

L 2 U 645/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 3621/07
Datum
12.10.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 2 U 645/10
Datum
01.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten

Tatbestand:

Der am 11. Februar 1965 geborene Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente auf Dauer nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50 v.H.

Am 31. Januar 1998 erlitt der Kläger einen Arbeitsunfall. Seiner unvollständigen Erinnerung nach erhielt er beim Einschalten eines Rüttlers einen Schlag von oben, wobei ihm der Sicherheitshelm vom Kopf gefallen sei. Beim Bücken, um diesen aufzuheben, verspürte der Kläger einen zweiten Schlag; danach hat er keine Erinnerung mehr. Aus dem Ohr blutend wurde er von einem Arbeitskollegen aufgefunden. Am Arbeitsplatz konnten keine nachvollziehbaren Ursachen für den Sturz des Klägers gefunden werden. In dem von Prof. Dr. H. erstatteten Durchgangsarztbericht vom 31. Januar 1998 wurden als Diagnosen eine Contusio cerebri, eine Schädelbasisfraktur sowie eine Prellung linke Clavicula gestellt. Unter dem 18. März 1998 teilte Prof. Dr. H. der Beklagten mit, dass der Kläger über den Ereignishergang nichts habe berichten können. Eine sichere innere Ursache habe auch im stationären Verlauf nicht gefunden werden können. Die festgestellten Verletzungsfolgen (Schädelbasisfraktur, Hirnödem und Jochbeinfraktur rechts), ließen jedoch auf eine erhebliche Gewalteinwirkung auf den Schädel schließen.

Nachdem die Beklagte mit Bescheid vom 13. Juni 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18. Oktober 2000 das Vorliegen eines Arbeitsunfalles abgelehnt hatte, wurde sie vom Sozialgericht Ulm (SG) mit Urteil vom 10. Februar 2003 verurteilt, das Ereignis vom 31. Januar 1998 als (entschädigungspflichtigen) Arbeitsunfall anzuerkennen. Die dagegen eingelegte Berufung wurde mit Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. Juli 2005 (Az.: [L 10 U 1406/03](#)) zurückgewiesen.

Die Beklagte ließ den Kläger zunächst auf chirurgischem Fachgebiet begutachten. In seinem ersten Rentengutachten vom 17. Oktober 2005 führte Prof. Dr. H. (Chefarzt der Chirurgischen Klinik II des O.-Klinikums) aus, der Kläger habe seit dem Unfallgeschehen rezidivierend starke Schwindelanfälle, die inzwischen ca. 2 Stunden bis zu 2 - 3 Tagen anhielten, sowie teilweise das Gefühl von Nebelsehen und Doppelbildern angegeben. Als wesentliche Unfallfolgen gab er an: Zustand nach Schädelhirntrauma Grad II mit persistierenden cerebralen Beschwerden, subjektive Hörminderung rechts nach Felsenbeinfraktur einstrahlend in den Gehörgang, verheilte Kopfplatzwunde und rezidivierende subjektive Sehstörungen. Die Zuordnung von Klagen und Befunden sei unfallchirurgisch nicht möglich. Notwendig sei eine neurologisch-neuropsychiatrische Untersuchung, ein HNO-ärztliches Gutachten sowie ein augenärztliches Gutachten zur Einschätzung der Visusstörungen. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei die MdE auf 0 v. H. einzuschätzen. Anschließend ließ die Beklagte den Kläger auf neurologischem Fachgebiet begutachten. Prof. Dr. S. führte in seinem neurologischen Gutachten vom 24. Oktober 2005 als Unfallfolgen einen Zustand Schädel-Hirn-Trauma mit leichter Contusio cerebri basal-frontal, eine Felsenbeinfraktur mit Hämatotympanon und Stufe rechts im Gehörgang an. Die vorgebrachten Schwindel- und Kopfbeschwerden könnten zum Teil Unfallfolge sein; das vorgebrachte Ausmaß sei aber durch objektive Befunde nicht erklärbar. Wesentliche Unfallfolgen bestünden nicht. Eine Kopfschmerz- und Schwindelneigung leichter bis mäßiger Art sei nicht auszuschließen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall deutlicher gewesen seien. Wenn man unterstelle und akzeptiere, dass eine leichte Contusio cerebri stattgefunden habe, schlage er vor, dass für das erste halbe Jahr nach dem Unfall eine MdE von 40 v. H., danach bis zum Ende des ersten Jahres eine MdE von 30 v. H. und danach bis zum Ende des zweiten Jahres nach dem Unfall eine MdE von 20 v. H. angemessen sei; seitdem bis heute allenfalls eine MdE von 10 v. H. ... Prof. Dr. S. hatte für die Erstellung seines Sachverständigengutachtens auch ein neuroradiologisches Zusatzgutachten von Dr. B./Dr. E. vom 25.

