

L 6 U 2431/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 10 U 2614/04

Datum

21.03.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2431/06

Datum

17.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts F. vom 21. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1947 geborene Klägerin wurde am 2. Januar 2001 beim Überqueren der Straße von einem Fahrzeug erfasst und auf die Straße geschleudert. Sie wollte zu diesem Zeitpunkt im Rahmen ihrer Tätigkeit als Pflegehelferin beim Mobilien Pflegedienst K., O., für eine Patientin einkaufen gehen. Nach Versorgung durch den Notarzt wurde sie sofort im Klinikum O. stationär aufgenommen. Im Durchgangsarztbericht vom 3. Januar 2001 diagnostizierte Prof. Dr. R. eine Commotio cerebri, eine Schädelprellung mit ausgedehntem Weichteilhämatom rechts sowie einer Riss-Quetsch-Wunde rechts temporal, eine Prellung D2 an der linken Hand sowie eine Prellung des rechten Oberschenkels. Die durchgeführte Schädel-Computertomographie (CT) habe keinen Hinweis auf eine intrakranielle Blutung gebracht. Auch bei den übrigen Röntgenuntersuchungen hätten sich keine frischen knöchernen Verletzungen gezeigt. Die Wundversorgung erfolgte chirurgisch in Lokalanästhesie. Bei der neurologischen Untersuchung am 2. Januar 2001 zeigte sich eine starke Schwellung rechts praeaurikulär sowie der rechten Halsseite und kleine, chirurgisch versorgte Risswunden vor dem rechten Ohr und rechts frontal. Bei der Prüfung der Motorik, der Reflexe, der Koordination, der Sensibilität und des Vegetativums ergaben sich keine Auffälligkeiten. Die Klägerin habe sich noch etwas benommen und schwer besinnlich, aber zur Person, Ort und Zeit voll orientiert gezeigt. Laut Notarztprotokoll habe beim Eintreffen des Notarztes am Unfallort keine Bewusstlosigkeit vorgelegen (neurologischer Befundbericht von Dr. T. vom 3. Januar 2001). Am 5. Januar 2001 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung, deren Verlauf im Zwischenbericht vom 6. Februar 2001 als komplikationslos beschrieben wurde, entlassen. Es habe sich kein Nachweis cerebraler Kontusionen oder eines intracraniellen Hämatoms, insbesondere eines raumfordernden epi- oder subduralen Hämatoms, gefunden. Im neurologischen Befundbericht vom 18. Januar 2001 führte Dr. T. aus, die Klägerin habe bei der Untersuchung am 17. Januar berichtet, sie leide seit dem Unfall ständig unter Kopfschmerzen und habe ein "dunkles Flimmern" vor dem rechten Auge bemerkt. Zudem habe sie Schmerzen tief im rechten Ohr. Das Alpha-EEG habe sich ohne sicheren Herdbefund, aber mit zweimaliger kurzzeitiger Funktionsstörung unklarer Wertigkeit gezeigt. Dies könne im Rahmen einer schweren Commotio cerebri erklärbar sein. Sollte die Funktionsstörung allerdings über einen längeren Zeitraum persistieren, müsse die Diagnose revidiert werden. Es läge dann eher eine Contusio cerebri vor.

Am 24. Januar 2001 - so die schriftlichen Angaben des Arbeitgebers - oder 8. Februar 2001 - so die mündliche Mitteilung der Klägerin gegenüber Prof. Dr. R. (Befundbericht vom 23. Februar 2001) - nahm die Klägerin die Arbeit wieder auf.

Im neurologischen Befundbericht vom 23. Februar 2001 teilte Dr. T. zur Untersuchung der Klägerin am Tag zuvor mit, die Klägerin gehe wieder ihrer Arbeit nach, bemerke hierbei aber deutliche Schwierigkeiten. Zwar habe sie bis vor einigen Jahren vor dem Unfall teilweise bifrontale Kopfschmerzen mit Lichtscheu, Flimmern und Erbrechen über zwei bis drei Tage gehabt, diese seien aber in den letzten Jahren vor dem Unfall nicht mehr aufgetreten. Außerdem seien der Schmerzcharakter der jetzt bestehenden Kopfschmerzen sowie die Lokalisation deutlich anders als früher. Hauptsächlich beeinträchtigt sei sie aber durch erhebliche Konzentrations- und Gedächtnisprobleme. Es habe sich ein langsame Alpha-EEG mit Herdbefund bei intermittierender bitemporaler Funktionsstörung ohne Generalisierungstendenz und ohne anfallsverdächtige Potenziale gezeigt. Da sich auch in der objektivierten Prüfung von Vigilanz und Daueraufmerksamkeit pathologische Befunde ergeben hätten, müsse die Diagnose zu einer Contusio cerebri revidiert werden; offensichtlich liege doch eine fassbare morphologische Störung der cerebralen Funktion vor. Es zeige sich ein leichtes psychoorganisches Syndrom mit Gedächtnis- sowie

Konzentrationsstörungen, vorzeitiger Ermüdbarkeit und leichter Minderung des Antriebs. Prof. Dr. R. schlug nachfolgend, obwohl die Klägerin nach wie vor ihrer Arbeitstätigkeit nachging, die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme vor (Befundbericht vom 23. Februar 2001, Mitteilung des D- oder H-Arztbes über Veränderungen in der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung vom 27. Februar 2001).

