

L 3 U 86/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 25 U 241/08

Datum

29.03.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 86/10

Datum

01.03.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. März 2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten weiteres Verletzengeld und Verletztenrente nach einem anerkannten Arbeitsunfall.

Der 1958 geborene Kläger erlitt am 23. Dezember 2004 während seiner Beschäftigung als Bühnenhandwerker an der Oper B einen Arbeitsunfall, als ihm bei Bühnenaufbauarbeiten aus etwa 1 m Höhe eine etwa 1 x 1 m große und etwa 30 kg schwere Holz-Metall-Platte auf den Kopf fiel, vgl. Unfallanzeige vom 17. Januar 2005 nebst Ergänzung vom 04. Juli 2005. Der Kläger wurde mit der Feuerwehr in die DRK Kliniken W eingeliefert. Dort wurde laut Dr. S Durchgangsarztbericht vom 23. Dezember 2004 ein wacher, kooperativer, orientierter Patient ohne generelle Kopfschmerzen, sondern mit solchen nur an der Kopfplatzwunde befundet. Es bestehe keine Übelkeit, die Pupillen seien gleich groß und rund, es sei eine prompte und seitengleiche Lichtreaktion festzustellen. Die Kopfplatzwunde verlaufe schräg mittig über dem Scheitelbein und sei ca. 3 cm lang. Es fänden sich keine Fremdkörper und kein Schädelkompressionsschmerz. Eine Röntgenuntersuchung des Schädels in zwei Ebenen habe keine frischen, knöchernen Verletzungen erbracht. Die Diagnose lautete Kopfplatzwunde. Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen seien ungeklärte Schwindelattacken, teilweise mit Erbrechen seit eineinhalb Jahren. Ambulante kernspintomographische (MRT-) Untersuchungen des Schädels seien bereits durchgeführt worden.

Im Anschluss erstattete der Chirurg und Unfallchirurg Dr. L unter dem 24. Dezember 2004 und 03. Januar 2005 Zwischenberichte über den Behandlungsfortgang und bescheinigte dem Kläger Arbeitsunfähigkeit. Laut eines Erste-Hilfe-Berichts der C - Universitätsmedizin B Campus B - vom 24. Dezember 2004 nebst beigefügtem Befund einer craniellen Computertomographie (CT) vom 24. Dezember 2004 bestand allenfalls ein diskretes Hirnödem ohne Blutungsnachweis (Bl. 94 f. VA). Laut Magnetresonanztomographie (MRT)-Bericht der Dres. K u.a. vom 04. Januar 2005 bestand ein unauffälliger MRT-Befund. Eine am 20. Januar 2005 durchgeführte Elektroenzephalographie (EEG) ergab keine Allgemeinveränderung, keinen Hinweis auf ein kortikales Herdgeschehen, keine Zeichen einer fokale oder generalisiert erhöhte cerebralen Anfallsbereitschaft, vgl. Bericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 24. Januar 2005. So auch Dr. L Zwischenbericht vom 25. Januar 2005, wonach ein normales EEG abgebildet sei, es keinen Hinweis auf eine unfallbedingte Schädigung gebe, die nach dem Unfall aufgetretenen Nackenschmerzen fortbeständen, Physiotherapie verordnet werde und der Kläger arbeitsunfähig bleibe. Der Arzt für Radiologie Dr. K berichtete unter dem 11. Februar 2005 über eine MRT der Halswirbelsäule (HWS) mit den Befunden einer Steilstellung der HWS im Sinne einer Blockierung, einer deutlichen Signal- und Höhenreduktion der Bandscheiben bei C5/6 und C6/7, einer regelrechten Signalintensität und Höhe der übrigen Bandscheiben und aller Wirbelkörper (WK) im HWS-Bereich. Es gebe keine Hinweise auf einen entzündlichen oder mitosereichen Prozess im Myelon und Subarachnoidalraum, auf eine knöcherne Spinalkanalstenose oder andere intraspinale Prozesse.

Laut Nachschaubericht von Dr. E vom V Klinikum vom 16. Februar 2005 klagte der Kläger seit dem Unfall über ein Schwindelgefühl. Er habe das Gefühl, zwei Kopfhälften zu haben, und sich deshalb auch in Mitbehandlung auf HNO-ärztlichem Gebiet begeben. Bei der vorgelegten bildgebenden Diagnostik zeigten sich deutliche alte degenerative Veränderungen in der HWS mit Einengung der Neuroforamina auf Höhe HWK 5/6. Zudem bestehe eine erhebliche Spondylosis deformans im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule (BWS) sowie eine Osteochondrose und mäßige Spondylosis deformans hauptsächlich im oberen Lendenwirbelsäulen (LWS)-Abschnitt. Beim Kläger lägen mit Sicherheit erhebliche vorbestehende Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule vor. Durch den Unfall sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens gekommen, ohne dass aber eine richtunggebende Verschlimmerung zu sehen sei. Zeitlich müsse die Behandlungsbedürftigkeit der Unfallfolgen zu Lasten der Berufsgenossenschaft sicher klar eingegrenzt werden. Die