Oktober 2005 verwertet. Auf Anfrage der Beklagten gab Facharzt für Neurologie/Psychiatrie Dr. S. unter dem 12. Januar 2006 an, der Kläger habe sich erstmals am 30. März 1998 vorgestellt. Der Kläger habe als Beschwerden angegeben, er habe ständige Kopfschmerzen, könne nicht schlafen, sei nervös und fühle sich schwach und unsicher. Der Unfall vom 31. Januar 1998 habe ihn sehr niedergeschlagen gemacht. Als Diagnose teilte Dr. S. einen Zustand nach *Commotio cerebri* mit hirnorganisch affektiver Störung mit. Der neurologische und psychiatrische Befund war im Wesentlichen unauffällig. Dr. S. beschrieb eine neurathenische Symptomatik mit deutlich affektiver Beeinträchtigung und Leistungsinsuffizienz; ein Anhalt für floride psychotische oder akute hirnorganische Symptome fand er jedoch nicht. Arbeitsunfähigkeitszeiten setzten erst ab 23. Oktober 2000 ein. Die MdE sei mit 10 v. H. anzunehmen. Das neurologische Gutachten von Prof. Dr. S. sei zutreffend. Weiterhin ließ die Beklagte den Kläger augenfachärztlich begutachten. In seinem augenärztlichen Gutachten vom 26. September 2006 teilte Prof. Dr. D. mit, nach dem Arbeitsunfall habe zunächst eine Augenmuskellähmung bestanden. Heute leide der Kläger unter gelegentlich auftretenden Doppelbildern, die beim Tragen einer Brille mit prismatischen Gläsern verschwinden würden. Zudem habe er Probleme beim Lesen, weshalb er eine Brille benötige. Zur Zeit fänden sich im Bereich der Augen minimale Brechungsfehler in der Ferne, beginnende, altersentsprechende Alterssichtigkeit und eine minimale Fehlstellung der Augen in der Ferne, die beim Blick in die Nähe zunehme. Die früher vorhandene Augenmuskellähmung sei nicht mehr nachweisbar. Der minimale Brechungsfehler und die minimale Fehlstellung der Augen in der Ferne seien anlagebedingt oder in früher Kindheit erworben; die Alterssichtigkeit entspreche dem Lebensalter. Unfallfolgen von Seiten der Augen seien nicht nachweisbar.

Im Bericht der neurologischen Klinik des O.-Klinikums vom 16. November 2006 über ambulante Untersuchungen vom 6. und 15. November 2006 wurde als Diagnose rezidivierend auftretende passagere Schwindelattacken mit begleitenden Doppelbildern unklarer Genese mitgeteilt. Die Ursache für die Schwindelattacken mit Gangunsicherheit blieb nach den durchgeführten Untersuchungen unklar.

Schließlich ließ die Beklagte den Kläger noch auf HNO-fachärztlichem Gebiet begutachten. In seinem Gutachten vom 8. Februar 2007 teilte Dr. Z. mit, als Unfallfolgen bestünden ein Zustand nach laterobasaler Fraktur rechts mit überhäuteter knöcherner Stufe der hinteren oberen Gehörgangswand rechts und Verdacht auf allenfalls geringe Innenohrschwerhörigkeit bei Zustand nach *Commotio labyrinthii* rechts mit rezidivierendem Ohrgeräusch rechts. Hinsichtlich der angegebenen rezidivierenden Schwindelbeschwerden habe sich kein Hinweis auf eine vestibuläre Ursache ergeben. Auch die Gehörgangsexostosen beidseits seien unfallunabhängig. Die MdE auf HNO-ärztlichem Fachgebiet sei mit unter 10 v. H. einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 11. April 2007 stellt die Beklagte als Unfallfolgen einen knöchern verheilten Schädelbasisbruch nach Schädelhirntrauma mit stirnseitiger Hirnswellung (Hirnödem) fest; sie bewilligte Verletztenrente für die Zeit vom 14. April bis 31. Juli 1998 nach einer MdE von 40 v. H., vom 1. August 1998 bis 30. Januar 1999 nach einer MdE von 30 v. H. und vom 31. Januar 1999 bis 30. Januar 2000 nach einer MdE von 20 v. H. ... Darüber hinaus bestehe kein Anspruch auf Rente. Zur Auszahlung kam insgesamt eine Rente in Höhe von 14.641,48 EUR.

Hiergegen erhob der Kläger am 14. Mai 2007 über seine Prozessbevollmächtigte Widerspruch. Nachdem eine Begründung des Widerspruchs ausgeblieben war, wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. August 2007 zurück.

