

L 3 U 245/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 10 U 114/08

Datum

19.11.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 245/10

Datum

10.01.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 19. November 2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer höheren Verletztenrente wegen der Folgen eines Wegeunfalls vom 14. April 1992.

Der 1968 geborene Kläger war als gelernter Baufacharbeiter mit Spezialisierung auf Maurerarbeiten von Oktober 1982 bis November 2003 mit Unterbrechungen bei verschiedenen Baufirmen beschäftigt. Anschließend bezog er Arbeitslosengeld, seit April 2005 Arbeitslosengeld II. Daneben übte er von Februar 2004 bis Dezember 2008 eine Servicetätigkeit als Kassierer und Getränkeverkäufer in einem C-Kino in F auf geringfügiger Basis aus.

Am 14. April 1992 gegen 16:00 Uhr befand sich der Kläger mit dem Motorrad auf dem Heimweg von der Baustelle zu seiner Wohnung als er infolge Abspringens der Antriebskette in den Straßengraben stürzte (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 11. Mai 1992). Nach notärztlicher Versorgung wurde der Kläger vom 14. April 1992 bis zum 06. Mai 1992 stationär im H-Klinikum Bad S behandelt. Dr. S erhob bei seiner Erstuntersuchung am 14. April 1992 folgenden Befund: "Im Bereich beider Handgelenke Schwellung/Hämatom, Druckschmerz sowie schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit. Durchblutung, Sensibilität und Motorik intakt. Blutende Platzwunde (1,5 cm Länge) unterhalb des Kinnes sowie ebenso langer Einriss der Unterlippenschleimhaut. Schwellungen im Nasenbereich sowie ausgeprägtes Hämatom mit Nasenatmungsbehinderung. Schleimhautverletzung im hinteren Muschelbereich, links mehr als rechts. Brillenhämatom beidseits. Retrograde Amnesie zum Unfallgeschehen." Die Röntgenuntersuchungen beider Handgelenke sowie des Schädels ergaben distale Radiusfrakturen beidseits, jedoch keine knöchernen Traumafolgen im Schädelbereich. Dr. S diagnostizierte: distale Radiustrümmerfrakturen beidseits, Schädelhirntrauma (SHT), Gesichtsplatzwunde sowie Nasenmuschelverletzung, frontobasale Fraktur und Nasenbeinfraktur (Durchgangsarzt (DA)-Bericht vom 05. Mai 1992). Eine am 17. April 1992 durchgeführte Computertomographie (CT) des Schädels erbrachte, abgesehen von einer Einblutung in beide Kieferhöhlen, keine knöchernen Traumafolgen. Im Entlassungsbericht vom 05. Mai 1992 wurde der Heilungsverlauf als komplikationslos beschrieben und als Entlassungsbefund "Wohlbefinden, unauffällige Narbenverhältnisse im Gesichtsbereich sowie Funktionseinschränkungen im Bereich beider Handgelenke bei intakter Durchblutung und Sensibilität" erhoben. Vom 19. Mai 1992 bis zum 27. Mai 1992 befand sich der Kläger zur Entfernung des Osteosynthesematerials in beiden Handgelenken erneut in stationärer Behandlung im H-Klinikum Bad S. Als Entlassungsbefund wurde bei komplikationslosem Verlauf und deutlicher Funktionsbesserung erhoben: "Wohlbefinden, reizlose frische Narbenverhältnisse an beiden Handgelenken" (Entlassungsbericht vom 27. Mai 1992). Am 01. Juli 1992 wurde der Kläger durch Dr. S aus der ambulanten Behandlung entlassen und ab dem 04. Juli 1992 für arbeitsfähig beurteilt (DA-Bericht vom 08. Juli 1992).

Unter dem 28. September 1993 erstellte Dr. S ein erstes Rentengutachten aufgrund Untersuchungen des Klägers in der Zeit vom 15. Juni bis zum 25. Juni 1993. Der Kläger berichtete über lediglich leicht drückende Kopfschmerzen bei Wetterumschwung, ansonsten sei er normalerweise diesbezüglich beschwerdefrei. Die Nasenatmung sei etwas behindert, störe aber kaum, es sei denn, er habe sich erkältet. Zeitweise spanne die Nase, besonders links im Nariß-Labial-Winkels. Bei normaler Handbelastung habe er keine Probleme, eine Schmerzhaftigkeit bestehe in beiden Handgelenken beim Stützen und Drücken. Ähnliche Beschwerden habe er beim Wetterwechsel. Er fühle sich leistungsfähig und physisch fit. Nach klinischer, röntgenologischer und computertomographischer

Untersuchung führte Dr. S aus, derzeit bestehe kein neurologisch-psychiatrisches Defizit nach stattgehabtem SHT. Es bestünden als Unfallfolgen ein Zustand nach SHT und frontobasaler Fraktur ohne neurologisch-psychiatrische Residuen, ein Zustand nach Nasenbeinfraktur mit Nasenmuschelläsion, Ausheilung mit Pseudohöckernase, Septumdeviation, Synechie links und Nasenatmungsbehinderung, Narbenbeschwerden links naso-labial, günstig verheilten Wunden am Kinn und an der Unterlippe ohne Probleme, eine folgenlos ausgeheilte typische Radiusfraktur rechts und eine konsolidierte typische Radiusfraktur links mit diskreten Funktionsbehinderungen und Beschwerden. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er für die Zeit vom 04. Juli 1992 bis zum 14. Juni 1993 mit 20 v. H., vom 15. Juni 1993 bis zum 14. April 1994 und auf weiteres mit 10 v. H. ein. Er empfahl eine operative Korrektur der Septumdeviation. Der beratende Arzt der Beklagten Prof. Dr. S stimmte in seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 1993 dem Gutachten von Dr. S zu und führte aus, in Kürze werde die MdE unter 10 v. H. liegen.

