prellungen im Bereich des fünften Lendenwirbelkörpers, das Leberhämatom, das kapsuläre Hämatom der rechten Niere und die Schnittverletzungen im Gesicht seien folgenlos ausgeheilt. Den gegen den Bescheid eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, bei der für den Rentenbescheid ausschlaggebenden Begutachtung durch Dr. V-S seien die psychischen und neurologischen Beeinträchtigungen, die er durch den Unfall als Spätfolgen erlitten habe, völlig außer Acht gelassen worden. Er leide seit fast zwei Jahren nach dem Unfall unter Rücken-schmerzen, gelegentlichen Kopfschmerzen, Schmerzen im linken unteren Bein, schneller Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit und Trägheit. Deshalb werde Rente auch für die Zeit nach dem 21. Mai 1999 begehrt. Es sei davon auszugehen, dass eine dauerhafte Beeinträchtigung von mindestens 20 v. H. bestehe. Mit Widerspruchsbescheid vom 13. Juli 2000 wies die Beklagte den Widerspruch unter Bezugnahme auf das Ergebnis der medizinischen Ermittlungen zurück.

Dagegen hat der Kläger vor dem Sozialgericht Berlin Klage erhoben, mit der er sein Begehren, eine Verletztenrente über den 21. Mai 1999 hinaus zu erhalten, weiterverfolgt hat. Er hat sich auf ein Attest des Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie G H vom 05. September 2000 bezogen, der den Kläger seit dem 18. Mai 2000 behandelt. Dieser hat eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung diagnostiziert.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat das Sozialgericht die Schulzeugnisse des Klägers von der R Grundschule im Bezirk N vom 19. Juni 1996, 18. Juni 1997 und 08. Juli 1998, die Zeugnisse der T-S-Grundschule, ebenfalls im Bezirk N, vom 29. Januar 1999, 14. Juli 1999, 28. Januar 2000 und 19. Juli 2000 sowie die Zeugnisse der O-W-Grundschule im Bezirk F-K vom 31. Januar 2001, 18. Juli 2001 und 31. Januar 2002 beigezogen. Im Termin am 27. Mai 2003 hat das Sozialgericht den Lehrer an der O-W-Grundschule N M als Zeuge zu dem Verhalten des Klägers nach dem Arbeitsunfall am 25. August 1998 befragt. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt des Sitzungsprotokolls vom 27. Mai 2003 Bezug genommen. Außerdem hat das Sozialgericht einen Befundbericht der Fachärztin für Kinderkrankheiten Dr. E vom 26. Juni 2003 eingeholt. Im Anschluss daran hat das Sozialgericht Prof. Dr. L, Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der C Campus V-Klinikum, mit der Begutachtung und Untersuchung des Klägers beauftragt. Ein Gutachten ist jedoch nicht erstattet worden, da der Kläger mehrfachen Aufforderungen, sich zur Untersuchung einzufinden, nicht gefolgt ist.

Durch Urteil vom 26. Februar 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente über den 21. Mai 1999 hinaus, weil seine Erwerbsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. August 1998 nicht mehr in rentenberechtigendem Grad gemindert sei. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen auf körperlichem (orthopädisch-chirurgischem) Fachgebiet rechtfertigten über den 21. Mai 1999 hinaus nur noch die Einschätzung einer MdE von 10 v. H. Aus dem Gutachten des Dr. V-S ergebe sich, dass aus unfallchirurgischer Sicht nur eine Narbenbildung am rechten distalen Unterarm als Unfallfolge verblieben sei. Die Beweglichkeit der rechten Hand sei nahezu uneingeschränkt. Eine Wachstumsstörung liege nicht vor. Die nachgewiesenen Sehstörungen seien Folge eines unfallunabhängigen Astigmatismus. Wie sich aus dem Zeugnis vom 19. Januar 1996 ergebe, sei die Feinmotorik des Klägers bereits vor dem Unfall gestört gewesen und hätte weiterer Förderung bedurft. Erst im Laufe der Jahre habe sich die Feinmotorik gebessert, wie sich aus den Zeugnissen vom 18. Juni 1997 und 08. Juli 1998 ergebe. Nach dem Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik G seien die feinen Hand- und Fingerbewegungen rechts mehr als links noch unsicher und verlangsamt gewesen. Die diskreten feinmotorischen Schwierigkeiten beeinträchtigten den Kläger jedoch nicht wesentlich im Alltag und in der Schule und bedürften keiner besonderen Behandlung. Für die vom Vater des Klägers geforderte weiterführende Untersuchung der Wirbelsäule bzw. des Rückens hätten die behandelnden Ärzte der Rehabilitationsklinik keine Indikation

