## S 67 U 188/95

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Berlin-Brandenburg

Sozialgericht Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

Sachgebiet Unfallversicherung

Abteilung 3

Kategorie Urteil

Bemerkung -Rechtskraft -

Deskriptoren Wegeunfall

Schädel-Hirn-Trauma

Verletztenrente

kein ursächlicher Zusammenhang bei fehlendem Nachweis einer organischen

Hirnsubstanzschädigung

Notwendigkeit weiterer Beweiserhebung

Leitsätze

Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 67 U 188/95 Datum 13.05.1998

2. Instanz

Aktenzeichen L 3 U 42/98 Datum 13.07.2000

3. Instanz

Datum -

Die Berufung des Kl $\tilde{A}$ ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Mai 1998 wird zur $\tilde{A}$ ½ckgewiesen. Kosten sind auch f $\tilde{A}$ ½r das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

## Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch des Klägers auf Gewährung von Verletztenrente auf Dauer wegen der Folgen eines am 3. Juli 1992 erlittenen Unfalls.

Der am 11. Juli 1964 geborene Kläger hatte zunächst den Beruf eines Kfz-Mechanikers und -Elektrikers erlernt, ab April 1991 studierte er an der T. (TFH) Verfahrens- und Umwelttechnik. Am Freitag, dem 3. Juli 1992 gegen 14.45 Uhr erlitt er auf dem Weg von der TFH zu seiner damaligen Wohnung in der St. stra̸e 70 in B. -W. einen Unfall. Beim Befahren der K. straÄ ein Richtung W. straÄ emit dem Fahrrad stieÄ er mit dem Kopf gegen einen schrÄ g parkenden LKW-AnhÄ ger und stļrzte auf die Fahrbahn. Ein Rettungswagen der B. Feuerwehr brachte ihn in das J. Krankenhaus B. , wo er sich bis zum 15. Juli 1992 in stationÄ grer Behandlung befand. Dort wurden nach dem Entlassungsbericht vom 29. Juli 1992 eine "contusio cerebri, eine SchÄ gelkalottenfraktur links temporal, ein kleines subdurales bzw. subarachnoidales HÄ matom mit einem leichtgradigen HirnÄ dem" diagnostiziert und konservativ behandelt. Die weitere ambulante Behandlung erfolgte durch den Facharzt fļr Innere Medizin Dr. med. F. wegen der vom KlÄ ger geklagten andauernden Kopfschmerzen, KonzentrationsstÄ rungen, BeeintrÄ schtigung des Geschmacks- und Geruchsempfindens und Minderung der ArbeitsfÄ ghigkeit. Vom 15. Februar bis 6. Mai 1993 befand sich der KlÄ ger in einer stationÄ gren Heilbehandlung in der Neurologischen Klinik W. in Bad W. die beim Abschluss der Behandlung im Hinblick auf eine psychogene Komponente der Beschwerden die DurchfÄ hrung einer ambulanten Psychotherapie empfahl.

Auf die Unfallanzeige der Techniker Krankenkasse (TKK), eingegangen bei der Beklagten am 28. Juli 1992, nahm diese ihre Ermittlungen auf und zog die Krankenakte des J. Krankenhauses in Kopie bei. Nach der Epikrise vom 29. Juli 1992 zeigte sich der KlĤger bei der Aufnahme in der Ambulanz des I. Krankenhauses ansprechbar, jedoch sehr unruhig und es bestand eine retrograde Amnesie. Weiterhin holte die Beklagte einen Befund- und Behandlungsbericht von Dr. F. vom 5. März 1993 ein und zog die Arztbriefe der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik des UniversitAxtsklinikums R. -V. vom 16. Oktober 1992 und 9. Februar 1993 sowie die Zwischenberichte der Neurologischen Klinik W. /Bad W. vom 24. Februar 1993 und 26. März 1993 und den Abschlussbericht vom 13. Mai 1993 bei. Im Auftrag der Beklagten erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. H. am 7. Oktober 1993 ein nervenĤrztliches Gutachten nebst ergĤnzenden Stellungnahmen vom 18. November 1993 und 26. MĤrz 1994 und der Arzt fļr Neurologie und Psychiatrie Dr. med. A. K. am 14. Februar 1994 ein neuroradiologisches Zusatzgutachten. Nach Auswertung der im J. Krankenhaus gefertigten Röntgen- und CT-Aufnahmen sowie der cranialen Magnetresonanztomographie (MRT) aus der Praxis Dr. T. vom 27. September 1993 kam Dr. K. zu dem Ergebnis, dass sich der KlAzger bei dem Unfall folgende Verletzungen zugezogen habe:

