

L 22 U 16/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 8 U 23/02
Datum
26.06.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 U 16/08
Datum
24.03.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 26. Juni 2003 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Gewährung einer Rente für die Folgen eines Arbeitsunfalls des Klägers vom 22. Juli 1996.

Der 1965 geborene Kläger war in Ausübung seines Berufes als Fassadenmonteur und damit als Beschäftigter seinerzeit gemäß § 539 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) auf dem Weg zu einer Baustelle seines damaligen Arbeitgebers, der J & Co. Werkstätten für Stahl- und Metallkonstruktionen, G. Er war Fahrer eines Pkw auf der A 2, als er am 22. Juli 1996 um 06.15 Uhr mit einem entgegenkommenden Fahrzeug frontal zusammenstieß und dabei verletzt wurde.

Der Kläger befand sich zur stationären Behandlung im Kreiskrankenhaus Bin der Zeit vom 22. Juli bis 02. August 1996. Diagnostiziert wurde:

1. Geschlossene, drittgradig dislozierte Etagenfraktur des linken Oberschenkels. 2. Schädelhirntrauma 1. Grades mit 10 min. Bewusstlosigkeit. 3. Strecksehnenabriss am Endglied des rechten Daumens im ligamentären Bereich. 4. Thoraxprellung rechts 5. 10 cm große Wunde über dem linken Tibiakopf.

Am 02. Dezember 1996 nahm der Kläger die Arbeit bei seinem Arbeitgeber wieder auf und verrichtete dort die gleichen Arbeiten wie vor dem Unfall. Ab Januar 1999 setzte dauerhafte Arbeitslosigkeit ein.

Die Beklagte nahm Ablichtungen aus der Staatsanwaltlichen Ermittlungsakte (44 JS 18325/96) zu ihren Akten. In jenem Verfahren war gegen den Kläger wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung ermittelt worden. Er hatte dort angegeben, sich nicht erinnern zu können, wie es zu dem Unfall gekommen sei. Das Ermittlungsverfahren wurde eingestellt.

Im Arztbericht (Nachtrag) vom 22. Oktober 1998 berichtet Dipl.-Med. H dass der Kläger in letzter Zeit mehrmals Krampfanfälle gehabt habe, die auf das SHT zurückzuführen sein könnten. Sie bitte, dies bei der Bewertung der Unfallfolgen zu berücksichtigen. Aufgrund der daran anschließenden Nachfrage der Beklagten beim Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. J teilte dieser der Beklagten mit, EEG-Untersuchungen am 18. Mai 1995 und 13. November 1998 hätten einen unauffälligen Befund erbracht. Die Beklagte zog des Weiteren Unterlagen bei, so vom Krankenhaus B vom 22. Juli 1996 und einen Arztbrief aus der Neurologischen Klinik der R Kliniken GmbH vom 13. Oktober 1998, wo sich der Kläger dort in der Zeit vom 23. August 1998 bis 28. August 1998 in stationärer Behandlung und am 10. September 1998 in nachstationärer Behandlung befunden hat. Dort ist in der Anamnese aufgeführt:

Die Aufnahme erfolgte wegen eines generalisierten Krampfanfalls mit Aura (Testbildgeräusch). Weitere Anfälle dieser Art vor 3 Monaten und vor 3 Jahren. Zwischen 1994 und 1998 habe er ca. 2 Mal pro Jahr dieses Testbildgeräusch vernommen und sei dabei in seiner Tätigkeit verharret (keine Krampfmotorik). Bereits als 5jähriges Kind mehrmals Wahrnehmung dieses Geräusches. Familienanamnese: Beim Bruder seien epileptische Anfälle bekannt.

Die klinische Abschlussdiagnose lautet: Epilepsie mit generalisierten Krampfanfällen.

Aus der Abteilung für Neurologie des U Krankenhauses wird in einem Arztbericht anlässlich der stationären Behandlung des Klägers dort

vom 27. April 1998 berichtet, es sei am Aufnahmetag am Arbeitsplatz erstmalig zu einem großen epileptischen Anfall gekommen. Die zu Beginn des Anfalls beobachtete Aura sei ihm schon früher zweimal oder dreimal aufgefallen. Dort hat der Kläger berichtet, zurzeit mehrfach Anabolika zum Muskelaufbau genommen zu haben. Als körperlicher Befund wurde ein oberflächlicher Zungenbiss und Einnässung festgestellt. Die Klärung der Beziehung zwischen dem Anfall und Anabolika wurde empfohlen. Das craniale Computertomogramm (CT) vom 27. April 1998 war unauffällig.

Die Klinik und Poliklinik für Neurologie - Direktor Prof. Dr. E berichtete über den stationären Aufenthalts des Klägers dort vom 03. Dezember bis 11. Dezember 1998. Er erachtete einen Zusammenhang der Anfallssymptomatik mit dem Schädelhirntrauma ersten Grades und 10minütiger Bewusstlosigkeit nach dem Verkehrsunfall von 1996 für unwahrscheinlich. In der Familienanamnese wird berichtet, dass ein Bruder 1995 einen generalisierten epileptischen Anfall erlitten habe. Der Bericht sprach sich gegen eine Weiterbeschäftigung des Klägers im letzten Tätigkeitsfeld und gegen das Fahrzeugführen im Straßenverkehr aus.

Der Nervenarzt Dr. R erstattete im April 1999 gegenüber der Landesversicherungsanstalt Brandenburg ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. Er diagnostizierte eine reaktive Depression bei Epilepsie unklarer Genese und psychosozialer Konfliktsituation, Polyneuropathie, Neigung zu psychosomatischer Reaktionsbildung mit Ulcusanamnese.

Dr. M und I, bei der C tätige Ärzte, erstatteten im September 1999 ein neurologisches Gutachten. Dort erfolgte kein Nachweis Epilepsie-typischer Potentiale. Sie meinten, aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges des Auftretens der Anfälle nach dem Schädelhirntrauma sei ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall bei dem vorher gesunden Patienten sehr wahrscheinlich, auch wenn sich in der MRT-Aufnahme des Kopfes keine Läsion habe darstellen lassen. Gedeckte Kontusionen führten häufig zu Rindenprellungsherden im Bereich der basalen Rinde und könnten daher auch Teile des basalen Schläfenlappens betreffen. Der Kopfschmerz des Patienten könne als posttraumatisch nach Schädelhirntrauma 1. Grades gewertet werden.

Der Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Prof. Dr. H und Dr. P erstatteten gegenüber der Beklagten im November 1999 ein chirurgisches Zusatzgutachten nach Untersuchung im September 1999. Sie beurteilten die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit 10 v. H. auf Dauer.

Die Chefarztin der Neurologischen Klinik der R Kliniken GmbH Dr. W teilte der Beklagten auf deren Nachfrage im April 2000 mit, die Angaben zur Anamnese im Arztbrief über den Kläger im Oktober 1998 seien aufgrund der Aufgaben des Klägers selbst erfolgt.

Die Klinik und Poliklinik für Neurologie der C teilte im Mai 2000 der Beklagten mit, der Kläger habe bei der Familienanamnese am 03. Dezember 1998 berichtet, dass sein Bruder 1995 einen epileptischen Anfall erlitten habe.

Der Chefarzt Prof. Dr. G der Neurologischen Klinik L des Krankenhauses R und Dr. F erstatteten ein neurologisches Gutachten im Dezember 2000 nach Aktenlage. Die Genese der Epilepsie sei ungeklärt. Es könnten nur Mutmaßungen angestellt werden.

Prof. Dr. E, Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Unfallkrankenhauses B- erstattete im Mai 2001 bei der Beklagten eingehend ein fachchirurgisches Gutachten nach Untersuchung des Klägers vom 14. Mai 2001. Die MdE betrage 10 v. H.

Prof. Dr. H, Direktor der Klinik für Neurologie des Unfallkrankenhauses Berlin erstattete im Juni 2001 ein neurologisches Gutachten gegenüber der Beklagten. Er diagnostizierte auf seinem Fachgebiet ein reaktives depressives Syndrom mit posttraumatischem Kopfschmerz und unfallunabhängig Epilepsie. Die MRT-Untersuchung erbrachte keine Hinweise. Die MdE aufgrund des posttraumatischen Kopfschmerzes beurteilte er mit 10 v. H.