Der Kläger hat sein Begehren einer Verletztenrente auf Dauer nach einer MdE von 50 v. H. weiter verfolgt und am 1. Oktober 2007 Klage beim SG erhoben. Er leide seit dem Arbeitsunfall unter Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel sowie unter starken psychischen Beeinträchtigungen, die zu einer Wesensänderung geführt hätten. Er hat ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. K. vom 11. Februar 2008 vorgelegt, wonach das neurologische Gutachten von Prof. Dr. S. vom 24. Oktober 2005 unvollständig sei; es schließe zwar grobneurologische Veränderungen aus, könne allerdings keine Antwort darauf geben, inwiefern durch die Frontalhirnverletzung diskrete aber bedeutsame Veränderungen in Persönlichkeit und Affekt des Klägers aufgetreten seien. Es sei auch zu klären, ob die bestehende Depression in einem kausalen Zusammenhang zum Schädel-Hirn-Trauma stehe.

Auf Antrag des Klägers hat das SG daraufhin Dr. C. mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Er ist zu dem Ergebnis gelangt, dass beim Kläger als fachpsychiatrische Diagnosen eine organische affektive Störung (affektive Störung aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas) und ein Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades vorlägen. Dabei sei der "materielle" Kausalitätsnachweis für eine organische Verursachung der affektiven Störung auf folgende Kriterien zu stützen: 1. Nachweis einer cerebralen Erkrankung, Verletzung und Funktionsstörung; 2. Nachweis einer zeitlichen Kontingenz zwischen der Entwicklung der Erkrankung und dem Auftreten des psychischen Syndroms; 3. Rückbildung der psychischen Störung nach Rückbildung oder Besserung der vermuteten Ursache; 4. kein überzeugender Beleg für eine andere Verursachung der psychischen Störung, beispielsweise durch eine familiäre Belastung oder andere belastende Ereignisse. Der Kläger habe beim Unfall ein Schädel-Hirn-Trauma zumindest 2. Grades erlitten. Damit sei das erste Kriterium nach ICD-10 erfüllt. Zur zeitlichen Kontingenz des Auftretens einer affektiven Störung nach einem Schädel-Hirn-Trauma sei festzuhalten, dass die diagnostischen Kriterien keinen klar umrissenen Zeitraum zwischen Schädel-Hirn-Trauma und Erstmanifestation der psychischen Störung angäben und die zeitliche Latenz einer erheblichen Variabilität unterliege. Beim Kläger sei erstmals in einem Befundbericht von Dr. S. vom 9. Oktober 2000 die Diagnose einer hirnorganisch affektiven Störung gestellt worden. Auf der Basis der Berichte des Dr. S. sei die zeitliche Kontingenz zwischen körperlicher und seelischer Störung hinreichend belegt. Das oben angeführte 3. Kriterium könne zur Beweissicherung nicht beitragen. Das Vorliegen überzeugender Belege im Sinne der ICD-10 für eine nichtorganische Ursache lasse sich ausschließen. Es bestehe kein begründeter Zweifel daran, dass die unfallbedingte Schädigung des Gehirns nach Art und Schweregrad in der Lage gewesen sei, den gegenwärtig zu beobachtenden Zustand zu verursachen. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Schädel-Hirn-Trauma und der gegenwärtigen organischen affektiven Störung sei mindestens wahrscheinlich; auch wenn der Kausalzusammenhang nicht mit letzter Sicherheit nachgewiesen werden könne, spreche doch wesentlich mehr für als gegen ihn. Die MdE werde mit 50 v. H. bewertet.

Die Beklagte ist der Klage und dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C. entgegengetreten. Bei einem Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades in Form einer *Contusio cerebri* bildeten sich gemäß dem allgemein anerkannten medizinischen Kenntnisstand die hiermit einhergehenden objektivierbaren psychischen Beeinträchtigungen innerhalb von 21 Tagen zurück. Erst bei einem Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades in Form einer schweren *Contusio cerebri* könnten sich psychische Beeinträchtigungen mit Spätfolgen von länger als 3 Wochen nach dem Trauma entwickeln. Eine Hirnsubstanzschädigung zur Feststellung eines Schädel-Hirn-Traumas 3. Grades sei jedoch nicht nachgewiesen. Es bestünden erhebliche Zweifel, ob die Art und Schwere der Verletzung grundsätzlich geeignet gewesen sei, eine organische affektive Störung hervorzurufen. Die erforderliche zeitliche Kontingenz könne nicht angenommen werden, da erstmals in einem Befundbericht von Dr. S. vom 9. Oktober 2000 - also mehr als 2 ½ Jahre nach dem Unfall - eine hirnorganisch affektive Störung beschrieben worden sei. Es lasse sich beim

