

## L 3 U 217/10

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)  
Aktenzeichen  
S 12 U 117/06  
Datum  
30.09.2010  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 3 U 217/10  
Datum  
03.05.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 30. September 2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1958 geborene Klägerin erlitt bei ihrer Tätigkeit als Erzieherin am 20. April 2004 einen von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall, als sie auf dem Spielplatz der Station K 4 der Landesnervenklinik B von einem Kind einen Fußball gegen die linke Kopfseite bekam. Erstmals am 04. Mai 2004 suchte sie die Fachärztin für HNO-Heilkunde U auf und gab an, sie habe nach dem Unfall Kopfschmerzen, Ohrrauschen und ein Gefühl der Hörminderung links gehabt. Diesen Beschwerden habe sie zunächst keine Bedeutung beigemessen, ihre Arbeit fortgesetzt und sich bei andauernden Beschwerden zunächst beim Hausarzt Dr. N vorgestellt. Die Untersuchung des äußeren und des Mittelohres durch die HNO-Ärztin U (vgl. Befundbericht [BB] vom 03. Juni 2004) ergab keine Auffälligkeiten, das Tonaudiogramm zeigte links einen geringen Hochtonabfall bis 30 dB bei 6 kHz. Die Klägerin habe einen Tinnitus bei 1,5 kHz, sowie ein zusätzliches, nicht bestimmbares Geräusch um 8 kHz angegeben. Gegenüber dem Durchgangsarzt (DA) Dr. T, bei dem sich die Klägerin erst am 01. September 2004 vorstellte, gab sie an, dass Kopfschmerzen und Geräusche im Ohr erst 3 Tage nach dem Unfall aufgetreten seien, sie habe aber weiterhin Geräusche im Ohr, insbesondere in Ruhe. Als Erstdiagnose wurde ein Z. n. Prellung der linken Gesichtshälfte und Ohrgeräusche gestellt. Im Nachschauerbericht vom 23. September 2004 teilte Dr. T mit, dass die Klägerin bei der Kontrolluntersuchung weiterhin ein Ohrensausen und -rauschen wechselnder Intensität beschrieben habe. Mit BB vom 25. Oktober 2004 (Untersuchung am 28. September 2004) teilte der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W mit, dass es sich offensichtlich um eine traumatische Schädigung von Mittelohrstrukturen mit Tinnitus handele und eine differenzierte neurologische Diagnostik nicht erforderlich sei.

Gegenüber der Beklagten gab die Klägerin an (Schreiben vom 30. November 2004, Tinnitus-Fragebogen vom 27. April 2005), dass Ohrgeräusche, Kopfschmerzen und Gehörminderung am dritten Tag nach dem Unfall angefangen hätten. Das Ohrgeräusch (hohes Rauschen) habe in Lautstärke und Intensität zum Anfang variiert und sei seit ca. 3 Monaten konstant. Sie habe dadurch Schlafprobleme und Probleme im Ruhezustand, die Verständigung mit den Mitmenschen und die Konzentrationsfähigkeit seien eingeschränkt.

Die behandelnde HNO-Ärztin U teilte mit (BB'e vom 04. Dezember 2004, 10. und 28. Februar und 30. April 2005), dass in den Tonschwellenaudiogrammen eine Normalhörigkeit beidseits nachweisbar gewesen sei. Links liege bei 6000 Hz ein geringgradiger Hochtonabfall bis 25 - 30 dB vor (Audiogramme vom 04. Mai 2004 und 26. April 2005). Die Befunde betreffend Gehörgang, Trommelfell, Tuben, Nase, Nasenrachenraum seien unauffällig. Die Hirnstammaudiometrie (BERA) habe keine pathologischen interauralen Differenzen und keinen Anhalt für retrocochleäre Schäden ergeben. Die otoakustischen Emissionen seien links zwischen 1 und 3 kHz und rechts zwischen 1,5 und 6 kHz nachweisbar gewesen. Eine genaue Tinnitusbestimmung gelinge trotz schallisoliertem Raum und unter Kopfhörern nicht. Die Intensität wechse wohl in Abhängigkeit der psychischen Verfassung, bei der Vorstellung am 21. September 2004 sei der Tinnitus am Abend und nachts wieder als sehr störend angegeben worden und im Dezember 2004 habe die Problematik einen Höhepunkt mit beginnender depressiver Verstimmung erreicht. Die Überweisung zur Psychotherapie sei abgelehnt worden. Ab Mitte Januar sei eine Stabilisierung der psychischen Situation erfolgt, die Klägerin habe Wohlbefinden und gute Toleranz des Tinnitus angegeben, die Geräusche würden akzeptiert, die Therapie sei beendet worden. Am 26. April 2005 sei der Tinnitus kaum wahrnehmbar gewesen. Er sei kompensiert und werde seit Januar 2005 mit einer MdE von 0 bewertet. Nach dem Befund sei eine spontane Entstehung des Tinnitus möglich, dass Unfallereignis könne jedoch nicht außer Acht gelassen werden.