- 1. links temporale Fraktur der SchĤdelkalotte;
- 2. laterale Fraktur der linken Frontobasis mit Frakturlinien im Bereich des Keilbeins und der KeilbeinhĶhle sowie konsekutivem Hämatosinus sphenoidalis;
- 3. Sprengung der Sutura Fronto-sphenoidalis bds.;
- 4. Entwicklung eines flachen, vermutlich epidural gelegenen Hämatoms links temporal in direkter anatomischer Beziehung zu der Frakturlinie ab dem 3. Tage nach dem Unfall.

Weiter fýhrte er aus, zu keinem Zeitpunkt seien Hinweise auf eine kontusionsbedingte Schädigung des Hirnparenchyms objektivierbar gewesen; insbesondere hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines "Hirnödems" gewinnen lassen. Vielmehr hätten sich Anhaltspunkte für das Vorliegen einer neurodegenerativen Erkrankung in Form von multiplen, beidseitig im Marklager gelegenen peri- und paraventrikulären Entmarkungsherden gezeigt.

Dr. H. fþhrte in seinem Gutachten aus, es sei an Hand der bildgebenden Verfahren ausgeschlossen, dass es bei dem Unfall zu einer morphologischen Schädigung des Gehirns gekommen sei. Von daher lägen nur funktionelle Folgen vor, die nur vorþbergehend anzuerkennen seien. Die diskutierte neurodegenerative Schädigung habe nichts mit dem Unfallgeschehen zu tun, dieser Befund könne im Ã□brigen ursächlich fþr den subjektiven Leistungsverlust des Klägers (Konzentrationsbeeinträchtigung, spezifische Einbrþche im Bereich des Umganges mit Zahlen und Mathematik) sein. Der Unfall selbst habe zu einem Schädel-Hirn-Trauma II. bis III. Grades mit einem nachfolgenden Durchgangssyndrom geführt. Von der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit müsse nach Beendigung der Kur in Bad W. ausgegangen werden. Danach könne wegen der funktionellen Beschwerden von einer vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Höhe von 30 v.H. ausgegangen werden; eine dauerrentenberechtigende MdE liege jedoch nicht vor.

Mit Bescheid vom 1. März 1994 gewährte die Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 3. Juli 1992 bis 6. Mai 1993 Verletztengeld. Mit weiterem Bescheid vom 13. April 1994 bewilligte die Beklagte für die Zeit vom 7. Mai 1993 bis 30. März 1994 eine zeitlich begrenzte Verletztenteilrente in Höhe von 30 v.H. der Vollrente. Zur Begründung fþhrte sie aus, nach den gehörten Gutachtern könnten ab dem Zeitpunkt der MRT-Erstellung in der Praxis Dr. T. am 27. September 1993 keine rentenberechtigenden Unfallfolgen mehr festgestellt werden. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch unter Hinweis auf die bei ihm seit dem Unfall bestehenden Beeinträchtigungen in Form von Dauerkopfschmerzen, Leistungsverlust sowie Verlust des Geschmacks- und Geruchssinnes.

