

L 3 U 475/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 24 U 790/06

Datum

16.10.2008

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 475/08

Datum

25.01.2011

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Auch bei langjähriger Lärmexposition ist zwischen den Folgen der anerkannten Berufskrankheit nach der Nr. 2301 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) und einer von der Lärmschwerhörigkeit unabhängigen schicksalhaften Schwerhörigkeit und der dafür erforderlichen Hörgeräteversorgung zu unterscheiden.

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.10.2008 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente aus dem Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) nach der Nummer 2301 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). Streitig ist zwischen den Beteiligten nicht nur das Ausmaß der berücksichtigungsfähigen Gehörminderung als solche, sondern auch die bei dem Kläger bestehenden psychischen Funktionsstörungen im Sinne einer depressiven Symptomatik.

Der 1948 geborene Kläger ist nach seiner Ausbildung als Dreher von 1966 bis 1971 in seinem Beruf bei der Firma H. tätig gewesen. Von 1971 bis 1995 ist er als Dreher und Drehautomateneinsteller bei der Firma S. GmbH beschäftigt gewesen und seit 1995 als Mechaniker in den Werkstätten des Lehrstuhls für Fluidmechanik an der Technischen Universität B-Stadt. Die Präventionsabteilung der Beklagten hat eruiert, dass der Kläger hierbei folgenden Lärmeinflüssen ausgesetzt gewesen ist:

- Bei der Firma H. von 1966 bis 1971 einem Schalldruckpegel von durchschnittlich 87 dB (A),
- bei der Firma S. GmbH von 1971 bis 1995 von etwa 88 bis 90 dB(A) und
- ab 1995 bei der Tätigkeit als Mechaniker in den Werkstätten des Lehrstuhls für Fluidmechanik an der Technischen Universität B-Stadt an einer Vielzahl von Tagen über 86 dB(A). Der Kläger hat erst bei seiner Tätigkeit ab 1995 einen Lärmschutz getragen.

Die Beklagte hat die Tonschwellenaudiogramme und ärztlichen Berichte des behandelnden HNO-Arztes Dr.W. aus den Jahren 1984, 1986, 1987, 1994 und 2001, das Ton- und Sprachaudiogramm der Dres.W. vom 28.11.2004 sowie die ärztlichen Entlassungsberichte der Rehabilitationskliniken K. und A. beigezogen, in denen der Kläger 1999 und 2003 wegen einer somatoformen Schmerzstörung und depressiven Störung behandelt worden ist. - Auf Veranlassung der Beklagten hat Prof.Dr.W. unter dem 21.06.2004 ein HNO-ärztliches Gutachten erstellt. Danach sei das Vorliegen einer Lärmschwerhörigkeit zwar möglich, da die erheblichen Verluste im Tief- und Mitteltonbereich jedoch nicht lärmbedingt sein könnten, würden eine Reihe von Gesichtspunkten auch für eine vorwiegend endogen bedingte Komponente der Schwerhörigkeit sprechen. Eine Nachbegutachtung in ca. zwei Jahren (Verlaufskontrolle) sei erforderlich. Mit weiterem HNO-ärztlichem Gutachten vom 14.04.2006 hat Prof.Dr.W. ausgeführt, dass entsprechend dem Audiogramm vom 10.03.1986 eine beruflich bedingte Lärmschwerhörigkeit (Teilursache) vorliege. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch die beruflich bedingte Lärmschwerhörigkeit ggf. einschließlich Tinnitus sei mit unter 10 v.H. einzuschätzen. Daneben bestehe eine lärmunabhängige Komponente der Schwerhörigkeit beidseits ab 2002. Der Gewerbearzt der Regierung von Oberbayern Dr.M. hat sich mit Stellungnahme vom 12.05.2006 den Ausführungen von Prof.Dr.W. angeschlossen.

Dementsprechend hat die Beklagte mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 26.06.2006 das Vorliegen einer Berufskrankheit nach der Nr.2301 der Anlage 1 zur BKV anerkannt, die Bewilligung einer Rente jedoch abgelehnt. Die Berufskrankheit habe zu einer "geringgradigen Hochtoninnenohrschwerhörigkeit (Hochtonsenke) mit Tinnitus beidseits" geführt. Unabhängig von der Berufskrankheit bestünden eine Schwerhörigkeit im Tiefton- und Mitteltonbereich beidseits mit der dafür erforderlichen Hörgeräteversorgung beidseits.