Daraufhin gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 16. November 1993 eine vorläufige Rente nach einer MdE von 20. v. H. für die Zeit vom 04. Juli 1992 bis zum 14. Juni 1993. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie hierbei an: "Nach SHT, Nasenbeinbruch, Gesichtswunden, Speichenbrüchen beiderseits: kleine Narben im Gesicht, restliche Belastungsbeschwerden im Bereich beider Handgelenke, die in den Röntgenbildern erkennbaren Veränderungen". Als Folgen des Arbeitsunfalls würden nicht anerkannt: "Angeborene Sehschwäche rechtes Auge mit Strabismuskorrektur durch Brille, sanierungsbedürftiges Lückengebiss Unterkiefer, Teilprothese Oberkiefer". Die Erwerbsfähigkeit werde vom 15. Juli 1993 an nicht mehr in rentenberechtigendem Grade gemindert.

Im Jahr 2006 leitete die Landesversicherungsanstalt (LVA) Brandenburg einen Antrag des Klägers auf Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) an die Beklagte weiter. Der Kläger stützte sich hierbei auf ein im Auftrag des Arbeitsamtes erstelltes Gutachten der Ärztin Dr. B vom 28. Juni 2000, die nach Untersuchung des Klägers als bestehende Gesundheitsstörungen "wiederkehrende Handgelenksbelastungsschmerzen beidseits, angeborene Sehminderung rechts und fehlendes räumliches Sehen" festgestellt und den Kläger noch als vollschichtig leistungsfähig für leichte und mittelschwere Arbeiten mit weiteren Einschränkungen beurteilt hatte. Für Tätigkeiten im Baubereich sei der Kläger nur eingeschränkt einsatzfähig und von Berufen, die ein uneingeschränktes Feinhandgeschick beidseits erfordern, werde abgeraten. Die allgemeinmedizinische klinische Untersuchung sei im Wesentlichen unauffällig und Funktionseinschränkungen der beiden Handgelenke seien nicht feststellbar gewesen. Es hätten sich lediglich Hinweise auf eine geringe Kraftminderung der rechten Hand ergeben. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 28. März 2006, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 15. Juni 2006, die Gewährung von LTA ab. Mit seiner hiergegen gerichteten Klage vor dem Sozialgericht (SG) Frankfurt (Oder) zum Aktenzeichen S [10 U 134/06](#) führte der Kläger aus, aufgrund der Unfallfolgen seien ihm Tätigkeiten im Bereich seines erlernten Berufes nur noch eingeschränkt möglich. So träten bei Beanspruchung der Handgelenke insbesondere am linken Handgelenk starke Schmerzen auf, die es ihm unmöglich machten, Arbeiten - insbesondere als Maurer - von wirtschaftlichem Wert zu verrichten. Des Weiteren erwähnte er, dass er aufgrund des Verkehrsunfalls bei Witterungsumschwüngen auch an starken Kopfschmerzen leide. In der Nichtöffentlichen Sitzung des SG vom 17. Januar 2007 hob der Vertreter der Beklagten die Bescheide auf und erklärte die Bereitschaft, erneut den geltend gemachten Anspruch des Klägers auf LTA zu prüfen und rechtsbehelfsmäßig zu bescheiden.

Die Beklagte veranlasste eine Magnetresonanztomografie (MRT)-Untersuchung des linken Handgelenkes vom 12. Februar 2007, die als Ergebnis eine nur geringe Arthrosis deformans am Radio-Karpalgelenk, eine alte Fraktur des Processus styloideus ulnae ohne Adaption, einen älteren Abriss des Discus triangularis im ulnobasalen Zügel, einen moderaten Erguss im distalen Radio-Ulnargelenk und wenig Erguss im ulnaren Aspekt des medio-karpalen Kompartiments ergab (Prof. Dr. L, Bericht vom 13. Februar 2007). Nach klinischer und röntgenologischer Untersuchung des Klägers im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle vom 12. Februar 2007 schätzte der beratende Arzt der Beklagten Dr. H in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 01. März 2007 die MdE mit unter 20 v. H. ein. Er führte aus, bei praktisch freier seitengleicher Beweglichkeit beider Handgelenke fänden sich Schmerzen bei Überstreckung und beim Stauchen im Bereich des linken Handgelenkes. Die Schmerzen würden subjektiv als in letzter Zeit deutlich zunehmend empfunden. Wesentliche posttraumatische arthrotische Veränderungen bestünden nach den Röntgenbildern nicht. Es fänden sich beidseits pseudarthrotisch verheilte Frakturen des Processus styloideus ulnae. Die Läsion des Discus triangularis sei als Unfallfolge zu werten, sie schließe eine schwere handbetonte Tätigkeit aus.

Daraufhin gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 29. März 2007 LTA in Form einer behindertengerechten Vermittlungshilfe.

Mit Schreiben vom 04. Juni 2007 stellte der Kläger bei der Beklagten einen "Antrag auf Erwerbsminderung" und wies mit Schreiben vom 02. August 2007 darauf hin, dass er eigentlich eine Begutachtung der witterungsbedingten migräneartigen Kopfschmerzen gewollt habe, da diese auch als Folgen des Unfalls anerkannt werden müssten.