Dr. E nahm im Juli 2001 nach Eingang des neurologisch- und neuropsychologischen Zusatzgutachtens abschließend Stellung zur Gesamt-minderung der Erwerbsfähigkeit. Die auf neurologischem Gebiet geäußerte MdE von 10 v. H. für den posttraumatischen Kopfschmerz sei aus dortiger Sicht schwer nachzuvollziehen, könne jedoch aufgrund der fehlenden Überschneidung zwischen neurologischem und chirurgischem Fachgebiet nicht widerlegt werden. Die MdE werde mit 20 v. H. eingeschätzt für die Dauer eines Jahres ab 22. Juli 2001. Im Anschluss daran sei von einer dauerhaften MdE von 10 v. H. auszugehen.

Die Leitende Oberärztin des Krankenhauses H Frau Dr. F erstattete im Juli 2001 gegenüber der Beklagten ein Zusatzgutachten auf psychiatrisch-psychosomatischem Fachgebiet. Sie diagnostizierte eine depressive Störung (F 32.9) a. G. einer sozialen Konfliktsituation bei entsprechend prädisponierter Persönlichkeitsstruktur. Im Ergebnis gelangte sie zu der Beurteilung, das Unfallereignis stelle keine rechtlich wesentliche Teilursache für die aktuelle psychiatrische Symptomatik dar.

Mit Bescheid vom 12. Oktober 2001 lehnte die Beklagte einen Anspruch des Klägers auf Rente wegen seines Arbeitsunfalls ab. Er habe sich bei dem Unfall zugezogen:

einen Bruch des linken Oberschenkels mit Weichteilwunde in Höhe des Schienbeinkopfes, ein erstgradiges Schädelhirntrauma, einen Strecksehnenabriss am Endglied des rechten Daumens sowie eine Brustkorbprellung.

Als Folgen des Unfalls lägen Kopfschmerzen, Narbenbildung und glaubhafte Beschwerden vor. Die 1998 aufgetretenen epileptischen Anfälle seien nicht auf den Unfall zurückzuführen.

Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers begründete er mit epileptischen Anfällen, die er auf den Unfall zurückführte. Der Kläger trug zur Begründung seines Widerspruchs auch vor, er erinnere sich nunmehr an das Geschehen unmittelbar vor dem Verkehrsunfall: Er sei auf der Suche nach einem Apfel auf der Rückbank seines Fahrzeugs für einen Augenblick dergestalt abgelenkt gewesen, dass er mit seinem Fahrzeug auf die Gegenfahrbahn geraten sei, was zu dem Zusammenstoß geführt habe. Mithin sei der Verkehrsunfall nicht durch einen epileptischen Anfall bzw. eine sonstige Vorerkrankung verursacht worden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2002 den Widerspruch als unbegründet zurück.

Mit der am 22. Februar 2002 beim Sozialgericht (SG) Neuruppin eingegangenen Klage hat der Kläger anwaltlich vertreten seinen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung verfolgt. Insbesondere wurde vorgetragen, das Gutachten von Prof. Dr. E der CB vom 16. September 1999 sei durch Prof. Dr. E nicht richtig gewürdigt worden. Prof. Dr. E habe ausgeführt, dass gedeckte Kontusionen häufig zu Rindenprellungsherden im Bereich des Schläfenlappens führten und hierbei Ausgangspunkt komplex-fokaler Anfälle nach gedeckten Schädel-Hirn-Traumen sein könnten. Vor dem Verkehrsunfall sei der Kläger absolut gesund gewesen. In der Familie des Klägers sei es zu keinen epileptischen Anfällen gekommen, auch habe er keine Präparate eingenommen, die solche Anfälle herbeigeführt haben könnten.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Oktober 2001 in Form des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2002 eine Verletztenrente gemäß [§ 56 SGB VII](#) aus dem Unfallereignis vom 22. Juli 1996 nach erneuter Feststellung des Umfangs der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verteidigt ihre Entscheidungen.

Das SG holte ein Gutachten ein, das der Facharzt für Neurologie Dr. B im Juli 2002 nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 10. Juli 2002 erstattete. Insgesamt halte er die Epilepsie für eine mittelbare Unfallfolge, da sie sich mit Wahrscheinlichkeit aus einer durch den Unfall entstandenen kleinen Narbe im Gehirn entwickelt habe, die allerdings bildgebend nicht darzustellen sei. Es spreche aus seiner Sicht mehr dafür als dagegen, dass die Epilepsie eine mittelbare Unfallfolge sei. Für die posttraumatischen Kopfschmerzen bewertete die MdE mit 10 Prozent seit dem 30. November 1996 und seit dem Jahr 2001 mit 0 Prozent. Die Beklagte wandte sich gegen das Gutachten und überreichte dazu das "nervenfachärztliche Gutachten" nach Aktenlage der Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. M. Die Ärztin wies darauf hin, zur Annahme einer posttraumatischen Epilepsie sei eine unfallbedingte strukturelle Veränderung des Gehirns Voraussetzung. Eine posttraumatische Epilepsie sei nicht zu beweisen.

Der Sachverständige Dr. B nahm im November 2002 zum Gutachten von Dr. M Stellung. Die Klassifikation der beim Kläger vorliegenden Epilepsie sei sicherlich schwierig. Letztlich beruhten sowohl seine Ausführungen hierzu als auch die Ausführungen von Dr. M auf Vermutungen. In der Tat könne eine unfallbedingte strukturelle Veränderung des Gehirns nur vermutet werden. Strukturelle Veränderungen des Gehirns, die traumatisch entstanden seien, müssten nicht immer mit den derzeit verfügbaren Methoden nachweisbar sein.

Mit dem am 26. Juni 2003 verkündeten Urteil hat das SG die Klage abgewiesen. Eine Substanzschädigung des Gehirns durch das Schädelhirntrauma sei nicht bewiesen. Der Nachweis wäre aber erforderlich, um eine posttraumatische Epilepsie annehmen zu können. Die übrigen Unfallfolgen bedingten nachvollziehbar keine rentenberechtigende MdE.

Gegen das den seinerzeitigen Prozessbevollmächtigten des Klägers am 25. Juli 2003 zugestellte Urteil richtet sich die am 12. August 2003 beim Landessozialgericht (LSG) für das Land Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers. Eine Hirnschädigung durch das streitgegenständliche Unfallereignis habe stattgefunden, woraus die epileptischen Anfälle resultierten. Der Hausarzt des Klägers gehe eindeutig von einer direkten Kausalität der chirurgischen Beeinträchtigung und einer MdE von 20 v. H. aus.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 26. Juni 2003 und den Bescheid vom 12. Oktober 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Januar 2002 zu ändern und ihm, eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigte die angefochtenen Entscheidungen.

Der Kläger übersandte Epikrisen aus dem E B vom 11. November 2003 und 21. November 2003 nach dortiger stationärer Behandlung vom 24.- 26. September 2003. Die beiden abgeleiteten EEG zeigten eine diskrete regionale Hirnfunktionsstörung, ohne epilepsietypische Potentiale darzustellen. In der Beurteilung führten Dres. Prof. Dr. M und Dr. P aus, beim Kläger liege eine fokale Epilepsie vor.

Der Arzt und Sozialmediziner Dr. B erstattete im April 2004 ein Sachverständigengutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 31. März 2004. Er bestätigte die Untersuchungsbefunde von Prof. Dr. E. Bei dem Kläger bestehe im Wesentlichen eine komplette Ausheilung der Verletzungsfolgen. Nicht nachvollziehbar bleibe, warum Prof. Dr. E aufgrund der von ihm befundenen Befunde eine MdE von 10 ansetzte. Es würden keinerlei pathologische Befunde erwähnte, die unter funktionellen Gesichtspunkten eine MdE-Einschätzung überhaupt rechtfertigen würden.

Am 02. August 2004 wurde Dr. B in der nichtöffentlichen Sitzung des 7. Senats des LSG für das Land Brandenburg zur Erläuterung seines Gutachtens gehört.

Nachdem der Kläger eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte und von der Ärztin für Chirurgie L und von der Ärztin für Chirurgie Dipl.-Med. H Befundberichte und Karteikarten beigezogen worden waren, holte das Gericht ein Gutachten ein, das der Arzt für Orthopädie Dr. T im Jahr 2009 nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 23. März 2009 erstattete.

Er führte aus, dass mit der klinischen Befunderhebung von Dr. B Übereinstimmung bestehe. Bei dem Kläger seien keine Fähigkeits- und Funktionsstörungen in messbarem Bereich auf chirurgischem Sektor festzustellen. Beschwerden im Bereich der Knie- und Hüftregion und der HWS und LWS bewertete er nicht unfallbedingt.

Dr. T fügte seinem Gutachten Schreiben an "die Rechtsanwältin A B" vom 20. Mai 2003 bei, das der seinerzeitige Chefarzt der S Kliniken in S in Facharzt für Orthopädie anlässlich seiner gutachterlichen Untersuchung erstellt hatte.