Kläger eine Besserung seiner psychischen Beeinträchtigungen im Laufe der Zeit nicht nachweisen. Im Übrigen sei bei den geringfügigen Leistungsbeeinträchtigungen, die beim Kläger vorlägen, eine MdE von 10 bis 20 v. H. angebracht. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Mai 2009 hat Dr. C. nochmals betont, dass kein Zweifel daran bestünde, dass ein Schädel-Hirn-Traumata 2. Grades geeignet sei, psychische Folgeschäden jeden Schweregrades auszulösen. Ein engerer zeitlicher Zusammenhang als der vorliegend beobachtete könne nicht gefordert werden, weil die psychische Symptomatik nach einem Unfall dieser Art typischerweise zu Beginn nicht im Vordergrund stünde. Von einer geringfügigen Leistungsbeeinträchtigung zu sprechen, sei inhaltlich falsch. Damit würde die schwere psychische Störung irrtümlich auf das neuropsychologische Defizit reduziert, welches im Gesamtbild jedoch eine untergeordnete Rolle spiele und nicht genüge, um die tatsächlichen Defizite zu erfassen, die aus Befund und Anamnese hervorgingen.

Mit Urteil vom 12. Oktober 2009 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat im Wesentlichen ausgeführt, die Folgen des am 31. Januar 1998 erlittenen Arbeitsunfalls bedingten keine ab 14. April 1998 unverändert vorliegende MdE von 50 v. H. ... Nach dem 30. Januar 2000 liege keine MdE mehr in rentenberechtigendem Grade vor. Es hat sich im Wesentlichen auf das augenärztliche Gutachten von Prof. Dr. D. und das HNO-ärztliche Gutachten von Dr. Z. und das neurologische Gutachten von Prof. Dr. S. gestützt. Für nicht überzeugend hat das SG das psychiatrische Gutachten von Dr. C. erachtet. Der Kläger habe auf Nachfrage alltagsrelevante kognitive Einschränkungen verneint und Konzentration und Gedächtnis als subjektiv intakt beschrieben. Dies stehe bereits der Annahme einer organischen affektiven Störung aufgrund eines Schädel-Hirn-Traumas entgegen. Von der anzunehmenden Contusio cerebri seien bleibende Funktionsstörungen nicht verblieben; eine MdE in rentenberechtigendem Grade sei nicht anzunehmen. Auch der von Dr. C. psychopathologische Befund spräche gegen unfallbedingte Gesundheitsstörungen. Das von Dr. C. angenommene depressive Syndrom von mittlerem Schweregrad könne nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden; es habe seine Ursache eher in den familiären Problemen des Klägers. Entgegen der Ansicht von Dr. C. habe die cerebrale Verletzung des Klägers keine wesentlichen Folgen hinterlassen. Sowohl Prof. Dr. S. als auch Dr. S. hätten in den EEG pathologisch bedeutsame Abweichungen nicht festgestellt.

Gegen dieses der Bevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 7. Januar 2010 zugestellte Urteil hat er am 8. Februar 2010 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er macht im Wesentlichen geltend, seit dem Arbeitsunfall befände er sich in neurologischer und psychiatrischer Behandlung bei Herrn Dr. S. und seit 2007 bei Dr. Kölsch. Es liege eine hirnorganisch affektive Störung vor; es herrsche eine neurasthenische Symptomatik mit deutlich affektierter Beeinträchtigung und Leistungsinsuffizienz vor. Aufgrund des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C. stehe fest, dass der Unfall zu einer organischen affektiven Störung mit einer MdE von 50 v. H. geführt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12. Oktober 2009 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 11. April 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. August 2007 abzuändern sowie die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente auf Dauer nach einer MdE von 50 v. H. ab 14. April 1998 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend und ihre Bescheide für rechtmäßig.