Die Beklagte veranlasste eine Hals-Nasen-Ohren (HNO)-ärztliche sowie eine neurologische Begutachtung des Klägers. In seinem HNO-ärztlichen Gutachten vom 29. August 2007 stellte Dr. L vom H Klinikum Bad S nach Untersuchung des Klägers am 31. Juli 2007 als Folgen des Unfalls fest: ästhetisch und funktionell nicht wesentlich beeinträchtigende Vernarbungen der Gesichtswichteile und eine posttraumatische Nasendeformität mit knorpeliger Schiefnase, Septumdeviation und Synechien der linken Nasenhöhle mit Behinderung der Nasenatmung. Die MdE schätzte er für die durch die narbigen Residuen und die Verengung der Nasengänge bedingte Atembehinderung mit 10 v. H., für die Unfallfolgen durch die Kopfverletzungen insgesamt von unter 20 v. H. ein. Bei der ambulanten Untersuchung am 31. Juli 2007 habe der Kläger über eine Nasenatmungsbehinderung links größer als rechts sowie belastungsabhängigen Schmerzen in den Armen berichtet. Sonstige Beschwerden seien nicht angegeben worden. Die rhinomanometrisch nachweisbare Funktionseinschränkung der Nasenatmung sei Unfallfolge. Dr. de B führte in seinem neurologischen Gutachten vom 09. Januar 2008 aus, der Kläger habe bei der Untersuchung vom gleichen Tage über häufig auftretende Kopfschmerzen, insbesondere bei Wetterumschwung berichtet. Er habe dann Schmerzen vorne im Nasenbereich, hinter der Nase, deutlich mehr noch wenn ein Fönwetter da sei. Er sei dadurch belastet, könne sich durch die immer wiederkehrenden Schmerzen nicht gut konzentrieren. Vor dem Unfall habe er nie unter Kopfschmerz gelitten. Wegen dieser Beschwerden sei er nicht direkt in Behandlung gewesen, habe es aber immer wieder angesprochen. 2002 sei er im R Klinikum in F in Behandlung gewesen, weil er vor der Arbeit ohnmächtig geworden sei. Die Untersuchungen auf Herzrhythmusstörungen, Blutdruckstörungen sowie Epilepsie seien negativ gewesen. Danach seien solche Ereignisse nicht mehr aufgetreten. Eine Schlafapnoediagnostik sei ohne Ergebnis durchgeführt worden. Er habe mal einen Kopfschmerzkalender geführt: Er habe 3 bis 4 Mal die Woche Kopfschmerzen, dann auch Konzentrationsstörungen. Kopfschmerztabletten wolle er nicht einnehmen. Vom Unfall wisse er nur noch, dass er nach wenigen Minuten zu sich gekommen sei, an das Ereignis selber habe er keine Erinnerung. Die Elektroenzephalogramm (EEG)-Untersuchung ergab einen regelrechten Befund. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, es handle sich auf neurologischem Gebiet um eine

posttraumatische Trigeminusneuralgie. Die Kopfschmerzen seien keine Folge der commotio cerebri, sondern sie seien mit einem Zustand nach ausgedehnten lokalen Gewebeerkrankungen im Versorgungsbereich des Nervus trigeminus vereinbar. Die MdE hierfür betrage 10 bis 20 v. H. Die Gesamt-MdE schätzte der Gutachter auf 20 bis 30 v. H. ein, weil mehrere Funktionseinschränkungen vorlägen (Belastbarkeit der Hände, Nasenatmungsbehinderung und chronifizierte Trigeminusneuralgie). In seiner auf Anforderung der Beklagten gefertigten Stellungnahme vom 26. April 2008 führte der Gutachter ergänzend aus, das vom Kläger geschilderte Kopfschmerzsyndrom entspreche lokalisateurisch dem Versorgungsbereich des Nervus trigeminus, dort wo eine Verletzung sensorischer Endäste durch ein Trauma anzunehmen sei. Bei Läsionen bestimmter Nervus trigeminus-Äste könne im neurologischen Befund eine Hypästhesie im entsprechenden Versorgungsgebiet, unter Umständen auch Reflexstörungen (klinisch oder neurophysiologisch), nachgewiesen werden. Dies sei beim Kläger nicht der Fall, da die Läsionen im Bereich sensibler Endäste in den Nasennebenhöhlen anzunehmen seien, welche lokal klinisch neurologisch und auch neurophysiologisch nicht untersucht werden könnten. Differentialdiagnostisch kämen entzündliche oder tumoröse Prozesse im Bereich der Nasennebenhöhle in Frage, daneben auch eine Gesichtsmigräne, schließlich auch eine idiopathische Trigeminusneuralgie. Bei der HNO-ärztlichen Untersuchung sei weder eine chronische Infektion noch ein Tumor der Nasennebenhöhlen festgestellt worden. Die geklagten Kopfschmerzen seien für einen Zustand nach commotio cerebri ungewöhnlich, sie seien nicht diffus im Kopf, wie sonst üblich nach einer Gehirnerschütterung. Es seien auch keine pulsierenden Migräneschmerzen, sondern eher drückende Schmerzen, die vorne im Nasenbereich lokalisiert würden, hinter der Nase gerade auch dort, wo die frontobasale Schädelfraktur mit Einblutung in beide Kieferhöhlen, die Nasenbeinfraktur sowie die Verletzung der Nasenmuschel stattgefunden habe. Gegen eine idiopathische Trigeminusneuralgie spreche der Charakter der Schmerzen. Ähnlich sei, dass gewisse Trigger die Schmerzen auslösen könnten. Dies sei beim Kläger der Wetterumschwung, wie es häufig bei posttraumatischen Neuralgien zu finden sei. Bei idiopathischen Trigeminusneuralgien gebe es andere Trigger, z.B. das Essen, das Schlucken, das Sprechen. Er habe beim Kläger zwar einen großen Leidensdruck und einen Entschädigungswillen, aber weder eine Aggravation, noch eine psychogene Fixierung oder eine psychogene Ausweitung seiner Beschwerden festgestellt.

Mit Bescheid vom 23. Mai 2008 gewährte die Beklagte dem Kläger mit Wirkung ab dem 01. März 2007 eine Verletztenrente nach einer MdE v. 20 v. H. auf unbestimmte Zeit. Als Folgen des Versicherungsfalles erkannte sie an: "Endgradige Bewegungseinschränkung bei der Streckung im linken Handgelenk, deutliche Belastungsminderung bei Discus- triangularis-Läsion, Nasenatmungsbehinderung links mehr als rechts nach Nasenbeinbruch und Speichenbruch beidseits". Als Folgen des Versicherungsfalles lehnte sie ab: "Angeborene Sehschwäche am rechten Auge".

Mit Schreiben vom 04. Juni 2008 legte der Kläger Widerspruch ein und begehrte eine höhere Verletztenrente.