Zu den Akten gelangte ein ärztliches Attest "zur Vorlage beim Rechtsanwalt" von Dr. L vom 28. Februar 2009. Der Kläger erklärte sich mit dem Gutachten von Dr. T nicht einverstanden. Dr. T habe nicht sein Einverständnis gehabt, seine privaten Unterlagen, also die Befundung von Dr. Z, weiterzureichen.

Dr. T nahm im Juli 2009 ergänzend Stellung. Er verwies darauf, dass der Kläger ihm selbst das Gutachten von Dr. Z über die Begutachtung am 10. März 2009 zur Verwendung überreicht habe. Er begründete im Einzelnen seine Einwendungen gegen die Beurteilung von Dr. Z Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete Dr. Z im September 2010 ein orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten unter Bezugnahme auf die Beweisanordnung vom 27. Januar 2009, nach Untersuchung des Klägers am 28. April 2010. Im Ergebnis gelangte er zu der Beurteilung, es liege ab 28. April 2010 eine Gesamt-MdE von 30 Prozent vor. Es könne angenommen werden, dass der Unfall zumindest zu einer Verschlimmerung bereits vorbestehender Funktionsstörungen geführt habe in dergestalt, dass es sekundär zur Ausprägung eines epileptischen Anfallsleiden gekommen sei.

Als "unfallbedingte persistierende Schäden" bezeichnete er - Beinverlängerung links 1,0 bis 1,5 cm mit • Konsekutiver Fehlstatik des Beckens und der Wirbelsäule • Arthromuskuläre Dysbalancen Lenden-, Becken-, Hüftregion links mit • Konsekutiven Schlafstörungen • Chondropathie patellae links • Bewegungseinschränkungen des Hüft-, Knie- und der Fußgelenke links • Schaden am hintern Pfannenrand li. Hüftgelenk • Extraartikuläre Verknöcherungen linkes Hüftgelenk nach Marknagelung • Verbliebene Bohrer Spitze im Oberschenkelknochen • Diverse Narben - "Oberes gekreuztes Syndrom" rechts mit • Funktionseinschränkung und arthromuskulären Dysbalancen im Bereich der HWS und Kopfgelenke - Postcommotionaler Kopfschmerz mit Störung der Konzentrationsfähigkeit, der Merkfähigkeit und der Wortfindung - Somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) mit Depression

Hinter dem Begriff Epilepsie setzte er ein Fragezeichen.

Der Kläger habe nicht nur die Folgen des Unfalls zu (er)tragen, sondern müsse sich aus seiner Sicht mit einer übermächtig erscheinenden Bürokratie auseinandersetzen, um sein Recht zu erstreiten. Dieses Problem beschäftigte ihn nun schon seit vielen Jahren. Die Erinnerungen verwischten sich, die Beschwerden hätten sich gewandelt, verstärkt, seien neu aufgetreten oder teilweise ganz verschwunden. Es sei in manchen Punkten nicht mit letzter Sicherheit zu sagen, was die Henne und was das Ei sei. Schon aus diesem Grund sei die Verzögerung bei der Urteilsfindung nicht dem Kläger anzulasten, sondern dem Verfahren selbst. Aus seiner Sicht empfehle sich deshalb, den Ermessensspielraum bei der Entscheidungsfindung gutachterlich als auch juristisch wohlwollend zugunsten des Klägers auszulegen.

Auf gerichtliche Nachfrage nahm Dr. Z im Dezember 2010 ergänzend Stellung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der vorliegenden Gerichtsakten zu den Geschäftszeichen [L 22 U 16/08](#), S 7 Rj 33/09 und den der Verwaltungsakten 151/96/32184/2 U, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Nach [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, - wie hier im Fall des Fehlens eines Stützrententatbestandes-, einen Anspruch auf Rente. Ein Versicherungsfall war mit dem von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall am 22. Juli 1996 zwar eingetreten, als sich der Kläger bei versicherter Tätigkeit gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) verletzte. Aber die von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen rechtfertigen keine MdE um 20 v. H., und über die anerkannten Unfallfolgen hinaus sind keine Gesundheitsstörungen auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-)Ursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zurückzuführen. Die von der Beklagten im Bescheid vom 12. Oktober 2001 als Unfallfolge anerkannten Kopfschmerzen rechtfertigen keine MdE um 20 v. H. Darüber sind sich sämtliche Gutachter, die sich im Verlaufe des Verfahrens geäußert haben, einig. Diese Beurteilung ist überzeugend.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#). Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (BSG) als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG Urteil vom 02. Mai 2001 - [B 2 U 24/00 R](#) - [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S. 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperliche und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder 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 geschätzt

werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb 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 (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Nach diesen Maßstäben, die der Senat zugrunde legt, ist die MdE nicht mit 20 v. H. zu bewerten. Die orientierenden Erfahrungssätze im versicherungsrechtlichen/versicherungs–medizinischen Schrifttum (z. B. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S. 315) sehen dazu vor, dass Kopfschmerzen ohne zusätzliche hirnorganische Ausfallerscheinungen in der Regel keine dauernde MdE bewirken. Die Ausführungen in der 7. Auflage 2003, S. 303 f und in der 8. Auflage S. 210 ff. ergeben keine für den vorliegenden Fall relevanten Abweichungen.

Zweifelhaft ist, ob überhaupt eine MdE um 10 v. H. gerechtfertigt ist.

Im neurologischen Gutachten, das von Dres. M und I im September 1999 erstattet wurde, wurde ein Verdacht auf posttraumatischen Kopfschmerz nach SHT 1. Grades zwar mit 10 v. H. bewertet. Allerdings wurde er in seiner Ausprägung "eher als gering" beurteilt, so dass die Höhe mit 10 v. H. nicht nachvollziehbar ist und befundlos bleibt.

Im neurologischen Gutachten vom 05. Dezember 2000 beurteilten Prof. Dr. G und Dr. F ein "chronisches posttraumatisches Syndrom" mit 5 v. H.

Dr. H bewertete im neurologischen Gutachten vom 01. Juni 2001 Kopfschmerz mit 10 v. H. ohne Begründung.

Dr. B führte aus, dass sich aus posttraumatischen Kopfschmerzen keine wesentlichen Einschränkungen ergäben, wie der Kläger selbst bestätigt habe. Er beurteilte sie mit einer MdE um zunächst 10 v. H. und seit 2001 mit 0 v. H. Der genaue Verlauf lasse sich weder aus den Unterlagen noch nach den Schilderungen des Klägers eruieren. Feststehe, dass zum Zeitpunkt seiner Begutachtung aus den Kopfschmerzen keine MdE resultiere.

Dr. Z beurteilte die MdE mit 10 v. H. für Kopfschmerzen unter Einbeziehung nicht objektiver Folgen von Hirnleistungsstörungen. Dies ist nicht überzeugend, da Folgen von Hirnleistungsstörungen nicht zweifelsfrei nachgewiesen sind.

Hingegen wird im Ergebnisbericht des Berufsförderungswerks B aus April 2000 dargestellt, dass der Kläger keine Leistungseinschränkungen zeigte, die auf Kopfschmerzen, Vergesslichkeit oder fehlender Merkfähigkeit hinwiesen. Er zeigte Ausdauer. Es folgte die Beurteilung, bei dem Kläger sei in der durchgeführten psychologischen Eignungsuntersuchung eine durchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungskapazität und eine überdurchschnittliche formal logische Denkfähigkeit nachgewiesen wurden.

Auch Dr. R erhob in seinem nervenärztlichen Gutachten vom 05. April 1999 einen psychiatrischen Befund, wonach der Kläger eine ausreichende Konzentrations- und Merkfähigkeit aufwies mit ausreichender Wiedergabe eines vorgelegten Textes und hinreichenden Gedächtnisleistungen mit ungestörtem Zeitgitter.

Dr. T verwies er darauf, dass der Kläger niedrig potente Schmerzmittel und dies nur bei Bedarf einnehme. Es bestehe eine große Diskrepanz zwischen angegebener Schmerzstärke und eingenommener Schmerzmedikation, Vergesslichkeit und Wortfindungsstörungen habe der Kläger bei der Anamnese nicht berichtet.

Die Beurteilung der MdE mit unter 10 v. H. ist nach allem überzeugend.