Zwischenzeitlich hatte die Beklagte eine neurologische Zusatzbegutachtung durch den Arzt für HNO-Heilkunde PD Dr. med. A. veranlasst. Dr. A. führte in seinem Gutachten vom 7. Juli 1994 aus, bei der Untersuchung habe der KlĤger keine Geruchswahrnehmung fÃ1/4r aromatische Stoffe und Trigeminus- Reizstoffe sowie keine Geschmackswahrnehmung für süÃ∏e, salzige und saure Lösungen im Zungen- und Mundbereich gezeigt. Der Ausfall aller drei QualitAxten "Geruch, Trigeminus und Geschmack" sei jedoch sehr unwahrscheinlich und deute auf eine andere als traumatische Ursache hin. Insbesondere sei der Ausfall der Wahrnehmung von Trigeminus-Reizstoffen durch ein Schäzdel-Hirn-Trauma nicht zu erklĤren. Der KlĤger habe bei der Untersuchung einen kooperativen und korrekten Eindruck gemacht, letztendlich sei der Untersucher jedoch auf die subjektiven Angaben des Patienten bei den Tests angewiesen, so dass eine Aggravation oder Simulation nicht ausgeschlossen werden kA¶nne. Auch sei eine psychogene Komponente denkbar. Jedenfalls kA¶nne ein eindeutiger Unfallzusammenhang nicht bestÄxtigt werden, so dass auf seinem Fachgebiet eine MdE nicht vorliege. Daraufhin lehnte die Beklagte durch Bescheid vom 26. Juli 1994 die GewĤhrung einer Verletztenrente auf Dauer ab und führte aus, der Bescheid sei nach § 86 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des laufenden Widerspruchsverfahrens geworden. Auch hiergegen wandte sich der KIĤger mit seinem Widerspruch und legte ein Attest seines behandelnden Internisten Dr. F. vom 13. Juli 1994 sowie den Entlassungsbericht der Psychosomatischen Klinik Bad B. vom 12. Oktober 1994 über die vom 17. August bis 14. September 1994

durchgeführte stationäre Behandlung vor. Er trug vor, mangels entsprechender Vorerkrankungen seien sowohl die Intensität des Verlustes des Geruchs- und Geschmackssinnes wie auch die therapieresistenten Kopfschmerzen und die daraus resultierenden LeistungseinbuÃ□en auf den Unfall zurückzuführen. Im Ã□brigen sei der Rentenberechnung zu Grunde gelegte Jahresarbeitsverdienst zu niedrig bemessen. Seine abgeschlossene Berufsausbildung als Automechaniker sei der Bewertung zu Grunde zu legen.

Nach Einholung einer weiteren gutachtlichen Stellungnahme von Dr. H. vom 26. Dezember 1994 wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 13. Februar 1995 den Widerspruch gegen die Bescheide vom 13. April 1994 und 26. Juli 1994 mit der Begründung zurück, eine rentenberechtigende MdE habe nur bis zum 27. September 1993 vorgelegen. Da sie â□□ die Beklagte â□□ davon erst durch das Gutachten vom 26. März 1994 erfahren habe, sei die Verletztenrente bis zum 30. März 1994 gewährt worden. Unfallfolgen, die darüber hinaus eine rentenberechtigende MdE begründen könnten, seien nicht nachgewiesen. Im Ã□brigen bestimme sich die Höhe der Verletztenrente nach § 575 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO), d.h. nach dem sogenannten Mindestjahresarbeitsverdienst, weil der Kläger als Studierender neben monatlichen Leistungen aus dem BAFöG nur geringe Einnahmen aus seiner Nebentätigkeit als Taxifahrer erzielt habe. § 573 RVO komme nicht zur Anwendung, da dem Kläger keine unbefristete Rente zustehe.

Mit der am 10. März 1995 beim Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Gewährung einer Dauerrente weiter verfolgt. Er hat vorgetragen, durch die seiner Ansicht nach unfallbedingten Leistungseinschränkungen habe sich seine Studienleistung erheblich verschlechtert, insbesondere habe sich die Studienzeit dadurch verlängert. Der seit dem Unfall bestehende Dauerkopfschmerz sei trotz zwischenzeitlicher Schmerztherapien eine erhebliche Belastung für ihn. Schon auf Grund der Kopfschmerzen sei eine MdE von mindestens 30 v.H. angemessen. Auch werde der Verlust des Riech- und Geschmacksvermögens nicht ausreichend berücksichtigt. Im Ã□brigen sei er bis zum 11. März 1991 als Kfz-Mechaniker und -Elektriker tätig gewesen. Vor dem Unfall sei er zu auÃ□ergewöhnlichen Leistungen fähig gewesen, durch den Unfall sei seine Leistungsfähigkeit durchschnittlich geworden. Dies stelle eine gravierende Beeinträchtigung dar. Auch sei er nicht in der Lage, zwischen Vorder- und Hintergrundinformationen bzw. -geräuschen zu differenzieren.