gesehen. Psychische Unfallfolgen seien bisher nicht nachgewiesen. Insofern könne auch keine MdE objektiviert werden. Unfallbedingte Konzentrationsstörungen bestünden nach gegenwärtigem Erkenntnisstand nicht. Während des stationären Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik G hätten Konzentrationsstörungen nicht festgestellt werden können. Die von Herrn H attestierte posttraumatische Belastungsstörung sei ebenfalls bisher nicht nachgewiesen. Dies gelte auch für die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. Nach dem Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik G habe sich der Kläger dort rasch eingelebt und sei sehr kontraktfreudig und selbständig gewesen. Im Klinikschulunterricht sei er motiviert und lernbereit gewesen. Er habe sich auch über längere Zeiträume gut konzentrieren können, habe sauber und überdurchschnittlich, aber etwas verlangsamt gearbeitet. Ähnlich habe sich der Zeuge M geäußert. Danach sei der Kläger ziemlich schnell von der Klasse akzeptiert worden, in die er Ende August 2000 gekommen sei. Der Kläger sei dem Zeugen M verträumt in dem Sinne erschienen, als dass er manchmal abwesend gewesen sei. Im Vergleich zu seinen Mitschülern habe der Kläger nach Aussage des Zeugen eher eine Ausnahme im positiven Sinne gebildet. Er habe konstruktiv mitgearbeitet und z. B. nicht den Unterricht gestört. Die sprachlichen Störungen des Klägers seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Unfallfolge. Aus dem Zeugnis vom 19. Juni 1996 ergebe sich, dass der Kläger damals über keinerlei aktiven Wortschatz in der deutschen Sprache verfügt habe. Der Kläger sei aus nicht stichhaltigen Gründen der Aufforderung zur Begutachtung nicht gefolgt. Ein kinderpsychiatrisches Gutachten nach Aktenlage erscheine der Kammer nicht sinnvoll. Soweit sich jedoch unfallbedingte Gesundheitsstörungen und Funktionseinschränkungen nicht objektivieren ließen, gehe dies nach dem auch im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Klägers.

Gegen das Urteil des Sozialgerichts richtet sich die Berufung des Klägers, mit der er seine Bereitschaft erklärt hat, sich einer gutachterlichen Untersuchung zu unterziehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Februar 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 24. März 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Juli 2000 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. August 1998 eine Verletztenrente über den 21. Mai 1999 hinaus nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60 v. H. zu gewähren, hilfsweise Beweis zu erheben hinsichtlich der vom Gericht aufgeworfenen grundsätzlichen Zweifel an der Fachlichkeit des jugendpsychiatrischen Gutachtens von Prof. Dr. L durch weitere Fragen an Frau Prof. Dr. L, hilfsweise ein weiteres jugendpsychiatrisches Gutachten eines anderen Sachverständigen, der sich auch mit dem Gutachten von Prof. Dr. L auseinandersetzen hat, einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ermittlung des Sachverhalts hat der Senat Befundberichte der Fachärztin für Kinderkrankheiten Dr. E vom 22. September 2005 und 25./28. November 2005 eingeholt. Danach bestanden bei dem Kläger im Vergleich zu Kindern seiner Altersgruppe und Sozialisation weder vor noch nach dem Unfall Auffälligkeiten im Hinblick auf das Konzentrationsvermögen, den Affekt und den Antrieb. Veränderungen im Verhalten bzw. im psychischen Gesundheitszustand seien nach dem Unfall am 25. August 1998 nicht eingetreten.