Soweit im Bescheid vom 12. Oktober 2001 eine Narbenbildung und "glaubhafte Beschwerden" anerkannt wurden, ergaben sich hieraus keine Gesundheitsstörungen (mit Leistungsbeeinträchtigungen). Insoweit hat Dr. B überzeugend ausgeführt, die mit Bescheid vom 12. Oktober 2001 anerkannten Unfallfolgen entsprächen nicht einer sachlichen unfallmedizinisch korrekten Nomenklatur, wenn "Kopfschmerzen, Narbenbildung, glaubhafte Beschwerden" anerkannt worden seien. Es sei handele sich hierbei um sehr vage sprachliche Begriffsbildungen, die keine Darstellung wirklich nachweisbarer Funktionsbehinderungen beinhalteten.

Der weiterhin im Bescheid vom 12. Oktober 2001 genannte Bruch des linken Oberschenkels mit Weichteilwunde in Höhe des Schienbeinkopfes und der Strecksehnenabriss am Endglied des rechten Daumens sowie eine Brustkorbprellung sind ohne verbleibende Auswirkungen auf das Leistungsvermögen des Klägers ausgeheilt und rechtfertigen keine MdE. Dres. B und T haben dies überzeugend dargestellt. Der Senat folgt ihrer Beurteilung.

Dr. B bestätigte die Untersuchungsbefunde von Prof. Dr. E Auch bei seiner Untersuchung sei eine gleiche Beinlänge beidseits nachweisbar gewesen. Eine posttraumatische Coxarthrose und Gonarthrose könne ausgeschlossen werden. Spannungszustände der Rückenmuskulatur lägen ebenfalls nicht vor. Die Funktion der Wirbelsäule wurde als regelrecht und in keiner Weise beeinträchtigt beurteilt. Da keine Beinverkürzung bestehe, sei auch ein Beckenschiefstand wie in einem ärztlichen Attest von Dres. M und M formuliert, nicht nachweisbar gewesen. Auch eine Muskelatrophie an der linken Extremität, wie von Dres. M und M beschrieben, sei nicht nachweisbar gewesen. Insgesamt müsse gesagt werden, dass die von den Hausärzten erhobenen Befunde mit Schriftsatz vom 26. März 2004 nach dem Ergebnis seiner Untersuchung nicht bestätigt werden könnten. Nach seiner Beurteilung erfolgte bei dem Kläger im Wesentlichen eine komplette Ausheilung der Verletzungsfolgen im Bereich des Stütz- und Halteapparates. Die Mehretagenfraktur am linken Oberschenkel ist danach in achsengerechter Stellung ausgeheilt. Die abgebrochene Bohrer Spitze, die sich unterhalb des kleinen Rollhügels im oberen Oberschenkeldrittel befindet, ist reizlos im Knochen verblieben ohne Behinderung des Klägers. Auch seien hieraus weitere, zu erwartende Gesundheitsstörungen abzuleiten. Die von dem Kläger angegebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Daumens erachtete er für nicht nachvollziehbar. Auch hier war unter körperlichen und radiologischen Untersuchungsbedingungen ein völlig regelrechter Befund nachweisbar mit reizloser Narbenbildung bei Zustand nach operativer Rekonstruktion der Sehne des Musculus extensor pollicis longus. Auch die Weichteilverletzung im Bereich des linken Schienbeinkopfes ist nach seinem Gutachten objektiv folgenlos

überwunden worden, so dass auch unter Berücksichtigung seiner Untersuchungsbefunde keine MdE mehr festzustellen ist.

Überzeugend ist auch seine Beurteilung, dass nicht nachvollziehbar bleibe, warum Prof. Dr. E aufgrund der von ihm befundenen Befunde eine MdE von 10 ansetzte. Dr. B ist in Übereinstimmung mit der Aktenlage, wenn er meint, es würden keinerlei pathologische Befunde erwähnt, die unter funktionellen Gesichtspunkten eine MdE-Einschätzung überhaupt rechtfertigen würden aufgrund der von Prof. Dr. E erhobenen Befunde. Dessen Befund lautet:

Das Gangbild ist flüssig und raumgreifend. Ein relevantes Schonhinken fällt nicht auf. Analog zum Vorbefund vom 16.10.1999 besteht eine Beinlängendifferenz zugunsten der linken unteren Extremität von 1 cm, die sich jedoch nicht auf die Beckenkipfung auswirkt. Die Abrollbewegung der Füße ist physiologisch. Knie- und Hüftgelenke können komplett durchgesteckt werden. Zehen- und Hackengang sind mühelos möglich. Die Entkleidung zur Untersuchung gelingt selbständig. Über der linken Trochantermajor Region ist eine Narbe nach typischem Zugang zur antegraden Verriegelungsnagelung nachweisbar. Links prätibial liegt eine reizlose Narbe nach chirurgisch versorgter Weichteilverletzung vor. Weiterhin besteht eine Hyposensibilität des ventral-lateralen Oberschenkels, im Gegensatz zur Voruntersuchung liegt jedoch keine relevante Verschmächigung der Quadrizepsmuskulatur mehr vor. Das linke Hüftgelenk ist in allen Ebenen frei beweglich. Das linke Kniegelenk zeigt keine Schwellung. Ein Gelenkerguss liegt nicht vor. Analog zur Voruntersuchung findet sich bei der klinischen Prüfung des vorderen Kreuzbandes im Vergleich zur Gegenseite ein diskret verzögerter Anschlag, eine Instabilität lässt sich jedoch bei multidirektionaler Prüfung nicht auslösen. Blutumlaufstörungen bestehen nicht. Die Durchblutung und Motorik der unteren Extremität ist regelrecht. Die Narbe am rechten Daumen ist reizlos. Das vom Versicherten geschilderte Fadengranulom ist nicht eindeutig zu verifizieren. Der Daumen kann in Grund- und Endgelenk passive und aktiv frei bewegt werden. Ein Kopf- oder Druckschmerz im Bereich des Gesichts- oder Hirnschädels lassen sich nicht auslösen. Die Pupillenmotorik ist seitengleich.

Der Messwert des Kniegelenks lautet bei Streckung/Beugung: rechts 0/0/140 links 0/0/140.

Darüber hinaus bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, die auf das Unfallgeschehen zurückzuführen sind, waren nach dem Ergebnis seiner Untersuchung nicht nachweisbar.

Mit dieser Bewertung steht er in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. T. Dieser führte aus, dass die unfallbedingte MdE für die Zeit ab dem 30. November 1996 auf dem chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet unter 10. v. H. betrage. Mit der Einschätzung des Unfallkrankenhauses B, in der für eine MdE von 20 v. H. für die Zeit vom 01. August 2001 bis 07. August 2002 plädiert worden sei, und ab 02. August 2002 mit 10 v. H. bestehe keine Übereinstimmung. Eine kritische Auseinandersetzung mit den bestehenden Leiden sei nicht zu entnehmen. Fähigkeits- und Funktionsstörungen seien nicht erhoben/kritisch dargestellt. Zurzeit der Untersuchung von Prof. E habe keine MdE in messbarer Höhe bestanden. Die später vorgetragenen Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenks, des linken Hüftgelenks seien mit hoher Wahrscheinlichkeit den degenerativen Veränderungen am Knie- und Hüftgelenk zuzuordnen. Mit der klinischen Befunderhebung von Dr. B bestehe Übereinstimmung. Da Dr. B die MdE mit null einschätze, weiche er insoweit davon ab, als er sie mit "unterhalb 10 v. H." bewerte. Die Höhe 0 v. H. bedeute abstrakt, dass der Kläger funktionell in gleichem Zustand sei wie vor dem Unfall. Richtiger erscheine, dass bei dem Kläger keine Fähigkeits- und Funktionsstörungen in messbarem Bereich auf chirurgischem Sektor festzustellen wären. Beschwerden im Bereich der Knie- und Hüftregion und der HWS und LWS bewertete er nicht als unfallbedingt. Die Fraktur am linken Oberschenkel sei in achsengerechter Stellung abgeheilt. Eine volle Belastung des linken Beines sei möglich gewesen.

Auch sei zu konstatieren, dass ein beginnender Verschleiß der Kniegelenke und der Hüftgelenke bereits unfallunabhängig bestanden habe und weiterhin bestehe. Die mindertrainierte Ober- und Unterschenkelmuskulatur links könne mit hoher Wahrscheinlichkeit dem unfallunabhängigen Knie- und/oder Hüftleiden zugeordnet werden. Die geringgradige Instabilität aufgrund eines elongierten vorderen Kreuzbandes sei mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt, sie führe auch zu keinen nennenswerten Funktionsstörungen, da der Kläger muskulär ausreichend kompensiere. Er habe auch in der Vergangenheit keine Bandagen/Orthesen für das linke Kniegelenk benötigt.