Vom 7. März bis 18. April 2001 nahm die Klägerin an einem stationären Heilverfahren in den Kliniken Sch. A. (Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus) teil. Im Befund-, Verlaufs- und Entlassungsbericht vom 26. April 2001 führte Dr. Sch. u.a. die Diagnosen einer Contusio cerebri, eines arteriellen Hypertonus und eines erhöhten Retentionswerts unklarer Genese auf. Es liege eine Hirnleistungsstörung vor. Die Klägerin habe eine mäßiggradige Einschränkung der mentalen Leistungsfähigkeit mit verminderter Konzentrations- und Ausdauerleistung angegeben, welche letztlich zu einem Abbruch der Wiederaufnahme der Arbeit geführt hätte. Im eigenständig geführten Haushalt käme sie jedoch noch zurecht. Das EEG habe sich für das Alter zu langsam, jedoch ohne Herdbefund und ohne epilepsiespezifische Kriterien gezeigt. In der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 28. März 2001 seien kleine hyperintense Läsionen umschrieben worden. Es finde sich somit kein höhergradiges morphologisches Substrat für Schädigungen im Sinne einer Contusio cerebri. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Zur weiteren Prüfung der Erwerbsprognose schlug Dr. Sch. ein erneutes Heilverfahren in etwa zwei bis drei Monaten vor. Anlässlich der Untersuchung der Klägerin am 31. Mai 2001 diagnostizierte Dr. T. ein persistierendes psychoorganisches Syndrom bei Contusio cerebri (neurologischer Befundbericht vom 1. Juni 2001).

Das zweite Heilverfahren in den Kliniken Sch. wurde in der Zeit vom 30. Oktober bis 11. Dezember 2001 durchgeführt (Befund-, Verlaufs- und Entlassungsbericht von Dr. Sch. vom 27. Dezember 2001). Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Dr. Sch. am 4. Januar 2002 ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage nebst neuropsychologischem Zusatzgutachten des Dipl. Psychologen F. vom 17. Dezember 2001. Letzterer führte aus, die Klägerin habe mitgeteilt, im Alter von 21 Jahren geheiratet zu haben und drei Kinder von ihrem Ehemann bekommen zu haben. Ihr Ehemann habe noch einmal drei Kinder mit in die Ehe gebracht. Bedingt unter anderem durch eine problematische Kindheit habe sich ein über Jahre hinweg anhaltender Diazepam-Abusus entwickelt, der mit massiven sozialen Ängsten einhergegangen sei. Die Medikamentenabhängigkeit sei seit Jahren überwunden, die soziale Kompetenz dagegen noch stark beeinträchtigt. Zusammenfassend gelangte Dipl. Psych. F. zu der Einschätzung, ein Großteil der von ihm erhobenen Hirnleistungsdefizite korreliere hoch mit Beeinträchtigungen, wie sie typischerweise nach rechtsseitigen Hirnsubstanzdefekten zu beobachten seien. Da jedoch auch Beeinträchtigungen vorlägen, die einer derartigen Schädigung lokalisatorisch nicht zuzuordnen seien, müsse auch an eine psychisch bedingte Überlagerung der Leistungsfähigkeit gedacht werden. In seinem Zusammenhangsgutachten nannte Dr. Sch. als unfallabhängige Diagnosen einen Zustand nach gedecktem Schädelhirntrauma, eine Contusio cerebri, eine leichte kognitive Störung und eine depressive Stimmungslage und negative Lebenseinstellung in Folge einer hirnorganisch bedingten, permanenten Überforderung. Unfallunabhängig bestünden ein arterieller Hypertonus, eine kompensierte Niereninsuffizienz, ein Zustand nach Thyrektomie, eine Dysthymie und eine nichtorganische Insomnie. Letztlich kämen mehrere Faktoren, nämlich einerseits die Contusio cerebri, mikroangiopathische Läsionen, eine psychische Störung wie auch die Insomnie und die Niereninsuffizienz als ursächliche Faktoren für die Beschwerden in Frage. Zur endgültigen Klärung hielt er weitere Untersuchungen (schlafpolysomnographisch und internistisch) für erforderlich. Erst dann könne die Zusammenhangsfrage geklärt werden.

Die Beklagte legte den Sachverhalt ihrem Beratungsarzt Dr. F. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) vor. Dieser führte am 30. April 2002 aus, eine höhergradige Hirntraumatisierung sei nicht nachgewiesen und es gebe eine Fülle von Erklärungsmöglichkeiten für die geistigen Leistungsbeeinträchtigungen der Klägerin: In erster Linie die Dysthymie und depressive Störung mit Schlafstörung, darüber hinaus aber auch eine leichte organische Beeinträchtigung aufgrund eines cerebralen Gefäßprozesses bei Hypertonie mit typischen Veränderungen in der Kernspintomographie. Darauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 11. Juni 2002 die Gewährung einer Rente ab. Bei dem Arbeitsunfall habe sich die Klägerin eine Schädelprellung mit ausgedehnten Weichteilblutergüssen rechts, Riss-Quetsch-Wunden am Kopf, eine Gehirnerschütterung, Prellungen der linken Hand und des rechten Oberschenkels zugezogen. Diese Verletzungen seien folgenlos ausgeheilt. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bestehe nicht mehr. Unfallunabhängig bestünden hirnorganische Veränderungen in Folge eines langjährigen Bluthochdrucks, Schlafstörungen, eine Nierenschwäche, depressive Störungen und ein Zustand nach einer Schilddrüsenteilentfernung. Hiergegen richtete sich der Widerspruch der Klägerin vom 9. Juli 2002, dem sie das ärztliche Attest des behandelnden Internisten Dr. Sch. vom 23. Juni 2002 beifügte. Es hätten lediglich eine kompensierte Niereninsuffizienz und eine kompensierte, gut eingestellte arterielle Hypertonie bestanden, aufgrund derer nie Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei. Die Klägerin führte aus, sie sei schon immer Nichtraucherin gewesen. Die Behauptungen zum Nikotinabusus seien falsch. Mit dem Unfall hätten sich ihre Lebensumstände schlagartig verändert. Andere Erkrankungen hätten darauf keinen Einfluss gehabt.

