

## L 6 U 2977/18

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 3 U 998/15  
Datum  
11.07.2018  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 2977/18  
Datum  
29.08.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Feststellung eines Schädel-Hirn-Traumas setzt insbesondere eine durch eine gewaltsame Einwirkung hervorgerufene Funktionsstörung oder Verletzung des Gehirns voraus. Eine traumatische Verletzung des Kopfes ohne Hirnfunktionsstörung oder Gehirnerkrankung ist dagegen als Schädelprellung einzustufen.

2. Nach dem derzeitigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand ist die Entstehung einer Dysthymia, wie auch anderer Erkrankungen des depressiven Formenkreises nicht auf einzelne Einwirkungen, sondern eine Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren zurückzuführen (sog. multifaktorielles Erklärungskonzept).

3. Eine Entstellung ist nicht in jedweder ungewollten und allgemein sichtbaren Änderung des äußeren Erscheinungsbildes, etwa durch eine Narbe im Gesicht, zu sehen. Es ist vielmehr im konkreten Einzelfall festzustellen, ob hierdurch eine bedeutsame Abweichung von der Norm gesellschaftlicher Ästhetikvorstellungen eintritt.

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 11. Juli 2018 abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten hat die Beklagte in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte und Berufungsklägerin wendet sich gegen ihre Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente zugunsten des Klägers nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v.H.) ab dem 16. September 2013 und die Feststellung weiterer Folgen eines Arbeitsunfalls vom 17. April 2013.

Der am xx. xx 1973 geborene Kläger ist Staatsangehöriger Bosnien-Herzegowinas, verheiratet und Vater zweier Kinder. Bevor er 1992 in die Bundesrepublik Deutschland auswanderte, hat er in seinem Heimatland eine vierjährige Berufsausbildung im Bereich Maschinenbau absolviert. Seit dem Jahr 2001 ist er als Maschinenbediener in Vollzeit, ursprünglich im Bereich Schmiede, bei einem Automobilhersteller, einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten, beschäftigt, das er mit einer jeweils halbstündigen Autofahrt aufsucht. Einmal pro Woche spielt er aktiv Fußball, geht gerne mit der Familie spazieren und begleitet seine Kinder zum Fußball bzw. Musikunterricht.

Am 17. April 2013 blieb im Rahmen eines Schmiedeversuchs die vom Kläger bediente Schmiedepresse aufgrund einer Störung stehen und dadurch der Abgrat (ein bei der Bearbeitung entstehender und überschüssiger Material-, insbesondere Metallrest) am Schmiedewerkzeug hängen. Als der Kläger diesen Abgrat mit Hammer und Brecheisen entfernen wollte, löste sich ein Metallsplitter (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 22. April 2013) und fügte ihm im Stirnbereich eine Impressionsfraktur der Schädelkalotte links frontal zu (Bericht des Radiologen Dr. H. K. Krankenhaus W., vom 17. April 2013). Der Kläger entfernte das ihm in der Stirn steckende Metallteil selbst (Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. H., Neurochirurgische Abteilung des K. W.). Ausweislich eines Berichts des Priv.-Doz. Dr. S., Chefarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des K. Krankenhauses W., vom 18. April 2013, sei weder eine initiale Bewusstseinsstörung, eine Erinnerungslücke durch das Trauma oder Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Kopfschmerzen aufgetreten. Es sei ein offenes Schädel-Hirn-Trauma ersten Grades zu diagnostizieren, nach der Glasgow-Koma-Skala bestanden bereits bei der erstmaligen Prüfung um 14.30 Uhr, eine halbe Stunde nach dem Unfall, keine Bewusstseinsstörungen. Noch am Unfalltag erfolgte eine operative Hebung der Impressionsfraktur. In einer notfallmäßig durchgeführten kranialen Computertomographie (CCP) stellte sich die Impressionsfraktur links frontal mit Beteiligung der Sinus frontalis (Stirnhöhle) und eine winzige epidurale Blutung dar. Klinisch-neurologisch zeigte der Kläger keine Auffälligkeiten. Auch eine Verlaufs-CCP vom 24. April 2013 ergab einen regelrechten postoperativen Befund, so dass der Kläger an diesem Tag in sehr gutem klinisch-neurologischen Zustand in die ambulante Betreuung entlassen werden konnte (Bericht des

Prof. Dr. H. vom 24. April 2013).

In der nachfolgenden tagesstationären neurologischen Anschlussheilbehandlung ab dem 29. April 2013 bis zum 14. Juni 2013 im Reha-Zentrum H., B., teilte der Kläger mit, eine deutliche Verminderung der allgemeinen Belastbarkeit und der Ausdauer, besonders beim Treppenlaufen, zu bemerken. Er beklagte eine Nackensteife und Verspannung im Schultergürtel sowie gelegentlich auftretende Kopfschmerzen. Weiter äußerte er Ängste, an der bewussten Maschine zu arbeiten, da er befürchte, wieder einen Unfall zu erleiden. Er dürfe derzeit keine schweren Teile heben, um den intrakraniellen Druck nicht zu erhöhen. Bereits vor dem Unfall habe er deutliche Umstellungsprobleme zwischen Früh- und Spätschicht mit Schlafstörungen gehabt. Dieses Problem nehme nach dem Ereignis eher zu. Bei der Aufnahme zeigte sich der Kläger psychisch wach und zu allen Qualitäten orientiert. Die Schwingungsfähigkeit war erhalten, es fand sich kein Hinweis für eine Antriebsstörung, die Stimmungslage war ausgeglichen und es lag kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen vor. Im Verlauf zeigten sich Hinweise für eine akute Belastungsstörung, nachdem der Kläger wiederholt Befürchtungen geäußert habe, ob er an der Maschine, an welcher der Unfall geschah, jemals wieder arbeiten könne. Neuropsychologisch stelle sich die Aufmerksamkeit unauffällig dar, leichte Probleme habe der Kläger bezüglich kognitiver Umstellungsfähigkeit. Der neurologische Befund sei unauffällig, neuropsychologische Auffälligkeiten bestünden nicht (Verlängerungsantrag der Neurologin Dr. S., Reha-Zentrum H. in B. vom 16. Mai 2013).

Nach Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ab dem 17. Juni 2013 nahm der Kläger ab dem 15. Juli 2013 seine Arbeitstätigkeit wieder in vollschichtigem Umfang auf, wobei er nicht mehr an der Maschine eingesetzt wurde, an welcher der Unfall geschah. Die Beklagte zahlte bis zum Ablauf der Wiedereingliederungsmaßnahme Verletzengeld an den Kläger.