Für den Senat ist danach nachvollziehbar, dass die MdE unter 10 v. H. auf diesem Fachgebiet zu beurteilen ist. Soweit Prof. Dr. E trotz annähernd identischer Befunde die MdE mit 10 v. H. bewertet hat, ist dies nicht überzeugend, wie Dres. B und T ausgeführt haben. Schon Prof. Dr. H und Dr. P stellten nach der Untersuchung im September 1999 unauffällige Befunde fest. Sie erhoben als Befund:

Im Bereich des linken Kniegelenkes fällt eine freie Beweglichkeit auf. Der Seitenbandapparat zeigt sich stabil. Zohlen-Zeichen beidseits negativ, keine Ergussbildung. Medialer sowie lateraler Kniegelenkspalt beidseits klinisch frei. Die Fußsohlenbeschwellung ist seitengleich mäßig ausgeprägt. Der Daumen kann frei bewegt werden. Die Muskulatur erscheine seitengleich ausgeprägt.

Soweit es die Verletzung/Versorgung der Strecksehne des rechten Daumens in Endgliedhöhe betreffe, so ist zu konstatieren, dass hier ein gutes funktionelles Ergebnis erreicht worden sei, auch wenn die Beweglichkeit im Endgelenk des Daumens leicht eingeschränkt ist. Keinesfalls fühle sich der Kläger dadurch im Alltag beeinträchtigt. Zudem seien die Gebrauchsspuren an den Handinnenflächen beidseits mäßig ausgeprägt, rechts sogar stärker. Die Messung der Armmümfänge ergebe unter Berücksichtigung der Rechtshändigkeit auch größere Mümfänge rechts. Von einer guten Heilung ohne nennenswerte funktionelle Beeinträchtigungen am rechten Daumen sei auszugehen.

Über die anerkannten und ausgeheilten Unfallfolgen hinaus hat der Arbeitsunfall nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit weitere Gesundheitsstörungen wesentlich (mit-)verursacht.

Nach der im Unfallversicherungsrecht geltenden maßgeblichen Lehre von der wesentlichen Bedingung ist eine Bedingung als (mit-)ursächlich anzusehen, wenn sie im Verhältnis zu anderen Einzelbedingungen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), BSGE 1, 76 ff.). Die Theorie der wesentlichen Bedingung hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der Ursache eines Erfolges jedes Ereignis ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der Bedingungstheorie werden im Sozialrecht als rechtserheblich aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. "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). Gesichtspunkte für die

Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache sind insbesondere die versicherte Ursache bzw. das Ereignis als solches, also Art und Ausmaß der Einwirkung, konkurrierende Ursachen unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens und Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach den Einwirkungen, Befunde und Diagnosen der erstbehandelnden Ärzte sowie die gesamte Krankengeschichte. Trotz dieser Ausrichtung von individuellen Versicherten sind der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs im Einzelfall der aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisstand über die Ursachenzusammenhänge zwischen Ereignissen und Gesundheitsschäden zugrunde zu legen.

Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und Erkrankung ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Hierunter ist eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Gewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285](#), 286). Der ursächliche Zusammenhang ist jedoch nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht ausschließen oder nur möglich ist ([BSGE 60, 58](#), 59).

Nach diesen Maßstäben vermag sich der Senat nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) nicht davon zu überzeugen, dass der Arbeitsunfall weitere als die anerkannten Gesundheitsstörungen verursacht hat, die eine MdE um mindestens 20 v. H. begründen.

Soweit Dr. Z weitere Gesundheitsstörungen auf den Arbeitsunfall und dessen Folgen zurückführt, ist dies nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens nicht überzeugend. Er hat die MdE auf unfallchirurgisch/orthopädischem Fachgebiet mit 20 v. H. bewertet für Gesundheitsstörungen, die nach den o.g. Maßstäben nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall bzw. dessen Folgen als wesentlich (Mit-)Ursache zurückzuführen sind. Der Sachverständige selbst bezeichnet einige seiner Überlegungen als lediglich Vermutungen. So führt er aus, der Unfallmechanismus und die damit verbundene Kraftereinwirkung hätten mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur die heute noch nachweisbaren Spuren hinterlassen (Oberschenkelfraktur, Hüftgelenksprellung mit Schädigung des hinteren Pfannenrandes sowie Narben am Unterschenkel und Knie). Mit Sicherheit sei es zu einer maximalen Belastung/Überlastung der Binnenstrukturen an Hüft- und Kniegelenk gekommen mit unter Umständen daraus ableitbaren Störungen der Propriozeption in beiden Gelenken durch Schleimhauteinrisse u. ä. Dies sei eine Vermutung und heute nicht mehr zu beweisen. Nach 14 Jahren sei es enorm schwierig, eine belastbare Kausalkette darzulegen, die den Ansprüchen einer juristisch klaren Beweisführung genüge.

Auch die übrigen von ihm als "persistierende Schäden" bezeichneten Gesundheitsstörungen hat er nicht überzeugend als durch den Arbeitsunfall wesentlich (mit-)verursacht begründet. Er führt auf den Arbeitsunfall zurück:

1. Persistierende Schäden - Beinverlängerung links 1,0 bis 1,5 cm mit • Konsekutiver Fehlstatik des Beckens und der Wirbelsäule • Arthromuskuläre Dysbalancen Lenden-, Becken-, Hüftregion links mit • Konsekutiven Schlafstörungen • Chondropathie patellae links • Bewegungseinschränkungen des Hüft-, Knie- und der Fußgelenke links • Schaden am hinteren Pfannenrand li. Hüftgelenk • Extraarticuläre Verknocherungen linkes Hüftgelenk nach Marknagelung • Verbliebene Bohrer Spitze im Oberschenkelknochen • Diverse Narben - "Oberes gekreuztes Syndrom" rechts mit • Funktionseinschränkung und arthromuskulären Dysbalancen im Bereich der HWS und Kopfgelenke

Seine Beurteilung ist schon deshalb zweifelbehaftet, weil sie der Auffassung von Dres. B und T entgegensteht und keine überzeugendere Begründung bietet.

Dr. B hat keine weiteren Gesundheitsstörungen auf seinem Fachgebiet auf den Arbeitsunfall zurückgeführt. Dr. T hat insbesondere bereits eine durch den Unfall verursachte Beinverlängerung nicht für nachweisbar erachtet. Eine Kreuzbandruptur, Beschwerden im Kniegelenk, Bewegungseinschränkungen des Hüftgelenks, der Fußgelenke, HWS-, LWS-Beschwerden mit Fehlstatik hat er nicht auf den Arbeitsunfall zurückführen können. Dr. T führte aus, dass eine Achsenfehlstellung nicht vorgelegen habe. Möglicherweise liegt eine unfallbedingte Beinverlängerung links um 1 cm vor. Dies nachzuweisen sei, jedoch auch schwierig, da Beinlängenmessungen vor dem Unfall der Akte nicht zu entnehmen seien und entsprechende Vermerke ebenso nicht. Beinlängendifferenzen von 1 cm oder etwas weniger kämen sicher bei einer großen Anzahl der Durchschnittsbevölkerung gehäuft vor. Es spreche mehr dafür als dagegen, dass die mindertrainierte Muskulatur am linken Oberschenkel eher den degenerativen Veränderungen und Beschwerden des Hüft- und Kniegelenkes zuzuordnen sei und nicht kausal mit dem Unfall zusammenhänge.

Eine subtotale/totale Kreuzbandruptur hätte der Kläger mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit daran gehindert, die Tätigkeit als Fassadenbauer ab Dezember 1996 aufzunehmen und vor allem ab Sommer 1997 eine volle Einsetzbarkeit dabei zu zeigen. Es sei sicherlich unwahrscheinlich, dass mittelschwere und schwere Tätigkeiten körperlich absolviert werden könnten sowie ein häufiges Hoch- und Runtersteigen auf/von Gerüsten realisiert werde und dabei kaum Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes (bei einer unfallbedingten subtotale oder totalen Kreuzbandruptur) bemerkt würden. Jedenfalls sei eine solche Ruptur 10 Jahre später bei der Kernspintomografie des linken Kniegelenkes vom 07. Dezember 2006 nicht gesehen worden. Es seien posttraumatische narbige Veränderungen am vorderen und hinteren Kreuzband vermerkt worden. Ob der entsprechende Facharzt diese Veränderungen auf den Unfall vom 22. Juli 1996 beziehe, sei der Befundung nicht zu entnehmen. Jedenfalls wäre dies mehr als eine Vermutung und auch sicherlich nicht zu belegen. Die Außenrotationshaltung des linken Beines sei auch mit hoher Wahrscheinlichkeit den Hüftgelenksbeschwerden links zuzuordnen. Ein beginnender Verschleiß an der Hüfte führe reflektorisch/automatisch zu einer leichten Außenrotationsstellung des Beines, dies verschaffe eine Entlastung am Hüftgelenk. Die üblichen Griffformen seien beidseits gut durchführbar. Die sonstigen Beschwerden des Klägers im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule seien mit Sicherheit nicht dem Unfall zuzuordnen. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass die Knie- und Hüftgelenksbeschwerden sowie die Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule nicht dem Unfall kausal zuzuordnen seien. Zu einer Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen sei es durch den Unfall nicht gekommen. Die degenerativen Veränderungen am Knie- und Hüftgelenk seien bis zum heutigen Tag als seitengleich zu betrachten und wiesen allenfalls eine Korrelation mit dem Alter auf.