Mit Schreiben vom 18. Oktober 2005 gab die Klägerin an, sie leide infolge des Tinnitus immer mehr unter Depressionen und befinde sich deswegen in psychotherapeutischer Behandlung bei der Dipl.-Psych. M Unter Beiziehung der von Frau U erstellten Tonaudiogramme erstattete Prof. Dr. G (Assistenzarzt W) im Auftrag der Beklagten nach Belehrung zum Widerspruchsrecht und Anhörung der Klägerin (Schreiben vom 21. Juni 2006) am 30. März 2006 ein Gutachten. Hierin gelangte er nach Untersuchung der Klägerin am 08. November 2005 zur Feststellung einer Normalhörigkeit beidseits und eines subjektiven Tinnitus. Das Geräusch sei als ständiges kontinuierliches Pfeifen links beschrieben und bei einer angegebenen Frequenz von 8 kHz bestimmt worden, zusätzlich werde ein kontinuierliches Rauschen bei 12 kHz angegeben. Das Ohrgeräusch sei verdeckbar mit Schmalbandrauschen bei 500 bis 4000 Hz mit 20 - 25 dB und bei 8000 Hz mit 35 dB. Der Hörverlust für Zahlen rechts betrage 5 dB, links 10 dB (Sprachverständnis bei 60 dB re. und li. 100 %). Die Rinne sei beidseits positiv. Flüstersprache werde aus über 4 Meter Abstand beidseits verstanden. Insgesamt betrage der Hörverlust rechts und links 0 %. Die Kausalität eines Tinnitus als Folge eines Traumas sei im Fall der Klägerin nicht als ausreichend wahrscheinlich anzusehen. Es fehle am Auftreten anderer objektivierbarer pathologischer Befunde, etwa einer messbaren Hörstörung, eines einseitigen Hochtonabfalls, an Gleichgewichtsstörungen oder sonstigen neurologischen Ausfällen (vgl. hierzu Feldmann, Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 5. Auflage 2001). Die MdE werde auf unter 10 v. H. geschätzt, und zwar am Tage der Begutachtung bis auf Weiteres.

Mit Bescheid vom 05. Juli 2006 erkannte die Beklagte den Unfall vom 20. April 2004 als Arbeitsunfall und als dessen Folgen eine folgenlos ausgeheilte Prellung der linken Gesichtshälfte an. Zugleich lehnte sie unter Bezugnahme auf das Gutachten von Prof. Dr. G die Anerkennung von linksseitigen erheblichen Ohrgeräuschen mit Rauschen und Pfeifen, Depressionen und Rückenschmerzen als Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente ab. Den Widerspruch der Klägerin wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 21. September 2006 als unbegründet zurück.

Mit ihrer hiergegen bei dem Sozialgericht (SG) Potsdam erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, dass die behandelnde HNO-Ärztin U eine von dem Arbeitsunfall am 20. April 2004 ausgehende depressive Verstimmung bei mangelnder Leistungsfähigkeit bescheinigt habe. Am 28. September 2004 habe sie deshalb den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W aufgesucht. Sie sei wegen des Auftretens von Depressionen bei der Dipl.-Psych. M in Behandlung gewesen. Ursprünglich seien 25 Sitzungen geplant gewesen, die Behandlung sei aber nach der ersten Sitzung auf Anraten des ohrenärztlichen Gutachters abgebrochen worden, der ihr bei der Begutachtung am 08. November 2005 mitgeteilt habe, die Weiterbehandlung würde vollständig im "Tinnituskrankenhaus B" stattfinden. Im März 2006 seien Depressionen mitursächlich für eine 6-tägige stationäre Behandlung im Krankenhaus T gewesen, ihr sei eine ambulante Psychiatrie empfohlen worden.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei zu bemängeln, dass die Beklagte ihr entgegen [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) nicht mehrere Gutachter zur Auswahl, sondern lediglich Prof. Dr. G vorgeschlagen habe mit dem Hinweis, es gebe keine weiteren fachgebietserfahrenen Ärzte. Der Gutachter Prof. Dr. G stelle keinen einseitigen Hochtonabfall fest, wogegen die behandelnde Ohrenärztin einen solchen linksseitig diagnostiziert habe. Prof. Dr. G verneine weiter das Vorliegen einer messbaren Hörstörung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis, tatsächlich habe sie aber durchgängig darauf verwiesen, nach dem Aufprall des Balles ein Hitzegefühl, Ohrendruck und eine Hörstörung links verspürt zu haben. Es könne ihr nicht angelastet werden, wenn zeitnah zum Unfall keine audiometrischen Messungen stattgefunden hätten. Beim Fehlen zeitnah zum Unfall erhobener Daten sei der Ursachenzusammenhang anhand der positiv festgestellten Daten zu prüfen. Hierzu gehörten auch ihre eigenen Angaben und die wissenschaftliche Erkenntnis, dass ein Aufprall eines Balles am Ohr geeignet sei, entsprechende Beschwerden hervorzurufen.

Das SG hat mit Beschluss vom 26. Juni 2007 die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege beigeladen ([§§ 75 Abs. 1, 106 Abs. 3 Nr. 6 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Des weiteren hat das SG BB des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. N vom 21. November 2007 nebst Bericht des J-Krankenhauses im F, Rheumazentrum, über einen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 03. bis zum 09. März 2006 und BB der Dipl.-Psych. M vom 24. September 2008 eingeholt. Des Weiteren lag vor ein ärztlicher Entlassungsbericht der P-Klinik, Bad G, vom 15. Juli 2009 (Diagnosen: Anpassungsstörung, chronisch-komplexer Tinnitus [dekompensiert], unspezifischer Rückenschmerz, arterielle Hypertonie, Benzodiazepinabhängigkeit). Dort hatte die Klägerin angegeben, dass zusätzlich seit einiger Zeit auch ein rechtsseitiger Tinnitus bestehe und dass sie Hörstürze jeweils links in 2006 und 2007 erlitten habe.