Dr. D. (Klinikum O., Oberarzt in der Neurologie mit Schlaflabor, dem die Beklagte zunächst einen später aufgrund der Stellungnahme von Dr. F. zurückgezogenen Gutachtensauftrag im Hinblick auf die Schlafstörungen erteilt hatte) führte mit Schreiben vom 2. Juli 2002 gegenüber der Beklagten aus, der fehlende Nachweis einer Contusio cerebri im CT und im MRT schließe das Vorliegen einer solchen keinesfalls aus. Es sei mittlerweile in der Literatur gut dokumentiert, dass elektroenzephalographische Befunde zur Erfassung von Hirnfunktionsstörungen sensibler als die radiologischen Verfahren seien. Dr. Sch. habe in seinem Gutachten das Vorliegen einer Contusio cerebri ausreichend begründet. Unfallunabhängige Erkrankungen auf dem psychopathologischen Gebiet würden allein nicht ausreichen, das Vorliegen einer Contusio cerebri, die sich ausschließlich mit psychopathologischen Symptomen und EEG-Veränderungen manifestiere, in Frage zu stellen. Dr. B. (Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) erstellte für die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (heute: Deutsche Rentenversicherung Bund - DRB) das Gutachten vom 25. September 2002. Die Klägerin habe mitgeteilt, in ihrer Kindheit durch eine wohl depressive Mutter belastet gewesen zu sein. Sie habe eine Vielzahl von Eheproblemen angedeutet und nach der Scheidung habe sie sich subjektiv wohler gefühlt, sei jedoch danach noch vier Jahre in psychotherapeutischer Behandlung gestanden. Er diagnostizierte bei einem Zustand nach Contusio cerebri eine posttraumatische kognitive Störung, Anpassungsstörungen mit leichtgradiger Depression, ein posttraumatisches Pseudo-Neurasthenie-Syndrom sowie eine Hypertonie und ging von einer Leistungsfähigkeit von unter 3 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus.

Am 28. Oktober 2002 ging bei der Beklagten das fachinternistische Gutachten von Prof. Dr. K. vom 5. Juni 2002 (Untersuchung am 17. Mai 2002) ein, das die Beklagte im Anschluss an die Begutachtung durch Dr. Sch. in Auftrag gegeben hatte, das sie jedoch aufgrund der Stellungnahme von Dr. F. nicht mehr für erforderlich hielt. Die Klägerin habe mitgeteilt, seit ca. 5 Jahren an "Wechseljahre-Beschwerden" (Hitzewallungen, Schlafstörungen, Überreiztheit) zu leiden. Sie habe in der Vergangenheit geraucht. Seit 10 Jahren sei ein arterieller Hypertonus bekannt. Sie habe über Kopfschmerzen (den gesamten Kopf betreffend) und ein Schwindelgefühl bei schnellem Aufstehen berichtet. Diese Beschwerden wären auch schon vor dem Unfall aufgetreten, hätten sich seitdem jedoch verstärkt. Neu aufgetreten sei eine

allgemeine Leistungsschwäche, zunehmende Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit sowie eine schnelle Ermüdbarkeit. Aufgrund der Konzentrationsstörungen fahre sie seit dem Unfall kein Auto mehr. Prof. Dr. K. gelangte zu der Auffassung, die Nierenfunktionseinschränkung stehe in keinem Zusammenhang mit den angegebenen kognitiven Veränderungen.

Mit Bescheid vom 5. Dezember 2002 gewährte die DRB der Klägerin eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beginnend ab dem Antragsmonat August 2002. Die Anspruchsvoraussetzungen seien seit dem 2. Januar 2001 erfüllt gewesen.

Nachfolgend reichte die Klägerin den Arztbrief von Dr. Sch. (Arzt für Neurologie und Psychiatrie) vom 8. Januar 2003 ein. Am 25. und 27. Dezember 2002 und retrospektiv betrachtet bereits im Februar 2002 seien cerebrale Krampfanfälle aufgetreten. Ein Zusammenhang mit der stattgehabten Contusio cerebri sei anzunehmen.

Mit Schreiben vom 27. Mai 2003 lehnte die Klägerin die von der Beklagten angestrebte erneute neurologische Begutachtung ab. Sie sei ihrer Mitwirkungspflicht mehr als ausreichend nachgekommen.

Am 7. Oktober 2003 nahm Dr. F. erneut Stellung. Gerade wenn bildgebend keine entsprechend gesicherten Erkenntnisse vorlägen, seien andere, etwas weichere Daten sehr mit Vorsicht zu betrachten. Es sei letztendlich unverständlich, dass sich die Klägerin nicht mehr von einem erfahrenen Gutachter untersuchen lassen wolle. Die Begutachtung für die DRB habe eine andere Zielrichtung gehabt. Die dort beschriebene Leistungsbeeinträchtigung bestünde ohne Zweifel. Jedoch sei eine höhergradige Hirntraumatisierung nicht mit Sicherheit bewiesen. Nach Auswertung der beigezogenen EEG-Kurven führte Dr. F. am 16. Februar 2004 aus, eine eindeutige traumatische Genese der darin enthaltenen Veränderungen sei nicht gesichert. Insbesondere sei die Grundtätigkeit vom ersten bis zum letzten EEG unverändert geblieben, was gegen eine ursprüngliche traumatische Verlangsamung des EEG spreche. Im Übrigen stimmte Dr. F. der Auffassung von Dr. D. zu, eine Hirnkontusion sei keineswegs nur dann zu diagnostizieren, wenn entsprechende bildmorphologische Ergebnisse vorlägen, da die EEG-Diagnostik häufig das subtilere Element darstelle. Allerdings lägen in solchen Fällen EEG-Veränderungen vor, die sich im Verlauf dann besserten, so dass retrospektiv die Diagnose einer höhergradigen Hirnmitbeteiligung gestellt werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Juni 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Der Arbeitsunfall habe zu keiner Hirnkontusion geführt. Kernspintomographisch sei ein traumatischer Schaden nicht nachweisbar. Nachweisbar sei vielmehr eine organische Beeinträchtigung aufgrund einer unfallunabhängigen Gefäßveränderung. Diese sei als Folge des vorbestehenden Bluthochdrucks zu werten und unabhängig davon entstanden, dass dieser seit Jahren gut eingestellt sei. Auch anhand des EEG-Verlaufes sei eine hirntraumatische Schädigung nicht abzuleiten. Die leichten Seitendifferenzen seien nicht geeignet, eine höhergradige Hirntraumatisierung zu belegen. Vielmehr bezögen sie sich ebenfalls auf die bekannten bluthochdruckbedingten Gefäßerkrankungen des Gehirns. Überwiegend verantwortlich für die geistige Leistungsminderung seien neben der organischen Gefäßerkrankung die Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen, die bereits eine vierjährige psychotherapeutische Behandlung erfordert hätten. Einen Zusammenhang zwischen der Niereninsuffizienz und der geistigen Leistungsminderung habe Prof. Dr. K. nachvollziehbar ausgeschlossen.