Daraufhin holte die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage von dem Facharzt für Neurologie Dr. W Oberarzt der neurologischen Abteilung der Klinik am R in Bad O, vom 12. Juli 2008 ein. Dr. W führte aus, eine Schädigung der Endfasern des zweiten Trigeminusastes sei bei dem Kläger denkbar und möglich, aber ein ausreichender Vollbeweis bleibe offen. Berücksichtige man, dass ein neuropathischer Schmerz oder eine Neuralgie üblicherweise mit elek-trisierenden, einschließenden oder brennenden Schmerzen einhergehe, so sei dieses Kriterium für die Diagnose einer Trigeminusneuralgie beim Kläger nicht erfüllt. Bei drückendem Schmerzcharakter und atypischen Schmerzen müsse differenzialdiagnostisch genauso an einen atypischen Gesichtsschmerz gedacht werden, welcher in den allermeisten Fällen organisch nicht erklärbar sei. Im Übrigen sei auch der hohe Leidensdruck zu relativieren. So nehme der Kläger noch nicht einmal handelsübliche Kopfschmerztabletten gegen seine Beschwerden ein. Auch sei bei chronischen Schmerzpatienten beobachtbar, dass diese, wenn ihre Beschwerden nicht ausreichend durch den behandelnden Arzt gewürdigt oder erfolgreich therapiert würden, Ärzte und Therapeuten von sich aus wechseln, neue aufsuchen und verschiedenste Konzepte zur Linderung der Beschwerden ausprobieren würden. Dies sei bei dem Kläger ebenfalls nicht der Fall. Seines Erachtens sei die Diagnose einer Trigeminusneuralgie nicht ausreichend gesichert, ebenso wenig die unfallbedingte Kausalität. Selbst wenn man die Kopfschmerzen als Unfallfolge anerkennen würde, so würden posttraumatische Kopfschmerzen, welche nicht der Einnahme von Analgetika bedürfen und bei denen es sich nicht um richtige neuropathische oder neuralgieforme Schmerzen handele, mit einer Einzel-MdE unter 10 v. H. bewertet.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29. August 2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit der Begründung zurück, die vom Kläger beklagten Kopfschmerzen könnten nicht als Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 1992 anerkannt werden. Eine Trigeminusneuralgie sei nicht hinreichend gesichert, ebenso wenig die unfallbedingte Kausalität. Eine höhere MdE als 20 v. H. sei wegen der verbliebenen Unfallfolgen auf HNO-ärztlichem sowie chirurgischem Fachgebiet nicht festzustellen.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage vor dem SG Frankfurt (Oder) hat der Kläger vorgetragen, eine andere Ursache als die des Arbeitsunfalls für seine Kopfschmerzsymptome scheide aus. Er habe bereits direkt nach dem Unfall mehrfach darauf hingewiesen, dass er infolge der Verletzungen an Kopfschmerzen leide. Ein vom Hausarzt im Jahr 2006 verordnetes Medikament mit neurologisch unterdrückender Wirkung der Schmerzen habe er wegen Nebenwirkungen abgesetzt. Die vom Gutachter Dr. de B gestellte Diagnose einer unfallbedingten Trigeminusneuralgie sei schlüssig. Ihm stehe eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v. H. zu.

Das SG hat ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. T eingeholt. In seinem am 26. März 2010 nach einer körperlichen Untersuchung des Klägers vom 24. Februar 2010 fertig gestellten Gutachten ist der Sachverständige zu dem Schluss gelangt, bei dem Kläger bestünden auf seinem Fachgebiet die von diesem geklagten migräneartigen Kopfschmerzen. Hierfür lasse sich eine traumatische Ursache nicht feststellen. So habe der Kläger nach dem Unfall vom 14. April 1992 in den Folgejahren auf verschiedenen Baustellen überwiegend körperlich schwere Arbeiten versehen, ohne dass in dieser Zeit Arbeitsausfälle wegen Kopf- und/oder Gesichtsschmerzen oder ärztliche Konsultationen eben wegen dieser Beschwerden dokumentiert seien. Es gäbe zahlreiche andere Ursachen, die solcherlei Kopfschmerzen, wie sie vom Kläger vorgebracht würden, auslösen könnten. Auch genetische Faktoren spielten dabei eine Rolle. Der Unfall vom 14. April 1992 komme ursächlich nicht in Betracht. Zwar habe der Kläger bei dem Unfall ein SHT ersten Grades im Sinne einer commotio cerebri (Gehirnerschütterung) erlitten, ein Folgeschaden resultiere hieraus jedoch nicht. Denkbar sei, dass der Kläger in den ersten Wochen und Monaten nach dem Unfall unter einem posttraumatischen Kopfschmerz vom Spannungstyp gelitten habe, der aber in der Folgezeit abgeklungen sei. Ebenso wenig habe eine durch den Unfall verursachte Trigeminusneuralgie oder ein sonstiger persistierender Gesichtsschmerz vorgelegen. Insoweit sei das Gutachten von Dr. de B nicht schlüssig und auch nicht überzeugend. Hätte tatsächlich unfallbedingt eine Schädigung sensorischer Endäste des Nervus trigeminus vorgelegen, so hätte dies unweigerlich schon in der Postakutphase zu anhaltend starken Nervenschmerzen (neuropathischen Schmerzen) im betroffenen Gesichtsbereich geführt. Anamnesticke Hinweise für eine derartige symptomatische Trigeminusneuralgie habe es aber zu keinem

Zeitpunkt gegeben. Alle bisher im Gesichtsbereich erhobenen Befunde seien regelrecht und könnten somit ebenfalls diese Diagnose nicht stützen. So seien im ersten Rentengutachten von Dr. S vom 28. September 1993 weder neurologische Auffälligkeiten, insbesondere auch im Gesichtsbereich, noch ein sonstiges neurologisches Defizit nach SHT festgestellt worden. Der Kläger habe seinerzeit noch über einen leicht drückenden Kopfschmerz "bei Wetterumschwung" geklagt, bei dem es sich um einen postcommotionellen Kopfschmerz gehandelt haben möge, der dann in der Folgezeit nicht mehr dokumentiert sei. Insbesondere habe der Kläger nach dem Unfall keinerlei Angaben über Gesichtsschmerzen i. S. einer Trigeminusneuralgie gemacht. Sowohl der von Dr. de B als auch der von ihm selbst erhobene klinisch neurologische Befund mit einem unauffälligen Hirnnervenstatus seien ebenso wie die EEG-Befunde regelrecht gewesen. Gegen das Vorliegen einer Trigeminusneuralgie spreche auch, dass der Kläger bald nach dem Unfall wieder viele Jahre durchgängig auf verschiedenen Baustellen bei Wind und Wetter überwiegend schwer körperlich gearbeitet habe. Dies hätte bei Vorliegen einer Trigeminusneuralgie, bei der es sich um sehr heftige, fast unerträgliche Gesichtsschmerzattacken handele, nicht nur zu einer Verschlimmerung geführt, sondern zu ärztlichen Konsultationen Anlass gegeben. Dies sei aber beim Kläger nicht der Fall und ganz offensichtlich auch gar nicht notwendig gewesen. Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, der von ihm beim Kläger erhobene psychische Befund habe deutliche Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bei sonst unauffälligem psychopathologischen Befund ergeben. Eine unfallbedingte MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei nicht feststellbar. Bis auf weiteres müsse die bisher festgestellte Gesamt-MdE i. H. v. 20 v. H. weiterhin gelten.