Von Amtswegen hat der Senat das neurologisch-psychiatrische Fachgutachten von Prof. Dr. Dr. W. vom 26. Juli 2010 eingeholt. Er führt aus, aufgrund des gut dokumentierten Verlaufs in der Vorgeschichte und des aktuellen Befundes bestehe kein vernünftiger Zweifel daran, dass der Kläger in relevantem Umfang an einer psychischen Störung leide; diagnostisch sei aufgrund der im Vordergrund geklagten multiplen körperlichen Befindlichkeitsstörungen ohne ersichtlichen körperpathologischen Befund von einer Somatisierungsstörung (ICD-F 45.0) auszugehen. Eine depressive Symptomatik, die in den letzten Jahren bestanden haben möge, sei aktuell nicht zu erkennen. Zu diskutieren sei eine gemischte affektive Störung mit depressiv-hypomanischem Wechsel. Nach den vorliegenden Befunden könne allenfalls ein sehr leichtgradiges Hirntrauma vorgelegen haben. Im Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Schädel-Hirn-Trauma und des Eintretens psychischer Störungen sei aufgrund des Umstandes, dass zwischen April 1998 und Oktober 2000 keinerlei Arztkontakte des Klägers mit Dr. S. stattgefunden hätten, eine hinreichend klare Brückensymptomatik nicht belegt. Es seien jedoch eindeutig konkurrierende Probleme belegt. Seit September 1999 hätten Lumboischialgien bestanden, die im Herbst 2000 exazerbierten. Die mit dem Bandscheibenvorfall verbundene wirtschaftliche Problematik hätte im Zusammenhang mit einem Hauskauf 1996 Ängste und auch depressive Symptome verursachen können, wie sie erstmals im Oktober 2000 befundet seien. Im Herbst 2000 seien ständige Kopfschmerzen beschrieben. Gleichzeitig beschreibe ein kraniales Kernspintomogramm eine Entzündung der Keilbeinhöhle. Solche Entzündungen gingen aber typischerweise mit anhaltenden Kopfschmerzen einher, sodass ein entsprechender Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen sei. Letztlich erscheine ein Zusammenhang der auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vorliegenden Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall vom 31. Januar 1998 zwar möglich; mit der geforderten Wahrscheinlichkeit könne jedoch ein Zusammenhang zwischen der psychischen Störung und dem Unfallereignis nicht hergestellt werden.

Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage vom 29. September 2000 haben die Beteiligten einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten (3 Bände), die Gerichtsakte des SG ([S 2 U 3621/07](#)), die beigezogene Akte des SG ([S 2 U 2494/00](#)) und die Berufungsakte des Senats ([L 2 U 645/10](#)) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung (vgl. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Berufung des Klägers hat keinen Erfolg.

Die gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte Berufung ist zulässig; sie ist unter Beachtung der maßgeblichen Form- und Fristvorschriften ([§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)) eingelegt worden.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 11. April 2007 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. August 2007 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Gegenstand der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ist der geltend gemachte Anspruch des Klägers auf Verletztenrente auf Dauer nach einer MdE von 50 v. H. ab 14. April 1998. Der Kläger hat jedoch keinen Anspruch auf die Gewährung einer solchen Verletztenrente ab 14. April 1998 und auch keinen Anspruch auf Weitergewährung einer Verletztenrente über den 30. Januar 2000 hinaus.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfalle hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit in Folge mehrere Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vom-Hundert-Sätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfalle Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB VII).

Gemäß [§ 72 SGB VII](#) beginnt eine Rente nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld, das bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit bzw. Rehabilitation (s. [§ 46 SGB VII](#)) gezahlt wird. Versicherungsfälle sind gem. [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten in Folge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 und 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Unfallereignis) und die Gesundheitsstörung, derentwegen Entschädigungsleistungen begehrt werden, erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. [BSGE 58, 80, 83](#); [61, 127, 128](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 58, 80, 83](#); [61, 127, 129](#)); das bedeutet, dass unter vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. [BSGE 55, 285, 286](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in [BSGE 1, 72, 76](#); [BSGE 1, 150, 156 f](#); st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277, 280](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen würde (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend [BGHZ 137, 11](#), 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. [BSGE 66, 156, 158](#) = [SozR 3-2200 § 553 Nr. 1](#) m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier der [§§ 45, 56 SGB VII](#) - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#) m.w.N.; [SozR 2200 § 589 Nr. 96](#)).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen oder besonderen Problemen in der anschließenden Heilbehandlung, ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne weiteres zu unterstellen ist (vgl. insgesamt zum Vorstehenden BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#) -, jeweils m. w. N.).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt aber im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde ([BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; BSG Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#); zu Berufskrankheiten vgl. [§ 9 Abs. 3 SGB VII](#)). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) mH auf BSG SozR Nr 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr 20 zu § 542 aF RVO; [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr 62 zu § 542 aF RVO; BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr 67](#); Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO, Kap 1.8.2, S 119 f; Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 128 RdNr. 3c). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Die Höhe der MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung: BSG, SozR 2200 § 581 Nr. 28 m.w.N., vgl. [BT-Drucks. 13/2204 Seite 90](#)). Die Bemessung der MdE hängt als von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 6).