unfallbedingte Behandlung sei ab jetzt voraussichtlich noch für drei Wochen notwendig. Der Kläger habe umfangreiche Krankenunterlagen mitgebracht. Er sei wegen einer frühkindlichen Entwicklungsstörung und daraus resultierenden psychischen Problemen mit 50 % schwerbeschädigt eingeschätzt. Im Jahre 2004 sei ein vierwöchiger Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik in Bad K notwendig gewesen mit der Entlassungsdiagnose eines chronischen HWS-Syndroms sowie eines psychovegetativen Erschöpfungssyndroms. Weder die MRT des Schädels noch der HWS hätten außer den bekannten degenerativen Veränderungen neue Erkenntnisse erbracht. Eine Belastungsprüfung nach dem Hamburger Modell sei sinnvoll. Laut Dr. E Nachschaubericht vom 04. März 2005 stellte sich der Kläger am 28. Februar 2005 erneut vor und berichtete über eine gewisse Besserung seiner Beschwerden, klagte aber immer noch über attackenweise Schwindelgefühle und Schweißausbrüche, die nach kurzer Zeit wieder vergingen. Diese Symptome habe er bereits vor dem Unfall gehabt, seien jedoch jetzt stärker geworden. Außerdem habe er den Eindruck, dass er seit dem Unfall viel vergesslicher geworden sei. Weiterhin sei die Nackenmuskulatur verspannt, jedoch die HWS in allen Richtungen schmerzfrei beweglich. Die HNO-ärztliche Untersuchung habe eine mittel- bis hochgradige Schallempfindungsstörung des linken Ohrs ergeben, welche zum großen Teil auf der Entwicklung der Otitis media chronica beruhe, wohl aber eine erhebliche Verschlechterung der Innenohrkomponente durch die Traumatisierung des Kopfes erfahren habe. Außerdem sei HNO-ärztlich eine zentrale vertebrale Gleichgewichtsstörung diagnostiziert worden, die sich durch die Traumatisierung des Kopfes entwickelt habe (vgl. hierzu HNO-Bericht des HNO-Arztes Dr. S vom 12. Mai 2005). Der Kläger sei weiterhin bis 14. März 2005 arbeitsunfähig, vgl. auch weitere Nachschauberichte vom 08. März 2005, 17. März 2005 ("noch geklagten Beschwerden in der Nacken- und Halsmuskulatur nach 2-stündigem Arbeitseinsatz sind mit Sicherheit jetzt auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule zurückzuführen. Nach unserer Ansicht ist der Verletzte wegen der Unfallfolgen ab 21.03.2005 wieder arbeitsfähig Eine MdE aus Unfallfolgen vom 23.12.2004 besteht nicht mehr.") und 18. April 2005.

Der Kläger legte der Beklagten ein ärztliches Attest des HNO-Arztes Dr. S vom 12. April 2005 vor, wonach es sich bei der vorliegenden Schallempfindungsstörung und den vertiginösen Beschwerden um Folgen der Schädelprellung, nicht um Folgen der abgeheilten chronischen Mittelohrentzündung handele. Der Kläger trat unter dem 22. April 2005 mit einem Rentenanspruch an die Beklagte heran und legte ein ärztliches Attest des Facharztes für Chirurgie, Orthopädie und Sportmedizin Dr. G vom 14. April 2005, einen Bericht der Krankengymnastin H vom 07. April 2005, ein ärztliches Attest Dr. S vom 07. April 2005, eine Auskunft der GBB - Gesellschaft für Betriebsmedizin und Betriebsberatung mbH, ein weiteres Attest Dr. Es vom 16. März 2005, eine Stellungnahme der Ärztin für Nervenheilkunde I vom 05. März 2005, ein weiteres ärztliches Attest Dr. S vom 24. Februar 2005, einen Bericht des Arztes für HNO-Heilkunde Dr. A vom 18. Februar 2005, einen Bericht über eine Röntgenuntersuchung von HWS, BWS und LWS vom 25. Januar 2005 der Radiologen T u.a. vom 25. Januar 2005 vor, ferner einen ärztlichen Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Der Kläger legte in der Folgezeit weitere ärztliche Unterlagen vor, so eine ärztliche Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. W vom 23. November 2004, wonach der Kläger an einem weitgehend therapiefraktären Cervicalsyndrom mit Schmerzsyndrom und vertebrale Gleichgewichtsstörung sowie an psychosomatischen Beschwerden leidet. Die rezidivierende und oft gravierende Schwindelsymptomatik solle bei der Zuteilung der Arbeit am Arbeitsplatz unbedingt berücksichtigt werden.

Die Beklagte holte u.a. einen neurologischen Befundbericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B vom 30. Mai 2005 ein (vorläufige Diagnose: Schädelhirntrauma ersten Grades mit Angstaktivierung). Vom Landesamt für Gesundheit und Soziales - Versorgungsamt - beschaffte die Beklagte einen Reha-Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik L über eine vom 11. April bis zum 09. Mai 2000 durchgeführte stationäre Rehabilitation (Diagnose: Rezidivierendes LWS-Syndrom, Wirbelsäulenfehlhaltung), eine gutachterliche Stellungnahme zum Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz der Fachärztin für Radiologie Dr. G vom 19. Mai 2000 (festgestellte Behinderungen: eingeschränkte Bildungsfähigkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, soziale Anpassungsstörung, funktionelle Wirbelsäulenbeschwerden, besonders im LWS-Bereich bei Degeneration und Fehllhaltung), einen HNO-Befundbericht Dr. S vom 29. März 2005, einen Befundbericht der Ärztin I und einen Befundbericht Dr. L vom 13. Juni 2005. Ferner zog die Beklagte bei der Krankenkasse des Klägers ein Vorerkrankungsverzeichnis bei, aus welchem u.a. Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 20. Februar 1992 bis zum 09. März 1992 wegen HWS-Syndroms, vom 15. bis zum 28. September 2003 wegen Schwindels und Taumels, vom 29. September 2003 bis zum 30. April 2004 wegen sonstiger Störungen der Vestibularfunktionen, akuten Vertigos mit Erbrechen, Radikulopathie, Schwindels und Taumels, hochfieberigen Infekts mit Kreislaufschwäche, Lymphadenitis colli bds., somatoformer Störung hervorgehen.

Der Kläger, der seine Tätigkeit bei der Oper nicht wieder aufnahm, legte den Reha-Entlassungsbericht über eine vom 07. Juli bis zum 04. August 2004 durchgeführte stationäre Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik R W/ Bad K (u.a. Diagnose einer emotionalen Stabilisierung bei psychovegetativem Erschöpfungssyndrom bei beruflicher Belastung) und den Reha-Entlassungsbericht der BKlinik Bad K über eine vom 12. Juli bis zum 23. August 2005 durchgeführte stationäre Rehabilitation vor (Diagnosen: Somatoforme Schmerzstörung, leichte kognitive Störung, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, Zervikobrachialsyndrom links bei degenerativen HWS-Veränderungen, lumbales Pseudoradikulärsyndrom bei degenerativen LWS-Veränderungen). Laut dortiger Arbeits- und Berufsanamnese habe sich der Kläger durch wachsenden Leistungsdruck in seiner Anstellung als Bühnenarbeiter in der Oper ständig überlastet gefühlt. Der Kläger legte ein weiteres Attest von Dr. S vor, wonach die Diagnose psychogener Schwindel unzutreffend sei und es sich ausschließlich um eine zentrale und vertebrale Gleichgewichtsstörung handele, deren Ursache im Kopftrauma vom 23. Dezember 2004 zu sehen sei, sowie ein ärztliches Attest des Arztes für Orthopädie und Chirurgie Dr. G vom 04. Oktober 2005.

