

L 10 U 4069/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 3322/14
Datum
26.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4069/16
Datum
20.09.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26.08.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger höhere Verletztenrente zusteht.

Der am 1954 geborene Kläger ist selbstständiger Glasermeister und bei der Beklagten als Unternehmer freiwillig versichert. Am 15.02.2012 erlitt er einen Unfall, als er auf dem Flachdach des firmeneigenen Materiallagers Schnee räumte und aus einer Höhe von mehr als zwei Meter vom Dach zu Boden stürzte. Der Kläger wurde mit dem Rettungswagen ins S. Klinikum V. (im Folgenden: Klinikum) verbracht, wo er bis zum 25.02.2012 stationär behandelt wurde. Ausweislich ihres Zwischenberichts vom 25.02.2012 gingen die behandelnden Ärzte diagnostisch von einer Scapulahalsfraktur links, einem Schädelhirntrauma mit Felsenbeinfraktur links, einem Verdacht auf Gehörknöchelchen-Luxation links, einem posttraumatisch benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel links, einer Kalottenfraktur rechts frontal und occipital mit kleinem Subduralhämatom und traumatischer Subarachnoidalblutung sowie einem Thoraxtrauma mit kleinem Hämatothorax links, Rippenserienfraktur links (1. und 4. bis 8. Rippe dorsal) und Lungenkontusion beidseits, links mehr als rechts, aus. Nebendiagnostisch beschrieben sie ein Meningiom (gutartiger Hirnhauttumor) und eine kombinierte Schwerhörigkeit beidseits (vgl. S. 10/12 VerwA).

Nachfolgend wurde die Scapulahalsfraktur weiterhin konservativ mittels Physiotherapie behandelt. Von neurologischer Seite zeigte sich anlässlich der Nachuntersuchung in der Klinik für Neurologie des Klinikums am 07.03.2012 eine Hypakusis links und ein gutartiger Lagerungsnystagmus/-schwindel. Die Unfallursache blieb auch unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers, wonach er vor dem Unfall ein- bis zweimal pro Woche "Sternchen" gesehen habe, weiterhin unklar (Arztbrief vom 07.03.2012, S. 45 f. VerwA). Gegenüber dem Berufshelfer Bienert gab der Kläger anlässlich eines persönlichen Gesprächs am 15.03.2012 an, sein Hauptproblem sei ein starkes Schwindelgefühl beim Bücken, im Übrigen berichtete er von dem fehlenden Gehör linksseitig und einer noch deutlich eingeschränkten Funktionsfähigkeit der linken Schulter. In Bezug auf die weiterhin unklare Ursache des Sturzes berichtete er, dass von ärztlicher Seite u.a. ein plötzliches Kreislaufversagen in Betracht gezogen werde, nachdem bei ihm bereits vier bis sechs Wochen vor dem Unfall immer wieder leichte Schwindelattacken und Doppelbilder aufgetreten seien (vgl. Aktenvermerk vom 15.03.2012, S. 36 ff. VerwA). Im Rahmen der hno-ärztlichen Kontrolluntersuchung in der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie des Klinikums am 22./23.03.2012 waren das Hörvermögen und der Schwindel im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert und bei der kalorischen Untersuchung des peripheren Gleichgewichtsorgans zeigte sich ein Ausfall links. Der Kläger wurde über die Möglichkeit einer Cochlearimplantatversorgung beraten (vgl. Arztbrief vom 28.03.2012, S. 78 f. VerwA), die schließlich am 15.08.2012 in der HNO-Klinik im Universitätsklinikum in F. erfolgte (vgl. Arztbrief vom 19.08.2012, S. 381 f. VerwA).

Im weiteren Verlauf wurde der Kläger nach ambulanten Vorstellungen in der orthopädischen und neurologischen Abteilung vom 29.05. bis 04.07.2012 stationär in der Reintegrationsabteilung des P. -Klinikums Bad K. (Re-Integrations-Management) behandelt, wobei sich als Reintegrationshindernisse noch ein verbliebener Schwindel mit Gefährdung bei Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern, jedoch erhaltener Pkw-Fahrerfähigkeit, sowie kognitive Beeinträchtigungen (insbesondere Gedächtnis) zeigten (vgl. Bericht vom 05.07.2012, S. 289 ff. VerwA).