Die Beurteilung von Dr. Z ist auch deshalb nicht überzeugend, da sie sich auf eine unfallbedingte Beinlängenverkürzung gründet, die nicht nachweislich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist, wie Dr. T überzeugend dargestellt hat. Damit sind die weiteren Konsequenzen von Dr. Z hieraus nicht geeignet, seine Beurteilung überzeugend zu machen. Dies gilt auch für seine Beurteilung der Schlafstörung. Er führt zur Erklärung seiner unter der Diagnose "Arthromuskuläre Dysbalancen L-B-H-Region" subsummierten "konsekutiven Schlafstörungen" aus, aus

der Schlafforschung wisse man, dass ein gesunder Mensch etwa 70mal pro Nacht einen Lagewechsel vornehme. Dies bedeute normalerweise keine Unterbrechung des Schlafes, wohl aber bei bewegungsabhängigen Schmerzen in der Lenden-Becken-Hüft-Region. Der Patient wache ständig auf oder aber erreichte seine eigentliche Tiefschlafphase, welche die eigentliche Erholung bringe, nur selten oder niemals. Durch dieses Schlafdefizit erkläre sich eine gewisse Tagesmüdigkeit, Antriebsarmut und reduzierte Belastbarkeit. Auch insoweit legt er Schmerzen in einem körperlichen Bereich zugrunde, die nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall als wesentliche Ursache zurückzuführen sind.

Die verbliebene Bohrer Spitze wurde in keinem der vorangegangenen Gutachten als funktionell bedeutsam erachtet.

Auch seine Auffassung einer somatoformen Schmerzstörung mit Depression ist nicht überzeugend. Ungeachtet der Frage nach seiner Fachkompetenz auf diesem Gebiet legt er zum einen Schlafstörungen zugrunde, die nicht hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden können. Zum anderen stellt sich seine Beurteilung als Ergebnis unbegründeter Behauptungen dar: Die somatoforme Störung auf dem Boden des Chronifizierungsprozesses zusammen mit der Ausbildung einer reaktiven Depression sei für ihn nach wie vor unmittelbar mit dem Unfallereignis und den Unfallfolgen verbunden. Die Schmerzen an Knie, Hüfte, Wirbelsäule und Kopf seien ohne den Unfall und dessen Folgen nicht denkbar. Insofern seien die Unfallfolgen als die wesentliche Bedingung für die Ausbildung einer somatoformen Schmerzstörung im rechtlichen Sinne als haftungsausfüllende Bedingung zugrunde zu legen. Die beschriebenen Schlafstörungen machten einen Menschen müde und im Alltag nur eingeschränkt belastbar.

Auch seine übrigen Ausführungen bieten keine sichere Tatsachengrundlage: Wenn man die Bilder des Unfallfahrzeuges und die unmittelbaren Unfallfolgen zur Kenntnis nehme, dürfe festgestellt werden, dass es sich um einen sehr schweren Unfall gehandelt habe. Es bedürfe keiner großen Phantasie, sich vorzustellen, welche gewaltigen Kräfte eingewirkt haben müssten, um das Fahrzeug derartig zu deformieren, und welcher kinetischen Energie der Fahrer in der Fahrgastzelle ausgesetzt gewesen sei, dabei geschleudert und gequetscht worden und zu Schaden gekommen sei. Dies gilt auch für seine sonstigen Überlegungen.

Seine weiteren Ausführungen stellen Aneinanderreihungen von Behauptungen dar. Er führt im Einzelnen aus:

Der lange "Krampf" um berufsfördernde Maßnahmen trug nicht dazu bei, die seelische Situation des Klägers zu verbessern. Die mit der letztlich gewährten Umschulung vom 12.03.2001 bis 24.06.2003 im Berufsförderungswerk M führte zu einer deutlichen Verbesserung der Zukunftsperspektive und der Kläger hatte wieder einen stabilen äußeren Rahmen, der ihm Halt und Zuversicht gab. Die Ausbildung zur Bürokraft verhalf ihm dann im Anschluss zu einer Vollzeitbeschäftigung in der Nähe seines Wohnortes, wurde dann aber schon im Sommer 2004 durch Konkurs des Unternehmens wieder beendet. Herr K fiel in die Arbeitslosigkeit und hat seitdem keine neue Beschäftigung mehr gefunden. Damit beginnt sich der Kreis zu schließen, der Kläger fällt in die Depression. Bei nach wie vor bestehender körperlicher Leistungsfähigkeit für seinen neuen Beruf als Bürokraft überwiegen dann die psychopathologischen Auffälligkeiten, die zu einer Teilhabestörung laut ICF im privaten wie auch im sozialen Bereich führen. Auffällig ist die Antriebsarmut und der für Außenstehende rechts monotone Tagesablauf, wie er in den Gutachten beschrieben wurde. Diese ist im Sinne eines sozialen Rückzuges zu werten und passt zu der Persönlichkeitseinschätzung des Klägers im Gutachten von Frau Dr. F und in das Bild einer somatoformen Störung wie oben beschrieben. Das Arbeitsverbot im August 1998 wird vom Kläger letztlich als Bedrohung empfunden. Der lange "Weg durch die Instanzen" löst Frustration und innere Widerstände aus sowie unbewusste Konzentration auf die wiederkehrenden Beschwerden, die in einer Intensität erlebt werden, die für Außenstehende nicht ganz nachvollziehbar sind; zum Beispiel Schmerzangabe im Gutachten T von VAS 6,5 bis 8,5 (Visuelle Analog-Skala 1-10) für Nacken-, Knie- bzw. Hüftschmerzen. Die lange Zeit der gutachterlichen Auseinandersetzungen, das Berufsverbot, die Umschulung sowie die lange Arbeitsunfähigkeit nach seiner beruflichen Tätigkeit werden vom Kläger/Patient als Kränkung empfunden und lösen Verzweiflung und entsprechende Reaktionen aus. Sie vermitteln ihm das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, ggf. sogar als Simulant abgestempelt zu werden. Damit fühlt sich der Patient in seiner Würde beschädigt und in seinem Selbstbewusstsein irritiert. Die Verbindung mit einem sinnvollen Lebensinhalt scheint abgeschnitten bzw. nicht mehr möglich. Dies führt zwangsläufig in eine Depression und es ist wahrscheinlich nur dem schlichten Gemüt des Klägers zu verdanken, dass er bei dem beschriebenen Tagesablauf (siehe GA Dr. S. 286 Bd. II SG) und eintönigen Lebensinhalten nicht schon längst den Boden unter den Füßen verloren hat. Er scheint irgendwie in ein soziales Umfeld eingebunden zu sein, welches ihn trägt und vor dem Absturz bewahrt. Er kümmert sich regelmäßig um seinen erkrankten Vater in Norwegen. Es ist als glücklicher Zufall zu werten, dass der Kläger offenbar wirtschaftlich unabhängig ist, keiner staatlichen Unterstützung bedarf und mit bescheidenen Lebensverhältnissen zufrieden zu sein scheint.

Somit ein eigenständiges Krankheitsbild entstanden, für das der Kläger keine Verantwortung trägt, da diese Prozesse unbewusst ablaufen. Wohl aber besteht damit ein direkter Bezug zu den Unfallfolgen, der sich aus dem bisher Gesagten zweifelsfrei ableiten lässt. Im Gegensatz zu Herrn Dr. T bin ich somit sehr wohl der Meinung, dass sich im Verlauf einer Teilhabestörung gemäß ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) entwickelt und dem Kläger den Zugang zum 1. Arbeitsmarkt aus mehreren Gründen versperrt. Eine Bewertung der psycho-sozialen Probleme mit den daraus resultierenden Folgen (Chronifizierung, chronisches Schmerzsyndrom, Depression, Teilhabestörung) wurden bisher in dieser Form noch nicht in die Überlegungen einbezogen.