In einer ebenfalls vom Kläger vorgelegten ärztlichen Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. W vom 07. Oktober 2005 heißt es u.a.: "(Der Kläger) leidet an zentralen und vertebralen Gleichgewichtsstörungen (...), einem chron. HWS-Syndrom mit Cervicocephalgien u. Cervicobrachialgien bds. bei degenerativen Veränderungen mit Einengung mehrerer Neuroforamina, einem BWS-Syndrom bei höhergradiger Spondylitis deformans, einem LWS-Syndrom mit chron. Schmerzsyndrom bei rechtskonvexer Skoliose und degenerativen Veränderungen, Coxalgien bds., Gonalgien bds., an kognitiven Störungen sowie an einem depressiven Syndrom mit Somatisierung. (Der Kläger) konnte in den letzten beiden Jahren keine kontinuierliche Arbeitsleistung mehr erbringen ..." Der Kläger legte ferner ein weiteres Attest Dr. S vom 08. Oktober 2005 vor.

Die Beklagte lehnte die Gewährung von Verletztengeld über den 20. März 2005 hinaus mit Bescheid vom 05. April 2006 ab. Der Kläger erhob am 12. April 2006 Widerspruch.

Im Rahmen der von der Beklagten in Auftrag gegebenen fachchirurgischen Zusammenhangsbegutachtung veranlasste der Facharzt für Chirurgie Dr. T die Einholung radiologischer, neurologisch-psychiatrischer und HNO-fachärztlicher Zusatzbegutachtungen. Dr. H vom Unfallkrankenhaus B (U) - Klinik für Neurologie mit Stroke Unit und Frührehabilitation - führte in seinem unter dem 17. Juli 2006 erstellten

fachneurologischen Zusatzgutachten aus, die spezielle Anamnese habe als unfallunabhängige, seit eineinhalb Jahren bestehende Beeinträchtigungen ungeklärte Schwindelattacken, teilweise mit Erbrechen ergeben. In der Exploration und Untersuchung habe der Kläger ein teils demonstratives Verhalten mit Verdacht auf Aggravation von Beschwerden gezeigt. Aufgrund der Tatsache, dass das aktuelle Leistungsprofil sowohl das leicht verminderte allgemeine Fähigkeitsniveau des Versicherten als auch deutlichere Abweichungen einzelner Funktionen von dem individuellen Erwartungswert zeige, ließen sich hirntraumatisch bedingte Teilleistungsstörungen leichten bis mittleren Ausmaßes nicht ausschließen. Bei der Vielzahl der vom Kläger vorgetragene Beschwerden müsse allerdings festgestellt werden, dass die das neurologisch-psychiatrische Fachgebiet betreffenden Beschwerden weder im Umfang noch im Ausmaß auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten. So sei bei einer Gesamtschlafdauer von acht Stunden und einem als erholend beschriebenen Schlaf die Durchschlafstörung mit einmal nächtlichem Aufwachen nicht MdE-relevant. Hier sei von einer subjektiven Wahrnehmungsverzerrung des Versicherten auszugehen. Ängste, Unsicherheit und Unzufriedenheitsgefühl ließen sich in erster Linie auf eine vorbestehende psychiatrische Störung bei bekannter Entwicklungsstörung zurückführen. Es liege ein ängstlich-depressives Syndrom mit erheblichen sozialen Sorgen bis Existenzängsten vor, in der Exploration habe sich darüber hinaus der Verdacht auf Beschwerdeaggravation ergeben. Der Kläger fokussiere sämtliche Beschwerden und seine als unbefriedigend erlebte Situation allein auf das Unfallereignis und Auseinandersetzungen mit dem ehemaligen Arbeitgeber. Auch hier liege eine Wahrnehmungsverzerrung im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung vor. Neben der noch am Unfalltag versorgten 3 cm langen Kopfplatzwunde und einem allenfalls diskreten Hirnödem im initialen CT hätten sich in der bisher durchgeführten apparativen Diagnostik keine pathologischen Auffälligkeiten gefunden; ein MRT vom 04. Januar 2004 (gemeint wohl 2005) zeige einen Normalbefund. Auf neurologischem Fachgebiet hätte sich in der aktuellen klinischen Untersuchung wie auch in den aktenkundigen Voruntersuchungen keine sicher objektivierbaren Befunde gefunden. Angesichts der insgesamt leichtgradigen Leistungsbeeinträchtigungen einschließlich der angegebenen Kopfschmerzen - teils migranösen Hintergrunds, teils als Spannungskopfschmerz mit vertebralem Komponente - sei eine MdE von 20 v.H. vorzuschlagen. Laut dem unter dem 31. Mai 2006 erstellten HNO-fachärztlichen Zusatzgutachten der Fachärztin für HNO-Heilkunde Dr. C bestehen beim Kläger Dreh- und Schwankschwindelattacken bei Verdacht auf phobischen Schwindel, eine gering- bis mittelgradige pantonale Schallempfindungsschwerhörigkeit linksseitig mit annähernder Normakusis rechts, ein chronisch kompensierter Tinnitus links sowie eine etwa fünf cm lange reizlose Narbe hochparietal mit Druckschmerzhaftigkeit. Die Schallempfindungsschwerhörigkeit könne nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Da der Kläger bereits vor dem Unfall wegen depressiver Reaktion in neuropsychologischer Betreuung gewesen sei, sei der Tinnitus links als Somatisierungsstörung zu werten, bei der das Unfallereignis zwar als auslösender Punkt, nicht jedoch als rechtlich relevante Ursache zu werten sei. Im Hinblick auf die beklagten Schwindelbeschwerden könne eine peripher-vestibuläre Störung sicher ausgeschlossen werden. Von HNO-ärztlicher Seite bestehe jedoch der dringende Verdacht auf einen psychogenen Schwindel. Als dauerhafte Unfallfolge auf HNO-ärztlichem Gebiet könne lediglich die reizlose Narbe mit Druckschmerzhaftigkeit festgestellt werden. Es bestehe auf HNO-fachärztlichem Gebiet keine MdE. Prof. Dr. M und Dr. R vom Institut für Radiologie des U erstellten unter dem 23. Januar 2007 ein radiologisches Zusatzgutachten. Sie gelangten zur Einschätzung, dass sich den vorgelegten bildgebenden Befunden am Cerebrum keine direkten oder indirekten Traumafolgen nachweisen ließen. Auch sonstige unfallunabhängige pathologische Veränderungen der infra- oder supratentoriellen neuronalen Strukturen lägen nicht vor. Die konventionellen Untersuchungen der HWS hätten insgesamt mäßiggradige degenerative Zeichen mit Schwerpunkt in den Bandscheibenhöhen HWK 4 bis 6 einschließlich deutlicher Uncarthrosen und Spondylarthrosen erbracht. Diese seien aus gutachterlicher Sicht eindeutig Folgen degenerativer Veränderungen. Hinweise für zusätzliche traumatisch bedingte Läsionen im Bereich der HWS hätten sich nicht ergeben. Dr. T gelangte in seiner abschließenden gutachterlichen Stellungnahme vom 08. März 2007 nach Auswertung der vorstehenden Zusatzgutachten zur Einschätzung, dass die unfallbedingte Gesamt-MdE weniger als 10 v.H. betrage.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 03. Mai 2007 die Gewährung einer Verletztenrente ab. Der Arbeitsunfall vom 23. Dezember 2004 habe zu einer Schädelprellung, einer chirurgisch versorgten Kopfplatzwunde mittig parietal sowie einer Stauchung der HWS geführt. Diese Beeinträchtigungen seien zwischenzeitlich verheilt. Weitere Unfallfolgen bestünden nicht. Eine rentenberechtigende MdE ergebe sich nicht.