Mit bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 06.08.2013 stellte die Beklagte schließlich die Zahlung des Verletzten geldes mit Ablauf des

13.08.2013 ein. Zur Feststellung der Unfallfolgen veranlasste sie Berichte bzw. Gutachten von orthopädischer, neurologischer und hno-ärztlicher Seite. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. P. , P.-Klinikum Bad K. , beschrieb auf Grund seiner Untersuchung im September 2013 folgenlos verheilte Rippenserienfrakturen der linken Thoraxseite, eine röntgenologisch in Fehlstellung verheilte Schulterblattfraktur links, eine funktionell unterhältige Schulterteilsteife links (Anteversion 150 °, Abduktion 120 °, Außen- und Innenrotation 90-0-70 °) ohne peripher neurologische Ausfälle am linken Arm sowie eine röntgenologisch abgeschlossene Knochenbruchheilung der medialen Claviculafraktur links mit verbliebener Schwellung des Sternoclaviculagelenks links bei Verdacht auf dortige Kapselbandlockerung ohne peripher neurologische Ausfälle. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Dr. D. und der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. Dipl.-Psych. S. (testpsychologisches Zusatzgutachten) untersuchten den Kläger im Oktober 2013. Dr. Dipl.-Psych. S. , der angesichts nicht erklärbarer Diskrepanzen zwischen der testpsychologischen Untersuchung und den angegebenen beruflichen Tätigkeiten ein Beschwerdevalidierungsverfahren einsetzte, das deutlich machte, dass der Kläger Merkfähigkeitsstörungen vortäuschte, ging davon aus, dass beim Kläger keine nennenswerten und allenfalls geringfügige Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen vorlägen. Prof. Dr. Dr. D. verneinte das Vorliegen von belangvollen neurologischen Auffälligkeiten und ging von psychologischer Seite angesichts der allenfalls geringfügigen Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen von einem allenfalls leichten hirnnorganischen Psychosyndrom aus, das er mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 vom Hundert (v.H.) bewertete. Die in der Untersuchung angegebene ausgeprägte Schwindelsymptomatik bewertete er nicht, da bei den Lagerungsmanövern - wie schon anlässlich der Untersuchung in der HNO-Klinik im Universitätsklinikum F. Anfang Juni 2012 (vgl. S. 247 f. VerwA) - kein Nystagmus mehr provoziert werden konnte, testpsychologisch Hinweise auf eine Simulation festgestellt wurden und der Kläger trotz der ausgeprägten subjektiven Beschwerden auch fahrtauglich war. Die Frage, ob objektivierbare Folgen des paroxysmalen Lagerungsschwindels vorhanden sind, sei letztlich von hno-ärztlicher Seite zu beurteilen. Dr. D. , Facharzt für HNO-Heilkunde, beschrieb in seinem Gutachten auf Grund Untersuchung im Oktober 2013 als Unfallfolgen eine vollständige Ertaubung des linken Ohres, die mit einem Cochleaimplantat versorgt sei. Die unfallbedingte Hörminderung bewertete er mit einer MdE um 20 v.H. Im Hinblick auf die vom Kläger beklagten Schwindelbeschwerden führte er aus, dass die Gleichgewichtsdiagnostik bei normaler Erregbarkeit der beiden peripheren Gleichgewichtsorgane keinen zuverlässigen Hinweis auf das Vorhandensein einer peripher vestibulären Beschwerdeursache ergeben habe. Er schlug deshalb eine Bewertung der Schwindelsymptomatik im Rahmen der neurologischen Diagnostik vor. Die Beklagte holte sodann eine beratungsärztliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. S. ein, der die Diagnose eines hirnnorganischen Psychosyndroms angesichts der objektivierten Simulationstendenzen beim Kläger nicht als gesichert sah und deshalb von neurologischer Seite keine MdE für berücksichtigungsfähig erachtete. Ein unfallbedingter Schwindel bestehe nicht, da die entsprechenden Untersuchungen unauffällig gewesen seien.