Der Kläger hat am 31. Januar 1998 einen Arbeitsunfall im Sinne des [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) erlitten, der als solcher von der Beklagten mit Bescheid vom 11. April 2007 anerkannt worden ist. Mit diesem Bescheid wurde als Unfallfolge festgestellt: Knöchern verheilte Schädelbasisbruch nach Schädelhirntrauma mit stirnseitiger Hirnschwellung (Hirnödem). Darüber hinausgehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, die als Unfallfolgen anzuerkennen wären und die deswegen zu einer Verletztenrente nach einer höheren MdE ab 14. April 1998 führen könnten, liegen beim Kläger nicht vor. Die beim Kläger anerkannten Unfallfolgen sind mit einer Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H. für den Zeitraum 14. April 1998 bis 31. Juli 1998, mit einer MdE von 30 v. H. für den Zeitraum 1. August 1998 bis 30. Januar 1999 und mit einer MdE von 20 v. H. für den Zeitraum 31. Januar 1999 bis 30. Januar 2000 zutreffend bewertet und entschädigt worden. Über diesen Zeitraum hinaus steht dem Kläger eine Verletztenrente nicht zu.

Zutreffend hat das SG erkannt, dass beim Kläger keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen als Unfallfolgen auf unfallchirurgischem, neurologischem, augenfachärztlichem und schließlich HNO-ärztlichem Fachgebiet vorliegen und er deshalb auch keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente ab 14. April 1998 nach einer MdE von 50 v. H. hat. Der Senat stützt sich hierfür auf das unfallchirurgische Rentengutachten von Prof. Dr. H. vom 17. Oktober 2005, das neurologische Gutachten von Prof. Dr. S. vom 24. Oktober 2005, das augenärztliche Gutachten von Prof. Dr. Dannheim vom 26. September 2006 und schließlich das HNO-ärztliche Gutachten von Dr. Z. vom 8. Februar 2007. Das SG hat insoweit die Klage zu Recht und aus zutreffenden Gründen abgewiesen. Der Senat sieht daher gem. [§ 153 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) von einer Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Das SG hat ebenso zutreffend erkannt, dass weitere Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht feststellbar sind und somit auch solche nicht zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 50 v. H. ab 14. April 1998 und zu einer Weitergewährung der Verletztenrente über den 30. Januar 2000 hinaus führen können. Hierzu hat der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 26. Juli 2010 schlüssig und für den Senat überzeugend dargelegt, dass der Kläger zwar auf psychiatrischem Fachgebiet an einer psychischen Störung von relevantem Umfang leidet. Diagnostisch geht er dabei aufgrund der im Vordergrund geklagten multiplen körperlichen Befindlichkeitsstörungen ohne ersichtlichen körperpathologischen Befund von einer Somatisierungsstörung (ICD F 45.0) aus; diese wurde bereits von den Kläger betreuenden Nervenarzt Dr. S. diagnostiziert. Eine depressive Symptomatik schließt der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. zwar für die letzten Jahre nicht aus; aktuell jedoch - und hierin folgt ihm der Senat aufgrund der von ihm erhobenen psychopathologischen und neuropsychologischen Befunde - steht eine solche Symptomatik nicht im Vordergrund. Prof. Dr. Dr. W. schließt auch nicht aus, dass eine gemischte affektive Störung mit depressiv-hypomanischem Wechsel zu diskutieren wäre. Wenn auch der Sachverständige damit eine exakte psychopathologische Diagnose - zumindest was die Phänomenologie betrifft - nicht vorzunehmen vermochte, ist jedoch von wesentlicher Bedeutung - und hierin folgt ihm der Senat aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen - dass ein hinreichend wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen der psychischen Störung, an der der Kläger leidet, und dem Arbeitsunfall vom 31. Januar 1998 nicht begründet werden kann. Denn denkbar sind nach der Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. beim Kläger zwei Verläufe: Das Schädel-Hirn-Trauma vom 31. Januar 1998 könnte zumindest zu einer leichtgradigen hirnorganischen Wesensänderung und die rechtsseitige Felsenbeinfraktur zu rezidivierenden Schwindelsymptomen geführt haben. Die dauerhaft beeinträchtigenden Schwindelsymptome könnten aufgrund der verminderten cerebralen Kompensationsfähigkeit nach dem Hirntrauma nicht adäquat verarbeitet worden sein und hätten zu zunehmenden beruflichen, sozialen und familiären Problemen geführt, womit die jetzt erkennbare Orientierungsstörung eine unfallabhängige, hirnorganisch determinierte Symptomatik wäre. Andererseits ist denkbar, dass der Kläger beim Arbeitsunfall ein Schädel-Hirn-Trauma mit leichtgradiger Hirnkontusion und Schwindelsymptomatik bei Felsenbeinfraktur erlitten hat, wobei die Symptome innerhalb weniger Monate weitgehend folgenlos abgeklungen sind. Aufgrund einer Nasennebenhöhlenentzündung entwickelten sich mehr als zwei Jahre später Kopfschmerzen; darüber hinaus entwickelten sich progrediente Lumboischialgien bei nachgewiesenem Bandscheibenvorfall. Die durch beide gesundheitliche Beeinträchtigungen verminderte berufliche Leistungsfähigkeit führte zu einer depressiven Symptomatik, woraus sich im weiteren Verlauf familiäre Probleme entwickelten, die in den folgenden Jahren zunehmend eskalierten. In Fehlverarbeitung dieser Problematik kam es beim Kläger zu einer unfallunabhängig auftretenden Somatisierungsstörung. Dabei ist der Senat jedoch davon überzeugt, dass der erste denkbare Ablauf weniger wahrscheinlich ist als der zuletzt aufgezeigte; auch der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. geht davon aus, dass für eine unfallbedingte psychische Störung des Klägers keine hinreichende Wahrscheinlichkeit zu begründen ist. Denn im Hinblick auf die Frage, ob eine organisch determinierte psychische Störung nach stattgehabter Hirnkontusion vorliegt, ist zum einen der Nachweis von Hirnschäden in den bildgebenden Untersuchungen und zum anderen die Dauer und Ausprägung von Bewusstseinsstörungen unmittelbar nach dem Unfallereignis von Bedeutung. Ein Nachweis von Hirnschäden nach stattgehabter Hirnkontusion ist beim Kläger nicht zu führen. So haben sich zwar frontal im