Die Einschätzung des Sachverständigen ist auch deshalb nicht überzeugend, weil Dr. Z seine Überzeugung einer unfallbedingten somatoformen Schmerzstörung fachfremd auf das "Arbeitsverbot" gründet, das der Kläger als bedrohend erlebt habe. Dieses "Arbeitsverbot" beruht allerdings auf der Empfehlung der Ärzte, aus Anlass der Epilepsie bestimmte Tätigkeiten zu unterlassen. Dr. Z vermag jedoch selbst die Epilepsie nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Er räumt insoweit seine fehlende Fachkompetenz ein. Damit fehlt seiner Beurteilung die tragende Grundlage. Auch hat er die sozialen Probleme des Klägers, die in dessen unversicherten privaten Bereich liegen, außer Acht gelassen, die Frau Dr. F benannt hat, und die sich im neurologischen Gutachten von Dr. H und im Entlassungsbericht des Krankenhauses H wiederfinden.

Frau Dr. F hat in ihrem Gutachten, das der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet, schlüssig dargelegt, dass auf psychiatrischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen des Klägers auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Teil-)Ursache zurückzuführen ist - weder im Sinne der Verursachung noch der Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsstörung.

Sie diagnostizierte eine depressive Störung (F 32.9) a. G. einer sozialen Konfliktsituation bei entsprechend prädisponierter Persönlichkeitsstruktur.

Eine leichte depressive Erkrankung sei zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung zu attestieren. Im Ergebnis gelangte sie zu der Beurteilung, das Unfallereignis stelle keine rechtlich wesentliche Teilursache für die aktuelle psychiatrische Symptomatik dar. Das Unfallereignis bzw. das Anfallsleiden seien in Grad und Schwere ungeeignet, eine dauerhafte psychische Erkrankung hervorzurufen. So beklage der Kläger keinerlei Ängste beim Autofahren oder andere phobische Beschwerden. Er habe angegeben, große Enttäuschungen im Freundeskreis und in der Herkunftsfamilie erlebt zu haben. Die Beschämung, arbeitslos zu sein, beim Arbeitsamt um Hilfe bitten zu müssen, sich in seiner Unabhängigkeit beraubt zu sehen, habe ihn schwer erschüttert. Nach der Umschulung 2000 habe er eine psychische Stabilisierung bemerkt und sehe eine berufliche Perspektive, er habe einen neuen Freundeskreis aufbauen können.

Eine Epilepsie ist ebenfalls nicht auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Teil-)Ursache zurückzuführen, weder im Sinne der Verursachung noch der Verschlimmerung einer vorbestehenden Anlage oder Gesundheitsstörung. Die im Verwaltungsverfahren und Gerichtsverfahren eingeholten Gutachten begründen entweder einen Kausalzusammenhang gar nicht oder in nicht überzeugender Weise.

Der Senat hat auch über die Frage zu entscheiden, ob die Epilepsie durch den Arbeitsunfall verursacht wurde denn Streitgegenstand des Verfahrens ist die Gewährung einer Rente. Die jeweiligen Gesundheitsstörungen des Klägers sind nur Begründungselemente.

Der Arbeitsunfall des Klägers kann nach den vorgenannten rechtlichen Maßstäben zur wesentlichen Bedingung bereits nicht wesentliche Ursache seiner Epilepsie sein. Bereits im ersten Prüfschritt kann der Unfall nicht für die Epilepsie ursächlich sein: Zunächst ist zu prüfen, ob der Unfall weggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg (die Epilepsie) entfielen. Dies kann nicht festgestellt werden. Der Kläger hatte nach eigenen Angaben 1995 einen entsprechenden Anfall, ohne dass es eines Unfalls bedurfte.

Er hat in der Neurologischen Klinik im August 1998, in der er wegen eines generalisierten Krampfanfalls mit Aura behandelt wurde, angegeben, weitere "Anfälle dieser Art vor 3 Monaten und vor 3 Jahren" gehabt zu haben. Danach hatte er bereits vor dem Unfall einen Anfall. Die Chefärztin der Neurologischen Klinik der R Klinken GmbH Dr. W teilte der Beklagten auf deren Nachfrage im April 2000 mit, die Angaben zur Anamnese im Arztbrief über den Kläger im Oktober 1998 seien aufgrund der Aufgaben des Klägers selbst erfolgt.

Soweit der Kläger diese Angaben nunmehr bestreitet, ändert dies nichts daran, dass überzeugend ist, dass er sie zunächst gemacht aufgrund des von ihm Erlebten. Zwar lässt sich damit ein im Jahr 1995 erfolgter epileptischer Anfall nicht zweifelsfrei von Art und Ausmaß feststellen, aber seine früheren Angaben entsprechen der Tatsache, dass im Jahr 1995 ein EEG veranlassen wurde. Der Arztbrief des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. J vom 19. Mai 1995 weist nach, dass der Kläger 1993 Anlass hatte, seine Anfallsbereitschaft prüfen zu lassen. Ein EEG wurde nach diesem Arztbrief bereits am 18. Mai 1993 veranlasst. Unerheblich ist, dass ein unauffälliger Befund ohne Zeichen einer erhöhten Anfallsbereitschaft resultierte. Denn auch später nach dem Anfall 1998 war der Befund unauffällig und ohne Zeichen einer erhöhten Anfallsbereitschaft.

Entsprechend gelangte Dr. H in seinem neurologischen Gutachten zu der Beurteilung, dass der Unfall als wesentliche (Mit-)Ursache der Epilepsie als Folge des Unfalls nicht hinreichend wahrscheinlich ist. Er führte aus, dass bei unauffälligem neurologischen Status zum Aufnahmezeitpunkt und nur irrelevanten dezenten Auffälligkeiten bei neurologischen Folgeuntersuchungen, unauffälligen bildmorphologischen Untersuchungen bis hin zur MR mit Gradientenechosequenz und allenfalls suspekten EEG-Befunden sowie diskrepanten anamnestischen Angaben der eindeutige Nachweis eines posttraumatischen Anfallsgeschehens nicht möglich sei. Es gebe Hinweise in schriftlich fixierter Form für ein epileptisches Geschehen vor dem Unfall.

Dr. B hat zwar im Gerichtsverfahren die Epilepsie als mittelbare Unfallfolge bezeichnet, aber seine Begründung ist nicht überzeugend. Sie wird nicht den o. g. rechtlichen Anforderungen gerecht, die an die Beurteilung einer Gesundheitsstörung als wesentliche Ursache zu stellen sind. Er gründet seine Beurteilung auf die Vermutung einer nach dem Unfall entstandenen Narbe, die nicht nachgewiesen ist. Er führt aus, dass er insgesamt die Epilepsie für eine mittelbare Unfallfolge halte, dass sie sich mit Wahrscheinlichkeit aus einer durch den Unfall entstandenen kleinen Narbe im Gehirn entwickelt habe. Er räumt ein, dass diese bildgebend nicht darzustellen ist. Entsprechend räumte Dr. B in seiner Stellungnahme im November 2000 ein, dass seine Ausführungen auf Vermutungen beruhen.

Letztlich verbleibt für seine Begründung allenfalls der von ihm als typisch beurteilte zeitliche Zusammenhang zwischen dem Anfall 1998 und dem Arbeitsunfall. Ein zeitlicher Zusammenhang ist schon in Anbetracht des Anfalls vor dem Unfall und auch wegen der vielfältigen Ursachen, die eine Epilepsie begründen können, im Fall des Klägers nicht überzeugend. Diese Beurteilung steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen bildgebender Diagnostik: Nach dem radiologischen Zusatzgutachten der Dres. M und R aus dem Institut für Radiologie des Unfallkrankenhauses Berlin vom 15. Juni 2001 ergab ein MRT vom 26. März 2001 einen unauffälligen Befund. Sie führten aus:

Ergebnis: 1. Infratentoriell stellten sich sowohl der kaudale Hirnstamm als auch das Kleinhirn normgerecht dar. Die geringe Betonung der Weite des vierten Ventrikels und einzelner Kleinhirnerwurm-furchen ist als noch normgerecht anzusehen. 2. Auch supratentoriell unauffällige Abbildung des Ventrikelsystems, des Hirnparenchyms ohne Nachweis von Herdstörungen sowie normgerechte kortikale Furchenzeichnung. 3. Auch die hochempfindlichen Sequenzen wie die FLAIR-Sequenzen und die T2-W-Gradienten-Echo-Sequenzen zeigen keinen pathologischen Befund. 4. Die diskrete Schleimhautschwellung in den Siebbeinzellen beidseits, in der Nasenhaupthöhle rechts sowie die geringe Nasenseptumdeviation sind als nicht traumatisch bedingt anzusehen.