Mit Bescheid vom 06.03.2014 bewilligte die Beklagte dem Kläger wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls vom 15.02.2012 ab 14.08.2013 Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 20 v.H. und führte zur Begründung aus, der Arbeitsunfall habe zu nachfolgenden, bei der Bewertung der MdE berücksichtigten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt: "Links: Vollständige Ertaubung des Ohres durch Cochleaimplantat versorgt nach Schädelhirntrauma mit Hirnblutung sowie Bruch des Felsenbeines mit Gehörgangsverletzung. In Fehlstellung knöchern fest verheilte Bruch des Schulterblattes. Kapselbandlockerung im Bereich des Brustbein-Schlüsselbein-Gelenkes nach knöchern fest verheiltem Bruch des Schlüsselbeines in Schaftmitte. Der Rippenserienbruch 1 - 9 ist ohne wesentliche Folgen verheilt."

Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, Unfallfolge sei auch die - tatsächlich von der Beklagten als Berufskrankheit mit einer MdE unter 10 v.H. anerkannte (Bescheid vom 06.05.2014) - rechtsseitige Minderung der Hörfähigkeit, weshalb insoweit die MdE auf 30 v.H. anzuheben sei. Im Übrigen seien die orthopädischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen jeweils mit einer MdE um 30 v.H. zu bewerten, woraus eine Gesamt-MdE von 60 v.H. resultiere. Zu einer vom Neurozentrum des Universitätsklinikums F. im Juni 2014 diagnostizierten beidseitigen zentralen und zusätzlich peripheren Vestibularisstörung holte die Beklagte die weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Prof. Dr. S. ein, der eine anfangs nachgewiesene unfallbedingte Schädigung des Gleichgewichtsorgans links für wahrscheinlich hielt. Angesichts der dann unauffälligen und nunmehr widersprüchlichen Befunde sei eine funktionswirksame Störung des Gleichgewichtsorgans jedoch nicht festzustellen. Eine Vestibularisstörung beidseits und eine zusätzliche zentral bedingte vestibuläre Läsion wäre durch den Unfall und seine Folgen nicht zu erklären. Mit Widerspruchsbescheid vom 11.12.2014 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zur Begründung aus, von neurologischer Seite sei mangels belangvoller Auffälligkeiten keine MdE zu berücksichtigen; mangels valider Testergebnisse liege auch kein hirnnorganisches Psychosyndrom vor. Von hno-ärztlicher Seite ergebe sich auf Grund des Hörverlustes links eine MdE um 20 v.H., wobei die rechtsseitige möglicherweise beruflich bedingte Lärmschwerhörigkeit unberücksichtigt zu bleiben habe. Die beklagten Schwindelbeschwerden stünden im Gegensatz zu den objektivierbaren Befunden, weshalb insoweit keine MdE zu berücksichtigen sei. Auch die orthopädischen Unfallfolgen bedingten keine messbare MdE; die Rippenserienfraktur links sei folgenlos verheilt, die in Fehlstellung verheilte Schulterblattfraktur links rechtfertige angesichts der geringen Funktionseinschränkungen keine MdE um wenigstens 10 v.H. und die Kapselbandlockerung bestehe ohne wesentliche funktionelle Einschränkung.

Am 22.12.2014 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, die MdE sei unter Berücksichtigung der knöchernen Verletzungen, der ständig unregelmäßig auftretenden Schwindelgefühle und der neuropsychologischen Beeinträchtigungen mit 60 v.H. zu bewerten.