Hiergegen richtete sich die am 26. Juli 2004 beim Sozialgerichts F. (SG) erhobene Klage. Die Klägerin trug vor, seit dem Unfall unter täglich stechenden Kopfschmerzen auf der rechten Seite, begleitet von Übelkeit, Schmerzen im rechten Ohr, teilweise Flimmern im rechten Auge, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Gleichgewichtsstörungen, verminderter Belastbarkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, eingeschränkter Ausdauer und Belastbarkeit sowie unter Krampfanfällen zu leiden. Lediglich Dr. F. widerspreche dem Vorliegen einer Contusio cerebri. Trotz belastender Familiengeschichte habe sie bis zum Unfall vollschichtig und ohne körperliche Schwierigkeiten oder Einschränkungen gearbeitet. Die Beklagte berücksichtige nicht, dass das Unfallereignis unstreitig eine Zäsur gebildet habe. Der Gerichtsgutachter Dr. H. habe auf seinem Fachgebiet das Vorbestehen einer Depression ausgeschlossen. Prof. Dr. D., dessen Gutachten die Klägerin erst im Klageverfahren vorlegte, habe für die R. Versicherung ein Parteigutachten erstellt. Die Beklagte hielt dem entgegen, Dr. F. habe schlüssig eine Hirnkontusion ausgeschlossen. Depressionen und Schlafstörungen hätten schon vor dem Unfall bestanden. Sie sah sich durch die Auffassung von Prof. Dr. D. bestätigt.

Von Amts wegen beauftragte das SG Dr. H. (Medizinischer Direktor, Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Zentrum für Psychiatrie E.) mit der Erstattung eines Gutachtens. Im Gutachten vom 14. April 2005 diagnostizierte er ein posttraumatisches organisches Psychosyndrom mit vorwiegender Antriebsschwäche und gereizt-gehemmter Wesensänderung. Als Differenzialdiagnose gab er eine tendenziöse psychische Unfallreaktion an. Zur Begutachtung hatte die Klägerin einen Arztbrief des Epilepsie-Zentrums Kork mitgebracht. Im Januar 2005 seien dort die Diagnosen einer posttraumatischen fokalen Epilepsie, einer leichten kognitiven Störung, einer arteriellen Hypertonie und einer kompensierten Niereninsuffizienz gestellt worden. Dr. H. führte aus, die Angaben zu einer vorbestehenden Depression und Dysthymie seien nicht gesichert. Der Hinzutritt cerebraler Anfälle sei nicht durch einen internistischen Prozess zu erklären. Cerebrale Anfälle seien als Folge eines mittelschweren Hirntraumas nicht selten. Die MdE betrage 60 v. H., seit dem Hinzutritt cerebraler Anfälle 80 v. H. Zu diesem Gutachten führte Dr. F. am 9. Mai 2005 aus, depressive Patienten wiesen in der Testdiagnostik häufig pseudoorganische Bilder auf. Dr. H. habe die EEG-Verläufe nicht bewertet. Seine Einschätzung komme über den Grad der Möglichkeit nicht hinaus.

Am 29. November 2005 legte die Klägerin das Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. D. vom 26. August 2003 nebst verschiedenen eigenen Zusatzgutachten sowie dem testpsychologischen Zusatzgutachten von Dr. Sch. vom 24. Juli 2003 vor. Dr. Sch. war zu der Auffassung gelangt, es läge am ehesten ein unfallunabhängiges neurasthenes Syndrom vor. Prof. Dr. D. führte aus, der Unfall habe zu einer leichten bis mittelschweren Commotio cerebri ohne Dauerschäden geführt. Dafür spreche die Dauer und Tiefe der initialen Bewusstseinsstörung sowie die nachfolgend nicht abnehmenden, sondern zunehmenden Beschwerden der Klägerin. Der EEG-Befund vom 17. Januar 2001 sei nicht geeignet, isoliert eine substantielle Hirnschädigung zu belegen. Auch kernspintomographisch sei keine Kontusion nachgewiesen worden. In den Fremd-EEGs fänden sich keine epileptiformen Potenziale. Hinweise für eine substantielle Hirnschädigung ließen sich aus diesen Kurven nicht zweifelsfrei erkennen. Die aktuelle EEG-Untersuchung zeige dagegen ein pathologisch diffus dysrhythmisches EEG, das beispielsweise Ausdruck einer Medikamenteneinwirkung sein könne, so dass eine Carbamazepinspiegel-Kontrolle empfohlen werden könne. Die cerebralen Anfälle seien ohne fremdanamnestic Angaben angenommen worden. Im Gutachten von Dr. K. vom Juni 2002 sei das Anfallsereignis vom Februar 2002 trotz umfassender Anamnese nicht enthalten. Auch Dr. B. habe dazu nichts angegeben. Trotz medikamentöser Behandlung seien weiter Anfälle aufgetreten. Die Angaben über etwaige Bewusstlosigkeitszustände wirkten nicht schlüssig und ließen eine Klassifizierung als epileptische Anfälle ohne Fremdbeobachtung und Fremdanamnese nicht zu. Dagegen spreche auch, dass die Ereignisse nach den Angaben der Klägerin durch die Medikation nicht beeinflusst worden seien.