Die Durchgangsarztin Dr. N. berichtete am 26. Juni 2013, die Narbe sei reizlos, der Kläger schildere noch ein deutliches Druckgefühl im Operationsbereich bei körperlicher Belastung und eine allgemeine Belastungsminderung bei körperlichen Aktivitäten sowie eine Hirnleistungsstörung des Kurzzeitgedächtnisses. Neurologische Ausfälle bestünden nicht. Sie leitete eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ein. Die Neurologin Dr. S. berichtete am 11. Juli 2013, klinisch-neurologisch sei der Kläger weiterhin unauffällig. Er gebe an, auf der Arbeit viel psychischem Stress ausgesetzt zu sein. Der Kläger habe das Gefühl, nicht ernstgenommen zu werden und bemerke, dass er aufgrund des psychischen Stresses deutlich mehr Kopfschmerzen entwickle als nach dem Rehabilitationsabschluss. Er nehme auch wieder gelegentlich Schmerzmittel ein. Des Weiteren schlafe er schlecht. Zudem sei er deutlich vergesslicher als sonst. Die Hypästhesie links frontal nehme ab und der Kläger berichte über eine vermehrte Empfindlichkeit im Nasenbereich. Er laufe Gefahr, eine reaktive Depression bei Zustand nach dem Arbeitsunfall und der derzeitigen Lage am Arbeitsplatz zu entwickeln. Um dies zu vermeiden sowie die Kopfschmerzen positiv zu beeinflussen, werde ein Therapieversuch mit Cymbalta 30 mg gestartet.

Nach dem Abschlussbericht der B. Unfallklinik M., Prof. Dr. B., vom 9. Oktober 2013 sei ein "Brain check" durchgeführt worden. Bei der Aufnahme berichte der Kläger, dass er nach dem Unfall noch häufiger über den Unfallmechanismus nachgedacht habe. Sehr profitiert habe er vom innerbetrieblichen Arbeitsplatzwechsel, früher bestehende Schlafstörungen hätten sich gebessert. Er wolle weiterhin nicht vor der Maschine stehen, welche ihm die Verletzung zugefügt habe. Der Kläger beschreibe gelegentlich auftretende Kopfschmerzen, auch bei Wetterwechsel, VAS (Visuelle Analogskala, eine Skala von 1 bis 10 zur subjektiven Schmerzeinschätzung) maximal 4 bis 5, und die gelegentliche Einnahme von Ibuprofen. Er entwickle Cephalgien auch bei Stressbelastung, hier brächten jeweils Pausen mit Entspannungsmaßnahmen Linderung. Darüber hinaus bestehe kein Schwindel, keine Sehstörung und keine Lichtscheu. Der Kläger berichte über gelegentliche Vergesslichkeit ohne Wortfindungsstörungen. Der psychische Befund wird als unauffällig beschrieben. Eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Schädels und eine Elektroenzephalographie (EEG), jeweils vom 9. Oktober 2013, ergaben im Wesentlichen unauffällige Befunde. Im MRT zeigte sich eine minimale knöcherne Veränderung links frontal. Das traumatische Ereignis scheine aus ärztlicher Sicht gut bewältigt. Im Rahmen der Untersuchungssituation hätten sich keine Hinweise auf neuro-kognitive Defizite ergeben. Da keine Hirnsubstanzschädigung vorliege, könne auf die neuropsychologische Befundung verzichtet werden.

Mit Schreiben vom 11. November 2013 beantragte der Kläger die Gewährung einer Verletztenrente. Bei geringer Belastung entstünden starke Kopfschmerzen, schnelle Erschöpfbarkeit und Defizite im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses sowie der Konzentrations- und Merkfähigkeit. Er leide unter Schlaflosigkeit, erhöhter Reizbarkeit und Depressionen sowie unter Kreislaufproblemen mit hohem Blutdruck. Bedingt durch diese Folgeschäden komme es häufig vor, dass er während der Arbeitszeit den Werksärztlichen Dienst aufsuchen müsse, um sich medikamentös behandeln zu lassen. Zusätzlich seien häufige Erholungspausen notwendig.

Hierauf ließ die Beklagte eine ambulante Heilverfahrenskontrolle durch den Neurologen, Psychiater und Sozialmediziner Dr. H. durchführen. Dieser berichtete am 15. März 2014, der Kläger gebe insbesondere nach Belastung bei Stress Kopfschmerzen an. Zur Frequenz der Kopfschmerzen erkläre er, diese sei unterschiedlich, meist bei Wetterwechsel, während freier Tage und im Urlaub träten die Kopfschmerzen nicht auf, bei Wetterwechsel und Belastung könnten die Kopfschmerzen auch täglich bestehen. Die Behandlung gebe der Kläger mit Ibuprofen 600, bei Kopfschmerzen 1 bis 10 Tabletten pro Woche, an. Sonst sei er diesbezüglich medikamentenfrei. Infolge der Kopfschmerzen und nur an Kopfschmerztagen bestünden vermehrte Reizbarkeit und Gereiztheit, Störung der Konzentration und Merkfähigkeit. Er sei auch schon vor dem Unfall mit dem Rhythmuswechsel einer Schichtarbeit nicht so gut zurechtgekommen, habe jeweils Schlafstörungen gehabt, sich nicht gut an den Rhythmus anpassen können. Die daraus resultierenden Konzentrationsstörungen seien allerdings geringer gewesen als nach dem Unfall. Sein Hausarzt habe ihm ab Januar 2014 Opipramol in der kleinstmöglichen Dosierung verordnet. In der Untersuchung sei die Modulation und Schwingungsfähigkeit regulär, die kognitiven Basisfunktionen seien nicht eingeschränkt. Bei dem unmittelbaren Gespräch über das Unfallereignis wirke der Kläger etwas gespannter, unruhiger und ängstlicher. Er sei dabei jederzeit emotional erreichbar und ablenkbar. Es zeige sich eine leichte Minderempfindung mit Fehlreizen über der unmittelbaren Narbenregion. Psychiatrisch bestünden gegenwärtig noch Symptome eines spezifischen Vermeidungsverhaltens. Insgesamt seien zeitnah zum Unfall bestehende Angst und Unsicherheit weitgehend abgeklungen. Eine MdE auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe nicht. Neurologisch habe der Kläger eine kleinere Knochenlücke links frontal mit Schädelnarbe, kosmetisch nur wenig störend, erlitten. Bei der stattgehabten Verletzung mit knöchernem Defekt und Narbenbildung seien die von dem Kläger berichteten Gesichts- und Kopfschmerzen als Unfallfolge zu bewerten. Die kleinere Knochenlücke mit geringem Substanzverlust am knöchernen Schädel bewerte er mit einer MdE von 5 bis 10 v. H., die Schädelnarbe am Hirnschädel mit einer MdE bis 10 v. H. und posttraumatische Gesichts- und Kopfschmerzen, leicht- bis gelegentlich mittelgradig mit einer MdE von 10 v. H., woraus bei teilweise überlappenden Funktionsstörungen eine MdE von 20 v. H. folge. Auf Nachfrage der Beklagten, insbesondere zur MdE-Bewertung, übersandte Dr. H. eine überarbeitete Version seines Berichts, welche am 2. Juni 2014 bei der Beklagten einging. Danach sei die kleinere Knochenlücke ohne funktionell und morphologisch relevanten Substanzdefekt

am knöchernen Schädel mit Schädelnarbe am Hirnschädel, kosmetisch nur wenig störend, mit einer MdE von 5 bis 10 v. H. und ein episodischer posttraumatischer Kopfschmerz (intermittierender episodischer Spannungskopfschmerz, ICD-10 G44.3) mit einer MdE 10 v. H. zu bewerten. Bei teilweiser überlappenden Funktionsstörungen betrage die MdE insgesamt 15 bis 20 v. H. Unfallunabhängig bestehe ein Verdacht auf einen arzneimittelinduzierten Kopfschmerz. Mit einem ergänzenden Schreiben vom 19. Mai 2014 teilte Dr. H. mit, durch die Knochenlücke bestehe keine Gefahr einer leichteren Schädigung des Gehirns in Zukunft. Es sei davon auszugehen, dass es zu einer vollständigen Heilung komme.