Marklager vereinzelte Gliosen gefunden; diese sind jedoch in keiner Weise spezifisch für posttraumatische Residuen. Im Übrigen bestand als unmittelbare Unfallfolge der Hauptbefund rechts okzipital in Form einer Felsenbeinfraktur, während sich frontal lediglich eine Platzwunde zeigte. Im Hinblick auf das Vorliegen und die Dauer einer Bewusstseinsstörung ist den Befundunterlagen zu entnehmen, dass der Kläger zwei Tage nach dem Unfallereignis wach und orientiert war; er konnte auch Angaben zum Unfallhergang machen. Nicht vermerkt sind hingegen Zeichen eines "Durchgangssyndroms". Hiervon ausgehend hat beim Kläger demnach allenfalls ein sehr leichtgradiges Hirntrauma vorgelegen. Gegen einen hinreichend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen der am 31. Januar 1998 erlittenen Hirnkontusion und der beim Kläger feststellbaren psychischen Gesundheitsstörung spricht auch der diesbezüglich fehlende entsprechende zeitliche Zusammenhang. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. W. hat hierzu darauf hingewiesen, dass zwar im Verlauf nach Schädel-Hirn-Traumen ein auf das Doppelte erhöhtes Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen aufgrund entsprechender epidemiologischer Arbeiten anzunehmen ist; bei Gesamtwürdigung der hierzu vorliegenden medizinischen Literatur ist jedoch ein Zusammenhang allenfalls dann zu diskutieren, wenn nach einem schwereren Hirntrauma mit nachgewiesener Schädigung limbischer Strukturen eine derartige Erkrankung in einem relativ engen zeitlichen Zusammenhang von ein bis zwei Jahren nach dem Trauma auftritt. Beim Kläger hingegen ist bereits zwei Monate nach dem Unfallereignis jedoch neurologischerseits das Fehlen von belangvollen posttraumatischen Symptomen bzw. deren Abklingen im Zeitraum bis Ende März 1998 festgehalten. Wenn der Kläger dazu vorgetragen hat, dass im weiteren Verlauf anhaltende und auch beeinträchtigende Symptome vorgelegen hätten, weswegen er auch dauerhaft bereits damals Medikamente eingenommen habe und regelmäßig bei Nervenarzt Dr. S. in Behandlung gewesen sei, widerlegen die vom Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. ergänzend herangezogenen Befundunterlagen des Dr. S. jedoch dies insofern, als der Kläger im Zeitraum 14. April 1998 bis 9. Oktober 2000 keinerlei Behandlungskontakte mit Dr. S. hatte. Somit fehlt es an einer hinreichend klaren "Brückensymptomatik" die die Annahme eines entsprechenden engen zeitlichen Zusammenhanges zwischen der erlittenen Hirnkontusion und der Entwicklung entsprechender psychischer Symptome erlauben würde.