Mit Urteil vom 21. März 2006 wies das SG die Klage ab. Der Eintritt eines schweren Schädel-Hirn-Traumas sei unwahrscheinlich. Das SG stützte seine Entscheidung auf die Argumentation von Prof. Dr. D. und setzte sich mit den divergierenden Einschätzungen von Dr. H., Dr. Sch. und Dr. D. ausführlich auseinander. Insbesondere sei nicht ausreichend gesichert, dass die Klägerin vor dem Unfall, wie von Dr. H. angenommen, beschwerdefrei gewesen sei. Wegen der weiteren Ausführungen wird auf den Inhalt des der Klägerin am 19. April 2006 zugestellten Urteils Bezug genommen.

Am 10. Mai 2006 hat die Klägerin dagegen Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Soweit Prof. Dr. D. die schlagartige Veränderung ihres Gesundheitszustands mit einer Darstellung im Rahmen der sozialen Erwünschtheit erkläre, sei fraglich, warum sich ihre Leistungen bei den durchgeführten Tests dann durch fremdmotivale Faktoren verbessern ließen. Fraglich sei, warum nicht die von Prof. Dr. D. angeregte Carbamazepinspiegel-Kontrolle durchgeführt worden sei, um die EEG-Auffälligkeiten zu klären. Das Parteigutachten von Prof. Dr. D. sei generell nicht verwertbar. Soweit das SG dem von ihm in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. H. nicht habe folgen wollen, hätte es ein weiteres Gutachten einholen müssen. Das SG habe das Gutachten von Prof. Dr. D. nicht hinterfragt. Leichtere Formen der Bewusstseinsstörung könnten nur durch gezielte klinische Untersuchungen festgestellt und leicht verkannt werden. Das Unfallereignis sei nicht mit einem alltäglich vorkommenden Ereignis austauschbar. Psychotherapeut Sch. habe in seiner sachverständigen Zeugenaussage von keinen kognitiven Leistungseinschränkungen berichtet. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit einer unfallbedingten MdE sei nachgewiesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts F. vom 21. März 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. Juni 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Juni 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Erwidern weist die Beklagte auf die übereinstimmenden Einschätzungen von Prof. Dr. D. und Dr. F. hin. Alle anderen Gutachter blieben im Bereich der Möglichkeit. Dr. Sch. habe in seinem Gutachten die gestellte Zusammenhangsfrage ausdrücklich offen gelassen.

Der Senat hat Leistungsverzeichnisse der Betriebskrankenkasse umedia und der D. (D.) beigezogen.

Ferner hat der Senat Dr. M. (Facharzt für Allgemeinmedizin), Dr. Sch. und Herrn Sch. (Psychotherapeut) schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. Dr. M. teilte mit Schreiben vom 12. Dezember 2006 mit, er habe die Klägerin bis September 1998 vorwiegend wegen Hypertonie und einer vegetativen Erschöpfung bei einer chronischen Konfliktsituation behandelt. Der Schwerpunkt der Leiden habe auf dem psychosomatischen Gebiet gelegen. Dr. Sch. berichtete mit Schreiben vom 21. Dezember 2006 über seine Behandlungen vom 8. Januar 2003 bis 3. Mai 2006. Als Diagnosen nannte er einen Zustand nach Contusio cerebri und ein cerebrales Anfallsleiden. Zuletzt sei im Juni 2005 ein Krampfanfall aufgetreten. Seit Oktober 2005 habe sich der Gesundheitszustand verbessert. Psychotherapeut Sch. gab im Schreiben vom 21. März 2007 an, er habe die Klägerin in den Jahren 1992 bis Januar 1996 behandelt und einige Gespräche im Jahr 2001 geführt. Die Behandlung sei wegen einer Neurasthenie und einer psychosomatischen Erkrankung erfolgt. Im Jahr 2001 habe sich diese Symptomatik erheblich verschlechtert.

Der Senat hat Dr. H. um ergänzende Stellungnahme zu dem Gutachten von Prof. Dr. D. (nebst Zusatzgutachten) und den eingeholten sachverständigen Zeugenaussagen gebeten. In seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2007 hielt er an seiner bisherigen Bewertung fest. Das testpsychologische Zusatzgutachten vom 24. Juli 2003 zeige eindrücklich die spezifische, nach seiner Überzeugung unfallabhängige, Störung. Die Klägerin benötige ständige Anleitung und Motivierung. Dabei handele es sich um eine posttraumatische Wesensänderung. Mit der Forderung, ein traumatischer Hirnschaden müsse unbedingt in den heute zu Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren seinen Ausdruck finden, habe er sich in seinem Gutachten auseinandergesetzt. Eine solche Forderung werde in der angloamerikanischen Literatur heute nicht mehr erhoben. Die Diagnose, die Psychotherapeut Sch. genannt habe, halte er ohne nähere Kenntnis, wie sie zustande gekommen sei, für falsch. Maßgeblich für seine Bewertung sei die ausführliche Exploration der Vorgeschichte vor dem Unfall, die seines Erachtens eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit erkennen lasse und der psychopathologische Befund, dass heiße die psychische Verarbeitung des Unfalltraumas und der empfundenen Leistungseinschränkungen. Dabei habe er keinerlei Hinweise auf Simulation, Aggravation, Tendenzverhalten oder "neurotische Fehlverarbeitung" erhalten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die beigebogene Akte der DRB und die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gem. [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Verletztenrente; die angefochtenen Bescheide der Beklagten erweisen sich als rechtmäßig. Die Klägerin wird nicht in ihren Rechten verletzt.