Der Kläger erhob am 25. Mai 2007 Widerspruch. Die Beklagte habe verkannt, dass bei ihm auch eine hirntraumatisch bedingte Teilleistungsstörung, eine mittel- bis hochgradige Schallempfindungsstörung links, eine Gleichgewichtsstörung, Schwindelanfälle sowie massive Schmerzen im Bereich der HWS infolge des Unfalls am 23. Dezember 2004 eingetreten seien. Die Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 21. Februar 2008 zurück.

Der Kläger erhält ab 01. Januar 2008 eine Erwerbsminderungsrente.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 03. März 2008 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Er hat behauptet, sämtliche gesundheitliche Einschränkungen (erhebliche Schmerzen und funktionelle Einschränkungen, Schwindel, leichte Erschöpfbarkeit), an denen er leide, seien seit dem Tage des Unfalls vorhanden und hätten sich fortgesetzt.

Das SG hat aufgrund Beweisanordnung vom 03. Dezember 2008 das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. A vom 27. Januar 2009 eingeholt. Er hat beim Kläger nach dessen Untersuchung am 26. Januar 2009 komplexe Teilleistungsstörungen (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung) und ein HWS-Syndrom diagnostiziert. Diese Störungen seien nicht auf den Unfall zurückzuführen. Die Teilleistungsstörungen seien höchstwahrscheinlich angeboren. Die HWS-Beschwerden seien degenerativer Natur. Diese hätten ebenso wie rezidivierende psychische Verstimmungen und Symptombildungen (Schwindelgefühle, Somatisierungssymptome etc.) als Folge von Überlastungsgefühl und dadurch bedingten erheblichen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bereits vor dem Unfallereignis Anlass für kurative und rehabilitative Behandlungsmaßnahmen gegeben. Die psychischen Beschwerden hätten vor dem Unfall zu einer ca. 12-monatigen Arbeitsunfähigkeit als Ausdruck der Überlastung und der Unzufriedenheit des Klägers mit der Arbeitssituation geführt. Nach dem Unfallereignis seien Zukunftssorgen und Stimmungsschwankungen vor dem Hintergrund der Tatsache aufgetreten, dass der Kläger sich weder in der Lage gesehen habe, noch willens gewesen sei, seine Tätigkeit wieder aufzunehmen und die von ihm gewünschte Berentung zunächst abgelehnt worden sei. Die Symptomzuspitze sei im Wesentlichen Folge einer zunächst abgelehnten Berentung, nicht jedoch unfallverursacht ("Verschiebung der Wesensgrundlage"). Bei der Betrachtung konkurrierender Kausalitäten komme diesen Faktoren im Gegensatz zum Unfallereignis die wesentliche kausale Bedeutung zu.

Das SG hat auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) aufgrund Beweisanordnung vom 30. September 2009 das schriftliche Sachverständigengutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. I vom 04. Januar 2010 eingeholt. Er hat beim Kläger folgende Diagnosen gestellt: Dysthymia, anamnestisch leichte Intelligenzminderung ohne wesentliche Verhaltensstörung,

differenzialdiagnostisch umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, überlagernde somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung, anamnestisch Schmerzsyndrom der HSW und LWS mit jeweils pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung, anamnestisch linksseitige Gehörminderung mit Tinnitus aurium. Keine dieser Gesundheitsstörungen sei als sicher im Sinne der erstmaligen Entstehung auf den Unfall vom 23. Dezember 2004 zurückzuführen. Die Dysthymia, die Somatisierungsstörung und die überlagernde somatoforme Schmerzstörung dürften sich aber deutlich im Sinne der wesentlichen, aber abgrenzbaren Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall bestehenden psychischen Störung entwickelt bzw. verstärkt haben. Die Dysthymia habe sich erlebnisreaktiv im Gefolge des Unfallereignisses entwickelt bzw. funktionsrelevant deutlich verschlechtert. Dabei scheine eine deutliche Wechselwirkung mit den gleichfalls als funktionsmindernd erst nach dem Unfall beschriebenen somatoformen Wirbelsäulenbeschwerden und weiteren als psychosomatisch zu bezeichnenden Beeinträchtigungen gegeben zu sein. Zu letzteren wären insbesondere die vom Kläger konstant beklagten Schwindelbeschwerden zu zählen. Festzuhalten bleibe, dass gegenwärtig beim Kläger auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine deutliche Minderung der Handlungs-, Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, der psychischen Belastbarkeit sowie des Ausdauer- und Durchhaltevermögens zu konstatieren seien. Obwohl möglicherweise zwischenzeitlich in bereits minderschwerem Ausmaß, wobei die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung eine deutliche Rolle gespielt haben dürfte, seien diese Funktionsminderungen zumindest partiell auf das Unfallereignis zurückzuführen. Denn nicht zuletzt dürfte gerade wegen einer vorbestehenden psychischen Störung eine pathologische Erlebnisverarbeitung im Hinblick auf das Unfallereignis stattgefunden haben, die retrospektiv eine merkliche Erhöhung der seinerzeit negierten unfallbedingten MdE auf 30 v.H. rechtfertige. Dies sei nicht zuletzt deshalb zu schlussfolgern, da seinerzeit beim Kläger auch stark angstbestimmte Verhaltensweisen erstmalig aufgetreten seien. Ab 01. Januar 2008, dem Beginn seiner Erwerbsminderungsrente sei die MdE rückblickend auf nur mehr 20 v.H. anzusetzen.