Der Widerspruch vom 05.07.2006 gegen den Bescheid vom 26.06.2006 ist mit Widerspruchsbescheid vom 01.12.2006 zurückgewiesen worden. Auf Grund sich kreuzender Vorgänge hat hierbei die Widerspruchsbegründung des Klägers (psychische Reaktion auf den seit Jahren bestehenden Tinnitus) keine Berücksichtigung mehr finden können.

In dem sich anschließenden Klageverfahren hat das Sozialgericht München Befundberichte des behandelnden HNO-Arztes Dr.H. einschließlich der zugehörigen Audiogramme und des behandelnden Neurologen und Psychiaters Dr.K. beigezogen. Die nach [§ 106 Abs.3 Nr.5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) bestellte Sachverständige Prof.Dr.S. ist nach ambulanter Untersuchung vom 16.10.2007 mit Gutachten vom 14.11.2007 zu dem Ergebnis gekommen, dass das Vorliegen einer Berufskrankheit zweifelhaft sei. Bei Anerkennung einer Berufskrankheit sei festzustellen, dass nach sämtlichen Audiogrammen von 1984 bis 1994 der prozentuale Hörverlust rechts und links 0 % sowie selbst 2001 rechts nur 10 % und links nur 0 betragen habe. Ab diesem Zeitpunkt sei vor allem eine erhebliche Verschlechterung im Tief- und Mitteltonbereich eingetreten, obwohl der Kläger ab 1995 einen Gehörschutz getragen habe und auch ansonsten weniger Lärm ausgesetzt gewesen sei. Als Berufskrankheit könne damit nur die Innenohrhochtonschwerhörigkeit mit einem prozentualen Hörverlust von 0 % und ein Tinnitus beidseits anerkannt werden, was insgesamt eine MdE von 10 v.H. bedinge.

Demgegenüber hat der nach [§ 109 SGG](#) benannte und beauftragte Sachverständige Dr.S. mit neurologisch-psychiatrischem Fachgutachten vom 22.02.2008 ausgeführt, dass die Berufskrankheit zu einer psychischen Funktionsstörung geführt habe, die mit einer MdE von 30 v.H. einzuschätzen sei, dies allerdings erst ab dem Jahr 2007, da es damals zur Anpassung eines Hörgerätes gekommen sei, mit welchem der Kläger hochgradig unzufrieden sei. Es bestehe eine "mürrische Gereiztheit".

Die Beklagte hat die Stellungnahme des Arztes für Nervenheilkunde O. vom 09.06.2008 vorgelegt. Danach seien auslösend für die bei dem Kläger bestehende Schmerzsymptomatik familiäre Konflikte. Die rezidivierende depressive Störung ("mürrische Gereiztheit") sei nicht auf die anerkannte Berufskrankheit zurückzuführen. Der Tinnitus habe keine nennenswerten psychischen Begleiterscheinungen zur Folge gehabt. - Im Folgenden hat das Sozialgericht München die Klage mit Urteil vom 16.10.2008 abgewiesen und sich hierbei vor allem auf die gutachterlichen Ausführungen des Prof.Dr.W. und der Prof.Dr.S. gestützt. Dem Votum des Dr.S. könne nicht gefolgt werden, zumal auch im Entlassungsbericht der Klinik A., in der der Kläger vom 15.04.2003 bis 13.05.2003 behandelt worden sei, ausgeführt werde, dass die bei dem Kläger vorliegenden Somatisierungsstörungen familiär bedingt seien und deswegen dringend eine Paar-Therapie empfohlen werde.

Die Bevollmächtigten des Klägers hoben mit Berufung vom 05.12.2008 hervor, dass dem Gutachten des Dr.S. vom 22.02.2008 zu folgen sei. Unter Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigungen auf Grund des Tinnitus betrage die MdE 30 v.H. Der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr.K. habe bereits im September 2006 darauf hingewiesen, dass der Kläger durch seine Schwerhörigkeit sozial eingeschränkt sei und in der Gesellschaft sowie in der Familie oft "daneben stehe". Die Lebensqualität des Klägers sei durch den Tinnitus deutlich beeinträchtigt. Gleiches gelte für die mangelnde Schlafqualität. Nach dem Schwerbehindertenrecht (nunmehr: SGB IX) sei ab dem 01.01.2003 ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 zuerkannt worden. Der Einzel-GdB für die psychische Erkrankung des Klägers betrage 30. Auf den beigefügten Arztbericht des Dr.K. vom 05.09.2006 werde Bezug genommen, ebenso auf den Teilabhilfe-Bescheid des Zentrums Bayern Familie und Soziales Region Niederbayern vom 04.08.2006.