Das SG hat das Gutachten des Prof. Dr. A. , Chefarzt in den Fachkliniken H. , nebst neuropsychologischem Zusatzgutachten der Dr. Dipl.-Psych. B. auf Grund Untersuchungen im November 2015 eingeholt. Der Sachverständige ist von einer leichtgradigen kognitiven Funktionsstörung und einer noch intermittierend auftretenden bewegungsabhängigen Drehschwindelsymptomatik ausgegangen, die er mit einer MdE um 20 v.H. bzw. 10 v.H. bewertet hat. Zusammen mit der für die Ertaubung des linken Ohres anzusetzenden MdE um 20 v.H. hat er die Gesamt-MdE mit 40 v.H. eingeschätzt. Auf die Einwendungen der Beklagten, die diagnostizierte Drehschwindelsymptomatik sei nicht durch objektive Befunde belegt und der psychopathologische Befund weise nicht auf eine signifikante Leistungsstörung hin, hat das SG die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. A. eingeholt, der an seiner Auffassung festgehalten hat.

Mit Urteil vom 26.08.2016 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.12.2014 unter Abweisung der Klage im Übrigen verurteilt, als weitere Unfallfolge eine leichte Hirnleistungsstörung anzuerkennen und die Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren. Das SG ist davon ausgegangen, dass die Ertaubung des linken Ohres zutreffend mit einer MdE um 20 v.H. bewertet wurde und als Unfallfolge zusätzlich eine mit einer MdE um 15 v.H. zu bewertende leichte Hirnleistungsstörung vorliege, was nach integrierender Gesamtschau eine Gesamt-MdE um 30 v.H. bedinge.

Nicht zu berücksichtigen seien bei der Bemessung der MdE die orthopädischen Unfallfolgen, von denen keine MdE-relevanten Funktionsbeeinträchtigungen ausgingen, sowie die geltend gemachte Schwindelsymptomatik. Diese sei nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den angeschuldigten Versicherungsfall zurückzuführen, nachdem der Kläger bereits Wochen vor dem Unfallereignis unter Schwindelattacken gelitten habe. Im Übrigen hätten sich nach Ende des Verletztengeldbezugs Schwindelerscheinungen auch nicht mehr objektivieren lassen.

Am 07.11.2016 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und geltend gemacht, die erlittenen Verletzungen und sein Gesundheitszustand seien bei der Bemessung der MdE nicht ausreichend berücksichtigt. Es sei davon auszugehen, dass die bestehende leichte Hirnleistungsstörung hinreichend wahrscheinlich auf den Versicherungsfall vom 15.02.2012 zurückzuführen sei und die Hirnschädigung auch geeignet sei, die bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen hervorzurufen. Die erlittenen Verletzungen im Kopf- und Schädelbereich seien auch geeignet, die festgestellte Schwindelsymptomatik hervorzurufen. Diese sei allein oder zumindest überwiegend auf das Unfallereignis zurückzuführen. Unrichtig sei, dass er bereits in den Wochen vor dem Unfallereignis unter Schwindelattacken gelitten habe. Jedenfalls sei die vom SG festgesetzte MdE um 30 v.H. angesichts der unfallbedingten Funktionsbeeinträchtigungen bei Weitem zu niedrig bemessen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26.08.2016 abzuändern und die Beklagte unter weiterer Abänderung des Bescheids vom 06.03.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.12.2014 zu verurteilen, die Verletztenrente nach einer MdE um mehr als 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. A. eingeholt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein noch die Frage, ob der Kläger wegen der bereits mit Bescheid vom 06.03.2014 anerkannten Folgen des Unfalls vom 15.02.2012 und der ausweislich des angefochtenen Urteils darüber hinaus anzuerkennenden weiteren Unfallfolge einer leichten Hirnleistungsstörung Verletztenrente nach einer höheren MdE als 30 v.H. beanspruchen kann. Denn gegen das Urteil des SG hat lediglich der Kläger - soweit er mit seinem Begehren nicht durchgedrungen ist - Berufung eingelegt.