Der Kläger hat ein ärztliches Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin und psychotherapeutische Medizin Dr. F vom 06. Mai 2009 vorgelegt, wonach einschließlich der anamnestisch erhobenen Befunde davon auszugehen sei, dass das Unfallereignis der Dynamik einer posttraumatischen Belastungsstörung durchaus vergleichbar sei und die daran anschließend und neu aufgetretenen psychophysischen Symptome in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom Dezember 2004 stünden.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 29. März 2010 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass sich beim Kläger keine Erkrankung feststellen lasse, die auf den Unfall vom 23. Dezember 2004 zurückzuführen sei und auch noch nach dem 20. März 2005 vorgelegen habe. Weder habe der Kläger einen Anspruch auf weitergehendes Verletzengeld noch auf Verletztenrente. Hierfür sei sich auf das auf einer umfassenden Befunderhebung beruhende, wissenschaftlich fundierte, in sich schlüssige und letztlich überzeugende Gutachten Dr. A vom 27. Januar 2009 zu stützen. Dr. A führe nachvollziehbar aus, dass der Kläger an Teilleistungsstörungen in Form einer kombinierten Lese-Rechtsschreibschwäche sowie einer Rechenstörung leide. Bis zu seiner Adoleszenz sei er wahrscheinlich Analphabet gewesen. Nach Abschluss seiner Tischlerlehre hätten sich in den späten 90er Jahren in zunehmenden Maße vielfältige Beschwerden mit Schmerzen im Bereich des Knochen- und Gelenksystems entwickelt, zudem vegetative Symptome mit Schwindelgefühlen und zeitweiligen Verstimmungen. Nach dem Unfallereignis hätten sich die Beschwerden in Kovariation mit Zukunftssorgen des Klägers verstärkt. Diese Somatisierungs- und Verstimmungssymptome führe Dr. A auf die damaligen Zukunftssorgen des Klägers um seinen Arbeitsplatz bzw. um eine Erwerbsunfähigkeitsrente und seine finanzielle Existenzgrundlage zurück. Dem Unfallereignis selbst sei keine kausale Bedeutung beizumessen. Vielmehr sei es lediglich der Auslöser gewesen, der bereits vorbestehende, relevante Beschwerden, die im Zusammenhang mit einer unbefriedigenden Arbeitssituation aufgetreten seien, zur Manifestation gebracht habe. Diskrete kognitive Leistungsstörungen sehe Dr. A vor dem Hintergrund der seit der Kindheit bestehenden Teilleistungsstörungen und eines erst spät überwundenen Analphabetismus. Zudem böten weder der Unfallablauf noch der dadurch verursachte Gesundheitsschaden – eine unkomplizierte Schädelprellung – Anlass, kognitive Defizite aufgrund eines relevanten Schädelhirntraumas anzunehmen. Zutreffend führe Dr. A aus, dass dies lediglich bei einer höhergradigen, kombinierten Schädel-Hirnverletzung der Fall gewesen wäre. Eine solche sei jedoch – nachgewiesen durch eine bildgebende Untersuchung (craniales MRT vom 04. Januar 2005) sowie die radiologische Zusatzbegutachtung durch Prof. Dr. M – nicht eingetreten. Die seinerzeit im Zuge einer Rentenablehnung aufgetretenen Beschwerden seien mittlerweile abgeklungen. Bereits ab dem 21. März 2005 habe weder eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen noch hätten unfallbedingte Störungen bestanden. Derzeit sei der Kläger psychopathologisch unauffällig. Soweit der Vorgutachter Dr. H in seinem für die Beklagte erstellten Gutachten vom 17. Juli 2006 darauf hinweise, dass seiner Auffassung nach ein Zusammenhang zwischen den diskreten kognitiven Auffälligkeiten beim Kläger und dem streitgegenständlichen Trauma nicht auszuschließen sei, so bestehe auch bei dieser Sichtweise kein hinreichender Kausalzusammenhang. Überdies verkenne Dr. H offenbar, dass es beim Kläger lediglich zu einer unkomplizierten Schädelprellung gekommen sei, nicht jedoch zu einer Schädelhirnverletzung, wie durch das im Januar 2005 durchgeführte craniale MRT nachgewiesen worden sei. Zudem blieben bei Dr. H Sichtweise die angeborene Intelligenzminderung des Klägers und seine Teilleistungsstörungen unberücksichtigt. Eine andere Sichtweise gebiete auch nicht das von Dr. I erstellte Gutachten. Zwar führe er die von ihm diagnostizierten Erkrankungen des Klägers mitsamt nicht im Sinne einer erstmaligen Entstehung auf den Unfall zurück, wohl hätten sich aber nach seinen Ausführungen die Dysthymia, die Somatisierungsstörung und die überlagernde somatoforme Schmerzstörung im Sinne einer wesentlichen, aber abgrenzbaren Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall bestehenden psychischen Störung entwickelt bzw. zu einem rentenberechtigenden Ausmaß verstärkt. Der Beurteilung von Dr. I sei so nicht zu folgen. Die biographische Anamnese sei unvollständig. Insbesondere gehe Dr. I auf die sehr deutlichen Überlastungsreaktionen und seelischen und körperlichen Störungen des Klägers, die bereits zwei bis drei Jahre vor dem Unfall und infolge des zunehmenden Arbeitsdrucks bestanden hätten, nicht ein. Eine nachvollziehbare Begründung für den von ihm postulierten Kausalzusammenhang zwischen dem – objektiv nicht besonders schwerwiegenden und jedenfalls im Hinblick auf objektivierbare Beschwerden doch recht zeitnah folgenlos ausgeheilten – Unfall und dem diagnostizierten psychiatrischen Beschwerdebild habe Dr. I nicht zu geben vermocht. Er gehe – eher spekulativ, keinesfalls jedoch wissenschaftlich begründet – davon aus, dass das Unfallereignis zumindest partiell eine Funktionsminderung im Sinne einer abgrenzbaren Verschlimmerung verursacht haben "dürfte". Vielmehr erachte die Kammer die Wertung Dr. A für zutreffend, nach der die beim Kläger beschriebenen Somatisierungs- und Verschlimmerungssymptome auf eine Verschiebung der Wesensgrundlage zurückzuführen seien und der Unfall nur Auslöser für bereits vorbestehende, relevante Beschwerden – maßgeblich verursacht durch eine unbefriedigende Arbeitssituation und wirtschaftliche Existenzängste – gewesen sei, nicht jedoch auch rechtlich wesentliche Bedingung im Zusammenspiel konkurrierender Kausalitäten. Überdies biete weder der Unfallablauf noch der dadurch verursachte Körperschaden – eine unkomplizierte Kopfplatzwunde und Stauchung der HWS – Anlass, kognitive Defizite aufgrund eines relevanten Schädelhirntraumas anzunehmen, zumal durch das im Januar 2005 angefertigte MRT eine substantielle Schädigung nicht habe nachgewiesen werden können. Auch überzeuge nicht das vom Kläger vorgelegte Attest Dr. F vom 06. Mai 2009, soweit das Beschwerdebild des Klägers dort als mit demjenigen einer posttraumatischen Belastungsstörung vergleichbar beschrieben werde und wonach sich psychophysische Beschwerden angeschlossen hätten. Charakteristische Merkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung seien nach dem einschlägigen arbeitsmedizinischen Schrifttum ein ungewolltes Wiederaufleben des