Das SG hat durch Urteil vom 19. November 2010 die Klage abgewiesen. Eine höhere MdE als 20 v. H. wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1992 sei nicht festzustellen. Dies ergebe sich zur Überzeugung der Kammer aus dem Sachverständigengutachten von Dr. T. Danach sei bewiesen, dass die vom Kläger beklagten migräneartigen Kopfschmerzen nicht ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 14. April 1992 zurückzuführen seien und daher auch die MdE nicht erhöhen könnten. Das Gutachten des Sachverständigen sei in sich schlüssig, logisch und überzeugend. Eine von Dr. de B angenommene posttraumatische Trigeminusneuralgie könne nicht i. S. d. Vollbeweises festgestellt werden. So fehle es für eine Schädigung von Ästen des Nervus trigeminus an entsprechenden Befunden in der Zeit nach dem Unfall. Auch der beratende Arzt der Beklagten Dr. W habe in seiner neurologisch-psychiatrischen Stellungnahme vom 12. Juli 2008 dargelegt, dass die Diagnose einer Trigeminusneuralgie nicht ausreichend gesichert sei. Zudem widerspreche es der allgemeinen Lebenserfahrung, dass jemand mit einer posttraumatischen Trigeminusneuralgie, die laut dem Sachverständigen heftige Schmerzen verursache, diese über einen Zeitraum von 14 Jahren weder ein einziges Mal ärztlich behandeln lasse noch Medikamente dagegen einnehme noch sie überhaupt erwähne.

Gegen das ihm am 29. November 2010 zugestellte Urteil richtet sich der Kläger mit der am 23. Dezember 2010 beim SG Frankfurt (Oder) eingegangenen Berufung, mit welcher er sein erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 19. November 2010 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 23. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. August 2008 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab Antragstellung eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 30 v. H. zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Nachdem die vom Kläger zunächst als Sachverständige nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) benannten Ärzte Dr. H und Dr. V sich jeweils aus Kapazitätsgründen nicht in der Lage sahen, ein Gutachten zu erstellen, hat der Kläger mit Schreiben vom 06. Februar 2012 erklärt, das Gericht möge auf der Grundlage der in der Akte befindlichen Gutachten entscheiden.

Mit Schreiben vom 02. Oktober 2012 ist den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zur Absicht des Senats, nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zu entscheiden, gegeben worden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten, die bei Entscheidungsfindung vorgelegen haben, Bezug genommen.

II.

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen, denn er hält sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Ihm steht, wie das SG zutreffend entschieden hat, ein Anspruch auf höhere Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1992 nicht zu. Der angefochtene Bescheid vom 23. Mai 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. August 2008 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (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. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) werden die Folgen eines Versicherungsfalles allerdings nur berücksichtigt, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle 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 Formulierung "infolge" in [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es

muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls 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 länger andauernden 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, a. a. O., Kap. 1.6.3, S. 28).

Das Vorliegen eines Versicherungsfalls (hier: Arbeits-)Wegeunfall vom 14. April 1992 ist unstrittig. Weiterhin unstrittig ist, dass der Kläger ein SHT mit frontobasaler Schädelfraktur, Nasenbeinfraktur sowie Verletzung der Nasenmuschel links, Risswunden am Kinn sowie im Bereich der Mundschleimhaut der Unterlippe, eine Wunde links naso-labial von 1,5 cm Länge sowie distale Radiustrümmerfrakturen beidseits mit Frakturen des Processus styloideus ulnae sowie links zusätzlich mit einem Abriss des Discus triangularis im ulnobasalen Zügel als Gesundheitserstschaden erlitten hat.