Der Senat hat die Akten der Beklagten und die erstinstanzlichen Streitakten beigezogen. Der nach [§ 106 Abs.3 Nr.5 SGG](#) gehörte Sachverständige Dr.C. kam mit HNO-ärztlichem Gutachten vom 30.04.2009 zu dem Ergebnis, unter Berücksichtigung der seit 1986 vorliegenden Ohrgeräusche lasse sich eine MdE von 10 v.H. für die berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit mit Tinnitus begründen. Die wesentliche Bedingung der heute vorliegenden lärmuntypischen Hörstörung beruhe auf endogenen Faktoren, die in den letzten acht Jahren zu einer zusätzlichen Hörstörung geführt hätten und von der bis dahin bestandenen ursprünglichen Lärmschwerhörigkeit eindeutig abgrenzbar seien. Die heute vorliegende Innenohrschädigung sei als knapp geringgradige Schwerhörigkeit beidseits zu bezeichnen und bedinge auf Grund ihrer Beeinträchtigung des Sprachgehörs im mittleren bis tiefen Frequenzbereich ungeachtet der Ursache eine MdE von 10 v.H. Die psychischen Reaktionen auf den kompensierten Tinnitus könne nur auf Grund einer neuerlichen nervenärztlichen Begutachtung erfolgen.

Der Senat bestellte im Folgenden Dr.D. gemäß [§ 106 Abs.3 Nr.5 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen auf neuropsychiatrischem Fachgebiet. Dieser führte mit Gutachten vom 05.10.2010 aus, dass die bei dem Kläger bestehende Dysthymia und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentlich durch die anerkannte Berufskrankheit verursacht seien. Lediglich eine gewisse Verzögerung der Einschlafzeit nach nächtlichem Wiederaufwachen durch den Tinnitus erscheine möglich, letztendlich aber nicht hinreichend wahrscheinlich. Bei den von dem Kläger berichteten Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit auf Grund des Tinnitus und der Hörminderung sei zu berücksichtigen, dass die Zunahme der Hörminderung seit dem Jahr 2002 aus berufskrankheitenunabhängigen Gründen dokumentiert sei. - Die Bevollmächtigten des Klägers verwiesen mit Schriftsatz vom 06.12.2010 auf das Gutachten des Dr.S. vom 22.02.2008, der unter Berücksichtigung von psychischen Störungen eine berufsbedingte MdE von 30 v.H. befürwortet hat.

In der mündlichen Verhandlung vom 25.01.2011 beantragt der Bevollmächtigte des Klägers entsprechend dem Schriftsatz vom 05.12.2008, unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 16.10.2008 wird die Beklagte verurteilt unter Abänderung des Bescheides vom 26.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.12.2006, dem Kläger aus Anlass der anerkannten Berufskrankheit nach der Nr.2301 der Anlage 1 zur BKV unter zusätzlicher Berücksichtigung einer depressiven Symptomatik Verletztenrente zu gewähren.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt entsprechend dem Schriftsatz vom 12.01.2009, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.10.2008 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird gemäß [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 540](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) sowie entsprechend [§ 136 Abs.2 SGG](#) auf die Unfallakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die am 05.12.2008 eingelegte Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.10.2008 ist gemäß [§§ 143, 144](#) und [151 SGG](#) form- und fristgerecht, somit zulässig, jedoch unbegründet. Das Sozialgericht München hat die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 26.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.12.2006 zutreffend abgewiesen. Aus Anlass der anerkannten Berufskrankheit nach der Nr.2301 der Anlage 1 zur BKV (Lärmschwerhörigkeit) sind keine weiteren Funktionsstörungen auf HNO- oder neuropsychiatrischem Fachgebiet zu berücksichtigen. Eine Verletztenrente ist nicht zu bewilligen.

Berufskrankheiten sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet und die ein Versicherter infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) begründenden Tätigkeiten erleidet ([§ 9 Abs.1 Satz 1 SGB VII](#)). Eine solche Bezeichnung nimmt die BKV mit den Listenkrankheiten vor. Hierzu gehört nach Nr.2301 auch eine Lärmschwerhörigkeit und ggf. deren Folgen (Bekanntmachung des BMAS vom 01.07.2008, GMBI.2008, 798).

Mit der Aufnahme einer Krankheit in die Liste der Berufskrankheiten wird indes nur die mögliche Ursächlichkeit einer beruflichen Schädigung generell anerkannt und die Erkrankung als solche für entschädigungswürdig befunden. Im Einzelfall ist für das Vorliegen des Tatbestandes der Berufskrankheit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreicht (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2000 - [B 2 U 29/99 R](#)). Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursächlich für eine Berufskrankheit anzusehen, die im Verhältnis zu anderen Umständen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg und dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs ist gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach geltender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Die für den Kausalitätszusammenhang sprechenden Umstände müssen die gegenteiligen dabei deutlich überwiegen (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, [§ 8 SGB VII](#) Anm.10.1 m.w.N.).