Zusammenfassung und Korrelation mit der gutachterlichen Fragestellung:

Das durchgeführte cerebrale MRT zeigte sowohl zum 1. als auch zum 2. Termin keinen pathologischen Befund. Auch bei den mit durchgeführten FLAIR-Sequenzen und Gradienten-Echo-Sequenzen T2-W ergab sich kein Hinweis auf signalreiche posttraumatische gliose Veränderungen oder Blutabbauprodukte im Sinne von Resten älterer kontusioneller Einblutungen. Insgesamt stellten sich sowohl die infratentoriellen Strukturen als auch die supratentoriellen Formationen mit einem regelrechten Befund dar. Es lassen sich gutachterlich somit keine morphologischen Parenchymläsionen nachweisen. Daneben ergibt sich aber auch kein Hinweis auf sonstige, z. B. degenerativ bedingte Hirnläsionen. Die geringgradigen Schleimhautschwellungen in den Siebbeinzellen beidseits und in der Nasenhaupthöhle rechts sind nicht posttraumatischer Natur. Auch die geringe Deformierung der Nasensecheidewand nach rechts ist anlagebedingt und nicht Traumafolge.

Dieser Befund steht auch in Übereinstimmung mit der Beurteilung eines MRT vom 20. November 2003. Unter der Fragestellung "Epilepsie" hat Dr. P am 20. November 2003 ausgeführt:

Untersuchungstechnik: Kraniales MRT vom 20.11.03 tSE-Mode mit sagittaler und axialer T2-W. IR-Mode mit koronaler sowie axialer T1-W (Schnittführung der axialen und koronalen Schichten ist nach Topographie der Temporalhörner ausgerichtet). Turbo FLAIR koronal (tSE).

Befund: Regulärer kraniozervikaler Übergang. Mittelständiger, normal weiter 4. Ventrikel. Unauffällige Abbildung von Medulla oblongata, Pons, Mesenzephalon und Kleinhirnhemisphären. Freie Recessus pontocerebellares bds. Mittelständiger, normal weiter 3. Ventrikel. Reguläre Form und Weite beider Seitenkammern. Unauffällige Darstellung der kortikalen und subkortikalen Strukturen beider Großhirnhemisphären in allen Sequenzen. Kein Anhalt für pathologische Signalintensitätssteigerung in den mesiotemporalen Regionen in FLAIR-Technik.

Ergebnis: Reguläres zerebrales MRT. Kein Anhalt für fokale, das Anfallsgeschehen erklärende Läsionen. Gyrierungsstörungen sind nicht erkennbar.

Soweit der Facharzt für Neurologie Prof. Dr. M am 21. November 2003 in einem Brief an den Kläger ausgeführt hat, man könne diskutieren, ob die vorbestehende Anlagestörung des Gefäßsystems durch das Trauma zur Manifestation einer fokalen Epilepsie geführt habe, unterstellt er eine vorbestehende Anlagestörung des Gefäßsystems, die in keinem MRT zuvor nachgewiesen wurde und auch im MRT vom 20. November 2003 nach dem Arztbrief von Dr. P ebenfalls nicht nachgewiesen wurde. Dies hat Dr. Z ausdrücklich erwähnt. Er teilt mit, dass zwar in der Epikrise von Prof. Dr. M eine "anlagebedingte venöse Dysplasie im Kortex und Marklager des Gyrus frontalis inferior links mit Veränderungen des umgebenden Hirnparenchyms" beschrieben werde, dass diese Aussage allerdings im Widerspruch zum Befund des ausführenden Instituts stehe (Seite 23 seines Gutachtens).

Der Senat sieht sich zu weiteren Ermittlungen dazu nicht veranlasst.

Die Beurteilung von Prof. Dr. M ist zweifelhaft und bietet keine Grundlage für zweifelsfreie Feststellungen. Kein zeitlich vorangegangenes MRT hat einen entsprechenden Befund zu einer vor dem Unfall bestandenen Krankheitsanlage dieser Art erbracht. Nach der Beurteilung von Dr. P ist auch im Jahr 2003 ein solcher Befund nicht erhoben worden.

Auch die weiteren im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten begründen keinen Kausalzusammenhang überzeugend. Im Gutachten von Dres. M und I bejahen diese zwar im Ergebnis den ursächlichen Zusammenhang. Allerdings beruht ihre Begründung ausschließlich auf Möglichkeiten. Sie schreiben, dass gedeckte Kontusionen häufig zu Rindenprellungsherden im Bereich der basalen Rinde führten und könnten daher auch Teile des basalen Schläfenlappens betreffen, welcher Ausgangspunkt komplex fokaler Anfälle gerade nach gedeckten Schädelhirntraumen sein könnte. Soweit sie einen zeitlichen Zusammenhang sehen, unterstellen sie einen Anfall bereits ½ Jahr nach dem Unfall, der vom Kläger selbst nicht beansprucht wird.

Im Gutachten von Prof. Dr. G erachtet dieser die Genese als ungeklärt. Hingegen meint er, dass bei unklarem Unfallhergang auch eine Unfallverursachung durch einen zerebralen Anfall denkbar sei. Zusammenfassend wurde ausgeführt, es handele sich um eine schwierige Zusammenhangsfrage, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sicher geklärt werden könne.

Prof. Dr. E erachtete einen Kausalzusammenhang für unwahrscheinlich im Arztbrief vom 22. Dezember 1998.

Für die Feststellbarkeit einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens in Bezug auf die Epilepsie fehlt es an der zweifelsfreien Feststellbarkeit einer vorbestehenden Schadensanlage bzw. einer vor dem Unfall bestandenen Gesundheitsstörung der Art und dem Ausmaß nach.

Soweit der Kläger darauf verweist, Dr. Z habe in den Erstbefunden Lücken zutage gefördert, die Befunde seien dürftig, vermag ihm dies nicht weiterzuhelfen. Die vorliegenden Befunde sind Grundlage der Beurteilung. Nicht nachgewiesene Befunde können nicht berücksichtigt werden. Die Folgen ihrer Nichtfeststellbarkeit hat der Kläger zu tragen. Ihn trifft die Beweislast für die ihn günstigen Tatsachen.

Der Anregung des Klägers auf Anhörung von Dr. Z hat das Gericht nicht nachzukommen. Der Kläger trug mit Schriftsatz vom 26. Januar 2011 vor, er sehe es als zwingend notwendig an, die neu entstandenen Fakten nochmals vor Gericht vorzutragen bzw. aus medizinischer Sicht von Dr. Z referieren zu lassen (unter anderen zum Beispiel "die Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens in Bezug auf die Epilepsie"), da unter den neuen Gesichtspunkten ein Kausalzusammenhang medizinisch bewiesen werden könne. Dies könnte als Antrag/Anregung auf Anhörung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung zu werten sein.

Dem ist nicht zu folgen.

Zwar steht den Beteiligten unabhängig von der im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts stehenden Möglichkeit, das Erscheinen des Sachverständigen im Termin anzuordnen, gemäß [§ 116 S. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), [§ 118 Abs. 1 S. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 397, 402, 411 Abs. 4 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) das Recht zu, dem Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die sie zur Aufklärung der Sache für dienlich erachten (BVerfG vom 03. Februar 1998 - [1 BvR 909/94 - NJW 1998, 2273](#)). Eine Form für die Befragung ist gesetzlich nicht vorgeschrieben, so dass sie sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen kann (BSG, Urteil vom 27. November 2007 - [B 5 a/5 R 60/07](#) B zitiert nach juris).

Der Gutachter hat sich zu diesem Themenkomplex allerdings bereits geäußert. Erläuterungsbedürftige Punkte hat der Kläger nicht hinreichend konkret bezeichnet.

Entscheidend ist, dass die nach seiner Ansicht erläuterungsbedürftigen Punkte dem Gericht rechtzeitig vor der mündlichen Verhandlung schriftlich mitgeteilt werden und die aufgeworfenen Fragen objektiv sachdienlich sind. Die dem Sachverständigen zu stellenden Fragen müssen zwar nicht formuliert werden. Allerdings sind die erläuterungsbedürftigen Punkte hinreichend konkret zu bezeichnen (BSG, [SozR](#)

[4-1500 § 116 Nr. 1](#) Rdnr. 7; BSG [SozR 4-1500 § 62 Nr. 4](#) Rdnr. 5, Urteil vom 23. Juli 2009 - [B 2 U 82/09 B](#)).

Hieran fehlt es.

Nach allem ist die Berufung unbegründet.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2](#) SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-05-05