Weitere Gesundheitserstschäden, insbesondere in Form von Läsionen von kleinen Endästen des Nervus maxillaris (2. Ast des Nervus trigeminus) und damit eine Trigeminusneuralgie, sind hingegen nicht nachgewiesen. Zu dieser anhand der zeitnah zum Arbeitsunfall erhobenen ärztlichen Untersuchungsbefunde des DA Dr. S vom H Klinikum Bad S und der vom Kläger hierbei geschilderten Beschwerden wie auch anhand der vom Kläger ab 2007 geschilderten Schmerzsymptomatik und der ärztlichen Untersuchungsbefunde der von der Beklagten beauftragten Ärzte Dr. H, Dr. L vom H Klinikum F und Dr. de B nachvollziehbaren Beurteilung sind sowohl der Arzt für Neurologie Dr. W in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 12. Juli 2008 als auch der vom SG beauftragte Sachverständige Dr. T in seinem neurologisch-psychiatrischen Fachgutachten vom 26. März 2010 gelangt. Die klinisch neurologischen Untersuchungen von Dr. S (erstes Rentengutachten vom 28. September 1993), Dr. de B (Gutachten vom 09. Januar 2008) und Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010) haben einen völlig unauffälligen Befund für Hirn, Schädel und Gesicht ergeben. Ebenso haben die EEG-Untersuchungen durch Dr. de B (Gutachten vom 09. Januar 2008) und Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010) einen regelhaften Befund erbracht. Soweit Dr. de B unter Zugrundelegung der vom Kläger geschilderten Kopf-/Gesichtsschmerzen und den mit der frontobasalen Fraktur, Nasenbeinfraktur und Verletzung der Nasenmuschel einhergehenden Gewebeerkrankungen Läsionen von kleinen Endästen des Nervus maxillaris im Bereich der Nasennebenhöhlen angenommen hat (vgl. Gutachten vom 09. Januar 2008 sowie ergänzende Stellungnahme vom 26. April 2008), überzeugt dies den Senat nicht. So hat der Gutachter in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. April 2008 zugestanden, dass eine Objektivierung von Läsionen von Endästen des Nervus maxillaris durch eine neurologische oder neurophysiologische Untersuchung im Bereich der Nasenneben-/Kieferhöhlen nicht möglich sei. Zudem sprechen Verlauf und Art der vom Kläger geklagten Schmerzsymptomatik gegen eine Verletzung von Endästen des Nervus maxillaris bei dem Unfallereignis vom 14. April 1992 und damit gegen das Vorliegen einer Trigeminusneuralgie. So hat der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. S (erstes Rentengutachten vom 28. September 1993) über lediglich leicht drückende Kopfschmerzen bei Wetterumschwung berichtet, ansonsten sei er normalerweise diesbezüglich beschwerdefrei. Eine mit Verletzungen von (End)Ästen des Nervus trigeminus einhergehende Trigeminusneuralgie zeichnet sich, wie vom Sachverständigen Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010), dem beratenden Arzt Dr. W (Stellungnahme vom 12. Juli 2008) und letztlich auch von Dr. de Beukelaer (ergänzende Stellungnahme 26. April 2008) dargelegt, jedoch durch sehr heftige, fast unerträgliche Gesichtsschmerzattacken in Form von elektrisierend einschießenden oder brennenden Schmerzen aus. Der Kläger hat aber seit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Juli 1992 noch viele Jahre durchgängig auf verschiedenen Baustellen bei Wind und Wetter überwiegend schwer körperlich gearbeitet, ohne dass in dieser Zeit Arbeitsausfälle wegen Kopf- und/oder Gesichtsschmerzen oder ärztliche Konsultationen eben wegen dieser Beschwerden dokumentiert sind. Die Tätigkeit auf dem Bau hätte jedoch, worauf der Sachverständige Dr. T überzeugend hinweist, nicht nur zu einer Verschlimmerung geführt, sondern zu ärztlichen Konsultationen Anlass gegeben. Beim Kläger ist dies (bis auf den von ihm angegebenen einmaligen Versuch einer medikamentösen Behandlung durch den Hausarzt im Jahr 2006 bei ansonsten geschildertem Schmerzmittelverzicht) nicht der Fall und ganz offensichtlich auch gar nicht notwendig gewesen. Schließlich findet sich auch im arbeitsamtsärztlichen Gutachten von Frau Dr. B vom 28. Juni 2000 kein Hinweis auf eine beim Kläger bestehende Kopfschmerzproblematik. Weder bei der Untersuchung durch Dr. H am 12. Februar 2007 (Stellungnahme vom 01. März 2007) noch durch Dr. L am 31. Juli 2007 (HNO-ärztliches Gutachten vom 29. August 2007) ist vom Kläger über Kopfschmerzen berichtet worden. Die von ihm bei der Untersuchung durch Dr. de Beukelaer am 09. Januar 2008 beschriebenen Kopfschmerzen in Form von eher drückenden Schmerzen, die vorne im Nasenbereich, hinter der Nase lokalisiert werden und insbesondere bei Wetterumschwung und Föhnwetter auftraten, entsprechen ebenso wenig einer Trigeminusneuralgie wie die vom Kläger gegenüber Dr. T geschilderte Schmerzsymptomatik. Bei der Untersuchung durch Dr. T am 24. Februar 2010 (Gutachten vom 26. März 2010) hat der Kläger angegeben, besonders bei Wetterumschwung bzw. bei schwankendem Luftdruck würden bei ihm starke Kopfschmerzen einsetzen, die er als migräneartigen Kopfschmerz beschrieben hat, jedoch ohne Übelkeit und Brechreiz sowie ohne die migränetypischen Symptome wie Lichtscheuheit und Geräuschüberempfindlichkeit. Er leide dann auch unter Konzentrationsstörungen und habe ein verstärktes Ruhebedürfnis. Besonders bei Wetterumschwung schmerze seine Nase. Vom Sachverständigen konkret zum "Trigeminusschmerz" befragt, hat der Kläger mitgeteilt, dieser Schmerz trete ab "3G" auf, der Nerv sei durch den Unfall leicht geschädigt und "angegriffen", und hierbei auf die Äußerungen im Gutachten Dr. de B angespielt. Auf die gezielten Fragen des Sachverständigen zur Schmerzintensität und zum Schmerzcharakter hat der Kläger erklärt, dies könne er nicht so genau beschreiben. Er sei dann auch sehr empfindlich gegen Lärm. Der Sachverständige hat daraufhin nachvollziehbar dargelegt, dass eine Trigeminusneuralgie auch durch gezieltes Nachfragen von ihm nicht habe eruiert werden können.

Die beim Kläger bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form von ästhetisch und funktionell nicht wesentlich beeinträchtigenden

Vernarbungen der Gesichtsteile, einer posttraumatischen Nasendeformität mit knorpeliger Schiefnase, Septumdeviation und Synechien der linken Nasenhöhle mit rhinomanometrisch nachweisbarer Behinderung der Nasenatmung (links mehr als rechts) sowie einer Schmerzhaftigkeit beim Überstrecken und Stauchen im linken Handgelenk und einer Belastungsminderung bei Discus-triangularis-Läsion links nach distalen Radiusrümmerfrakturen beidseits sind Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1992, sie bedingen jedoch keine höhere MdE als insgesamt 20 v.H.

Nach [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die Höhe der MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#), in juris Rn. 12). Bei einer Verletzung mehrere Körperteile sind die Einzel-MdE-Werte nicht schematisch zu addieren, sondern es ist eine Gesamt-MdE entsprechend den Gesamtauswirkungen im Rahmen einer integrierenden Gesamtschau zu bilden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 3.6.3, S. 103; Plagemann/Radtke-Schwenzer, Gesetzliche Unfallversicherung, 2. Aufl. 2007, 5. Kapitel Rn. 63; Kranig in Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung Kommentar, Stand April 2012, § 56 Rn. 44, jeweils m.w.N.).