Daraufhin hat der Senat Prof. Dr. L erneut mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers beauftragt. In ihrem Gutachten vom 03. April 2006 hat die Sachverständige festgestellt, der Kläger leide unfallbedingt an einem hirnorganischem Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F 07.2). Es handele es sich dabei um einen Hirnschaden mit psychischer Störung, in diesem Fall mittelgradig, da der Kläger im Alltag deutlich beeinträchtigt sei und somit ein "Grad der Behinderung/MdE-Grad" von 50 bis 60 bestehe. Es müsse davon ausgegangen werden, dass dies durch den Unfall ausgelöst worden sei und seither bestehe. In der ergänzenden Stellungnahme vom 15. Februar 2007 hat sich die Sachverständige zu den Einwendungen der Beklagten und der Aufforderung des Gerichts, die Einschätzung der MdE zu präzisieren und näher zu begründen, geäußert. Danach liege bei dem Kläger eine organische Störung mittelgradigen Ausmaßes vor. Dafür sei bei Schönberger/Mertens/Valentin eine MdE von 40 bis 50 v. H. angesetzt. Hinzu kämen zentrale vegetative Störungen als Ausdruck eines Hirndauerschadens wie Kopfschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen, die ebenfalls als mittelgradig einzustufen seien, da sie sehr häufig berichtet würden. Hierfür sei eine MdE von 20 bis 30 v. H. angegeben. Insofern sei eine Gesamt-MdE von 50 bis 60 auch bei Zugrundelegung der Kriterien von Schönberger/Mertens/Valentin angemessen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig aber unbegründet. Ihm steht, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, wegen der Folgen des am 25. August 1998 erlittenen Arbeitsunfalls eine Verletztenrente über den 21. Mai 1999 hinaus nicht zu.

Der Rentenanspruch richtet sich nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei jugendlichen Versicherten wird die MdE nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden ([§ 56 Abs. 2 S. 1](#) und 2 SGB VII).

Für die Weitergewährung der begehrten Verletztenrente ist danach erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Unfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist,

grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Möglichkeit - ausreicht (BSG SozR 3-2200 § 551 RVO Nr. 16 m. w. N.). Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Überzeugung des Gerichts gegründet werden kann.

Mit dem angefochtenen Bescheid vom 24. März 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. Juli 2000 hat die Beklagte das Ereignis vom 25. August 1998 als Arbeitsunfall i. S. von § 8 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 2 Abs. 1 Nr. 8b) SGB VII anerkannt und festgestellt, dass die geringe Bewegungseinschränkung der rechten Hand nach in achsengerechter Stellung knöchern konsolidierter distaler Unterarmfraktur rechts Folge dieses Arbeitsunfalls ist. Das Schädelhirntrauma zweiten Grades, die Schädelbasis- und Gesichtsschädelfrakturen, die Nasenbeinfraktur, die Lungenkontusion beidseitig, die Prellung im Bereich des fünften Lendenwirbelkörpers, das Leberhämatom, das subkapsuläre Hämatom der rechten Niere und die Schnittverletzungen im Gesicht seien folgenlos ausgeheilt. Die Anerkennung des mittelgradigen Astigmatismus als Unfallfolge ist von der Beklagten ausdrücklich abgelehnt worden.

Diese Feststellungen hält der Senat für zutreffend. Er ist davon überzeugt, dass die anerkannten Unfallfolgen keine MdE in rentenberechtigendem Grade ergeben und dass keine weiteren Gesundheitsstörungen nachgewiesen sind, die wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall vom 25. August 1998 zurückzuführen sind. Der Senat stützt seine Auffassung im Wesentlichen auf den Abschlussbericht der Rehabilitationsklinik G vom 12. Juli 1999, auf das im Verwaltungsverfahren erstattete Gutachten von Dr. V-S/Dr. G vom 11. Januar 2000 und auf das Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. L vom 03. April 2006.

Danach rechtfertigt die unfallbedingte geringe Bewegungseinschränkung der rechten Hand keine MdE von 20 v. H. über den 21. Mai 1999 hinaus. Denn die Einschränkungen der Beweglichkeit weichen nach den gutachterlichen Feststellungen von Dr. V-S nur geringfügig um 5-10 Grad von dem Bewegungsausmaß der linken Hand ab. Im Übrigen entsprechen die nach der Neutral-Null-Methode erhobenen Bewegungsausmaße mit 65/0/65 für Strecken und Beugen sowie mit 40/0/25 für Abwinkeln speichen- und ellenwärts den Normalmaßen (35-60/0/50-60 und 30-40/0/25-30; vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. A. 2003, Kap. 2.3.3.3).