Mit Bescheid vom 17. Juli 2014 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013 ab. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei nicht über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls bzw. nach dem Ende des Verletzengeldanspruchs um wenigstens 20 v. H. gemindert. Hierbei seien vorübergehende, belastungsabhängige Kopfschmerzen nach einem knöchern fast vollständig verheilten Bruch des Schädeldachs (kleine Knochenlücke nach Impressionsfraktur) ohne funktionell und organisch-relevanten Substanzdefekt (Hirnschädigung) berücksichtigt worden.

Den Widerspruch des Klägers vom 6. August 2014 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4. März 2015 zurück. Es seien keine Unfallfolgen feststellbar, die eine rentenberechtigende MdE rechtfertigten.

Hierauf hat der Kläger mit am 26. März 2015 beim Sozialgericht H. (SG) eingegangener Klage erhoben und neben der Gewährung einer Verletztenrente die Feststellung einer Anpassungsstörung mit Übergang in eine Dysthymia, eines Kopfschmerzes und einer Sensibilitätsstörung im Stirnbereich links als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013 begehrt.

Das SG hat durch Befragung der behandelnden Ärzte Dr. B., Dr. S. und Dr. W. als sachverständige Zeugen sowie durch Einholung eines Gutachtens bei Dr. K. Beweis erhoben.

Dr. S. hat am 18. September 2015 bekundet, der Kläger habe in der letzten Vorstellung im März 2014 wetter- und belastungsabhängige Kopfschmerzen beklagt, die unter Schmerztherapie in den Griff zu bringen gewesen seien. Er habe zudem über eine vermehrte Gereiztheit und Nervosität in den letzten Monaten berichtet, wobei eine antidepressive Therapie keine Wirkung gezeigt habe. Zudem habe er Defizite in der kognitiven Dauerbelastbarkeit im Sinne von reduzierter Konzentration und Merkfähigkeitsstörungen angegeben. Es hätten Schlafstörungen sowie eine vorzeitige Ermüdbarkeit bestanden. Die vom Kläger beschriebenen Beschwerden seien hirnorganische Allgemeinsymptome, die typischerweise durch Hirnschädigung infolge eines Unfalls auftreten könnten. Sie könnten daher durch den Unfall verursacht worden sein.

Die Neurologin Dr. B. von der Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie H. hat am 18. September 2015 berichtet, den Kläger lediglich einmal am 7. Juli 2015 behandelt zu haben. Er habe persistierende Kopfschmerzen sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen beklagt. Auch die Ausdauerbelastbarkeit sei gesunken. Der Kläger könne sich nicht mehr über längere Zeit auf etwas konzentrieren. Die kognitiven Testungen belegten dies. Im DemTect (neuro-kognitive Testung für Demenzerkrankungen) seien 8 von möglichen 18 Punkten erreicht worden, dies entspräche dem GR.eich zwischen einer leichten kognitiven Störung und einer beginnenden Demenz. Ein ebenfalls am 7. Juli 2015 durchgeführter Mini-Mental-Test (Screening-Verfahren zur Feststellung kognitiver Defizite) sei unauffällig gewesen. Es persistierten depressive Verstimmungen, wobei möglich sei, dass das Ergebnis des DemTect hierdurch beeinflusst worden sei. Sie führe die Konzentrations- und Gedächtnisstörung auf den Unfall zurück. Den Langzeitverlauf könne sie nicht beurteilen. Jedoch gebe es nach Schädel-Hirn-Traumata häufig solche unspezifisch neuropsychologischen Störungen, auch sei eine persistierende reduzierte Belastbarkeit keine Seltenheit. Ob die sich jetzt darauf pflanzende depressive Stimmungslage Folge des Unfalls sei, könne sie nicht sagen.

Der Internist Dr. W. hat am 5. Oktober 2015 mitgeteilt, der Kläger habe sich seit Mai 2013 wiederholt wegen psychischer und psychovegetativer Erschöpfungszustände, depressiven Verstimmungen sowie Klagen von Konzentrationsschwächen und Neigung zu Cephalgie vorgestellt. Die depressive Störung mit kognitiven Störungen lasse sich zeitlich eindeutig dem Schädel-Hirn-Trauma zuordnen. Seit dem Arbeitsunfall klage der Kläger vermehrt über linksfrontale Kopfschmerzen, welche vor allem bei psychischer Belastung, bei Stress und bei Schlafstörungen aufträten. Die MdE der Hirnleistungsschwäche bewerte er mit 50 bis 60 v.H. und die rezidivierende depressive Störung mit 30 bis 40 v.H. Als Gesamt-MdE würde er 60 v.H. für angemessen erachten.

Der Neurologe und Psychiater Dr. K. hat in seinem Gutachten vom 29. Mai 2016 nach Untersuchung vom 8. Dezember 2015 beim Kläger eine Anpassungsstörung nach dem Unfall vom 17. April 2013 (F43.2) mit Übergang in eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), einen Kopfschmerz (ICD-10: R51) und Sensibilitätsstörung (ICD-10: R20.1) im Stirnbereich links, eine Schädelprellung (ICD-10: S00.85) mit Impressionsfraktur (ICD-10: S02.0) links im Stirnbereich diagnostiziert. Ein Schädel-Hirn-Trauma habe nicht vorgelegen. Als Beschwerden berichte der Kläger ständige Kopfschmerzen, bei geringer Belastung starke Kopfschmerzen und Gesichtsschmerzen, er werde sehr schnell müde und erschöpft, habe Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Konzentrationsprobleme, Schlafprobleme, eine erhöhte Reizbarkeit, Depressionen, Kreislaufprobleme, Antriebsmangel und leide unter einem hohen Blutdruck sowie Nervosität. Die Kopfschmerzen seien wetterbedingt. Er habe kein oder nur wenig Gefühl im Narbenbereich. Die Behandlung erfolge derzeit mit Mirtazapin, 30 mg abends, Allopurinol, 150 mg abends, sowie Ramipril, 10 mg morgens. In der Laboruntersuchung auf Mirtazapin sei die Einnahme dieses Medikaments nicht nachzuweisen gewesen. Hirnorganisch bestehe ein unauffälliger Status, Bewusstseinsstörungen bestünden nicht. Im Stirnbereich links finde sich eine Narbe, dort auch umschriebene Sensibilitätsminderung im Bereich der Stirn linksseitig. Die Sensibilität im Gesichtsbereich, der Wangenschleimhaut und der Zunge sei unbeeinträchtigt. Bei sonst symmetrischer Innervation aller mimischen Muskeln blinze der Kläger links vermehrt, dort zeige sich auch eine Kokontraktion der mimischen Muskulatur. Auffassungsvermögen, Konzentration, Kurz- und Langzeitgedächtnis zeigten sich in der psychiatrischen Untersuchung uneingeschränkt. Das Denken sei nicht verlangsamt, gehemmt oder umständlich. Affektiv sei der Kläger schwunglos, nur eingeschränkt auslenkbar, nach 5 Stunden Untersuchung wirke er einfühlbar erschöpft. Die Untersuchung habe nach 6 Stunden um 18.20 Uhr geendet. Bei der am Ende durchgeführten testpsychologischen Diagnostik habe der Kläger Zeichen einer Erschöpfung, auch mit vegetativen Stigmata, gezeigt. Darüber hinaus ergäben sich keine Auffälligkeiten. So sei der Kläger nicht ängstlich gereizt, unruhig oder affektlabil gewesen. Sonstige Auffälligkeiten im Verhalten bestünden nicht. Betrachte man die Gesamtheit aus den Verhaltensbeobachtungen, dem psychischen Befund, den Einzelergebnissen aus der testpsychologischen Diagnostik, ergebe sich das Bild einer vermehrten Erschöpfbarkeit, nicht jedoch eine eigentliche depressive Störung, damit durchaus eine Verdeutlichung, da der Kläger gewissermaßen nicht alles aus sich heraushole. Nach der Zung-Depressions-Skala liege der erhobene Messwert nicht im depressiven Bereich, nach der Beck-Depressions-Skala bestehe ein Ergebnis von 10 Punkten im Bereich einer minimalen