Als Folgen der distalen Radiusrümmerfrakturen beidseits mit Frakturen des Processus styloideus ulnae sowie links zusätzlich mit einem Abriss des Discus triangularis im ulnobasalen Zügel sind lediglich im linken Handgelenk eine Schmerzhaftigkeit beim Überstrecken und Stauchen und eine Belastungsminderung bei Discus-triangularis-Läsion verblieben. Aus der sich hieraus ergebenden Funktionseinschränkung resultiert eine (Einzel-) MdE von unter 20 v. H. Insoweit folgt der Senat der Einschätzung des beratenden Arztes Dr. H in dessen im Rahmen der Heilverfahrenkontrolle abgegebenen Stellungnahme vom 01. März 2007, die im Einklang mit den im unfallmedizinischen Schrifttum dokumentierten Erfahrungswerten steht. So hat Dr. H bei seiner Untersuchung am 12. Februar 2007 im Bereich der Hände keine neurologischen Auffälligkeiten feststellen können. Beide Hände und Unterarme haben keine vermehrte Schwellneigung aufgewiesen. Die Schulter-, Nacken- und Armmuskulatur wird von Dr. H als seitengleich entwickelt beschrieben. Die Schulter- und Ellenbogengelenksbeweglichkeit wie auch die Unterarmdrehfähigkeit haben sich seitengleich frei gezeigt. Des Weiteren sind das rechte Handgelenk und die Finger frei beweglich gewesen. Der Faustschluss der rechten Hand wird von Dr. H als komplett beschrieben. Ein Stauchungs- oder Überstreckschmerz hat sich im Bereich des rechten Handgelenks nicht gefunden. Das linke Handgelenk hat sich passiv als nahezu seitengleich beweglich gezeigt. Der Faustschluss ist vollständig und die Finger sind frei beweglich gewesen. Lediglich beim Überstrecken und beim Stauchen sind vom Kläger Schmerzen im linken Handgelenk angegeben worden. Zudem hat Dr. H darauf hingewiesen, dass beim Überkreuzgriff die grobe Kraft auf der linken Seite gegenüber der rechten Seite leicht vermindert erscheine. In den Röntgenbildern hat sich eine Ausheilung der distalen Radiusfrakturen in anatomischer Stellung und ohne wesentliche posttraumatische arthrotische Veränderungen gezeigt. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit dem Beschwerdevortrag des Klägers, der bei der Untersuchung durch Dr. H über zunehmende Beschwerden am rechten Arm beim Tragen schwerer Lasten und beim Abstützen geklagt und über keinerlei Beschwerden von Seiten des rechten Handgelenkes/Armes berichtet hat. Auch der gerichtliche Sachverständige Dr. T hat bei seiner Untersuchung des Klägers am 24. Februar 2010 eine freie Beweglichkeit der Handgelenke, keine Verschwellungen und keine nennenswerte Druckschmerzhaftigkeit befundet. Er hat eine regelrechte grobe Kraft in allen Muskelgruppen der oberen Extremitäten, insbesondere auch beim Faustschluss sowie beim Spitzgriff zwischen Daumen und der Finger II bis V bei mäßiger Beschwielung der Handflächen rechts stärker als links (Rechthänder) festgestellt. Der Kläger hat an beiden Händen Fingerspreizen, Ulnarabduktion und Radialabduktion regelrecht und ohne Kraftminderung ausführen können. Die neurologische Untersuchung der Schultern und der oberen Extremitäten hat ebenfalls einen regelrechten Status ergeben. Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen hat der Kläger über Schmerzen im linken Handgelenk bei Wetterwechsel und körperlicher Belastung sowie Beschwerdefreiheit von Seiten des rechten Handgelenkes berichtet. Die sich danach ausschließlich für das linke Handgelenk ergebende Funktionseinschränkung in Form einer Belastungsminderung rechtfertigt allenfalls eine MdE von 10 v.H. So wird für einen Speichenbruch mit Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 40 Grad eine MdE von 10 v.H. und erst bei einer erheblichen Achsenabknickung und Einschränkung der Handgelenksbewegungen um insgesamt 80 Grad eine MdE von 20 bis 30 v.H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 8.7.2.3, S. 544; Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 12. Aufl. 2009, Seite 160) bzw. eine Bewegungseinschränkung im Handgelenk bei Handhebung/-senkung 40/0/40 eine MdE von 10 v.H. (vgl. Rompe/Erlenkämper/Schiltenswolf/Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009, Seite 719) angesetzt. Beim Kläger sind jedoch die distalen Radiusfrakturen (Speichenbrüche) nach den Röntgenbildern ohne Achsenabweichung ausgeheilt. Für die allenfalls endgradig bestehende Einschränkung der Beweglichkeit im linken Handgelenk wegen der Schmerzhaftigkeit bei der Überstreckung und beim Stauchen und die aus der Discus triangularis-Läsion resultierende Belastungsminderung lässt sich daher eine MdE von mehr als 10 v.H. nicht begründen.

Die beim Kläger bestehende posttraumatische Nasendeformität mit knorpeliger Schiefnase, Septumdeviation und Synechien der linken Nasenhöhle mit rhinomanometrisch nachweisbarer Behinderung der Nasenatmung (links mehr als rechts) bedingt ebenfalls keine höhere (Einzel-) MdE als 10 v.H. Insoweit folgt der Senat der Einschätzung des von der Beklagten beauftragten Gutachters Dr. Lin dessen HNO-ärztlichem Gutachten vom 29. August 2007, die im Einklang mit den im unfallmedizinischen Schrifttum dokumentierten Erfahrungswerten steht. So wird bei einer Behinderung der Nasenatmung durch erhebliche Verengung der Nasengänge eine MdE von 10 bis 20 v.H. angesetzt (vgl. Mehrhoff/Meindl/Muhr, a.a.O., Seite 153; siehe auch: Feldmann, Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes, 6. Aufl., Seite 290). Die von Dr. L rhinomanometrisch nachgewiesene Behinderung der Nasenatmung ist, wie aus den Schilderungen des Klägers bei den ärztlichen Untersuchungen und seinem Verhalten zu schließen ist, jedoch nicht so erheblich, dass sie eine höhere MdE als 10 v.H. begründen könnte. Bereits bei der Untersuchung durch Dr. S im Juni 1993 hatte der Kläger berichtet, dass die Nasenatmung etwas behindert sei, ihn aber kaum störe, es sei denn, er habe sich erkältet. Dass die Behinderung der Nasenatmung nicht so gravierend ist, wird auch dadurch deutlich, dass

der Kläger einer bereits von Dr. S im Gutachten vom 28. September 1993 ausgesprochenen und von Dr. L im Gutachten vom 29. August 2007 wiederholten Empfehlung zur operativen Korrektur der Nasengänge (funktionellen Septorhinoplastik) zur Verbesserung der Atmung bisher nicht gefolgt ist.