Weiterhin haben Versicherte gemäß [§ 9 Abs.1](#) i.V.m. [§ 56 Abs.1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. 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](#)). Es wird also eine abstrakte Berechnung angestellt, nicht auf die konkrete Beeinträchtigung im Beruf des Versicherten (Bereiter-Hahn, Gesetzliche Unfallversicherung, § 56 Rdnr.10.1).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat die Beklagte mit Bescheid vom 26.06.2006 als Folgen der Berufskrankheit eine "geringgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit (Hochtonsenke) mit Tinnitus beidseits" zutreffend anerkannt und im Übrigen mit dem angefochtenen Bescheid in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.12.2006 weitergehende Leistungen ebenso zutreffend abgelehnt.

Auf HNO-ärztlichem Fachgebiet ist zu differenzieren zwischen den Folgen der anerkannten Berufskrankheit und der schicksalshaften Schwerhörigkeit im Tiefton- und Mitteltonbereich beidseits mit der dafür erforderlichen Hörgeräteversorgung beidseits. Dr.C. hat mit HNO-ärztlichem Gutachten vom 30.04.2009 die diesbezüglichen Ausführungen des Prof.Dr.W. vom 14.04.2006 und der Prof.Dr.S. mit Gutachten vom 14.11.2007 vollinhaltlich bestätigt. Für den Senat schlüssig und überzeugend fasst Dr.C. sein Gutachten vom 30.04.2009 dahingehend zusammen, dass sich von einer anfänglich lärmtypischen Hörkurvenform im Laufe der Jahre eine Hörschädigung entwickelt hat, die auf Grund ihrer Veränderung auch im tiefen und mittleren Frequenzbereich nicht alleine durch die bei dem Kläger ermittelte Lärmexposition hervorgerufen worden ist. Wenn auch die ältesten audiologischen Befunde, wie sie seit 1986 ermittelt worden sind, ein typisches Lärmschädigungsbild gezeigt haben, so hat sich doch nach dem Hörtest im Januar 2001 in der Folgezeit beidseits eine lärmuntypische Tief- und Mitteltonbeteiligung entwickelt, die erstmalig im Juli 2002 und in den Folgeaudiogrammen danach als lärmuntypische Komponente zu verzeichnen gewesen ist. Denn bei der HNO-ärztlichen Untersuchung bei Dr.W. im März 1986 ist eine lärmtypische C-5-Senke bei 4 kHz von rechts knapp 80 dB und links knapp 60 dB angegeben worden. Insbesondere im tiefen und mittleren Frequenzbereich war zu dieser Zeit das Hörvermögen beidseits normal. Ein ähnliches Bild hat sich auch bei der Kontrolle am 24.09.1986 gezeigt. In der Folgezeit hat sich sogar die Hochtonsenke auf rechts ca. 62 dB und links ca. 52 dB bei 4 kHz am 12.03.1987 gebessert. Bei einer Kontrolle einige Jahre später am 06.09.1994 hat sich eine ähnliche Ausprägung aber mit verbreiteter Senke bei 4 bis 6 kHz beidseits gezeigt. Wiederum einige Jahre später am 15.01.2001 war weiterhin eine Senke bei 4 kHz rechts und 4 bis 6 kHz links mit ähnlicher Ausprägung messbar und normal erhaltenem Tief- bis Mitteltongehör. Innerhalb eines Jahres verschlechterte sich das Gehör aber beiderseits nicht nur im Hochfrequenzbereich, sondern insbesondere im tiefen bis mittleren Frequenzbereich auf ca. 30 dB bei 125 bis 1.500 Hz am 18.07.2002. Ein Jahr später zeigte sich am 11.08.2003 ein noch etwas schlechterer Befund, allerdings mit einer Schalleitungskomponente. Im gutachterlichen Audiogramm vom 14.06.2004 zeigte sich die Senkenbildung bei 3 kHz mit einem Verlust von 70 dB beiderseits. Zusätzlich war der Hochtonverlust breiter ausgeprägt bei 4 bis 8 kHz beiderseits. Es fand sich zudem weiterhin die Tiefton- und Mitteltonbeteiligung mit einem Verlust von 30 dB bei 1 kHz beiderseits. Im Folgeaudiogramm vom 06.09.2006 war bereits eine sehr verbreitete muldenförmige Hochtonsenke darstellbar, rechts mit einem Maximum von 75 dB bei 4 kHz und links bei 70 dB bei 6 kHz. Es fand sich weiterhin eine Beteiligung der tiefen bis mittleren Frequenzen. Der Tinnitus war entsprechend der maximalen Hochtonschädigung rechts bei 4 kHz und links bei 6 kHz nahe der Hörschwelle lokalisiert. In einem Kontrollaudiogramm bei dem behandelnden HNO-Arzt Dr.H. wurde im August 2007 ein ähnlicher audiologischer Befund erhoben. Im sozialgerichtlich veranlassten Gutachten der Prof.Dr.S. wurde unter dem 14.11.2007 beiderseits eine weitgehend abgeflachte breite Hochtonschwerhörigkeit beiderseits mit deutlicher Tief- und Mitteltonbeteiligung angegeben. Entsprechend wurde der Tinnitus beiderseits bei 8 kHz nahe der Hörschwelle lokalisiert. Demgegenüber bestand bei der Untersuchung durch Dr.C. am 20.04.2009 eine weitere Verbreiterung der Hochtonschädigung mit deutlicher Beteiligung der mittleren und tiefen Frequenzen. Der Tinnitus ist weiterhin im hohen Frequenzbereich nahe der Hörschwelle lokalisiert, allerdings jetzt wieder bei 4 kHz.