Im Auftrag des SG Potsdam hat OÄ'in Dr. L der Klinik für HNO-Krankheiten, Gesichts- und Halschirurgie, Städtisches Klinikum B, am 28. September 2009 ein Gutachten erstattet, in welchem sie keine Gesundheitseinschränkungen bei der Klägerin festzustellen vermochte, die nachweislich mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 20. April 2004 zurückzuführen seien. Auch eine wesentliche Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens sei nicht aufzuzeigen. Die Klägerin leide an einem linksseitigen subjektiven Tinnitus, der nicht objektivierbar sei. Im Ton- und Sprachaudiogramm sei bds. eine Normalhörigkeit in allen sprachrelevanten Tönen vorhanden, nur bei 8 kHz (Hochtonbereich) sei links stärker als rechts eine geringgradige Minderung der Hörleistung nachzuweisen. Weitere Innenohrschäden, die ebenfalls durch derartige Traumata hervorgerufen werden könnten, wie Schwindel, seien nicht berichtet worden. Die aufgrund einer leichten Reizung des linken Innenohres bei der Gleichgewichtsprüfung veranlasste MRT-Darstellung des Kopfes sei aufgrund panikartiger Ängste der Klägerin vor der Enge der Untersuchungsröhre nicht möglich gewesen. Die MdE sei unter 10 v. H. einzuschätzen. Von der Einschätzung des Vorgutachters sowie den einzelnen ärztlichen Stellungnahmen werde nicht abgewichen.

Die Klägerin hat eine HNO-ärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. P vom 19. November 2009 vorgelegt, der Folgen des Unfalles vom 20. April 2004 für möglich, aus medizinischer Sicht aber nicht für wahrscheinlich hält. Im Hinblick auf die wahrscheinlich bestehende zentralvestibuläre Dysregulation und zur Beantwortung der Frage einer psychischen Störung sei gleichwohl eine Begutachtung der Klägerin sowie die Erstellung eines MRT des Schädels unerlässlich.

Das SG Potsdam hat die Klage mit Urteil vom 30. September 2010 abgewiesen, da keine auf das Unfallereignis vom 20. April 2004 zurückführbaren verbleibenden Gesundheitsstörungen, insbesondere Ohrgeräusche und Depression, festgestellt werden könnten. Hinsichtlich der Ohrgeräusche sei den Gutachten von Dr. L und Prof. Dr. G zu folgen. Hier überzeugten insbesondere die gegen eine Unfallkausalität sprechenden Argumente: zeitlicher Abstand zwischen Schwerhörigkeit bzw. Tinnitus von 3 Tagen, keine typischen Symptome für schweres Innenohrtrauma und geringe Gewalteinwirkung. Die Einschätzung der Gutachter stimme auch mit den Angaben in der sozialmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kapitel 7.3.2.) überein, wonach das plötzliche Auftreten nach der Einwirkung maßgeblich im Rahmen der Zusammenhangsbegutachtung sei. Ein Anlass für weitere Ermittlungen von Amts wegen sei nicht gesehen worden. Insbesondere sei die Erstellung eines MRT des Kopfes nicht notwendig, da

hierdurch eine Hirnveränderung ausgeschlossen werden sollte, die eine Erklärungsmöglichkeit für den Tinnitus sei, aber keinen Zusammenhang zum Unfallgeschehen herstellen könne. Das Vorliegen von Hirnveränderungen aufgrund des Unfallereignisses sei ausgeschlossen, da nur eine geringe Krafteinwirkung vorgelegen habe und die bisherigen medizinischen Ermittlungen keinen Anhaltspunkt hierfür bieten würden. Auch eine weitere neurologisch-psychiatrische Begutachtung sei nicht veranlasst gewesen. Zwar sei ein Zusammenhang zwischen dem Tinnitus und der Depression denkbar, jedoch werde dieser Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen/Gesundheitserstschaden und den Ohrgeräuschen verneint. Ebenso wenig sei ein Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen/Gesundheitserstschaden und der Depression anzunehmen. Aus den bisherigen Ermittlungen sei nicht ersichtlich, dass das Unfallgeschehen oder die ausgeheilte Gesichtsprellung direkt zu einer psychischen Beeinträchtigung der Klägerin, z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung, geführt haben könnten. Aus dem Bericht über die Rehabilitation vom 27. Mai bis zum 08. Juli 2009 gehe hervor, dass eher die Ohrgeräusche (Tinnitus) als Auslöser für diese Erkrankungen angesehen würden.