Hinsichtlich der frontobasalen Fraktur, die wohl nur als Verdachtsdiagnose aufgrund der Röntgenaufnahmen vom 14. April 1992 festgestellt worden ist, da sie sich in den CT-Untersuchungen vom 17. April 1992 und von Juni 1993 nicht hat bestätigen lassen (vgl. Entlassungsbericht H Klinikum Bad Svom 05. Mai 1992, Gutachten des Dr. S vom 28. Juni 1993, Gutachten des Dr. T vom 26. März 2010), finden sich jedenfalls ausweislich der genannten CT-Aufnahmen des Schädels keinerlei morphologische und nach den klinischen Untersuchungen durch Dr. de B (Gutachten vom 09. Januar 2008) und Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010) keine neurologische Traumafolgen. Auch für die ästhetisch und funktionell nicht wesentlich beeinträchtigenden Vernarbungen der Gesichtswerteile ist eine höhere Einzel-MdE als 10 v.H. nicht zu begründen. So wird für kosmetisch nur wenig störende Vernarbungen im Gesicht eine MdE von 10 v.H. angesetzt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 5.10., S. 251 f; Mehrhoff/Meindl/Muhr, a.a.O., Seite 142). Weder dem Gutachten von Dr. S vom 28. September 1993 noch dem Gutachten von Dr. L vom 29. August 2007 lassen sich Beschreibungen der Narbenverhältnisse entnehmen, die auf eine erheblichere Entstellung deuten würden. Eine solche ist auch auf den vom Kläger in Kopie zur Gerichtsakte (Blatt 37) gereichten Passfotos aus den Jahren 1991, 1995, 2003 und 2007 nicht erkennbar.

Die vom Kläger beklagte migräneartige Kopfschmerzsymptomatik wirkt sich nicht MdE-erhöhend aus. Es handelt sich hierbei nicht um eine Unfallfolge, insbesondere nicht um eine Folge des beim Unfall am 14. April 1992 erlittenen SHT, welches folgenlos ausgeheilt ist. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats ([§ 128 SGG](#)) aus dem neurologisch-psychiatrischen Fachgutachten des vom SG beauftragten Sachverständigen Dr. T vom 26. März 2010, der dies an Hand der zeitnah zum Arbeitsunfall erhobenen ärztlichen Untersuchungsbefunde des DA Dr. S sowie der Untersuchungsbefunde des von der Beklagten beauftragten Arztes Dr. de B und seiner eigenen Untersuchungsbefunde nachvollziehbar belegt hat. Bei dem vom Kläger erlittenen SHT handelt es sich nur um eine commotio cerebri (Gehirnerschütterung) und damit um ein leichtgradiges Trauma. So konnten in der CT-Untersuchung vom 17. April 1992 knöcherne Verletzungen des Schädels sowie Kontusionsblutungen im Gehirn ausgeschlossen werden. Beim Kläger besteht zwar eine retrograde Amnesie bezüglich des Unfallgeschehens, er ist jedoch bereits am Unfallort wieder zu Bewusstsein gekommen und kann sich nach seinen Angaben bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. T an die Behandlung durch den Notarzt erinnern. Für eine Bewusstseinsstrübung oder neurologische Defizite finden sich im DA-Bericht vom 05. Mai 1992 sowie im Entlassungsbericht des H Klinikums Bad S vom 05. Mai 1992 keine Anhaltspunkte, der Kläger hat bei der Aufnahme lediglich über Kopfschmerz und Schwindel berichtet (so Dr. S im Gutachten vom 28. September 1993), der Heilungsverlauf hat sich komplikationslos gestaltet. Auch die von Dr. S bei der ersten Rentenbegutachtung veranlassten Röntgen- und CT-Untersuchungen des Schädels haben keinerlei morphologische Traumafolgen aufgezeigt. Sowohl die klinisch neurologischen Untersuchungen von Dr. S (erstes Rentengutachten vom 28. September 1993), Dr. de B (Gutachten vom 09. Januar 2008) als auch von Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010) haben einen völlig unauffälligen Befund für Hirn, Schädel und Gesicht ergeben. Ebenso haben die EEG-Untersuchungen durch Dr. de B (Gutachten vom 09. Januar 2008) und Dr. T (Gutachten vom 26. März 2010) einen regelhaften Befund gezeigt. Soweit der Kläger 1993 bei der Begutachtung durch Dr. S über lediglich leicht drückende Kopfschmerzen bei Wetterumschwung bei ansonsten diesbezüglicher Beschwerdefreiheit berichtet hat, kann es sich hierbei nach Auffassung des Sachverständigen Dr. T noch um einen postcommotionellen Kopfschmerz gehandelt haben, für dessen Fortbestehen es in den Jahren danach an jeglichen Nachweisen fehlt. Der seit 2007 vom Kläger geltend gemachte migräneartige Kopfschmerz entspricht, wie von Dr. T und auch von Dr. de B nachvollziehbar dargelegt wird, seinem Charakter nach nicht den Kriterien eines postcommotionellen Kopfschmerzes.

Unter Zugrundelegung der, da mit Funktionsbeeinträchtigungen einhergehend, führenden Unfallfolgen in Form der Behinderung der Nasenatmung (Einzel-MdE 10 v.H.) und der geminderten Belastbarkeit des linken Handgelenkes (Einzel-MdE 10 v.H.), die sich in ihren Auswirkungen nicht überschneiden, ergibt sich eine Gesamt-MdE von 20 v.H. Die für die ästhetisch und funktionell nicht wesentlich beeinträchtigenden Vernarbungen der Gesichtswerteile maximal anzusetzende Einzel-MdE von 10 v.H. wirkt sich nicht erhöhend aus, zumal die aus den Vernarbungen der Nase resultierende Funktionsbeeinträchtigung der Nasenatmung schon in der Gesamt-MdE eingestellt ist.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-02-06