Das SG hat zunĤchst von Amts wegen ein neurologisch-psychiatrisches Zusammenhangsgutachten von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. G. Bu. vom 26. März 1996 eingeholt. Dr. Bu. hat nach Untersuchung des Klägers sowie Auswertung einer von ihm veranlassten neuropsychologischen Zusatzuntersuchung durch den Diplom-Psychologen N. und der ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen ausgeführt, die durchgeführten Tests zeigten keinerlei Hinweise auf eine organisch bedingte Leistungsschwäche sowie keine Störungen im Aufmerksamkeitsbereich und in der kognitiven Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Weder computertomopraphisch noch im

später abgeleiteten Kernspintomogramm des Klägers hätten kontusionsbedingte Hirnsubstanzläsionen nachgewiesen werden können. Auch für die im Kernspintomogramm beschriebenen Veränderungen, die auf neurodegenerative Veränderungen hindeuten würden, finde sich klinisch kein Korrelat. Als posttraumatisch bedingt seien demnach die Kopfschmerzen und der Verlust des Geruchs- und Geschmacksempfindens anzusehen. Die daraus resultierende unfallbedingte MdE werde für die Zeit ab 1. April 1994 auf 15 v.H. eingeschätzt.

Auf Antrag des KIägers hat das SG nach § 109 SGG ein weiteres neurologischpsychiatrisches Fachgutachten von dem Chefarzt der Neurologischen Klinik W. /Bad W., dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. W. P. vom 23. Juni 1997 eingeholt. Dr. P. hat in seinem Gutachten ausgefä¼hrt, die bei der Untersuchung durchgeführten Testverfahren hÃxtten eindeutig deutliche EinbuÃ∏en der kognitiven FĤhigkeiten unter Belastungsbedingungen belegt. Diese Ergebnisse seien vergleichbar mit den Ergebnissen aus dem Jahre 1993 wĤhrend der stationären Behandlung in der Neurologischen Klinik W â∏! Dagegen hätte bei den ambulant durchgefļhrten psychologischen Testverfahren nicht im erforderlichen Umfang die Belastungssituation, wie sie im Rahmen des Alltags bzw. bei ErwerbstÄxtigkeit zu unterstellen sei, simuliert werden kĶnnen. Die beigebrachten kernspintomopraphischen Bilder ergÄxben jedoch keine Hinweise auf posttraumatische VerĤnderungen, eher bestehe der dringende Verdacht auf chronisch-entzündliche ZNS-Veränderungen wie z.B. bei einer Encephalomyelitis disseminata. Die ebenfalls festgestellte Kombination von StĶrungen mit Ausfall von Geruchsnerven, des Nervus Trigeminus und von Geschmacksnerven sei ungewA¶hnlich und auch durch die bekannten Frakturen und HirnschĤdigungsfolgen nur teilweise erklĤrbar. Die ausfļhrliche biographische Exploration habe keine schwerwiegenden Belastungen der früheren Kindheit, die eine psychosomatische Erkrankung im engen Sinne begründen könnte, erbracht. Jedoch sei die persistierende Schmerzsymptomatik des geklagten Ausma̸es nach Schā¤del-Hirn-Trauma ungewā¶hnlich, sie kā¶nne jedoch wie im Falle des Klā¤gers bei bestehenden kognitiven BeeintrÄxchtigungen und andererseits bestehenden hohen eigenen Leistungsanforderungen akzentuiert werden. Als Folgen des Unfalles seien anzusehen: StĶrungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, belastungsabhĤngige BeeintrĤchtigungen der geistigen LeistungsfĤhigkeit und Kopfschmerzen. Die kognitiven Einbu̸en könnten durchaus ohne kernspintomographisch nachweisbares Korrelat bestehen. Falls sich im weiteren Verlauf eine Verschlechterung der jetzt nachgewiesenen StĶrungen ergeben sollte, wäre die dringlich vermutete Begleiterkrankung â∏ chronisch-entzündlicher Prozess des ZNS â∏ eher dafür verantwortlich zu machen. Die unfallbedingte MdE werde fýr die Zeit ab 1. April 1994 mit 50 v.H. eingeschätzt.

Der KlĤger hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 13. April 1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 1995 zu Ĥndern und die Beklagten zu verurteilen, Verletztenrente über den 30. März 1994 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat unter Vorlage einer weiteren Stellungnahme des Nervenarztes Dr. H. vom 10. September 1997 geltend gemacht, weder Dr. Bu. noch Dr. P. hätten den von ihnen bejahten Kausalzusammenhang zwischen dem vollständigen Geruchs- und Geschmacksverlust und dem Unfall begründen können. Auch habe Dr. P. nicht dargelegt, warum die kognitiven LeistungseinbuÃ□en des Klägers trotz fehlender posttraumatischer Hirnschäden auf den Unfall und nicht die ebenfalls von ihm festgestellten degenerativen ZNS-Veränderungen zurückzuführen seien.