Das SG hat die maßgeblichen Rechtsgrundlagen und Prüfungsmaßstäbe ausführlich und zutreffend in dem angegriffenen Urteil dargelegt und schlüssig ausgeführt, dass der Arbeitsunfall vom 2. Januar 2001 keine dauerhaften Gesundheitsstörungen hinterlassen hat. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf den gesamten Inhalt der Entscheidungsgründe. Auch der Senat hält das Gutachten von Prof. Dr. D. für überzeugend. Die Klägerin hat am Unfalltag einen Gesundheitserstschaden in Form einer leichten bis allenfalls mittelschweren Gehirnerschütterung, deren Folgen sich grundsätzlich vollständig zurückbilden, erlitten.

Testpsychologisch konnte Prof. Dr. D. keine Hinweise für eine organisch bedingte Beeinträchtigung finden. Die Leistungen waren zudem stark von motivationalen Komponenten abhängig. Nach den Ausführungen von Dr. Sch. im testpsychologischen Zusatzgutachten vom 24. Juli 2003 zeigten sich ihm im Gespräch mit der Klägerin keine psychopathologischen Auffälligkeiten. Ganz anders gestaltete sich das Testverhalten. Hier war das Leistungsvermögen derart schlecht, dass an sich ernsthaft an der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung zu zweifeln gewesen wäre. Bei entsprechender Motivation wurden aber dann doch durchschnittliche bis überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die Aufgabenlösung erwies sich als inkonstant. Es zeigten sich Schwächen in statischen Tests, die gegenüber hirnganischen Veränderungen sehr resistent sind. Dies spricht für das Vorliegen einer neurasthenen Persönlichkeitsstruktur, die nicht als Unfallfolge gewertet werden kann. Aufgrund der geringen initialen Symptomatik ist nicht wahrscheinlich, dass die Klägerin bei dem Unfall – als Gesundheitserstschaden – ein schweres Schädelhirntrauma erlitten hat. Insbesondere haben die Beschwerden mit zunehmenden Abstand von dem Unfall nicht, wie bei einem solchen Trauma zu erwarten, ab-, sondern zugenommen. Sichere Anzeichen für eine Contusio cerebri konnten auch in den bildgebenden Verfahren nicht gewonnen werden.

Die abweichende Auffassung von Dr. H., es liege ein posttraumatisches organisches Psychosyndrom mit Antriebsschwäche und gereizt-gehemmter Wesensänderung – in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Mai 2007 spricht er von einer posttraumatischen Pseudoneurasthenie – vor, überzeugt hingegen nicht. Wie eben ausgeführt, fehlt es bereits an dem insoweit nötigen organischen Gesundheitserstschaden in Form eines schweren Schädelhirntraumas. Zudem geht Dr. H. unzutreffend davon aus, dass die Klägerin im psychopathologischen Bereich vor dem Unfall völlig beschwerdefrei war. Darauf hat auch das SG hingewiesen. Durch die weitere Sachverhaltsaufklärung im Berufungsverfahren wurde noch einmal bestätigt, dass die Klägerin bereits vor dem Arbeitsunfall über einen erheblichen Zeitraum in psychotherapeutischer Behandlung gestanden hatte. Dies ergibt sich u.a. aus den Leistungsverzeichnissen der D. vom 17. November 2006. Für die Zeit vom 11. März 1998 bis 30. April 1998 ist bei der D. eine Arbeitsunfähigkeit wegen eines vegetativen Erschöpfungszustands, zuletzt auch wegen Depressionen, dokumentiert. Der sachverständige Zeuge Sch. bestätigte in seiner Aussage vom 21. März 2007, die Klägerin in den Jahren 1992 bis 1996 wegen einer Neurasthenie und einer psychosomatischen Erkrankung behandelt zu haben. Zutreffend ist, dass Psychotherapeut Sch. in seiner sachverständigen Zeugenaussage von keinen kognitiven Einschränkungen berichtete. Allerdings ist in diesem Zusammenhang auf die medizinische Definition der Neurasthenie hinzuweisen; diese wird mit anhaltenden quälenden Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit oder körperliche Schwäche und Erschöpfung, oft begleitet von Muskelschmerzen, Kopfschmerzen und Muskelverspannungen definiert (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl., Stichwort "Neurasthenie"). Auch der Hausarzt Dr. M. gab in seiner schriftlichen Zeugenaussage vom 12. Dezember 2006 an, die Klägerin sei bei ihm bis September 1998 u.a. wegen einer vegetativen Erschöpfung bei einer chronischen Konfliktsituation in Behandlung gestanden. Im Ergebnis im Einklang mit der Einschätzung von Prof. Dr. D. sah er den Schwerpunkt der Leiden der Klägerin auf dem psychosomatischen Fachgebiet.