Depression. Im strukturierten Fragebogen simulierter Symptome (FIMS) werde der Cut-off-Wert für Simulation noch nicht überschritten, liege im Grenzbereich. Dies weise nicht auf eine Simulation hin, jedoch sei eine Tendenz zur negativen Antwortverzerrung möglich. Nach der Korff-Schmerz-Intensitäts- und Beeinträchtigungsskala liege eine hohe Schmerzintensität bei einer insgesamt geringen Funktionsbeeinträchtigung (Grad II) vor. Die vom Kläger geschilderte Beschwerdesymptomatik sei mit einer hirnganischen Beeinträchtigung vereinbar, eine solche sei jedoch nach Ausschluss einer Hirnverletzung nicht zu erwarten. Die Beschwerden, Symptome, funktionellen Einschränkungen seien insgesamt nicht durchgehend stimmig, erführen also keine gegenseitige Bestätigung. Einerseits lasse sich eine Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens mit dadurch schwankendem Ergebnis und den verschiedenen Testaufgaben ableiten. Hinweise für eine sich stimmig in den verschiedenen Testaufgaben abbildende Störung für das Frontalhirn hätten sich andererseits aber nicht ergeben. Insgesamt lasse sich eine hirnganische Beeinträchtigung nicht überzeugend nachweisen, vielmehr lägen schwankende unkonstante Testergebnisse vor, die auf eine nicht durchgehende Leistungsmotivation bzw. Leistungsfähigkeit während der Testdurchführung schließen ließen, sei es Erschöpfung, sei es Verdeutlichung. Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat Dr. K. unter Zugrundelegung des DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual der amerikanischen psychiatrischen Fachgesellschaft APA) mangels Erfüllung der Kriterien B (beharrliches Wiedererleben), C (anhaltende Vermeidung von mit dem Trauma verbundenen Reizen) und F (Verursachung von Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen durch das Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise) verneint. Es sei ein residualer Zustand festzustellen, der formal einzelne Elemente der PTBS enthalte, im Ausmaß der funktionellen Auswirkungen jedoch eine PTBS nicht erfülle. Im Beschwerdevortrag werde eine rasche Ermüdbarkeit berichtet, Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Konzentrationsprobleme, Schlafprobleme, eine erhöhte Reizbarkeit, eine depressive Störung, Antriebsmangel, Nervosität. Nervenärztlich werde eine verminderte Belastbarkeit und verminderte Ausdauer dokumentiert. Starke Schwankungen der Stimmungslage seien weder vom Kläger berichtet worden noch in den Akten festgehalten. In der Zusammenschau der Befunde und Symptome würden Manifestationen einer psychischen Gesundheitsstörung am ehesten stimmig einer anhaltenden affektiven Störung, Dysthymia, zugeordnet. Eine entsprechende Reaktionsbereitschaft scheinereits zum Unfallzeitpunkt bestanden zu haben, so werde in dem Rehabilitationsbericht aus dem Reha-Zentrum H. berichtet, der Kläger habe schon vor dem Unfall Schlafstörungen gehabt. Hierzu passe auch, dass die dem Kläger verordnete antidepressive Therapie nicht zu einer Besserung geführt habe. Unter dem Gesichtspunkt einer Dysthymia ließen sich auch die Konzentrationsstörungen und die schwankende Leistung in der neuropsychologischen Diagnostik verstehen. In der Systematik der psychischen Störungen sei damit unfallbedingt eine Anpassungsstörung aufgetreten, die nachfolgend in eine Dysthymia übergegangen sei. Die Symptomatik einer Dysthymia habe vor dem Unfallereignis nach Aktenlage nicht vorgelegen. Die Kopfschmerzsymptomatik sei nach der Impressionsfraktur links im Stirnbereich stimmig und nachvollziehbar. Der aktuell erfassbaren psychischen Beeinträchtigung lasse sich insgesamt eine MdE von 20 zuordnen. Die sensible Störung im Stirnbereich links sowie auch die Schädelnarbe am Hirnschädel seien mit einer MdE von 10 v. H. zu bewerten. Die Kopfschmerzen, auch die umschriebenen Schmerzen im Stirnbereich links, seien im Ausmaß insgesamt eher als mittelgradig, nicht selten, nicht wirklich leicht, daher mit einer MdE von 20 v. H. zu bewerten.

Die Beklagte ist dem unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. R. vom 4. Juli 2016 entgegengetreten, nach welcher der Kläger anlässlich seines Unfalls lediglich eine Gesichtsschädelverletzung erlitten habe. Als Unfallfolge seien im Intervall auftretende belastungsabhängig und witterungsbedingt verstärkte Kopfschmerzen ohne funktionell relevante organische Hirnsubstanzschädigung nach knöchern vollständig verheiltem Schädelbruch anzuerkennen, zusätzlich auch eine Sensibilitätsstörung am Narbenbereich der linken Stirn. Die Sensibilitätsstörung gehe ohne funktionelle Einwirkung einher und die MdE betrage unter 10 v. H. Die Kopfschmerzsymptomatik werde als witterungsabhängig verstärkt beschrieben. Dem Gutachten sei keinerlei Medikation diesbezüglich zu entnehmen, während Dr. B. von einer Behandlung mittels Opipramol und Mirtazapin berichtet habe. Wenn der Gutachter nun erhebe, dass in dem Medikamentenspiegel keinerlei Wirkkonzentration nachweisbar sei, sei davon auszugehen, dass keinerlei adäquate Behandlung erfolge. Insofern sei der posttraumatische Spannungskopfschmerz nicht so belastend, dass hieraus resultierend eine MdE von 20 v. H. anzusetzen sei. Er führe zwar aus, dass die Kopfschmerzen eher mittelgradig, nicht selten und nicht wirklich leicht seien, habe aber weder versucht, die Kopfschmerzen auf einer VAS zu graduieren noch habe er den Beschwerdevortrag bezüglich der Schmerzen genauer exploriert. Er stütze sich lediglich auf den subjektiven Beschwerdevortrag des Klägers. Bei der Dysthymia handle es sich um ein leichtgradiges Krankheitsbild, dass nur dann diagnostiziert werde, wenn nicht zumindest eine leichtgradige depressive Episode zu beschreiben sei. Wenn der Gutachter von einer Anpassungsstörung ausgehe, die sich an eine Dysthymie gewandelt habe, spreche er von einer Verschiebung der Wesensgrundlage. Dem Unfallereignis komme diesbezüglich lediglich die Bedeutung einer unwesentlichen Teilursache zu.