Nicht gefolgt ist der Senat dem Sachverständigengutachten von Dr. C. vom 13. Januar 2009. Dieser hat eine organische affektive Störung (ICD-10: F06.3) diagnostiziert und hält diese als hinreichend wahrscheinlich verursacht durch die beim Arbeitsunfall erlittene Hirnkontusion, da kein begründeter Zweifel daran bestehen könne, dass die unfallbedingte Schädigung des Gehirns nach Art und Schweregrad in der Lage gewesen sei, den gegenwärtig zu beobachtenden Zustand zu verursachen, die Symptomatik sich aus psychiatrischer Sicht zeitlich kontingent an das Unfallereignis anschließe und im Hinblick auf andere mögliche Ursachen eine nichtorganische Ätiologie im Falle des Klägers noch sehr viel unwahrscheinlicher sei als eine organische Ätiologie. Dr. C. hat jedoch seine Annahme im Hinblick auf die "zeitliche Kontingenz", dass sich nämlich psychische Störungen als Folge von Schädel-Hirn-Traumen oft mit teils erheblichen Intervallen entwickeln könnten und eindeutig unfallbedingte psychische Störungen sowohl aus dem affektiven als auch aus dem schizophrenen Formenkreis mit Latenzen von vielen Jahren in der Literatur vielfach belegt seien, gerade nicht entsprechend belegt. Nach dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. - der seine diesbezüglichen Ausführungen durch entsprechende Angaben belegt hat - müssen diese Annahmen von Dr. C. aber deshalb in Zweifel gezogen werden, weil bei einer Gesamtwürdigung der hierzu vorliegenden Literatur ein Zusammenhang allenfalls dann zu diskutieren ist, wenn nach einem schwereren Hirntrauma mit nachgewiesener Schädigung limbischer Strukturen eine derartige Erkrankung in einem relativ engen zeitlichen Zusammenhang von ein bis zwei Jahren nach dem Trauma auftritt. Zweifel bestehen im Hinblick auf das Sachverständigengutachten von Dr. C. auch deswegen, weil er ein Schädel-Hirn-Trauma 2. Grades in jedem Fall für geeignet hält, den von ihm beobachteten psychischen Zustand des Klägers zu erklären, obwohl ein Grad II eine Rückbildung der Funktionsstörung innerhalb von drei Wochen bedeutet, sodass dies kaum mit einem schwereren Hirntrauma in Verbindung zu bringen ist. Schließlich ist das Sachverständigengutachten von Dr. C. nicht überzeugend, als er eine organische Ätiologie der psychischen Gesundheitsstörung des Klägers für deutlich wahrscheinlicher hält als eine nicht organische. Denn er hat sich mit den in Frage kommenden konkurrierenden Mechanismen für die Entwicklung der beim Kläger vorliegenden psychischen Gesundheitsstörung nicht auseinandergesetzt, obwohl dies gerade im Hinblick auf den nur marginalen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer psychischen Störung und dem Unfallereignis einerseits und dem Ausmaß der Hirnkontusion andererseits, das nicht als so belangvoll nachgewiesen gelten kann, dass es zumindest bei der überwiegenden Zahl der Betroffenen mit einer schwerwiegenden hirnorganischen Wesensänderung einhergehen wäre, besonders angezeigt gewesen wäre. Seit September 1999 haben beim Kläger Lumboischialgien bestanden, die im Herbst 2000 exazerbierten und in der Folgezeit zu längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und zur Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz mit deutlichem Einkommensverlust geführt haben. Nachdem sich der Kläger 1996 ein Haus gekauft hatte, ist es naheliegend, dass diese mit dem Bandscheibenvorfall verbundenen wirtschaftlichen Probleme Ängste und auch depressive Symptome verursachen konnten, wie dies erstmals im Oktober 2000 beschrieben wurde. Im Herbst 2000 sind beim Kläger ständige Kopfschmerzen beschrieben. Gleichzeitig lag beim ihm jedoch eine Entzündung der Keilbeinhöhle vor, welche typischerweise mit anhaltenden Kopfschmerzen einhergehen, sodass insofern ein entsprechender Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen ist. Erhebliche familiäre Konflikte des Klägers mündeten 2006 in einen Scheidungsantrag. Zwar ist nicht auszuschließen, dass der Grund hierfür in einer hirnorganischen Wesensänderung des Klägers liegt. Dagegen spricht jedoch, dass er in der Anamnese dem Sachverständigen Prof. Dr. Dr. W. gegenüber angegeben hat, dass diese Eheprobleme erst 2001/2002 begonnen hätten und 2005 exazerbiert seien. Dies bedeutet jedoch, dass die familiären Probleme erst drei bis vier Jahre nach dem Unfallereignis begonnen haben, sodass insoweit ein zeitlicher Zusammenhang mit einer unfallbedingten hirnorganischen Wesensänderung wiederum schwer herzustellen ist.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-12-08