Das SG hat die Klage insoweit jedoch zu Recht abgewiesen. Denn dem Kläger steht wegen der Folgen des am 15.02.2012 erlittenen Arbeitsunfalls keine Verletztenrente nach einer MdE um mehr als 30 v.H. zu. Die Unfallfolgen rechtfertigen nicht die Bemessung mit der vom Kläger begehrten höheren MdE.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Anspruch auf eine Rente Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist. Dabei 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 ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): 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. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. 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 der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Hat ein Arbeitsunfall Schäden an mehreren Körperteilen gebracht, so ist die MdE im Ganzen zu würdigen. Dabei ist entscheidend eine "Gesamtschau" der "Gesamteinwirkung" aller einzelnen Schäden auf die Erwerbsfähigkeit (BSG, Beschluss vom 24.11.1988, [2 BU 139/88](#) unter Hinweis auf Rechtsprechung zum Schwerbehindertenrecht). Dementsprechend sind mathematische Formeln kein rechtlich zulässiges oder gar gebotenes Beurteilungsmittel zur Feststellung der Gesamt-MdE (BSG, Urteil vom 15.03.1979, [9 RVs 6/77](#) in [SozR 3870 § 3 Nr. 4](#)), vielmehr muss bei der Gesamtbeurteilung bemessen werden, wie im Einzelfall die durch alle Störungen bedingten Funktionsausfälle, teilweise einander verstärkend, gemeinsam die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen (BSG, a. a. O.).

Ausgehend hiervon ist nicht zu beanstanden, dass das SG die als Folgen des Unfalls vom 15.02.2012 verbliebenen funktionellen Beeinträchtigungen nicht mit einer höheren MdE als 30 v.H. bewertet hat.