Nach entsprechender Einverständniserklärung der Beteiligten zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 11. Juli 2018 eine "Angststörung" mit Übergang in eine Dysthymia und eine Sensibilitätsstörung im Stirnbereich links als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013 festgestellt und die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab dem 16. September 2013 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 20 v. H. zu gewähren. Hinsichtlich einer Rentengewährung bereits ab dem 15. Juli 2013 und der Feststellung eines Kopfschmerzes als weiterer Unfallfolge hat das SG die Klage abgewiesen. Letzteres sei bereits von der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden als Unfallfolge festgestellt worden. Das SG stütze sich dabei auf das Gutachten des Dr. K ...

Nach Zustellung dieser Entscheidung am 26. Juli 2018 hat die Beklagte am 20. August 2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Hierbei hat sie sich auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. R. bezogen und ergänzend vorgetragen, der Kläger gebe zwar an, zusätzlich noch bedarfsweise Ibuprofen 600 einzunehmen, ein entsprechender Nachweis hierfür liege jedoch nicht vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts H. vom 11. Juli 2018 wird abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf einen Hinweis des Senats, dass über die ausgeurteilten Gesundheitsstörungen keine anfechtbare Verwaltungsentscheidung vorliege und die Klage insoweit unzulässig sein dürfte, hat der Kläger vorgetragen, eine ausdrückliche Entscheidung des Unfallversicherungsträgers über

jede einzelne als Unfallfolge behauptete Gesundheitsstörung sei nicht erforderlich. Wegen der Kopfschmerzen wurde und werde Ibuprofen 600 eingenommen. Es sei nicht richtig, dass er bei Dr. K. falsche Angaben gemacht habe. Die damalige regelmäßige Einnahme von Mirtazapin als einem Antidepressivum könne von seiner Ehefrau bestätigt werden.

Das LSG hat Dr. B. und Dr. W. ergänzend als sachverständige Zeugen angehört. Dr. W. hat am 19. November 2018 mitgeteilt, dem Kläger seit dem Unfalltag zwölfmal Ibuprofen 600 verordnet zu haben. Nachdem zunächst Verordnungen von einmal 15, dann jeweils 50 Tabletten erfolgten, hat Dr. W. am 4. August 2016, am 4. Mai 2017, am 27. Dezember 2017 und am 15. Oktober 2018 jeweils 100 Tabletten dieses Medikaments rezeptiert. Vor dem Unfallereignis sei keine regelmäßige Schmerzmitteleinnahme erfolgt. Es würden zur Überwachung der Schmerzmitteleinnahme laborchemische Untersuchungen (Befunde hierzu liegen nicht vor) und regelmäßige Vorstellungen in der Praxis erfolgen. Ein Anhalt für einen schmerzinduzierten Kopfschmerz bestehe nicht.

Dr. B. hat am 4. Dezember 2018 angegeben, den Kläger einmal im Quartal zu behandeln. Es bestehe ein Dauerkopfschmerz, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, depressive Verstimmungen, Antriebsstörung, Ängste und Schlafstörungen. Trotz medikamentöser und nervenärztlicher regelmäßiger Behandlung seien die Beschwerden im Wesentlichen wechselhaft, derzeit eher verschlechtert. Zu Beginn sei die Behandlung mit Valdoxan, 25 mg und Citalopram, 10 mg erfolgt, derzeit umgestellt auf Opipramol, 100 mg abends.

Auf Anfrage des Senats haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Darstellung der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Verfahrensakten der Beklagten (2 Bände) sowie die Prozessakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte mit Einverständnis der Beteiligten über die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG vom 11. Juli 2018 durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Die Berufung ist statthaft (§ 143 SGG) und bedarf nicht der Zulassung, da sie zum einen die gerichtliche Feststellung weiterer Unfallfolgen und zum anderen die Gewährung laufender Geldleistungen für mehr als ein Jahr (§ 144 Abs. 1 SGG) zum Gegenstand hat. Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht erhoben (§ 151 Abs. 1 SGG).

Die Berufung ist auch begründet. Denn die kombinierte Anfechtungs-, Feststellungs-, und Leistungsklage (§§ 54 Abs. 1 und 4, 55 Abs. 1 Nr. 3, 56 SGG, vgl. zur Klageart und zum Wahlrecht der Versicherten zwischen Feststellungs- und Verpflichtungsklage BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris, Rz. 15 ff.), gegen welche sich die Beklagte verteidigt, ist teilweise bereits unzulässig und im Übrigen unbegründet. Das Urteil des SG ist daher abzuändern und die Klage in Gänze abzuweisen.

Soweit der Kläger die (teilweise) Aufhebung des Bescheides vom 17. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. März 2015 und die Feststellung einer in eine Dysthymia übergegangenen Anpassungsstörung, eines Kopfschmerzes und einer Sensibilitätsstörung im Stirnbereich links als weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013 begehrt, ist die Klage bereits unzulässig. Der klageweise begehrten Feststellung einer in eine Dysthymia übergegangenen Anpassungsstörung und einer Sensibilitätsstörung im Stirnbereich links steht entgegen, dass die Beklagte im angefochtenen Bescheid vom 17. Juli 2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. März 2015 keine Entscheidung über die Einordnung dieser Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013 getroffen hat. Damit liegen die Sachentscheidungsvoraussetzungen nicht vor. Der Kläger ist insoweit nicht klagebefugt im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende im Wege der Anfechtungsklage die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - B 9/9a SGB 2/06 R -, SozR 4-3250 § 69 Nr. 5, Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - B 13 RJ 19/01 R -, BSGE 90, 127 (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - B 2 U 25/09 R -, juris, Rz. 12). Die Unzulässigkeit der Anfechtungsklage zieht die Unzulässigkeit der mit ihr insoweit kombinierten Feststellungsklage nach sich (vgl. Urteil des Senats vom 3. August 2017 - L 6 VS 1447/16 -, juris, Rz. 53).

Die auf die Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Anfechtungs- und Leistungsklage ist dagegen zulässig, aber unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. aufgrund des Arbeitsunfalls vom 17. April 2013. Die diesbezügliche Entscheidung der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier eines Arbeitsunfalls in Form des Wegeunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

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 (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalles in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18.

Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, SozR 4-2700 § 200 Nr 3, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (65)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismwürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 9/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr 43, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (203) und vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15 R](#) -, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13 R](#) -, juris, Rz. 37), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 - [B 2 U 17/15 R](#) -, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, SozR 4-2700 § 200 Nr 3, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben hat der streitgegenständliche Versicherungsfall nicht zu einer Funktionsbeeinträchtigung geführt, welche eine MdE von wenigstens 20 v. H. stützt, wie es im Falle des Klägers mangels Stützrentenatbestand (§ 56 Abs. 1 Satz 2, 3 und 4 SGB VII) für die begehrte Leistungsgewährung erforderlich ist. Da ein Anspruch des Klägers auf eine Verletztenrente nicht besteht, kommt es auf die Frage des möglichen Zeitpunkts des Beginns dieser Leistung, welcher sich nach § 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII zu richten hätte, nicht weiter an.

Der Kläger erlitt am 17. April 2013 einen von der Beklagten bindend (§ 77 SGG) anerkannten Arbeitsunfall, als er während seiner Tätigkeit als Maschinenbediener bei einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten von einem Metallstück an der Stirn getroffen wurde und eine Impressionsfraktur links frontal unter Beteiligung der dortigen Stirnhöhle sowie mit einer geringen epiduralen Blutung erlitt.

Dieses Ereignis hat neben dem von der Beklagten bislang berücksichtigten, knöchern fast vollständig verheilten Bruch des Schädeldachs (kleine Knochenlücke nach Impressionsfraktur) ohne funktionellen und organisch-relevanten Substanzdefekt (Hirnschädigung) und vorübergehenden, belastungsabhängigen Kopfschmerzen zu einer Sensibilitätsminderung im linken Stirnbereich geführt.

Die Impressionsfraktur, wie sie Dr. H. am Unfalltag dokumentiert hat, ging nicht mit einer initialen Bewusstseinsstörung, einer Erinnerungslücke, Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Kopfschmerzen einher. Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der Hirnschicht bestanden nicht, weder unmittelbar durch die Fraktur noch mittelbar durch die in der Notfall-CCP festgestellte minimale epidurale Blutung. Die MRT-Untersuchung des Schädels vom 9. Oktober 2013 in der B. Unfallklinik M. ergab wie ein EEG vom gleichen Tag unauffällige Befunde. Entsprechend hat der dortige Prof. Dr. B., welcher beim Kläger die sog. "Brain check"- Testung durchführte, eine Hirnschädigung verneint. Ein Schädel-Hirn-Trauma hat damit entgegen Prof. Dr. B. nicht vorgelegen. Als solches ist die Folge einer Gewalteinwirkung zu bezeichnen, die zu einer Funktionsstörung und/oder Verletzung des Gehirns geführt hat und mit einer Prellung oder Verletzung der Kopfschwarte, des knöchernen Schädels, der Gefäße und/oder der Dura verbunden sein kann. Eine Verletzung des Kopfes ohne Hirnfunktionsstörung oder Verletzung des Gehirns bezeichnet man als Schädelprellung (Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), Stand 2005, AWMF-Register Nr. 008/001). Mangels Hirnschädigung ist, wie Dr. K. dargestellt hat, ein Schädel-Hirn-Trauma nicht festzustellen. Nach der operativen Hebung der Impressionsfraktur ist diese bis auf eine funktionell nicht bedeutsame kleine Knochenlücke mit einer Schädelnarbe abgeheilt, wie sich nachvollziehbar aus dem Bericht zur ambulanten Heilverfahrenskontrolle des Dr. H. vom 15. März 2014 - in der ursprünglichen wie auch der überarbeiteten Fassung - ergibt. Nach den Ausführungen des Dr. H. ist zwar davon auszugehen, dass es zu einer vollständigen Heilung auch dieser Knochenlücke kommt, bislang ist die Heilung jedoch nicht belegt. Wie Dr. K. in seinem Gutachten vom 29. Mai 2016 festgestellt hat, ist die Kopfschmerzsymptomatik des Klägers stimmig und nachvollziehbar auf die Impressionsfraktur und deren Auswirkungen zurückzuführen. Auch nach der Beweiserhebung im Berufungsverfahren ist nicht von einer Verschiebung der Grundlage dieser Beeinträchtigung hin zu einem schmerzmittelinduzierten Kopfschmerz auszugehen.

Die vom Kläger berichtete und durch Dr. H. sowie durch Dr. K. dokumentierte Sensibilitätsstörung im Bereich der Unfallverletzung in Form leichter Minderempfindungen mit Fehlreizen und der jetzigen Vernarbung ist mit den vorgenannten Medizinern als Folge des Arbeitsunfalls einzustufen, da diese Beeinträchtigung zwanglos mit Lokalisation und Schwere der Bruchverletzung sowie deren narbiger Abheilung in Einklang zu bringen ist. Auch der Beratungsarzt Dr. R. hat dem in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2016 zugestimmt.

Eine hirnorganische Beeinträchtigung, insbesondere einhergehend mit einer kognitiven Einschränkung, als mögliche Folge des Arbeitsunfalls ist dagegen nicht belegt. Die vom Kläger im Verfahren und verschiedentlich gegenüber den behandelnden Ärzten geschilderten Beeinträchtigungen der Konzentration und Merkfähigkeit sowie Schlafstörungen und eine vorzeitige Ermüdbarkeit, sind als unspezifische hirnorganische Symptome, wie Dr. S. und Dr. B. dargestellt haben, zwar prinzipiell mögliche Folgen von Schädel-Hirn-Traumata. Eine Schädigung der Hirnschicht ist jedoch, wie dargestellt, nicht eingetreten. Nach Ausschluss einer Hirnverletzung ist daher eine hirnorganische Entstehung der vom Kläger geschilderten Beschwerdesymptomatik nicht zu erwarten, wie Dr. K. klargestellt hat. Darüber hinaus ist das Vorliegen der vom Kläger geschilderten kognitiven Beeinträchtigungen nicht gesichert. Zunächst zeigte sich in der unfallnah durchgeführten neurologischen Rehabilitationsmaßnahme im Reha-Zentrum H. die Aufmerksamkeit unauffällig. Kognitiv hat die dortige Dr. S. einzig leichte Probleme der Umstellungsfähigkeit berichtet, wobei keine Befunde hierzu dokumentiert sind. Der Kläger hat dort lediglich eine bereits vor dem Unfall bestehende Schwierigkeit beschrieben, zwischen Früh- und Spätschicht umzustellen, was zu Schlafstörungen führe und seit dem Unfall "eher" zunehme. Prof. Dr. B. hat neuro-kognitive Defizite nach eingehender Untersuchung des Klägers im sog. "Brain check" verneint. Dr. B. hat zwar in ihrer sachverständigen Zeugenaussage vom 18. September 2015 bekundet, dass sich die vom Kläger berichteten Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit durch kognitive Testungen bestätigen ließen und sich hierbei darauf bezogen, dass der Kläger im DemTect-Test einen Punktwert im Graubereich zwischen einer leichten kognitiven Störung und einer beginnenden Demenz erreicht habe. Wie Dr. B. allerdings selber ausgeführt hat, ist die Möglichkeit der Beeinflussung dieses Ergebnisses durch persistierende depressive Verstimmungen in Betracht zu ziehen. Nachdem darüber hinaus der von ihr durchgeführte und ebenfalls auf die Feststellung kognitiver Defizite abzielende Mini-Mental-Status-Test unauffällig war, ist die Befunderhebung Dr. B. zur Überzeugung des Senats nicht geeignet, das Bestehen kognitiver Einschränkungen zu objektivieren. Schließlich hat Dr. K. gutachterlich relevante kognitive Minderleistungen jedenfalls nicht als hirnorganisch bedingt feststellen können. Das Auffassungsvermögen, die Konzentration sowie Kurz- und Langzeitgedächtnis zeigten sich in seiner psychiatrischen Untersuchung unauffällig. Dagegen ließ sich aus der Absolvierung vorgelegter Testaufgaben eine Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens des Klägers ableiten, wobei sich im SIMS Anhaltspunkte für eine negative Antwortverzerrung ergaben. Wie Dr. K. anschaulich dargestellt hat, war insgesamt eine hirnorganische Beeinträchtigung nicht überzeugend nachzuweisen, vielmehr lagen schwankende, unkonstante Testergebnisse vor. Die Beschwerden, Symptome und funktionellen Einschränkungen zeigten sich insgesamt nicht durchgehend stimmig und erfuhren keine gegenseitige Bestätigung.