Mit ihrer hiergegen gerichteten Berufung beantragt die Klägerin primär, das Urteil des SG Potsdam aufzuheben und die Sache wegen mangelhafter Amtsermittlung des erstinstanzlichen Gerichts zurückzuverweisen (§ 159 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Das SG hätte ein Sachverständigengutachten auf dem Gebiet der Psychiatrie einholen müssen. Auch im Reha-Entlassungsbericht der Paracelsus Roswitha-Klinik vom 17. Juli 2009 werde als Leitdiagnose eine Anpassungsstörung aufgeführt, es gebe entsprechende BB'e behandelnder Ärzte sowie der Dipl.-Psych. M, und auch Prof. Dr. P habe in seiner HNO-ärztlichen Stellungnahme vom 19. November 2009 die Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens angemahnt. Das Urteil sei auch insoweit rechtswidrig, als es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen/Gesundheitserstschaden und der Depression nicht für wahrscheinlich halte. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei die Frage nach dem Ursachenzusammenhang zwischen einem Arbeitsunfall und psychischen Gesundheitsstörungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R). Aus dem erstinstanzlichen Urteil werde aber nicht deutlich, aufgrund welcher eigenen medizinischen Sachkunde das Gericht den Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und der psychischen Erkrankung verneint habe.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 SGG hat der Hals-Nasen-Ohren-Arzt Prof. Dr. H, Chefarzt der T-Klinik am Krankenhaus Bad A, am 02. Dezember 2011 ein Gutachten erstattet, in welchem er zur Diagnose einer vorliegenden Innenohrhochtonschwerhörigkeit mit Tinnitus aurium gelangt ist, die auch mit Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 20. April 2004 verursacht worden seien. Typisch sei die in den subjektiven und objektiven audiometrischen Untersuchungen festgestellte Schädigung des Innenohres in den hohen Frequenzen. Auch bei Lärmunfällen, bspw. nach Gewehrschießen, komme es häufig zu isolierten Senken bei 6 kHz (Lehnardt, Praxis der Audiometrie, 8. Auflage 2009, Lehnardt und Plath, Begutachtung der Schwerhörigkeit bei Lärmarbeiten, 1981). Dies stimme überein mit der Anamnese der Klägerin, der Fußball sei auf die linke Gesichtshälfte und Schläfe geprallt sowie auch mit der Beschreibung der Prellmarken im DA-Bericht. Die Klägerin habe auch ein Vertäubungsgefühl des linken Ohres angegeben, welches sich aber rasch zurückgebildet habe. Ein derartiges vorübergehendes Absinken der Hörschwelle nach einem Lärmtrauma sei hinlänglich bekannt. Es spreche auch nicht gegen die Kausalität, dass die Klägerin erst 3 Tage nach dem Trauma die Geräusche bemerkt habe. Sie habe zunächst Kopfschmerzen verspürt und typischerweise erst nach Abklingen der primären Symptome das Ohrgeräusch, insbesondere in der Stille, bemerkt. Auch die Beschreibung ("hohes Rauschen") passe zu einem Knalltrauma und zu der audiometrischen Tinnitusbestimmung, die im Bereich der geschädigten Frequenzen angesiedelt sei. Für die Unfallgenese des Tinnitus spreche auch, dass die Klägerin glaubhaft versichere, zuvor nie unter Ohrgeräuschen oder einer Hörminderung gelitten zu haben. Sie sei vollständig arbeitsfähig gewesen und habe ihren Beruf gerne ausgeübt, so dass ein schicksalhaftes Auftreten der Ohrgeräusche unwahrscheinlich sei. Insbesondere habe die Klägerin nach einem durch einen Auffahrunfall vom 04. Februar 1995 erlittenen Halswirbelsäulen-Schläudertrauma weder unter Ohrgeräuschen noch unter einer Hörminderung gelitten. Ein weiteres Gutachten auf psychiatrischem Fachgebiet werde für nicht notwendig erachtet. Die durch den Unfall vom 20. April 2004 hervorgerufenen Gesundheitsstörungen bedingten eine MdE von 10 v. H ...

Die Klägerin hat beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 30. September 2010 aufzuheben und die Sache an das Sozialgericht Potsdam zurückzuverweisen,

hilfsweise, den Bescheid der Beklagten vom 05. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2006 abzuändern und festzustellen, dass das linksseitige Ohrgeräusch und die Depressionen Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. April 2004 sind und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine Verletztenrente ab dem 15. September 2004 zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist unter Bezugnahme auf die eingeholten Gutachten von Prof. Dr. G und Frau Dr. L und die unfallmedizinische Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, 8. Auflage 2010, S. 325) der Auffassung, dass die von der Klägerin geltend gemachten Gesundheitseinschränkungen nicht ursächlich auf das Unfallereignis vom 20. April 2004 zurückzuführen seien. Auch Prof. Dr. P habe in der Stellungnahme vom 19. November 2009 den bei der Klägerin vorliegenden geringen Hochtonverlust bei 8 kHz nicht als pathologisch, sondern als in der Altersnorm für Frauen von 50 Jahren liegend angesehen.