traumatischen Ereignisses in Träumen und Gedanken, Vermeiden von Situationen, die an das Ereignis erinnerten, Ängste oder Phobien, eine Einschränkung der emotionalen Reagibilität und anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus, wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, oder Schreckreaktionen, ohne dass Dr. F solche Symptome validiert habe. Zur Annahme so genannter psychophysischer Störungen fehle es bereits an einer Bezugnahme auf einen wissenschaftlich anerkannten Diagnoseschlüssel. Schließlich seien auch auf weiteren medizinischen Fachgebieten keine MdE-relevanten Einschränkungen ersichtlich, welche auf den Unfall zurückzuführen wären. Hierfür sei auf die zutreffende Begründung des Widerspruchsbescheids zu verweisen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 12. April 2010 zugestellte Urteil am 12. Mai 2010 Berufung eingelegt. Er vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen und erachtet die medizinische Beurteilung von Dr. I und Dr. F für zutreffend. Das SG habe sich nicht damit auseinandergesetzt, ob es einen abgrenzbaren unfallbedingten Verschlimmerungsanteil gebe. Dr. AAusführungen bezögen sich überwiegend auf die Frage einer Teilleistungsstörung und wiesen schwere Mängel auf. Es bestehe ein Widerspruch zwischen dem erhobenen Tatbestand und der behaupteten Krankheitsentwicklung. Dr. A sehe einen Zusammenhang mit Blick auf die Somatisierungssymptome zwischen der finanziellen Absicherung des Klägers einerseits und der Stärke der Symptome andererseits. Es zeige sich im Gegenteil, dass der Kläger bereits unmittelbar nach dem Unfall über unspezifische Schmerzen im Bereich der HWS sowie Schwindelerscheinungen geklagt habe. Die Schwindelattacken, welche nach der Reha 2004 in Bad K abgeklungen seien, seien nun in den Vordergrund getreten und würden am 04. Januar 2005 von Dr. K und am 24. Februar 2005 von Dr. S beschrieben. Die somatoforme Schmerzstörung, an welcher der Kläger vor dem Unfall nicht gelitten habe, und die eingeschränkte Belastbarkeit würden auch von der Bklinik beschrieben. Dass es dann laut Dr. A im Juni 2007 (Ende des Arbeitslosengeldbezugs) zu einer Verschlimmerung oder im Januar 2008 (Rentenbewilligung) zu einer Verbesserung gekommen sei, lasse sich aus den medizinischen Unterlagen nicht ableiten. Auslöser einer somatoformen Schmerzstörung sei häufig eine Traumatisierung. Zwar weise der Kläger hierfür eine Disposition auf; eine solche sei jedoch nicht mit einer Vorerkrankung zu verwechseln. Entscheidend sei daher die Beantwortung der Frage, ob der Arbeitsunfall Auslöser und damit wahrscheinliche Ursache der somatoformen Schmerzstörung gewesen sei. Demgegenüber verwechselten die Beklagte und Dr. A die somatoforme Schmerzstörung mit einer, bei ihm bereits vor dem Unfall vorgelegenen somatoformen Störung.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. März 2010 sowie die Bescheide der Beklagten vom 05. April 2006 und – teilweise - vom 03. Mai 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 21. Februar 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 23. Dezember 2004 über den 20. März 2005 hinaus Verletztengeld und Verletztenrente zu gewähren,