Soweit das SG unter Heranziehung von unfallmedizinischer Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit) die von hno-ärztlicher Seite aufgetretene und als Unfallfolge anerkannte vollständige Ertaubung des linken Ohres mit einer MdE um 20 v.H. bewertet und für die von orthopädischer Seite bestehende Funktionseinschränkungen angesichts der dokumentierten Bewegungseinschränkungen mit einer Vorhebung des linken Armes bis 150 °, einer seitlichen Anhebung bis 120 ° und einer unauffälligen Außen- und Innenrotation keine Einzel-MdE um 10 v.H. erreicht gesehen hat, sieht der Senat keine Gründe, die diese Bewertung als fehlerhaft erscheinen lassen könnte. Auch der Kläger hat nicht vorgetragen, dass diese Beurteilung nicht mit den in der unfallmedizinischen Literatur vorgeschlagenen Bewertungen in Einklang steht. Im Hinblick auf die Bemessung der MdE für die hno-ärztlichen und orthopädischen Unfallfolgen sieht der Senat deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren Bezug genommen hat auf die leichte Hirnleistungsstörung hat er mit seinen Ausführungen, wonach diese hinreichend wahrscheinlich auf den Versicherungsfall vom 15.02.2012 zurückzuführen sei und die Hirnschädigung geeignet sei, die bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen hervorzurufen, lediglich Ausführungen zum Unfallzusammenhang gemacht, den auch das SG bejaht hat. Im Hinblick auf die Bemessung der MdE für die leichte Hirnleistungsstörung, die der Sachverständige Prof. Dr. A. mit einer MdE um 20 v.H. bewertet hat, während das SG insoweit lediglich von einem Wert von 15 v.H. ausgegangen ist, weil es nicht den in der vom Sachverständigen herangezogene S1-Leitlinie "Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirntrauma" für ein leichtes hirnorganisches Psychosyndrom (im Alltag sich gering auswirkend) mit einem MdE-Rahmen von 20 bis 40 herangezogen hat, sondern die Erfahrungswerte A in Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 186) für eine geringe Leistungsbeeinträchtigung bei Hirnschädigung (die Diagnose eines hirnorganisches Psychosyndrom hat Prof. Dr. A. in seinem Gutachten nicht gestellt) zu Grunde gelegt hat, kann der Senat dahingestellt sein lassen, ob insoweit dem Sachverständigen oder dem SG zu folgen ist. Denn auch die Zugrundelegung eines geringfügig höheren Teil-MdE-Wertes für die leichte Hirnleistungsstörung (20 v.H. statt 15 v.H.) würde zusammen mit der Teil-MdE um 20 v.H. für die Ertaubung des linken Ohres mangels Additionsfähigkeit der Teil-MdE-Werte nicht zu einer höheren Gesamt-MdE führen.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren Bezug nimmt auf die nicht als Unfallfolge anerkannte Schwindelsymptomatik, die seines Erachtens - entgegen der von der Beklagten und dem SG vertretenen Ansicht - allein oder zumindest überwiegend auf das Unfallereignis vom 15.02.2012 zurückzuführen und daher bei der Bemessung der Gesamt-MdE zu berücksichtigen sei, hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass weder die in dem streitigen Zeitraum seit August 2013 von der Beklagten beauftragten Gutachter noch der vom SG hinzugezogene Sachverständige im Rahmen ihrer jeweiligen Untersuchungen pathologische Befunde erhoben haben, die die beklagte Schwindelsymptomatik belegen würde. So beschrieb der von der Beklagten im Verwaltungsverfahren hinzugezogene Facharzt für HNO-Heilkunde Dr. D. auf Grund seiner im Oktober 2013 durchgeführten Gleichgewichtsprüfungen weder einen Spontan-, noch einen Provokations- und auch keinen Blickrichtungsnystagmus. Für die Lagerungsprüfung dokumentierte er ebenfalls einen unauffälligen Befund und führte weiter aus, dass sich auch bei der thermischen (kalorischen) Prüfung im Gegensatz zu den früheren Befunden eine seitengleiche und gute Erregbarkeit der beiden peripheren Gleichgewichtsorgane ergaben. In diesem Sinne äußerte sich auch der Neurologe Prof. Dr. D., der in seinem Gutachten ausführte, dass sich bei der Lagerung ein Nystagmus nicht mehr provozieren ließ und der deshalb der hno-ärztlichen Seite die Beurteilung vorbehalten wollte, ob noch objektivierbare Folgen des vorhanden gewesen paroxysmalen Lagerungsschwindels bestanden, wofür Dr. D. - wie dargelegt - aber gerade keine Anhaltspunkte fand. Schließlich hat auch Prof. Dr. A. anlässlich seiner Untersuchung keine objektivierbaren pathologischen Befunde mehr dokumentiert und ausgeführt, dass anlässlich seiner Untersuchung weder ein Spontan- noch ein Blickrichtungsnystagmus festzustellen gewesen sei, die Lagerungsprobe unauffällig und auch der vestibulo-occuläre Reflex regelrecht gewesen sei. Soweit Prof. Dr. A. in seiner ergänzenden Stellungnahme für das SG in der von ihm im Gutachten beschriebenen leichten Standataxie einen Hinweis auf den vom Kläger angegebenen Schwindel gesehen hat, hat er in seiner Stellungnahme gegenüber dem Senat diesen Umstand nicht mehr als Beleg herangezogen. Dies ist angesichts der Ausführungen der Beklagten, eine Standataxie (Einschränkung des Stehvermögens) spreche gegen einen Drehschwindel, auch nachvollziehbar. Denn Prof. Dr. A. geht - auf Grund der Angaben des Klägers - davon aus, dass der Drehschwindel nur bei rasch wechselnden Kopfbewegungen und Positionsänderungen ausgelöst wird (vgl. seine Stellungnahme gegenüber dem Senat sowie die im Gutachten für das SG dokumentierten Angaben des Klägers: Kopfbewegungen, Bücken). Die beobachtete Standataxie beruhte aber nicht auf solchen Manövern, sondern - so die Darstellung im Gutachten (Bl. 64 SG-Akte) - auf dem Versuch nach Romberg. Dabei soll der Patient versuchen, mit offenen und danach mit geschlossenen Augen eine Minute mit parallel dicht nebeneinander stehenden Füßen ruhig auf der Stelle zu stehen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 276. Auflage). Mit einer Positionsänderung geht dieser Versuch somit gerade nicht einher.