Im psychischen Bereich sind ebenfalls keine durch den Arbeitsunfall und seine Folgen bedingten Beeinträchtigungen festzustellen.

Eine PTBS (ICD-10: F43.1) hat Dr. K. überzeugend verneint, da sich bei Zugrundelegung der Diagnosekriterien des DSM IV weder die Kriterien des beharrlichen Wiedererlebens (B-Kriterium), der anhaltenden Vermeidung von mit dem Trauma verbundenen Reizen (C-Kriterium) und der Verursachung von Leiden oder Beeinträchtigungen in klinisch bedeutsamer Weise durch das Störungsbild in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (F-Kriterium) bestätigen lassen.

Die von Dr. K. dagegen diagnostizierte Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) lässt sich zur Überzeugung des Senats ebenfalls nicht objektivieren. Nach dem ICD-10 handelt es sich bei Anpassungsstörungen um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler

Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.

Dr. K. hat seine diesbezügliche Diagnosestellung, welche auch bei diesen recht vage gehaltenen Diagnosevorgaben eine eingehende und kritische Auswertung des psychiatrischen Befundes erfordern würde, nicht begründet. Er hat sich vielmehr vertieft mit der Frage des Vorliegens einer depressiven Störung auseinandergesetzt und sowohl das Vorliegen einer depressiven Episode (ICD-10 F32.-) wie einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.-) verneint und eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) bejaht. Zur Anpassungsstörung hat er sich im Anschluss an diese Ausführungen auf die Angabe beschränkt, jene sei "damit" in der Systematik der psychischen Störungen unfallbedingt aufgetreten. Auch seitens der weiteren den Kläger untersuchenden Mediziner, insbesondere der entsprechenden Fachärzte, ist eine Anpassungsstörung nicht diagnostiziert worden. Nur Dr. S. hat Hinweise auf eine akute Belastungsstörung beschrieben, im ICD-10 als akute Belastungsreaktion (F43.0) erfasst, in Form von Angst, das Trauma wieder zu erleben. Die Stellung dieser Diagnose hat Dr. S. jedoch offenbar nicht für ausreichend begründet erachtet, jedenfalls ist sie nicht erfolgt. Hierbei ist zu beachten, dass gerade nach traumatischen Ereignissen nicht jede affektive Reaktion - wie Angst, Sorge, Trauer - als krankheitswertig einzustufen ist. Zeitnah zum Unfall bestehende Gefühle der Angst und Unsicherheit sind im Übrigen im Verlauf abgeklungen, wie Dr. H. und Dr. K. festgestellt haben. Auch handelt es sich bei der akuten Belastungsreaktion um kein der Anpassungsstörung im oben dargestellten Sinne gleichstehendes Krankheitsbild, sondern nach dem ICD-10 vielmehr um eine vorübergehende Störung, welche im Allgemeinen innerhalb von Tagen abklingt. Insofern erschiene es auch bei Annahme dieser Diagnose zweifelhaft, ob dieses Krankheitsbild noch auf den Unfall zurückgeführt werden könnte oder stattdessen die damals von Kläger beschriebene Belastung durch Stress am Arbeitsplatz als maßgeblich zu erachten wäre. Zusammenfassend ist daher eine Anpassungsstörung zu verneinen, wie auch Dr. R. herausgehoben hat.

Die von Dr. K. in Übereinstimmung mit Dr. B. und Dr. W. festgestellte Dysthymia, also einer depressiven Verstimmung, welche die Schwere einer eigentlichen depressiven Störung nicht erreicht, ist nicht hinreichend wahrscheinlich auf den anerkannten Arbeitsunfall zurückzuführen. Diese Dysthymia ist nach dem Gutachten des Dr. K. durch eine gewisse verstärkte Erschöpfbarkeit, gegebenenfalls mit schwankender geistiger, vor allem konzentrativer Leistungsfähigkeit gekennzeichnet. Dr. K. hat sich für die Annahme des Zusammenhangs der Dysthymia darauf gestützt, dass diese sich aus einer unfallbedingten Anpassungsstörung entwickelt habe und vor dem Unfallereignis eine Dysthymia nicht bestanden habe. Wie gezeigt, ist eine Anpassungsstörung jedoch nicht belegt. Ob bei dem Kläger, welcher schon für die Zeit vor dem Unfall von Schlafstörungen berichtet hat, erst nach dem Unfall eine depressive Verstimmung aufgetreten ist, kann dahin gestellt bleiben, da sich hieraus noch kein rechtlich wesentlicher Zusammenhang zu dem Versicherungsfall ergibt. Denn zum einen hat Dr. S. im Mai 2013 keinen dieser Gesundheitsstörung entsprechenden Befund festgestellt. Vielmehr zeigte sich die Schwingungsfähigkeit des Klägers erhalten und die Stimmungslage ausgeglichen. Erst nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme in B. stellte Dr. W. (fachfremd) beim Kläger depressive Verstimmungen fest. Zum anderen hat Dr. K. beim Kläger bestehende unfallunabhängige Belastungsmomente wie die Stressbelastung am Arbeitsplatz und die vorbestehenden Schlafstörungen außer Acht gelassen. Dabei ist im Weiteren auch bei Unterstellung eines tatsächlichen Einflusses des Unfallereignisses auf die Entstehung des Störungsbildes zu beachten, dass nach dem derzeitigen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand die Entstehung einer Dysthymia, wie auch anderer Erkrankungen des depressiven Formenkreises, nicht auf einzelne Einwirkungen, sondern auf eine Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren zurückzuführen ist (sog. multifaktorielles Erklärungskonzept, vgl. S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015, Version 5; Schönberger/Merthens/Valentin, a.a.O., S. 155). Insofern kommt nach dem vorliegenden Erkenntnisstand, wie auch Dr. R. festgestellt hat, dem Unfallereignis vom 17. April 2013 allenfalls die Bedeutung einer unwesentlichen Teilursache zu.