Das SG hat durch Urteil vom 13. Mai 1998 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dem Kläger stehe ein Anspruch auf Weitergewährung von Verletztenrente nicht zu, weil eine rentenberechtigende MdE von mindestens 20 v.H. nicht gegeben sei. Zwar sehe es die Kammer auf Grund des Gutachtens von Dr. Bu. als erwiesen an, dass der Unfall vom 3. Juli 1992 einen kombinierten Geruchsund Geschmacksverlust sowie posttraumatische Kopfschmerzen hinterlassen habe. Weitere Unfallfolgen lÄxgen jedoch nicht vor. Insoweit folge die Kammer den überzeugenden Ausführungen von Dr. Bu. die sich im Wesentlichen mit den Feststellungen von Dr. H. im Verwaltungsverfahren decken wýrden. Hinsichtlich der von Dr. P. beschriebenen belastungsabhĤngigen BeeintrĤchtigungen der geistigen LeistungsfĤhigkeit fehle es an einer überzeugenden Begründung bezüglich der Verursachung durch den Unfall. Im Ã∏brigen habe die neuropsychologische Untersuchung von Dr. Bu. ergeben, dass keine weiteren AusfĤlle im Aufmerksamkeitsbereich und in der kognitiven Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit vorlĤgen. Dem entspreche auch, dass der KlÄger nach dem Unfall weiter studiert und sein Studium erfolgreich abgeschlossen habe.

Gegen das ihm am 11. Juni 1998 zugestellte Urteil richtet sich der KlĤger mit seiner am 3. Juli 1998 beim Landessozialgericht Berlin eingelegten Berufung. Unter Vorlage von schriftlichen AuskA¼nften des VizeprAxsidenten des Schmerztherapeutischen Kolloguiums e.V. Dr. med. Th. N. vom 1. September 1998, des Leiters der Schmerzklinik K. Prof. Dr. med. G. vom 10. August 1998 sowie des Uni.-Prof. Dr. Dr. med. L. von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. vom 5. August 1998 und Kopien weiterer medizinischer Literatur betreffend HirnschĤdigung und Kopfschmerzsymptomatik vertritt er die Auffassung, die bei ihm bestehende verminderte Belastbarkeit bzw. verminderte kognitive LeistungsfÄxhigkeit bestehe weiterhin fort. So habe er deswegen auch eine Arbeitsstelle verloren. Schlie̸lich seien die bei ihm bestehenden BeeintrÃxchtigungen für traumatische HirnlÃxsionen typisch, wie sich aus der vorgelegten Literatur ergebe. Im ̸brigen seien die von Dr. Bu. und Dr. H. durchgefýhrten Testverfahren schon wegen der Kürze nicht geeignet gewesen, seine LeistungsfĤhigkeit objektiv zu beurteilen. Zwar habe das SG einen posttraumatischen Kopfschmerz als bestehend angesehen, gleichzeitig jedoch davon ausgehende BeeintrÄxchtigungen der geistigen LeistungsfÄxhigkeit verneint. Dies sei ein eklatanter Widerspruch in sich und zur herrschenden medizinischen

Lehre bzw. den Ergebnissen der Schmerzforschung. Zum Nachweis hat der KlĤger die von ihm von 1994 bis 1998 geführten Schmerztagebücher sowie den Arztbrief des Leiters der Neurologischen Klinik der Universität H. Prof. Dr. med. K. vom 15. November 1999 über die im Oktober 1999 durchgeführte ambulante Untersuchung vorgelegt.

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Mai 1998 sowie den Bescheid der Beklagten vom 26. Juli 1994 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 13. April 1994 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 1995 zu Äxndern sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Unfalles vom 3. Juli 1992 Verletztenteilrente in HĶhe von 30 vom Hundert der Vollrente ab dem 1. April 1994 zu gewÄxhren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckzuweisen.

Sie sieht sich in ihrer Auffassung durch die im Berufungsverfahren erfolgte Beweisaufnahme bestĤtigt.