Tatsächlich ließ sich im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen bei Durchführung solcher Manöver, insbesondere Lagerungsmanöver, - wie dargelegt - ein Drehschwindel nicht auslösen, obwohl solche Positionsänderungen nach den Angaben des Klägers gegenüber Prof. Dr. A. (Bl. 55 SG-Akte) "regelmäßig" Drehschwindelattacken auslösen sollen (ähnlich die Angaben gegenüber Prof. Dr. D., Bl. 552, VerWA). Damit fehlt es weiterhin am Nachweis einer solchen Funktionsstörung für den streitigen Zeitraum der Gewährung von Verletztenrente. Soweit Prof. Dr. A. in seiner Stellungnahme gegenüber dem Senat (auch) ausführt, dass solche unauffälligen Befunde einen gleichwohl bestehenden Schwindel nicht ausschließen, führt dies nicht weiter. Auch wenn eine Funktionsstörung nicht ausgeschlossen ist, ist sie gleichwohl nicht nachgewiesen.

Soweit das Neurozentrum des Universitätsklinikums F. in der Untersuchung vom 10.06.2014 auf Grund Lagerungsmanöver und einem Elektronystagmogramm (ENG) ein Vestibularissyndrom beidseits diagnostizierte und Hinweise auf einen zentral bedingten Schwindel sah, steht dies - worauf Prof. Dr. S. in seiner von der Beklagten hierzu eingeholten Stellungnahme zutreffend hinwies - in Widerspruch zu den anderen Befunden, die im Rahmen der zuvor von der Beklagten veranlassten Begutachtung erhoben wurden (s. hierzu oben). Auch der von PD Dr. Pfeiffer (HNO-Klinik des Universitätsklinikums Freiburg, vgl. Bl. 247 f. VerWA) dokumentierte Befund vom 31.05.2012 war bereits unauffällig. Im ENG zeigten sich keine Spontan- oder Provokationsnystagmen, die kalorische Erregbarkeit der Vestibularorgane war beidseits regelrecht. Die Diagnose des Neurozentrums bestätigende Befunde hat später auch Prof. Dr. A. nicht erhoben, insbesondere den vom Neurozentrum ebenfalls als auffällig, nämlich als gemindert dokumentierten vestibulär-occulären Reflex hat er als regelrecht beschrieben, ebenso die vom Neurozentrum ebenfalls als auffällig angesehene Lagerungsprobe. Angesichts der von ihm erhobenen unauffälligen Befunde hat er den Bericht des Neurozentrums seiner Beurteilung auch nicht zu Grunde gelegt. Wie Prof. Dr. A. gegenüber dem Senat dargelegt hat, ist bei der vorliegend erfolgten traumatischen Nervenschädigung durch den Bruch des Felsenbeines von einer auch vom Kläger

beschriebenen und in den zeitlich nacheinander erhobenen Befunden dokumentierten Besserung auszugehen. Insoweit lässt sich im streitigen Zeitraum seit Beginn der Verletztenrente aus einem vom Neurozentrum einmalig dokumentierten auffälligen Befund bei nachfolgend unauffälligen Befunden nicht auf eine zeitlich überdauernde funktionelle Einschränkung schließen. Hinzu kommt, dass keinerlei Hinweise auf eine Schädigung des Gleichgewichtsorgans auf der rechten Seite bestehen. Der Bruch des Felsenbeines erfolgte links und die früher dokumentierten Ausfälle bezogen sich auf das linke Gleichgewichtsorgan (vgl. z.B. Bericht vom 25.02.2012 über den stationären Aufenthalt, Bl. 10/12 VerwA: Lagerungsschwindel links; Arztbrief vom 28.03.2012, Bl. 78 f. VerwA: Ausfall Gleichgewichtsorgan links). Zu Recht wies Prof. Dr. S. in seiner Stellungnahme zu diesem Bericht des Neurozentrums somit darauf hin, dass der Arbeitsunfall eine vom Neurozentrum diagnostizierte Schädigung (i.S. einer Störung) beider Gleichgewichtsorgane ohnehin nicht erkläre. Im Ergebnis vermag der Senat somit den allen anderen Befunden im streitigen Zeitraum widersprechenden Bericht des Neurozentrums nicht als Nachweis des vom Kläger angegebenen Drehschwindels anzusehen, jedenfalls wäre die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs dieser Befunde mit dem Arbeitsunfall zu verneinen.