ferner,

ein medizinisches Sachverständigengutachten zu der Frage einzuholen, ob die somatoforme Schmerzstörung des Klägers als Fortsetzung der somatoformen Schwankschwindelstörung und mithin als Vorschaden zu qualifizieren ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und verweist auf die durch das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers dokumentierten Vorerkrankungen, welche der Annahme einer erstmaligen unfallbedingten Entstehung bzw. richtunggebenden Verschlimmerung der beim Kläger bestehenden Leiden durch den Unfall vom 23. Dezember 2004 entgegenstünden.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme Dr. A vom 18. Mai 2011 eingeholt. Darin führt der Sachverständige aus, dass im Zeitpunkt der von ihm im Januar 2009 durchgeführten Untersuchung die von Dr. I festgestellten Erkrankungen nicht bestanden hätten. Diese Diskrepanz führe Dr. I ohne weiteres darauf zurück, dass sie bereits zum Zeitpunkt seiner Untersuchung vorgelegen hätten, aber nicht erkannt worden seien. Alternative Gründe diskutiere Dr. I nicht, zum Beispiel nicht, was nicht alles an Einflussfaktoren während dreier Jahre zu den von ihm diagnostizierten Störungen geführt haben könnte. Stattdessen stütze er sich auf die "relativ glaubhaften" Angaben des Klägers. Während Dr. I die Tatsache unbeachtet lasse, dass der Kläger seit Jahren mit aus seiner unbefriedigenden Arbeitssituation erwachsenen psychosozialen Belastungen geschlagen gewesen sei, seien die Sorgen und Nöte eines einfachen Mannes, der Sorge um seine finanzielle Versorgung und berufliche Sicherheit habe, viel gewichtiger als eine folgenlos ausgeheilte Schädelprellung. Die Symptome und Beschwerden, die sich im Anschluss an den Unfall eingestellt hätten, seien vor dem Hintergrund einer labilisierenden Persönlichkeitsdisposition zu sehen; das Unfallereignis sei der Tropfen, welcher den schon zuvor randvollen Eimer zum Überlaufen gebracht habe. Soweit seitens des Klägers betont werde, dass vor dem Unfall keine somatoforme Schmerzstörung vorgelegen habe, so handele es sich hierbei ebenfalls um eine Phänomenologie einer somatoformen Störung, ohne dass deren Subspezialitäten eine differente Ätiopathologie zuzumessen sei. Die Ausführungen des behandelnden Psychotherapeuten schilderten lebendig und eindrucksvoll die Nöte und Sorgen des Klägers. So sei die Schlussfolgerung des Psychotherapeuten, der Unfall sei die Ursache der Beschwerden gänzlich unplausibel. Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sei gemessen an den gültigen Klassifikationsstandards absurd.

Das gegen den Sachverständigen Dr. A erhobene Ablehnungsgesuch des Klägers hat der Senat mit Beschluss vom 21. September 2011 zurückgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht.

Der Kläger hat weder einen Anspruch auf Verletztengeld über den 20. März 2005 hinaus aus [§ 45 Abs. 1 Nr. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) noch auf Verletztenrente aus [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#).

Nach [§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte unter anderem infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig sind. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle der Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" - vgl. [§§ 8 Abs. 1 S. 1, 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) - das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Die Frage nach diesem Zurechnungszusammenhang stellt sich auf drei Ebenen, nämlich als Unfallkausalität zwischen ausgeübter Tätigkeit und Unfallereignis, als haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden und als haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und längerandauernden Unfallfolgen (BSG, a.a.O., Rn. 10; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 1.4, S. 21 f.). Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit und des Unfallereignisses müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Soweit das Gesetz in [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) eine äußere Ursache für den Gesundheitsschaden fordert, lösen im Umkehrschluss solche Gesundheitsschäden keinen Anspruch aus, welche auf so genannten inneren Ursachen beruhen. Dies sind körpereigene Ursachen infolge krankhafter Erscheinungen oder der Konstitution des Betroffenen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, 8. Auflage 2010, Kap. 1.6.2, S. 28).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass mit Ausnahme der vernarbten Kopfplatzwunde noch messbare Unfallfolgen bestehen. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen ist, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Nur ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass letztlich auch der im Vorverfahren auf Veranlassung der Beklagten mit der Begutachtung des Klägers betraut gewesene Dr. H einen Ursachenzusammenhang zwischen beim Kläger festgestellten kognitiven Defiziten und dem Unfallereignis der Sache nach verneint. So führt Dr. Haus, dass die Klagen, welche der Kläger auf den Unfall zurückführt (Schlafstörungen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, Angstzustände und Unzufriedenheitsgefühl, lokale Schmerzen im Bereich der Kopfplatzwunde sowie linksseitig betonte, pochende bis drückende Kopfschmerzen, teilweise auch mit Übelkeit und Schwindelattacken, Gleichgewichtsstörungen, Ohrenscherzen, Ohrgeräusche und Schwerhörigkeit sowie Schmerzen im Nacken-, Rücken- und Beckenbereich, belastungsabhängig im linken Arm, hier auch zeitweise mit Lähmungserscheinungen), jedenfalls auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet weder im Umfang noch im Ausmaß auf den Unfall zurückgeführt werden können. Schon Dr. H weist - so in Übereinstimmung mit Dr. A in dessen gerichtlichen Sachverständigengutachten und ergänzender Stellungnahme und im Übrigen auch mit Dr. F in dessen Attest vom 06. Mai 2009 - auf die als ungerecht empfundene Behandlung durch den Arbeitgeber, Verarmungsideen und Existenzängste hin. Dr. H führt des Weiteren nachvollziehbar und im Einklang mit Dr. As Ausführungen aus, dass der Kläger sämtliche Beschwerden und seine als unbefriedigend erlebte Situation allein auf das Unfallereignis und Auseinandersetzungen mit dem ehemaligen Arbeitgeber zurückführt, wobei hierin eine Wahrnehmungsverzerrung im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung zu erkennen ist. Konsequenterweise weist Dr. H schließlich darauf, dass die zeitnah nach dem Unfall durchgeführte bildgebende Diagnostik keine pathologischen Auffälligkeiten bzw. sicher objektivierbaren Befunde ergab. Allein, soweit Dr. H die Teilleistungsstörungen einer unfallbedingten Genese zuschreibt, vermögen dessen Ausführungen nicht zu überzeugen, zumal nicht einmal Dr. I in seinem gerichtlichen Sachverständigengutachten hier einen Zusammenhang auch nur anzudeuten vermag.