Auf orthopädisch-chirurgischem Gebiet bestehen keine - weiteren - Unfallfolgen mehr. Der Verdacht auf eine LWK-5-Fraktur, wie er in dem D-Arztbericht von Prof. Dr. R vom 25. August 1998 erstmals gestellt worden ist, hat sich nicht bestätigt. Dr. V-S hat dies damit erklärt, dass es sich bei der vermuteten Frakturlinie um eine bei Heranwachsenden übliche Wachstumsstruktur handele. Auch das orthopädische Konsil vom 14. Mai 1999 für die Rehabilitationsklinik G hat keinen Anhalt für eine Fraktur feststellen können. Für die geklagten Rückenschmerzen im thorakolumbalen Übergang hat sich kein objektivierbarer Befund, auch nicht auf neurologischem Gebiet, ergeben. Klinisch zeigte sich die Wirbelsäule gerade aufgebaut und in allen Segmenten frei beweglich. Sowohl in dem Abschlussbericht als auch in dem Gutachten wird nicht ausgeschlossen, dass bei den Beschwerden der Vater des Klägers eine Rolle spielt. Der Kläger ist auch nicht unfallbedingt kleinwüchsig, wie Dr. V-S, der auf den nur knapp einen Kopf größeren Vater des zum Zeitpunkt seiner Untersuchung erst 11 Jahre alten Klägers verweist, ausführt. Bei der Untersuchung durch die gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. L am 16. Februar 2006 war der zu dieser Zeit 17 Jahre alte Kläger immerhin 1,71 m groß. Damit kann von einem - unfallbedingten - Kleinwuchs keine Rede sein.

Der Kläger leidet weiter an einem Astigmatismus, d. h. einer Hornhautverkrümmung, wodurch ein in den Augapfel einfallender Lichtstrahl unterschiedlich stark gebrochen wird. Dem Kläger ist zur Korrektur dieser degenerativen Fehlsichtigkeit eine Brille verordnet worden, die er jedoch nach seinen eigenen Angaben gegenüber der Sachverständigen Prof. Dr. L und dem Senat in der mündlichen Verhandlung nicht trägt. Eine traumatische Verursachung dieser Fehlsichtigkeit, etwa durch die unfallbedingte Narbe auf dem rechten Oberlid, ist von allen den Kläger behandelnden und begutachtenden Ärzten ausgeschlossen worden. Da auch die Schwester des Klägers an Astigmatismus leidet, ist eine familiäre Disposition nicht auszuschließen.

Das Hals-Nasen-Ohrenärztliche Konsil vom 29. März 1999 für die Rehabilitationsklinik G hat ebenfalls keine posttraumatischen Auffälligkeiten erbracht. Die geklagten Beschwerden des Klägers, der behauptet, wegen der Nasenbeinfraktur eine schiefe Nase zu haben und nicht genug Luft durch die linke Seite der Nase zu bekommen, sind damit nicht belegt.

Auch auf internistischem Gebiet bestehen keine Unfallfolgen mehr. Bereits aus dem Bericht der Klinik für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums B F vom 30. August 1998 ergibt sich ein fast vollständig resorbiertes Leberhämatom, die Nierenfunktion war qualitativ und quantitativ im Normbereich und der pulmonale Gasaustausch ausreichend. In dem Entlassungsbericht der Abteilung für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums B F vom 11. September 1998 wird von vollständig resorbierten Hämatomen berichtet.

Letztlich hält es der Senat nicht für wahrscheinlich, dass der Unfall bei dem Kläger zu Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet geführt hat, die seine Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Grad mindern.