Soweit Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Mai 2007 in Kenntnis dieser neuen Informationen daran festhielt, es sei erst nach dem Unfall zu einer posttraumatischen Wesensänderung im Sinne einer posttraumatischen Pseudoneurasthenie gekommen, übergeht er in nicht nachvollziehbarer Weise die Äußerungen der eben genannten behandelnden Ärzte und die dokumentierte langjährige psychotherapeutische Behandlung nebst deswegen eingetretener Arbeitsunfähigkeit vor dem Arbeitsunfall. Eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit bestand mithin vor dem Unfall aus Sicht des Senats entgegen der Einschätzung von Dr. H. nicht, sonst wäre der Klägerin nicht über Jahre hinweg die Behandlung gewährt worden. Soweit Dr. H. die von Psychotherapeut Sch. gestellten Diagnosen, da er nichts Näheres zu ihrem Zustandekommen wisse, für falsch erachtet, bleibt er eine Erklärung für die langjährige Behandlung auf dem psychotherapeutischen Gebiet schuldig. Der Senat sieht im Übrigen keine Veranlassung, an den von Psychotherapeut Sch. mitgeteilten Diagnosen zu zweifeln. Es kann hier ausgeschlossen werden, dass die Klägerin über viele Jahre unter einer völlig falschen Diagnosestellung behandelt wurde. Dafür spricht, dass auch Prof. Dr. D. und letztlich auch Dr. H. von dieser Diagnose ausgehen, letzterer jedoch die Diagnosestellung des Psychotherapeuten für die Zeit vor dem Arbeitsunfall angesichts seiner gutachtlichen Einschätzung nicht akzeptieren kann, da ansonsten sein Argument, die Krankheit sei neu – und damit unfallbedingt – aufgetreten, entfele. Somit lagen vor und nach dem Arbeitsunfall ähnliche Krankheitsbilder vor. Dies geht auch aus dem Befundbericht von Prof. Dr. R. hervor, in dem er ausführte die Klägerin habe nach dem Unfall häufiger Kopfschmerzen und häufiger Probleme, sich mit fremden Situationen zurecht zu finden, wie zuvor. Freilich ergibt sich aus diesem Befundbericht und zahlreichen weiteren Unterlagen, dass die Klägerin eine erhebliche Änderung ihres Gesundheitszustands nach dem Arbeitsunfall darstellte. Entgegen der Behauptung der Klägerin im Widerspruchsverfahren kann gleichwohl nicht davon ausgegangen werden, dass sich ihre Lebensumstände durch den Unfall "schlagartig" verändert haben. Es mag sein, dass sie in der Zeit unmittelbar vor dem Unfall keine Behandlungen und Leistungseinschränkungen hatte. Allerdings gilt dies nicht für die Jahre bis 1998 und insoweit ist ein zeitlicher Zusammenhang mit der hier zu beurteilenden Situation noch hinreichend gegeben. Im Übrigen hat die Klägerin nach dem Unfall ihre Tätigkeit zunächst wieder aufgenommen. Die gesundheitlichen Probleme nahmen von da an zu.

Freilich hat die Klägerin die langjährige Psychotherapie bei der gutachtlichen Untersuchung am 6. April 2005 Dr. H. nicht mitgeteilt, so dass Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 8. Mai 2007 zu Recht von einer ausführlichen Exploration seinerseits ausgehen mag, vollständig war die Exploration jedoch nicht.

Entgegen der Einschätzung von Dr. H. liegen aufgrund des Verschweigens einzelner Gesichtspunkte ihrer Vorgeschichte doch Anhaltspunkte für ein Tendenzverhalten der Klägerin vor. Dies spricht für die Einschätzung von Prof. Dr. D., dass sich die Klägerin im Rahmen der Begutachtungen und Behandlungen – auch bei der Behandlung in den Kliniken Sch. im März/April 2001 hat die Klägerin diese früheren Erkrankungen nicht angegeben (Befund-, Verlaufs- und Entlassungsbericht vom 26. April 2001) – zumindest teilweise im Sinne der sozialen Erwünschtheit darstellte. Zum Berufungsvorbringen der Klägerin ist anzumerken, dass der Senat zwischen der von Prof. Dr. D. beschriebenen Darstellung im Rahmen der sozialen Erwünschtheit und der Leistungsverbesserung der Klägerin durch fremdmotivale Faktoren keinen Widerspruch sehen kann – im Gegenteil, die so erreichten Leistungsverbesserung sprechen für das Vorliegen eines bewussten oder bewusstseinsnahen und damit letztlich doch änderbaren Verhaltens.

In diese Richtung geht im Übrigen aus Sicht des Senats auch die von Dr. H. im Gutachten angegebene Differenzialdiagnose einer tendenziösen psychischen Unfallreaktion. Eine Kausalität ist aber ausgeschlossen, wenn die psychische Reaktion ein bewusstes oder bewusstseinsnahes Verhalten darstellt, insbesondere wenn sie im Wesentlichen auf Begehrens- oder anderen zweckbedingten Vorstellungen beruht. Dies gilt im Allgemeinen auch dann, wenn ein solches Handeln seinerseits eine psychische Grundlage hat (Mehrhooff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Aufl., S. 255). Das Gutachten von Dr. H. ist aufgrund der von ihm in den Raum gestellten Differenzialdiagnose, auf die er bei der Bewertung der MdE freilich nicht mehr eingeht, insoweit in sich nicht schlüssig. Denn die

längerdauernde Unfallfolge, die zu einer MdE führt, muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können. Davon kann aber nicht ausgegangen werden, wenn ohne weitere Bewertung eine Differenzialdiagnose genannt wird, die - aus den dargestellten Gründen - nicht mit einer MdE zu bewerten wäre.

Zusammenfassend steht der von Dr. H. im Gutachten gestellten (Haupt-)Diagnose eines posttraumatischen organischen Psychosyndroms, an anderer Stelle von ihm als Pseudoneurasthenie beschrieben, entgegen, dass bereits die organische Schädigung nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, vielmehr lediglich von einer Gehirnerschütterung, die folgenlos ausheilte, auszugehen ist. Losgelöst von einer organischen Schädigung kann eine neurasthenische Erkrankung nicht als unfallbedingt angesehen werden, da dieses Krankheitsbild bei der Klägerin - zuletzt zumindest latent, Prof. Dr. D. spricht von einer neurasthenen Persönlichkeitsstruktur - schon vor dem Unfall vorlag und sich bereits in erheblichen behandlungsbedürftigen Zuständen manifestiert hatte. Ferner geht der Senat von einem teilweise zumindest bewusstseinsnahen, auf eine Rentengewährung gerichteten Verhalten der Klägerin aus.