Die Beigeladene hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass auch die Dipl.-Psych. M in ihrem BB vom 24. September 2008 und die Ärzte im J-Krankenhaus im F (BB vom 03. April 2006) eine depressive Symptomatik, wenn überhaupt, allenfalls in Verbindung mit dem Tinnitus sehen würden. Ein psychiatrisches Gutachten werde auch im Hinblick auf die nicht als schwer eingestufte und darüber seit längerem folgenlos verheilte Gesichtsprellung für nicht erforderlich gehalten. Der Gutachter Prof. Dr. H habe demgegenüber seine Auffassung vorwiegend auf die von der Klägerin gemachten Angaben und ihre subjektive Beschwerdedarstellung gestützt. Außerdem gehe er lediglich davon aus, dass die Ohrgeräusche im kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen würden, mache dies aber nicht hinreichend wahrscheinlich.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die vorliegenden Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet, auch nicht im Sinne einer Zurückverweisung. Das SG Potsdam hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Nach [§ 105 Abs. 1 Satz 3](#) i. V. m. [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Landessozialgericht durch Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückverweisen, wenn das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und aufgrund dieses Mangels eine umfassende und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist. Ein wesentlicher Verfahrensmangel ist gegeben, wenn ein Verstoß gegen eine das Gerichtsverfahren regelnde Vorschrift vorliegt und die Entscheidung des Sozialgerichts darauf beruhen kann (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 159 Rdnr. 3, 3a). Die angefochtene Entscheidung des SG Potsdam leidet indes nicht an einem wesentlichen Verfahrensmangel. Insbesondere geht der Senat nicht davon aus, dass das SG den Sachverhalt nicht genügend aufgeklärt hätte. Zwar ist der Klägerin insoweit zuzustimmen, als die Aufklärung eines medizinisch geprägten Sachverhalts bestimmten Qualitätsanforderungen unterliegt, zu denen es auch gehört, dass das erkennende Gericht bestimmte medizinische Sachverhalte im Regelfall nicht eigenständig beurteilt, sondern sich hierzu Sachverständiger bedient (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 1987, [B 2 U 1/05 R](#)). Dies zu Grunde gelegt, hätte sich das SG Potsdam indes nicht zu weiteren medizinischen Ermittlungen, insbesondere zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens gedrängt fühlen müssen. Es kann insoweit vollumfänglich auf die Ausführungen des SG in seinem Urteil vom 30. September 2010 (dort Seite 6) verwiesen werden ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). In Ergänzung ist noch darauf hinzuweisen, dass auch Prof. Dr. P in seiner von der Klägerin vorgelegten HNO-ärztlichen Stellungnahme vom 19. November 2009 eine Begutachtung der Klägerin sowie die Erstellung eines MRT des Schädels allein zur Klärung ob bei ihr eine zentralvestibuläre Dysregulation und eine psychische Störung vorliegt, für nötig gehalten hat, was medizinisch sinnvoll sein mag, aber nicht in Zusammenhang mit der hier zu beurteilenden Kausalität des Unfalles vom 20. April 2004 mit den geltend gemachten Gesundheitsstörungen steht, worauf auch Prof. Dr. P deutlich hinweist. Ein weiteres psychiatrisches Gutachten nicht für notwendig hält im Übrigen auch der nach [§ 109 SGG](#) beauftragte HNO-Arzt Prof. Dr. H

Bedenken an der Verwertbarkeit des Gutachtens von Prof. Dr. G bestehen auch im Hinblick auf die im erstinstanzlichen Verfahren erhobene Rüge der Klägerin nicht, zumal Sie im Berufungsverfahren nicht aufrecht erhalten worden ist.

Auch in materiell-rechtlicher Hinsicht unterliegt das klageabweisende Urteil des SG Potsdam keinen Beanstandungen, denn der Bescheid der Beklagten vom 05. Juli 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2006 erweisen sich als rechtmäßig, als die Beklagte fortbestehende Unfallfolgen sowie die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente verneint hat.

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle der Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (BSG, Urteil vom 02. April 2009, B 2 u 29/07 R, in juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O., Rn. 16). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 u 1/05 R, in juris). Erst dann, wenn sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Mithin hängt die MdE-Bemessung von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, B 2 u 14/03 R, in juris).

Hiervon ausgehend handelt es sich bei dem Ereignis vom 20. April 2004 um einen Arbeitsunfall der Klägerin i. S. v. [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#), den die Beklagte mit Bescheid vom 05. Juli 2006 auch anerkannt hat.

Nach Auswertung aller fachärztlicher Stellungnahmen und Unterlagen ist es allerdings mangels belastbarer, objektiver Befunde nicht mindestens hinreichend wahrscheinlich zu machen, dass das Unfallereignis vom 20. April 2004 ursächlich im Sinne einer wesentlichen Verursachung zu den geltend gemachten Gesundheitsschäden, nämlich einem linksseitigen Ohrgeräusch sowie Depressionen, geführt hat, denn es sprechen mehr Gründe gegen eine solche Kausalität als dafür (vgl. zur Kausalität BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, a. a. O.). Bei der Anerkennung von Schädigungen des Hörorgans als Folge eines Traumas ist zu bedenken, dass ein zur Auslösung eines Hörschadens geeignetes Trauma um so wahrscheinlicher ist, je schwerer die Primärschädigung ist. Die Verursachung eines Tinnitus infolge eines Unfalls ist zudem nur dann als ausreichend wahrscheinlich anzusehen, wenn neben einer ausreichend starken Krafteinwirkung gleichzeitig andere objektivierbare pathologische Befunde, etwa eine Hörstörung, Gleichgewichtsstörungen, neurologische Ausfälle oder eine Schädelbasisfraktur, aufgetreten und zudem andere, anlagebedingte Möglichkeiten der Hörstörung ausgeschlossen sind. Tinnitus als alleiniges Symptom lässt sich in der Regel nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge darstellen (vgl. Feldmann, Das Gutachten des H-N-O-Arzt, 6. Aufl., Seite 150 ff.).