Anhaltspunkte für einen Unfallzusammenhang zwischen den vom Kläger berichteten Kreislaufproblemen mit Bluthochdruck sind nicht ersichtlich und insbesondere an keiner Stelle ärztlicherseits berichtet worden.

Soweit das SG schließlich die Feststellung einer Angststörung (mit Übergang in eine Dysthymia) ausgeurteilt hat, ist von einer versehentlichen Fehlbezeichnung auszugehen. Denn das SG hat sich dabei auf das Gutachten des Dr. K. gestützt, welcher - wie auch die übrigen Ärzte - diese Diagnose allerdings nicht gestellt hat. So bezieht sich das SG auf die ICD-10-Kodierung F42.3, welche jedoch nicht existiert, während die Anpassungsstörung unter F43.2 erfasst ist. Die seitens des SG diesbezüglich genannten Diagnosekriterien sind dann auch diejenigen der Anpassungsstörung und nicht die einer Angststörung (ICD-10 F40.- bzw. F41.-).

Die auf die unfallbedingten Gesundheitsstörungen zurückführbaren Funktionsbeeinträchtigungen bedingen keine MdE von wenigstens 20 v.H.

Im Vordergrund steht dabei das wiederkehrende Kopfwheiden, welches entsprechend der Bewertung des Dr. H. und entgegen dem Gutachten des Dr. K. mit einer MdE von 10 v.H. ausreichend bewertet ist. So rechtfertigen zentrale vegetative Störungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Kreislaufregulationsstörungen als Ausdruck einer Hirnschädigung in leichten Fällen eine MdE von 10 bis 20 v.H. und bei mittelgradiger Ausprägung eine MdE von 20 bis 30 v.H. (vgl. Schönberger/Merthens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., 2017, S. 207, Kap. 5.4.11.2). Demgegenüber besteht beim Kläger gerade keine Hirnschädigung, was bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen ist. Die Beeinträchtigung durch die Kopfschmerzen ist auch noch als leicht und nicht mittelgradig einzustufen. Der Kläger hat gegenüber Dr. H. eine wechselnde Frequenz der Kopfschmerzen mit einer Zunahme bei Belastung und bei Wetterwechseln und einer Schmerzfreiheit an freien Tagen und im Urlaub berichtet. Auch bei Dr. S. hat der Kläger wetter- und belastungsabhängige Kopfschmerzen angegeben, welche schmerztherapeutisch in den Griff zu bringen waren. Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Kopfschmerzen sind nicht dokumentiert. Die Angaben des Klägers bei Dr. B. über dauerhafte Kopfschmerzen bzw. bei Dr. K. über ständige Kopfschmerzen, welche bereits bei geringer Belastung in starke Kopf- und Gesichtsschmerzen übergingen, überzeugen dagegen nicht. Diese im Widerspruch zu den anamnestischen Erhebungen bei Dr. H. und Dr. S. stehenden Ausführungen werden insbesondere durch die

medikamentöse Behandlung nicht gestützt. Zutreffend hat das SG zwar festgehalten, dass dem nicht erfolgten Nachweis des Antidepressivums Mirtazapin in der Testung bei Dr. K. keine Aussagekraft für die Therapieintensität bezüglich der Kopfschmerzen zukommt. Allerdings besteht deren Behandlung im Wesentlichen lediglich in der bedarfsweisen Einnahme von Ibuprofen 600, welches seitens des Hausarztes Dr. W. verordnet wird. So hat dieser dem Kläger etwa am 27. Dezember 2017 100 Tabletten dieses Medikaments verschrieben, die nächste Rezeptierung erfolgte am 15. Oktober 2018. Hieraus ergibt sich bei Annahme eines vollständigen Verbrauchs des Medikaments eine durchschnittliche Einnahme von etwa 2,5 Tabletten in der Woche, mithin eine bedarfsweise und nur gelegentliche Anwendung. Bei Stressbelastung bringen dem Kläger schon Pausen mit Entspannungsmaßnahmen Linderung, wie er schon gegenüber Prof. Dr. B. geschildert hat. Eine Kopfschmerzfrequenz und -intensität, welche eine MdE von mehr als 10 v.H. rechtfertigen würde, ist daher nicht belegt.

Die Knochenlücke geht nicht mit funktionellen Einschränkungen einher und erfordert auch kein besonders gefahrvermeidendes Verhalten, wie der Senat den Berichten zur ambulanten Heilverfahrenskontrolle des Dr. H. entnimmt. Das seitens des Klägers Ende April 2013 geschilderte Erfordernis, keine schweren Teile zu heben, um den intrakraniellen Druck nicht zu erhöhen, erscheint im unmittelbaren Nachgang zum Unfallereignis und vor (weitgehender) Abheilung des knöchernen Defekts nachvollziehbar, ist im Weiteren aber ärztlicherseits nicht mehr bestätigt worden. Mangels erwerbsfähigkeitsrelevanter Auswirkungen dieser verbliebenen kleinen knöchernen Schädigung ist keine Teil-MdE festzustellen.

Die Schädelnarbe ist nach den Berichten des Dr. H. als kosmetisch nur wenig störend einzustufen und der Kläger selbst gibt keinerlei als negativ empfundene optischen Auswirkungen an. Dies gilt auch für das von Dr. K. festgestellte vermehrte Blinzeln mit Kokontraktion der mimischen Muskulatur, da weder ästhetische noch sonst funktionelle Beeinträchtigungen hierzu beschrieben sind. Da die nach den Bildaufnahmen des Dr. K. wenig auffallende, wenige Zentimeter lange und im Wesentlichen parallel zu den natürlichen Stirnfalten laufende Narbe noch nicht als nennenswerte Abweichung von der Norm der ästhetischen Vorstellungen der Gesellschaft (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 275, Kap. 5.12.1), mithin als Entstellung (dazu vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - [B 1 Kr 19/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 27 Nr. 4](#) Rz, 14), einzustufen ist, ist für sie insoweit keine MdE anzusetzen. Auch unter Berücksichtigung der Sensibilitätsstörung mit Minderempfindungen und Fehlreizen im Narbengebiet ist für die Narbe keine messbare MdE festzustellen, da selbst eine Gesichtsnervenlähmung, sofern sie kosmetisch wenig störend ist, nur eine MdE bis 10 bedingt und der Kläger demgegenüber bessergestellt ist.

Aus den Auswirkungen des unfallbedingten Kopfschmerzleidens, der Knochenlücke und der Narbe mit Sensibilitätsstörungen im linken Stirnbereich ergibt sich somit insgesamt keine MdE in rentenberechtigendem Umfang, mithin von wenigstens 20 v.H.

Nach alledem war auf die Berufung der Beklagten das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Klage in Gänze abzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-09-11