Der vorstehend beschriebene Leidensverlauf macht auch für den erkennenden Senat deutlich, dass die Folgen der anerkannten Berufskrankheit "geringgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit (Hochtonsenke) mit Tinnitus beidseits" zwischenzeitlich von einer schicksalshaften nicht berufsbedingten Schwerhörigkeit im Tiefton- und Mitteltonbereich beidseits weit überlagert werden.

Hierauf aufbauend kommt Dr.D. mit neuropsychiatrischem Gutachten vom 05.10.2010 schlüssig und überzeugend zu dem Ergebnis, dass sich auf neuropsychiatrischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen finden lassen, die mit Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich durch die anerkannte Berufskrankheit nach der Nr.2301 der Anlage 1 zur BKV verursacht worden sind. Die bestehende Dysthymia und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sind nicht mit Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentlich durch die anerkannte Berufskrankheit verursacht. Lediglich eine gewisse Verzögerung der Einschlaf latenz nach nächtlichem Wiederaufwachen durch den Tinnitus erscheint immerhin möglich, jedoch letztlich auch nicht hinreichend wahrscheinlich. Bei den von dem Kläger berichteten Einschränkungen seiner Kommunikationsfähigkeit auf Grund des Tinnitus und der Hörminderung ist zu berücksichtigen, dass die Zunahme der Hörminderung seit dem Jahr 2002 aus berufskrankheiten-unabhängigen Gründen dokumentiert ist. Für die Zeit davor lassen sich keine wesentlichen entsprechenden Beeinträchtigungen erkennen, im Übrigen auch keine wesentlichen Schlafstörungen. - Das vorstehend auszugsweise zitierte Votum des Dr.D. ist für den erkennenden Senat unter anderem auch deswegen nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, weil bereits in dem Entlassungsbericht der Klinik A., in der der Kläger vom 15.04.2003 bis 13.05.2003 stationär behandelt worden ist, ausgeführt wurde, dass die bei dem Kläger vorliegenden Somatisierungsstörungen familiär bedingt sind und deswegen eine Paar-Therapie empfohlen worden ist. Dr.D. hat dies unter Hinweis auf "psychosoziale Konfliktsituationen", die als Auslösefaktoren angesehen werden, bestätigt. Wesentliche psychische Probleme, die auf die Schwerhörigkeit und auch auf den Tinnitus zurückgeführt hätten werden können, haben sich jedoch den aktenkundigen ärztlichen Unterlagen nicht entnehmen lassen.

Wie bereits das Sozialgericht München mit Urteil vom 16.10.2008 zutreffend ausgeführt hat ([§ 153 Abs.2 SGG](#)), überzeugen die gegenteiligen Ausführungen des Dr.S. mit Gutachten vom 22.02.2008 auch nach Durchführung der Beweisaufnahme auf neuropsychiatrischem Fachgebiet in zweiter Instanz nicht. Dementsprechend steht dem Kläger auch keine Verletztenrente gemäß [§ 56 Abs.1 SGB VII](#) zu. Eine MdE von 20 v.H. wird aufgrund der berufsbedingten Lärmschwerhörigkeit zweifelsfrei nicht erreicht.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.10.2008 ist somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§§ 183, 193 SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2011-05-25