Dies zugrunde gelegt erscheint bereits zweifelhaft, ob der einfache Anprall eines Balles an den Schädel überhaupt als ein zur Herbeiführung des Ohrgeräusches geeignetes Unfallereignis angesehen werden kann. Zwar kann bei einem sog. stumpfen Schädeltrauma eine schädigende Druckwelle auf dem Knochenleitungsweg in das Innenohr gelangen und Gehörschäden, möglicherweise auch einen Tinnitus, verursachen, wobei diese Folge aber vom Ort der schädlichen Einwirkung abhängt und zudem eine gewisse Wucht des Ereignisses zu fordern ist (Feldmann, a. a. O.). Im Fall der Klägerin ist die Stelle, an der der Ball aufgetroffen ist, zunächst nicht genau zu lokalisieren und wird einmal mit "linke Gesichtshälfte", dann mit "auf dem Ohr" dann wiederum mit "linkes Jochbein/Schläfe unterhalb des Auges vor dem Ohr" angegeben. Auch gibt es keinerlei nachvollziehbaren medizinischen Befund, der für einen ausreichend starken Anprall sprechen könnte. Bewusstlosigkeit, Gehirnerschütterung, Schwindel oder Übelkeit, die zu den häufigsten Begleitsymptomen eines Schädeltraumas gehören (vgl. Feldmann, a. a. O.), wurden von der Klägerin nicht angegeben und auch nicht diagnostiziert. Auch wurden weder eine Prellmarke noch ein Bluterguss festgestellt. Die von DA Dr. T erwähnte Erstdiagnose "Zustand nach Prellung der linken Gesichtshälfte (vgl. Bericht vom 01. September 2004) ist nicht von ihm gestellt, sondern aus Angaben der Klägerin übernommen. Die Klägerin selbst hat gegenüber der Gerichtssachverständigen Dr. Langegeben, man habe an der Aufprallstelle eine Rötung ohne weitere Hautverletzung gesehen. Allein der im Berufungsverfahren nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Prof. Dr. H spricht von einem "stumpfen Schädel-Hirn-Trauma", wofür es angesichts fehlender, auf ein derartiges Trauma hindeutender Befunde nicht den geringsten Anhaltspunkt gibt. Die von ihm in diesem Zusammenhang angeführte "Prellmarke" ist von keinem Arzt dokumentiert worden, sondern beruht einzig auf Angaben der Klägerin, die ihm gegenüber die früher als Rötung angegebene Beeinträchtigung der linken Gesichtshälfte nunmehr als mögliche "Prellmarke" bezeichnet hat.

Der geklagte Tinnitus konnte durch die HNO-ärztlichen Untersuchungen auch nicht sicher festgestellt werden. Nach Angaben der HNO-Ärztin U ist eine objektive Tinnitusbestimmung trotz schallisoliertem Raum und unter Kopfhörern nicht gelungen. Subjektiv seien bei der Erstuntersuchung der Tinnitus bei 1,5 kHz, sowie ein zusätzliches, nicht bestimmbares Geräusch um 8 kHz angegeben worden. Unzutreffend diagnostiziert sie im Bericht vom 04. Mai 2004 allerdings einen Tinnitus nach "akustischem Trauma", das hier zweifelsfrei nicht vorliegt. Da aber die Feststellung eines subjektiven Tinnitus naturgemäß kompliziert ist, geht der Senat zu Gunsten der Klägern davon aus, dass dieser als Gesundheitsstörung durch die in den HNO-ärztlichen Untersuchungen vorgenommenen audiometrischen Verdeckungstests hinreichend objektiviert worden ist. Bei subjektivem Tinnitus ohne feststellbare massive Gewalteinwirkung durch das Unfallereignis und bei unauffälligen Befunden betreffend Hirnstamm, Gehörgang, Trommelfell, Tuben, wie sie bei der Klägerin vorliegen, kommt bei der Ursächlichkeitsprüfung daher einem durch spezielle Untersuchungen festgestellten Hörverlust besondere Bedeutung zu (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O. S. 350 zu 7.3.3.3.5 Ohrgeräusche). Nun haben aber sämtliche Untersuchungen eine Normalhörigkeit beidseits nachgewiesen. So hat die behandelnde HNO-Ärztin U haben in den Tonschwellenaudiogrammen lediglich links bei 6000 Hz einen geringgradigen Hochtonabfall bis 25 - 30 dB gemessen (Berichte und Audiogramme vom 04. Mai und 04. November 2004 und vom 26./30. April 2005). Ebenfalls eine Normalhörigkeit beidseits haben die Begutachtungen bei Prof. Dr. G (Assistenzarzt W) im Gutachten vom 30. März 2006 ergeben. Prof. Dr. G berichtet über eine normale Hörschwelle beidseits in den mittleren und tiefen Frequenzen und von einem geringen Hochtonabfall, der aber - anders als bei Frau U - auf beiden Ohren vorlag (rechts bei 6 kHz auf 20dB, bei 8 kHz auf 25 dB, links bei 6 kHz auf 20 dB, bei 8 kHz auf 40dB). Dieser Umstand, der sich bei späteren klinischen Audiogrammen (vom 13. Oktober 2006 und vom 05. August 2007) wiederholt hat, gibt also nicht über eine unfallbedingte Schädigung des linken Ohres Auskunft, zumal es - wie Prof. Dr. G in Übereinstimmung mit den oben dargestellten Grundsätzen ausführt - auch an weiteren objektivierbaren pathologischen Befunden wie Gleichgewichtsstörungen oder sonstigen neurologischen Ausfällen fehlt. Auch die Begutachtung durch die OÄ'in des Städtischen Klinikums B, Dr. L (Gutachten vom 28. September 2009), hat eine Normalhörigkeit beidseits und eine MdE von unter 10 v. H. ergeben. Dr. L weist zudem darauf hin, dass sich der für ein Trauma typische Hochtonhörverlust oft bei einem Maximum der Hörschädigung bei 4 - 6 kHz finde, wogegen dieses bei der Klägerin erst bei 8 kHz feststellbar war. Auch konnte bei der Klägerin auf keiner Seite beim Tonaudiogramm die für derartige Schäden typische Senke der Hörschwellenkurve bei etwa 4000 kHz ("c5-Senke") nachgewiesen werden. Die audiologischen Befunde des nach [§ 109 SGG](#) beauftragten Gutachters Prof. Dr. Hin seinem Gutachten vom 02. Dezember 2011 zeigen ebenfalls eine auf beiden Ohren bestehende geringe, leicht links betonte Hochtonschwerhörigkeit. Die weiteren Ausführungen von Prof. Dr. H, dass das Hörvermögen nach einem stumpfen Schädeltrauma im gesamten Frequenzspektrum von 3 - 8 kHz stark betroffen sein kann und dass Ohrgeräusche nach Normalisierung des Schadens in den Haarzellen oft wieder verschwinden, aus unterschiedlichen Gründen aber auch dauerhaft sein können, sind allgemeiner Natur und von daher nicht geeignet, das von der Klägerin erlittene Trauma mit der Dauerfolge eines Tinnitus in einen Ursachenzusammenhang zu bringen. Nicht unerwähnt in diesem Zusammenhang darf die von der Klägerin vorgelegte Stellungnahme von Prof. Dr. P bleiben, der in Übereinstimmung zu den Feststellungen der anderen gehörten Ärzte ausführt, dass ein geringer Hochtonverlust bei 8 kHz in der Alternorm für Frauen von 50 Jahren liege, bei der Klägerin eine traumatische c5-Senke nicht bestehe, so dass ein subjektiver Tinnitus nicht wahrscheinlich gemacht werden und von daher nicht als Unfallfolge diagnostiziert werden könne.