Die gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. L hat in ihrem Gutachten vom 03. April 2006 einen insgesamt unauffälligen neurologischen Befund erhoben. Die von ihr veranlassten EEG-Untersuchungen am 20. Februar und 02. März 2006 haben einen altersentsprechenden Befund ergeben. Das MRT vom 15. März 2006 ergab keinen Nachweis von intrakraniellen Residuen. Es ist aufgrund des MRT die Diagnose einer nicht näher bezeichneten Verletzung des Kopfes (Verletzung: Gesicht o. n. A., Nase o. n. A., Ohr o. n. A.) nach ICD-10 S 09.9 gestellt worden. Bereits die EEG-Untersuchungen am 02. September 1998 im Universitätsklinikum B F sowie am 06. April 1999 in der Rehabilitationsklinik G haben einen insgesamt altersentsprechenden Befund erbracht. Das Schädel-CT in der Rehabilitationsklinik G vom 18. Mai 1999 war ebenfalls im Wesentlichen unauffällig, es waren keine posthämorrhagischen und postkontusionellen Substanzdefekte und keine Liquorzirkulationsstörungen festzustellen, sondern damals allenfalls eine diskrete Hypodensität beidseits fronto-basal.

Prof. Dr. L hat die von dem behandelnden Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie H gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt. Allerdings hat sie ein hirnanorganisches Psychosyndrom (ICD-10 F 07.2) festgestellt, das wahrscheinlich durch den Arbeitsunfall verursacht worden sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die schwache intellektuelle Leistung des Klägers als Folge des Schädel-Hirn-Traumas zu werten sei. Bis zu dem Unfall seien seine schulischen Leistungen durchschnittlich gut gewesen, wie seine Zeugnisse belegten. Er habe in seinen Leistungen denen seiner jüngeren Geschwister, die inzwischen erfolgreich weiterführende Schulen besuchten, geähnelte. An den Zeugnisnoten nach dem Unfall sei eindeutig abzulesen, dass seine intellektuellen Möglichkeiten nicht mehr ausreichten, um die an ihn gestellten Erwartungen zu erfüllen. Im Rahmen der durchgeführten testpsychologischen Untersuchung

haben eindeutig belegt werden können, dass der Lernprozess des Klägers erheblich verlangsamt sei und eine deutliche Beeinträchtigung in der visuell-figuralen Lern- und Gedächtnisleistung bestehe. Die Vergessensrate sei auffällig hoch bei weit unter-durchschnittlicher Lernleistung gewesen. Im Verlauf der testpsychologischen Untersuchung habe die Konzentration nachgelassen. Das Ganze sei von einer milden bis mäßigen Ausprägung depressiver Symptome begleitet gewesen. Alle von dem Kläger geschilderten und durch Untersuchungen belegten Symptome seien in die gestellte Diagnose eingebettet. Aufgrund des offensichtlich seit Jahren bestehenden hirnrorganischen Psychosyndroms sei davon auszugehen, dass sich dieser Zustand nicht mehr wesentlich ändern werde. Der Kläger bedürfe der spezifischen Förderung sowohl in der Schule als auch später in der Berufsausbildung.

Nach dem ICD-10 F 07.2 folgt das organische Psychosyndrom einem Schädeltrauma, das meist schwer genug ist, um zur Bewusstlosigkeit zu führen. Es besteht aus einer Reihe verschiedenartiger Symptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung, Reizbarkeit, Schwierigkeiten bei Konzentration und geistigen Leistungen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen und verminderter Belastungsfähigkeit für Stress, emotionale Reize oder Alkohol. Außerdem erscheint es als postkontusionelles Syndrom (Enzephalopathie) und posttraumatisches (organisches) Psychosyndrom nicht psychotisch. Die Diagnose leitet die Sachverständige aus den die Erkrankung charakterisierenden Symptomen ab, die allein aufgrund der Angaben des Klägers und seines ebenfalls befragten Vaters sowie der Ergebnisse der mitarbeiterabhängigen psychologischen Tests festgestellt worden sind.