Die Annahme Dr. I, die Dysthymia, die Somatisierungsstörung und die überlagernde somatoforme Schmerzstörung "dürften" sich aber deutlich im Sinne der wesentlichen, aber abgrenzbaren Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall bestehenden psychischen Störung entwickelt bzw. verstärkt haben, verbleibt im Übrigen mit der Formulierung "dürften" schon für sich genommen im Spekulativen und vermag so bereits methodisch keine Überzeugung des Gerichts herbeizuführen. Die sich so manifestierende Unsicherheit des Sachverständigen hinsichtlich seiner eigenen These setzt sich in den Kausalitätserwägungen fort, indem er dort ausführt, die vor dem Unfall vorhandene Intelligenzminderung und eine möglicherweise daraus sekundär resultierende ängstliche und hypochondrische Persönlichkeitsakzentuierung seien "insofern sehr wahrscheinlich eine wesentliche Ursache für die jetzige Erkrankung, als ohne sie die genannte krankhafte Erlebnisverarbeitung im Hinblick auf den Unfall wohl eher nicht stattgefunden hätte". Abgesehen davon, dass es auch hier an der gebotenen stichhaltigen Festlegung des Sachverständigen mangelt, verweist er selbst auf eine krankhafte Erlebnisverarbeitung, ohne im Folgenden zu erläutern, aus welchen Gründen (Schwere des Traumas, Begleitumstände des Unfalls, Komplikationen bei der anschließenden Behandlung etc.) das Erlebnis als solches als Ursache nun bereits die Schwelle des Wesentlichen erreicht haben soll. Letztlich vollzieht Dr. I bei der Annahme der wesentlichen Kausalitätsbeziehung zwischen Unfallereignis und vermeintlichen Unfallfolgen einen unzulässigen Schluss bzw. unterläuft ihm ein logischer Bruch: Er schließt allein schon aus der - für sich genommen zutreffenden, arbeitsmedizinisch gesicherten - These, dass die wesentliche Erfolgsbeziehung des angeschuldigten Ereignisses nicht pauschal mit der Begründung verneint werden könne, dass eine bestimmte persönlich-seelische Veranlagung oder einschlägige Vorerkrankung bestanden hätte, schlichtweg darauf, dass die nunmehr beim Kläger diagnostizierte Dysthymia sich erlebnisreaktiv im Gefolge des Unfallereignisses entwickelt bzw. funktionsrelevant deutlich verschlechtert habe. Abgesehen davon, dass sich Dr. I mit seinen Ausführungen auf Bl. 27 seines Gutachtens ("Es kann somit davon ausgegangen werden, " bzw. "Dabei scheint eine deutliche Wechselwirkung mit den gleichfalls als funktionsmindernd erst nach dem Unfall beschriebenen somatoformen Wirbelsäulenbeschwerden und weiteren als psychosomatisch zu bezeichnenden Beeinträchtigungen gegeben

zu sein. Zu letzteren wären insbesondere die vom Kläger konstant beklagten Schwindelbeschwerden zu zählen.") auch hier nicht überzeugend festzulegen vermag, lässt er unberücksichtigt, dass somatoforme Beschwerden ausweislich des Vorerkrankungsverzeichnisses der Krankenkasse schon vor dem Unfall bestanden, und vermag er für den von ihm angenommenen wesentlichen Ursachenzusammenhang nicht auf valide Befunde zu verweisen, die erst diese Schlussfolgerung zugelassen hätten. Bei alledem bleibt er eine Diskussion mit dem bereits vor dem Unfall während der stationären Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik vom 07. Juli bis zum 04. August 2004 festgestellten psychovegetativen Erschöpfungssyndrom bei beruflicher Belastung schuldig. Demgegenüber vermögen Dr. A und - mit den oben genannten Einschränkungen - auch Dr. H in ihren sachverständigen Äußerungen gerade nicht pauschal, sondern einzelfallbezogen unter Hinweis auf die psychische und soziale Ausgangssituation des Klägers, insbesondere auf seine berufsbezogene Konfliktsituation und Existenzangst zu belegen, dass es hier letztlich zu einer Verschiebung des Wesensgrundlage kam.

Dr. A hat - wie schon das SG im angefochtenen Urteil überzeugend ausgeführt hat - die fehlende wesentliche Ursächlichkeit des für die späteren Beschwerden des Klägers unter Auseinandersetzung mit den aktenkundigen Vorerkrankungen des Klägers überzeugend verneint. Demgegenüber vermögen Dr. I Kausalitätserwägungen auch deshalb nicht den Beweis für unfallbedingte, rentenberechtigende Funktionsbeeinträchtigungen zu erbringen, weil sie eine Auseinandersetzung mit unmittelbar nach dem Unfall erhobenen Befunden vermissen lässt, etwa mit den Feststellungen des erstbehandelnden Dr. S in seinem Durchgangsarztbericht vom 23. Dezember 2004, welcher einen wachen, kooperativen, orientierten Patienten ohne generelle Kopfschmerzen, sondern mit solchen nur an der Kopfplatzwunde ohne Übelkeit, mit gleich großen Pupillen und prompter und seitengleicher Lichtreaktion befundete, ohne dass sich Fremdkörper oder eine Schädelkompressionschmerz feststellen ließen. Ebenso Dr. Ss Feststellung, dass vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen mit ungeklärten Schwindelattacken, teilweise mit Erbrechen seit eineinhalb Jahren gegeben waren. Auch die Nachschauberichte von Dr. E vom Vivantes Wenckebach-Klinikum vom 16. Februar 2005 etc. bleiben von Dr. I unberücksichtigt, obwohl Dr. E bereits darauf verwies, dass beim Kläger mit Sicherheit erhebliche vorbestehende Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule vorlagen und es durch den Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens kam, ohne dass aber eine richtunggebende Verschlimmerung erkennbar ist. Zudem bleibt die seinerzeit ebenfalls vom Kläger vorgelegte ärztliche Bescheinigung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. W vom 07. Oktober 2005 unberücksichtigt, obwohl ihm u.a. ein bereits seit zwei Jahren bestehendes depressives Syndrom mit Somatisierung bescheinigt wird.

Bei alledem kann dahinstehen, ob die Ausführungen Dr. I überhaupt den Schluss - die wesentliche Verursachung unterstellt - auf eine rentenberechtigende MdE zulassen. Eine hinreichende Anlehnung ans einschlägige arbeitsmedizinische Schrifttum ist insoweit allerdings nicht erkennbar.

Nach dem vorstehenden Ergebnis der medizinischen Ermittlungen musste auch nicht mehr dem vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 01. März 2012 gestellten Beweisantrag nachgegangen werden. Für den Senat ist die medizinische Fragestellung geklärt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist mangels eines Revisionsgrunds i.S.v. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-05-11