Schließlich ist ein Tinnitus als Folge eines Traumas nur dann als ausreichend wahrscheinlich anzusehen, wenn sich die Ohrgeräusche, verbunden mit einem Vertäubungsgefühl zeitnah, d. h. in der Regel sofort nach dem Unfall, in voller Ausprägung einstellen, wobei sich diese in leichteren Fällen meist innerhalb einiger Tage oder Wochen bessern (vgl. Feldmann, a. a. O.). Da sich die Klägerin erst am 04. Mai 2004 in fachärztliche Behandlung begeben hat, sind audiometrische Daten weder für die Zeit vor dem Unfall noch direkt danach verfügbar. In der Folge hat sie sowohl gegenüber der Beklagten (Schreiben vom 30. November 2004) als auch bei der Begutachtung durch Prof. Dr. G (08. November 2005) und durch die OÄ'in Dr. L (28. September 2009) angegeben, dass sich Ohrgeräusche erst 3 Tage nach dem Unfall eingestellt hätten. Soweit die behandelnde Fachärztin für HNO-Heilkunde U, die über die zeitnähesten Befunde verfügt, ausführt, es hätten sich gleich nach dem Auftreffen des Balles Kopfschmerzen, Ohrrauschen und ein Gefühl der Hörminderung links eingestellt, handelt es sich um von der Klägerin übernommene, nachträgliche, nicht verifizierbare Angaben, die, wie dargelegt, in allen späteren Befunden durch die Angabe einer Zeitspanne von 3 Tagen nach dem Unfall korrigiert wurden. Auch die Angabe der Klägerin gegenüber Frau U sie habe sich bei andauernden Beschwerden zunächst beim Hausarzt Dr. N vorgestellt, hat sich ausweislich einer telefonischen Anfrage der Beklagten in der Praxis Dr. N als unrichtig erwiesen. Desgleichen unrichtige Angaben hat die Klägerin gegenüber der Gerichtssachverständigen Dr. L gemacht, soweit sie zunächst angegeben hat, der Unfalltag, also der 20. April 2004, sei ein Freitag gewesen, so dass sie erst am nächsten Werktag die HNO-Ärztin Frau U aufgesucht habe. Tatsächlich war der 20. April 2004 ein Dienstag und nach den Auskünften der Frau U gegenüber der Beklagten vom 28. Februar 2005 hatte sich die Klägerin erstmals am 03. Mai 2004 vorgestellt. Diese Angabe hat die Klägerin dann gegenüber dem nach [§ 109 SGG](#) beauftragten Gutachter Prof. Dr. H dahingehend relativiert, dass sie erst für den 04. Mai 2004 einen Untersuchungstermin erhalten habe.