Diese Feststellung der Sachverständigen ist jedoch nicht ausreichend, denn sie setzt sich nicht mit dem bestehenden organischen Befund im Bereich des Gehirns und den nachgewiesenen intellektuellen Fähigkeiten des Klägers auseinander. Nach dem Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. R vom 25. August 1998, bestätigt durch den Entlassungsbericht des Universitätsklinikums B F vom 11. September 1998, erlitt der Kläger durch den Unfall ein Schädel-Hirn-Trauma zweiten Grades. Dabei handelt es sich um eine Hirnprellung (Contusio cerebri) leichten Grades mit morphologisch fassbarer Schädigung der Hirnsubstanz und Rückbildung der objektiven psychischen Beeinträchtigung innerhalb von 21 Tagen. Die Diagnose einer Hirnkontusion wird aufgrund des klinischen Untersuchungsbefunds gestellt, wenn die auf das Trauma folgende (initiale) Bewusstseinstörung länger als zwei Stunden andauert, neurologische Anfallsymptome, z. B. Lähmungen, auftreten oder der Verletzte einen epileptischen Anfall erleidet. Gelegentlich werden hirnkontusionelle Schäden bei deutlich kürzerer Bewusstlosigkeit nachgewiesen; dies gilt vor allem bei Gesichtschädelverletzungen unter frontaler Gewalteinwirkung auf den Schädel (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 5.3.2.2.). Solche Gesichtschädelverletzungen hat der Kläger in Form von Schädelbasis- und Gesichtschädelfrakturen sowie einer Nasenbeinfraktur erlitten, die jedoch nach den unangegriffenen Feststellungen in dem angefochtenen Bescheid folgenlos ausgeheilt sind. Der Nachweis einer Hirnsubstanzschädigung geschieht mittels apparativer Verfahren, insbesondere Elektroenzephalographie (vor allem zur Anfalldiagnostik), kranialer Computertomographie und Kernspintomographie. Bei ausgedehnter Hirnsubstanzschädigung können Dauerschäden verbleiben: Halbseitenlähmung, neuropsychologische Störungen, posttraumatische Anfallsleiden und psychische Auffälligkeiten im Sinne einer "Hirnleistungsschwäche und Wesensveränderung" (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 5.3.2.2.). Die bei dem Kläger mehrfach durchgeführte apparative Diagnostik hat jedoch keineswegs Hirnverletzungen nachgewiesen, die über den 21. Mai 1999 hinaus bestehen. Am Unfalltag wurden diskrete, bifrontale Kontusionsblutungen ohne Zeichen eines Hirnödems und ohne weitere intracerebrale Blutungen festgestellt. Im Kontroll-CCT vom 28. August 1998 zeigten sich die Kontusionsblutungen bereits in Resorption (Bericht der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Universitätsklinikums B F vom 30. August 1998). Während zunächst das EEG vom 02. September 1998 eine leichte, streckenweise mäßige Allgemeinveränderung ohne sichere lokalisierte Funktionsstörung und ohne epilepsiespezifische Potentiale und dass EEG vom 28. Oktober 1998 nur noch eine Grundaktivität an der Grenze zur leichten Allgemeinveränderung mit der Beurteilung einer deutlichen Besserung ergeben hatte, waren die Befunde aufgrund der EEG-Untersuchung am 06. April 1999 in der Rehabilitationsklinik G insgesamt altersentsprechend. Das Schädel-CT in der Rehabilitationsklinik G vom 18. Mai 1999 war ebenfalls unauffällig, es waren keine posthämorrhagischen und postkontusionellen Substanzdefekte und keine Liquorzirkulationsstörungen festzustellen, sondern damals allenfalls eine diskrete Hypodensität beidseits fronto-basal. Auch die von Prof. Dr. L veranlassten EEG-Untersuchungen am 20. Februar und 02. März 2006 haben einen altersentsprechenden Befund ergeben. Das MRT vom 15. März 2006 ergab außerdem keinen Nachweis von intrakraniellen Residuen. Damit ist eine Hirnsubstanzverletzung als notwendige Voraussetzung eines hirnrorganischen Psychosyndroms ausgeschlossen. Zu diesem Schluss ist die Rehabilitationsklinik G in dem Abschlussbericht vom 12. Juli 1999 gekommen. Sie hat keinen Anhalt für ein hirnrorganisches Psychosyndrom gefunden und nachvollziehbar ausgeführt, das Schädel-Hirn-Trauma habe vermutlich eine vorübergehende hirnrorganische Leistungsminderung verursacht, wie sie auch in dem Entlassungsbericht vom 11. September 1998 und dem Zwischenbericht vom 14. Oktober 1998 des Universitätsklinikums B F zum Ausdruck gekommen ist. Hier wird nämlich geschildert, dass der Kläger noch über deutliche Konzentrationsschwäche und schnelle Ermüdbarkeit klagt. Die Sachverständige, die die fehlenden objektiven Befunde zur Kenntnis nimmt, aber nicht weiter berücksichtigt und diskutiert, hat sich auch nicht mit den gegenteiligen Bewertungen der Leistungsfähigkeit und des Sozialverhaltens des Klägers durch die Rehabilitationsklinik G, den Zeugen M und die beigezogenen Zeugnisse auseinandergesetzt. Das Sozialgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2004 ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, dass unfallbedingte Konzentrations- und Sprachstörungen des Klägers, der von seiner neuen Klasse schnell akzeptiert worden und dessen Muttersprache türkisch sei, nicht belegt seien. Dagegen hat der Kläger keine Einwendungen vorgebracht. Der Senat verweist deshalb zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung, [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Die bis zum Abschluss der fünften Klasse am 18. Juli 2001, also knapp drei Jahre nach dem Arbeitsunfall, vorliegenden Zeugnisse belegen eine durchschnittliche schulische Leistung des Klägers mit zum Teil nur ausreichenden Noten im Fach Deutsch. Dass die Noten des Klägers, der im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. L die zehnte Klasse einer Realschule besucht hat, ohne bisher eine Klasse wiederholt zu haben, nach Auffassung der Sachverständigen im letzten Schuljahr deutlich schlechter geworden seien, mag zwar zutreffen, kann aber auch auf Gründen beruhen, die die Sachverständige nicht einmal ansatzweise diskutiert hat, obwohl sie sich nahezu aufdrängen. So sind die Noten des Klägers, die sie nur auszugsweise wiedergibt, auf der Oberschule (Gymnasium) sofort drastisch schlechter geworden (Hauptfächer: 5). Nach dem Wechsel auf die Realschule weist das Zeugnis vom 02. Juli 2003 nach den gutachterlichen Ausführungen jedoch wieder gute bis durchschnittliche Noten auf, so etwa in Deutsch mündlich 2, Rechtschreibung 5 und Deutsch allgemein 3. Prof. Dr. L konstatiert zunächst eine leichte Stabilisierung der Notenlage mit später erneuter Verschlechterung, zuletzt in dem Zeugnis vom 27. Januar 2006 mit einer 5 in Deutsch schriftlich und mündlich, einer 4 in Englisch sowie in Erdkunde, Chemie und Arbeitslehre. Diese Verschlechterung der schulischen Leistung auf den Arbeitsunfall zurückzuführen, hätte jedoch, abgesehen vom fehlenden organischen Befund, einer besonderen Erklärung angesichts des langen Zeitablaufs seit dem Arbeitsunfall, dem Eintritt der Pubertät des jugendlichen Klägers und den damit verbundenen allgemeinbekannten Schwierigkeiten auch im schulischen Bereich sowie der zwischenzeitlichen Stabilisierung einer durchschnittlichen Leistung bedurft. Des Weiteren hätte sich die Sachverständige mit dem Umstand auseinandersetzen müssen, dass der entgegen der Empfehlung des Grundschullehrers M von den Eltern veranlasste Wechsel auf das Gymnasium eine erhebliche Überforderungssituation für den Kläger darstellte. Es ist auch keine hinreichende Erklärung, auf die in schulischer Hinsicht