Der Senat konnte sich entgegen der Einschätzung von Dr. H. auch keine Überzeugung vom Vorliegen eines unfallabhängigen cerebralen Anfallsleiden verschaffen. Zum einen bestehen Zweifel, ob ein solches Anfallsleiden tatsächlich vorliegt. Zum anderen wäre, wenn ein solches Leiden unterstellt würde, ein Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall nicht hinreichend wahrscheinlich. Zu den Anfällen sind keine Fremdbeobachtungen dokumentiert, es liegt auch keine Fremdanamnese vor. Prof. Dr. D. weist darauf hin, dass die Angaben über etwaige Bewusstlosigkeitszustände nicht schlüssig wirken und die Tatsache, dass die damals von der Klägerin angegebenen Zustände durch die antiepileptische Medikation mit Carbamazepin in therapeutischer Dosis von der Frequenz her nicht beeinflusst worden seien, gegen das Vorliegen cerebraler Anfälle spricht. Ferner kamen in keinem der bis zur Begutachtung durch Prof. Dr. D. abgeleiteten EEGe Hinweise für eine erhöhte Krampfbereitschaft zur Darstellung. Dr. Sch. gab in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 21. Dezember 2006 lediglich für die Untersuchung am 8. Januar 2003 unter Hyperventilationsprovokation einen rechts occipitoparietalen Herd an, sah jedoch auch damals keine epilepsietypischen oder -verdächtigen Potentiale. Bei den weiteren Untersuchungen am 14. September und 4. Oktober 2005 sowie 10. Januar und 3. Mai 2006 fand er keinen Herdbefund und wiederum keine epilepsietypischen oder -verdächtigen Potentiale.

Im Übrigen könnte ein cerebrales Anfallsleiden nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Schädelhirntrauma zurückgeführt werden, das die Klägerin erlitten hat. Dieses Schädelhirntrauma hatte - wie Prof. Dr. D. überzeugend darlegte - nur den Schweregrad einer leichten bis allenfalls mittelschweren Gehirnerschütterung. Nach der unfallmedizinischen Literatur kann eine Epilepsie in der Regel nur dann durch eine Schädel-Hirn-Verletzung verursacht werden, wenn die Substanz des Hirns geschädigt wurde (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 280 f.). Allerdings weist Dr. H. zutreffend darauf hin, dass sich Hirnverletzungen zum Teil bildgebenden Verfahren entziehen können, diese können in der Darstellung kleiner Strukturveränderungen an ihre Grenzen gelangen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 284). In der unfallmedizinischen Literatur werden ausdrücklich unkomplizierte Hirnerschütterungen als nicht ursächlich für Epilepsien angesehen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 281 f.). Komplizierte Hirnerschütterungen werden demnach - obwohl sie definitionsgemäß keine morphologisch fassbare Schädigung der Hirnsubstanz bedingen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 260) - von der Literatur doch als geeignet angesehen, eine Epilepsie herbeizuführen. Dies ist durch eine morphologisch nicht fassbare Schädigung der Hirnsubstanz zu erklären (s. auch Urteil des Senats vom 24. Januar 2008, [L 6 U 4423/05](#), nicht veröffentlicht). Hinweise für eine komplizierte Hirnerschütterung liegen hier jedoch nicht vor. Prof. Dr. D. ordnet die erlittene Hirnerschütterung mit überzeugenden Argumenten als leicht bis allenfalls mittelschwer ein (s.o.). Somit kann ein cerebrales Anfallsleiden nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden.

Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren auf den Vorschlag von Prof. Dr. D. hinwies, eine Carbamazepinspiegel-Kontrolle durchzuführen, sieht der Senat diesen Vorschlag unter therapeutischen Gesichtspunkten. Prof. Dr. D. sah sich offensichtlich auch ohne diese Kontrolle in der Lage, eine gutachtliche Bewertung vorzunehmen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin war das SG nicht gehalten ein weiteres Gutachten einzuholen. Bis auf den Umstand, dass es sich bei dem Gutachten von Prof. Dr. D. weder um ein Verwaltungs- noch ein Gerichtsgutachten handelt, wurde kein Grund genannt, aus dem das Gutachten von Prof. Dr. D. nicht im Rahmen des Urkundenbeweises verwertet werden dürfte. Dieser Umstand begründet jedoch kein Verwertungsverbot. Auch außerhalb des Verwaltungs- und Gerichtsverfahren erstellte Gutachten können im Rahmen des Urkundenbeweises verwertet werden (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl., § 28 Rn. 8). Die Gerichte sind im Übrigen nicht verpflichtet, stets den von ihnen ausgewählten Sachverständigen zu folgen. Die Bewertung der Überzeugungskraft von Gutachten ist die ureigenste tatrichterliche Aufgabe und nicht durch die Herkunft der Gutachten vorgegeben, wobei natürlich die Herkunft bei der Bewertung mit zu bedenken ist. Vorliegend sind - entgegen der unschwerwiegend geäußerten Ansicht der Klägerin - jedoch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass Prof. Dr. D. bei der Gutachtenserstellung voreingenommen oder parteilich zugunsten der privaten Unfallversicherung war.

Der Auffassung der Klägerin, dass es sich bei dem Unfall um kein alltäglich vorkommendes Ereignis handelte ist sicher richtig. Aus den dargestellten Gründen kann der Arbeitsunfall gleichwohl nicht als rechtlich wesentlich ursächlich für die nachfolgende Entwicklung angesehen werden.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-10