Soweit Prof. Dr. A. gleichwohl von einer "noch intermittierend auftretenden bewegungsabhängigen Drehschwindelsymptomatik" ausgegangen ist, die er auf den Unfall zurückgeführt hat, hat er sich allein auf die subjektiven Angaben des Klägers gestützt, die er - so seine Ausführungen in seiner dem Senat erteilten ergänzenden Stellungnahme - angesichts der vom Kläger im Vergleich zur Anfangsphase beschriebenen Besserung (Auslösung nur noch bei rasch wechselnden Kopfbewegungen und Positionsänderungen) für glaubhaft erachtet hat. Dem folgt der Senat nicht. Vielmehr vermag der Senat nicht festzustellen, dass der Kläger weiterhin an einer auf den Unfall zurückzuführenden Schwindelsymptomatik leidet, die in einem Ausmaß vorliegt, das die Bemessung mit einer MdE um zumindest 10 v.H. rechtfertigt, wie dies Prof. Dr. A. angenommen hat. Zu Recht hat die Beklagte insoweit darauf hingewiesen, dass eine als Gesundheitsschaden geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein muss. Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kann. Dieser Nachweis ist vorliegend nicht erbracht. Denn der Umstand, dass der Kläger schon im Rahmen der im Verwaltungsverfahren durchgeführten testpsychologischen Untersuchung durch Dr. Dipl.-Psych. S. Einschränkungen und Störungen präsentierte, die in keinem Verhältnis zu den Angaben im Rahmen der Anamnese und den geschilderten beruflichen Tätigkeiten standen, weshalb der Gutachter ein Beschwerdevalidierungsverfahren einsetzte, das zu dem klaren Ergebnis kam, dass der Kläger Merkfähigkeitsstörungen vortäuschte, begründet erhebliche Zweifel daran, dass die vom Kläger vorgebrachten Schwindelbeschwerden authentisch sind und gerade auch das angegeben Ausmaß haben. Der Senat sieht sich daher nicht in der Lage, seiner Beurteilung die Angaben des Klägers zu Grunde zu legen. Hieran ändert der Umstand nichts, dass Dr. Dipl.-Psych. B. keinen Hinweis auf eine niedrige Anstrengungsbereitschaft des Klägers gefunden hat und ebenso wenig wie Prof. Dr. A. von einem aggravativen Verhalten des Klägers ausgegangen ist. Denn der - von ihm gegenüber Dr. Dipl.-Psych. B. eingeräumte - Versuch der Täuschung u.a. mit wissentlich falschen Antworten bei der Testung durch Dr. Dipl.-Psych. S. wird hierdurch nicht ungeschehen und weckt weiterhin Zweifel an der Glaubwürdigkeit der klägerischen Angaben. Hinzu kommt, dass die gerichtliche Sachverständige keine vergleichbare Validierung wie Dr. Dipl.-Psych. S. durchgeführt hat. Damit ist die behauptete Schwindelsymptomatik nicht festzustellen und insbesondere auch nicht deren Ausmaß, wodurch es ausgeschlossen ist, bei der Bemessung der Gesamt-MdE hierfür - wie von Prof. Dr. A. angenommen - eine Teil-MdE um 10 v.H. zu berücksichtigen. Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Vor dem Hintergrund dessen kann der Senat offen lassen, ob der Kläger - wie von ihm im Berufungsverfahren behauptet und entgegen seinen früheren Angaben (vgl. S. 36 ff., S. 45 f. VerwA) vor dem Unfall tatsächlich nicht unter Schwindelattacken litt bzw. ob die angesprochene seinerzeitige Symptomatik - wie dies Prof. Dr. A. gegenüber dem Senat dargelegt hat - in keinen Zusammenhang mit dem posttraumatisch aufgetretenen Schwindel gebracht werden kann.

Die Berufung des Klägers kann nach alledem keinen Erfolg haben.

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

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-10-16