erfolgreicheren jüngeren Geschwister des Klägers zu verweisen, denn es gibt keinen Erfahrungssatz, dass alle Kinder eines Elternpaares gleich intelligent und leistungswillig sind. Keineswegs kann ausgeschlossen werden, dass der Kläger, der die deutsche Sprache erst mit Schuleintritt erlernt hat und zumindest dessen Vater nahezu kein Deutsch spricht, diesen Mangel, wie viele Migranten, im Laufe der Jahre nicht hinreichend beheben konnte. Letztlich sind die angegebenen Kopfschmerzen, die Müdigkeit und Konzentrationsschwäche von der Sachverständigen nicht weiter hinterfragt worden. Dazu hätte aber angesichts des Umstands, dass sich der Kläger trotz seines Astigmatismus weigert, die verordnete Brille zu tragen, Anlass bestanden. Die Sachverständige hat auch die Testergebnisse, die eine weit unterdurchschnittliche Lernleistung und eine auffallend hohe Vergessensrate erbracht haben, kritiklos übernommen, obwohl diese mitarbeiterabhängig sind und in einem auffallenden Missverhältnis zu den Testergebnissen in der Rehabilitationsklinik G und letztlich auch zu den größtenteils durchschnittlichen Schulzeugnissen stehen. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Kläger angegeben, das Fachabitur, Schwerpunkt Kfz-Technik, ablegen zu wollen. Deshalb habe er den Realschulabschluss zweimal gemacht, um den Notendurchschnitt zu verbessern. Sowohl diese Ausführungen des Klägers als auch die nachgewiesenen bzw. durch die Sachverständige mitgeteilten schulischen Leistungen lassen sich zur Überzeugung des Senats mit dem Bild eines Menschen mit einer intellektuellen Gesamtbefähigung im Grenzbereich von durchschnittlicher bis unterdurchschnittlicher Intelligenz, der nach Auffassung der Sachverständigen der spezifischen Förderung sowohl in der Schule als auch später in der Berufsausbildung bedarf, nicht vereinbaren.