Gegen die Ursächlichkeit des Unfallereignisses spricht schließlich auch der Umstand, dass die Klägerin an anderer Stelle einen später aufgetretenen Tinnitus auf dem rechten Ohr sowie Hörstürze in den Jahren 2006 und 2007, jeweils links, angegeben hat (ärztlicher

Entlassungsbericht der P-Klinik, Bad G, vom 15. Juli 2009); diese Hörschäden können nicht durch das Unfallereignis ausgelöst worden sein und sprechen ebenso wie die im Gutachten von Prof. Dr. H dokumentierten leichten Hörschäden auf beiden Ohren für eine zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bereits vorhandene Schadensanlage. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Klägerin ausweislich der Berichte des J-Krankenhauses im F, Rheumazentrum, über einen stationären Aufenthalt vom 03. bis zum 09. März 2006 sowie der P-Klinik auch an einem Myofascialen Schmerzsyndrom (Fibromyalgie) sowie einer Anpassungsstörung leidet, was auf eine entsprechende psychische Ansprechbarkeit schließen lässt. Gestützt wird diese Einschätzung durch die Feststellungen der HNO-Ärztin U, die bereits im Mai 2004 und dann bei den weiteren Vorstellungen festgestellt hat, dass die Tinnitusintensität in Abhängigkeit der psychischen Verfassung der Klägerin wechselt. So habe er an Intensität bei der Vorstellung am 21. September 2004 zugenommen und im Dezember 2004 einen Höhepunkt mit beginnender depressiver Verstimmung erreicht, wogegen ab Mitte Januar 2005 eine Stabilisierung der psychischen Situation erfolgt sei, die Klägerin habe Wohlbefinden und gute Toleranz des Tinnitus angegeben, die Geräusche würden akzeptiert, die Therapie sei beendet worden. Am 26. April 2005 sei der Tinnitus kaum wahrnehmbar gewesen. Auch sie hält in ihrem BB vom 28. Februar 2005 eine spontane Entstehung des Tinnitus für möglich. Wenn sie hinzufügt, dass das Unfallereignis "nicht außer acht gelassen" werden dürfe, deutet sie damit eine Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges an, ohne diesen wahrscheinlich zu machen. Mit der Möglichkeit eines spontan entstandenen Tinnitus setzt sich demgegenüber der nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Gutachter Prof. Dr. H in seinem Gutachten vom 02. Dezember 2011 nicht auseinander. Soweit er in der Anamnese den von der Klägerin im September 2006 erlittenen Hörsturz mit plötzlich lautem Ohrgeräusch, Hörminderung und Taubheitsgefühlen im linken Ohr beschreibt und anmerkt, dass die Stärke der Symptomatik von der psychischen Beanspruchung der Klägerin und vom Geräuschpegel abhänge und dass sich unter Entlastung (z. B. Urlaub) die Ohrgeräusche verringerten, bestätigt er aber auf indirekte Weise die Vermutung einer in der Psyche der Klägerin begründeten Neigung, auf psychische Belastungen mit Symptomen im Bereich des Ohres zu reagieren.

Schließlich stützen auch die BB's der behandelnden Ärzte das Klagebegehren nicht. So diagnostiziert der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. N (BB vom 21. November 2007) u. a. ein Schmerzsyndrom und depressive Episoden, verhält sich aber nicht zur Hörstörung. In dem bereits erwähnten Bericht des J-Krankenhauses im F werden u. a. ein "bekannter Tinnitus sowie eine leichte depressive Episode" diagnostiziert, allerdings beruhen diese allein auf Angaben der Klägerin und geben für einen Ursachenzusammenhang zum Unfall nichts her. Die Dipl.-Psych. M diagnostiziert in ihrem BB vom 24. September 2008 eine rezidivierende reaktive Depression als unfallbedingte Folge eines chronifizierten Tinnitus nach Aufpralltrauma am linken Ohr, wobei es sich schon aufgrund der erst im Oktober 2006 begonnenen Behandlung nur um eine von der Klägerin übernommene Diagnosen handeln kann.

Der Senat fühlte sich nicht veranlasst, die von der Klägerin als notwendig befundene psychiatrische Begutachtung vornehmen zu lassen. Insoweit wird nochmals vollinhaltlich auf die Ausführungen des SG Potsdam in seinem Urteil (dort Seite 6) Bezug genommen. Da das Auftreten einer depressiven Verstimmung auch von der Klägerin selbst erst nach dem Unfallereignis angegeben wird, andererseits eine entsprechende Disposition zur Entwicklung psychosomatischer Erscheinungen anhand der Akten dokumentiert ist, stellte sich im Rahmen der Amtsermittlung keine Notwendigkeit für eine Begutachtung auf psychiatrischem Gebiet. Diese hat im übrigen auch keiner der Gutachter im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung, auch nicht der nach [§ 109 SGG](#) beauftragte Gutachter Prof. Dr. H, für notwendig befunden. Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren weitere Untersuchungen anmahnt, ist darauf zu verweisen, dass die ursprünglich vorgesehene MRT-Darstellung des Kopfes aufgrund von Ängsten vor der Untersuchungsrohre nicht möglich gewesen ist und sich vor allem deshalb erübrigt, als sie dazu dient, pathologische Veränderungen im Gehirn sichtbar zu machen, die mangels eines eine Gehirnschädigung auslösenden Unfalls nicht vorliegen könnten.

Nach alledem geht der Senat davon aus, dass keine nachweislich und mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 20. April 2004 zurückzuführende Hörstörung sowie depressive Erkrankung bei der Klägerin vorliegt. Damit scheidet auch die ebenfalls begehrte Gewährung einer Verletztenrente, zudem die gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) erforderliche Intensität der Erwerbsminderung von wenigstens 20 v. H. von keinem der Gutachter angenommen wird. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) bestehen nicht.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BRB  
Saved  
2013-07-23