Nach alledem kann der Auffassung von Prof. Dr. L, bei dem Kläger bestehe ein unfallbedingtes hirnrorganisches Psychosyndrom, nicht gefolgt werden.

Die Einschätzung der MdE durch die Sachverständige ist erst recht nicht nachvollziehbar. Zum einen sind die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX), auf die sich Prof. Dr. L zunächst bezogen hat, im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht anwendbar. Aber auch bei Anwendung der unfallversicherungsrechtlichen Erfahrungssätze, wie sie z. B. bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 5.3.7.1. und 5.3.7.2. wiedergegeben sind, ist eine MdE von 50 oder 60 und damit eine Verletztenrente über den 21. Mai 1999 hinaus nicht zu rechtfertigen. Dies setzt beispielsweise einen Gesundheitszustand voraus, wie er bei einer Hirnleistungsschwäche und organischen Wesensveränderung mittelgradigen bis schweren Ausmaßes oder bei hirnpathologischen herdbedingten Ausfällen mittelgradigen Ausmaßes, zerebral bedingten Teillähmungen mittelgradigen bis schweren Ausmaßes bzw. zerebralen Anfällen mittlerer Häufigkeit mit Pausen von Wochen gegeben ist. Dass bei dem Kläger Unfallfolgen von solch einem Schweregrad vorliegen, ist auch nach dem von Prof. Dr. L erhobenen Befund offensichtlich nicht der Fall.

Anhaltspunkte für weitere medizinische Ermittlungen sind für den Senat nicht ersichtlich. Den Hilfsanträgen des Klägers brauchte der Senat ebenfalls nicht nachzugehen. Unabhängig davon, dass die Beweisanträge, bei denen sowohl die Benennung des Beweismittels als auch des Beweisthemas fehlt, in dieser Form nicht zulässig sind, wären sie auch in der Sache nicht begründet. Der gerichtlichen Sachverständigen ist nämlich bereits Gelegenheit gegeben worden, zu den Einwänden der Beklagten und des Gerichts Stellung zu nehmen. In der Stellungnahme vom 15. Januar 2007 hat sie sich geäußert. Diese Äußerung hatte der Senat unter Berücksichtigung der bereits vorliegenden medizinischen Berichte, Befunde und Gutachten zu bewerten. Der Senat hat außerdem keine Zweifel an der "Fachlichkeit des jugendpsychiatrischen Gutachtens von Prof. Dr. L", er kann vielmehr die dort getroffene Diagnose mit den vorliegenden Befunden und Symptomen nicht nachvollziehen. Es bedurfte auch nicht der Einholung eines weiteren jugendpsychiatrischen Gutachtens, denn der Senat ist aufgrund des Entlassungsberichts der Rehabilitationsklinik G vom 12. Juli 1999 davon überzeugt, dass der Kläger, der sich dort immerhin fast zwei Monate aufgehalten hat, nicht an einem hirnrorganischen Psychosyndrom leidet. Weitere psychiatrische Erkrankungen hat die gerichtliche Sachverständige nicht bestätigt.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-07-25