Der Senat hat zunĤchst die Original-Krankenakte des J. Krankenhauses sowie die Original-CT- und MRT-Aufnahmen des SchĤdels des KlĤgers zum Verfahren beigezogen. AnschlieÄ□end hat er durch Beweisanordnung der Berichterstatterin vom 8. Februar 1999 den Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Sch. -Klinik PD Dr. med. H. St. mit der Erstellung eines medizinischen

Sachverständigengutachtens beauftragt. Prof. Dr. St. hat in seinem Gutachten vom 1. Juli 1999 als beim Kläger auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet bestehende Gesundheitsstörungen festgestellt:

Schädelfraktur fronto-basal und temporal links mit epiduraler Blutung und commotio cerebri;

Psychoreaktive Fehlverarbeitung des Unfallereignisses mit chronischen Cephalgien und subjektiv erlebten kognitiven Beeintr $\tilde{A}$ xchtigungen bei einer Pers $\tilde{A}$ nlichkeit mit narzisstischen und anankastischen  $Z\tilde{A}^{1}$ 4gen; Anosmie beidseits.

Er hat ausgeführt, in Ã□bereinstimmung mit sämtlichen Vorgutachtern sei die Anosmie mit ausreichender Wahrscheinlichkeit als organische Dauerfolge des Unfalls anzusehen. Dagegen seien die geklagten Kopfschmerzen und die Einschränkungen im Hirnleistungsbereich nur vorübergehend als Unfallfolge anzuerkennen. Die Verarbeitungsstörung des Unfalls grþnde in der Persönlichkeit des Klägers und sei nicht als Unfallfolge zu werten. Es liege aber auch keine eigenständige psychiatrische Erkrankung vor, die durch das Unfallereignis eine richtungsweisende Verschlimmerung erfahren hätte.

Im Falle des Klägers sei im Hinblick auf die erlittene doppelte Schädelfraktur von einer stärkeren Gewalteinwirkung auszugehen, auch habe der Kläger mit

besonderen Problemen der Krankheitsverarbeitung zu kämpfen gehabt, so dass mit Dr. H. eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum Abschluss der stationären Behandlung in Bad W. angenommen werden könne. Unter Zugrundlegung der Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung und der auch durch den Studienplan nachgewiesenen gesteigerten Leistungsfähigkeit des Klägers sei nach Entlassung aus der stationären Behandlung nur noch eine MdE von 30 v.H. zu rechtfertigen, über den 31. März 1994 hinaus sei eine unfallbedingte MdE in rentenberechtigendem Grade nicht mehr begründbar. Ab diesem Zeitpunkt bestehe als unfallbedingtes Leiden nur noch die Anosmie, die mit einer dauerhaften MdE in Höhe von 10 v.H. einzuschätzen sei.

Auf die Einwendungen des Kl\(\tilde{A}\)\mathbb{\mathbb{m}}\gers in den Schrifts\(\tilde{A}\)\mathbb{\mathbb{m}}\tank tzen vom 21. Oktober 1999 und 30. November 1999 hat der Sachverst\(\tilde{A}\)\mathbb{m}\ndige Prof. Dr. St. am 11. April 2000 unter detaillierter Auswertung der Krankenakte des J. Krankenhauses erg\(\tilde{A}\)\mathbb{m}\nzend Stellung genommen.

Der Klä¤ger hat hierzu weitere Einwendungen erhoben: Der gesamte Unfallverlauf habe keine Berã¼cksichtigung gefunden. So sei im Rahmen des polizeilichen Ermittlungsverfahren gegen einen mã¶glicherweise beteiligten Autofahrer festgestellt worden, dass er mit ca. 25 bis 30 km/h gegen den freistehenden LKW-Anhã¤nger gefahren sei. Dies entspreche einem Fall aus 3,5 m Hã¶he. Im ã∏brigen erscheine der Umgang des Sachverstã¤ndigen Prof. Dr. St. mit der Krankengeschichte des J. Krankenhauses als willkã¼rlich. Daher bedã¼rfe es eines weiteren Gutachtens zur Auswertung der Krankenunterlagen des Jã¼dischen Krankenhauses. Auch sei der erstbehandelnde Arzt Dr. M. vom J. Krankenhaus zum Zustand des Klã¤ger direkt nach dem Unfall zu hã¶ren, zumal sich in dessen Arztbrief vom 29. Juli 1992 diverse falsche Darstellungen (Datenvertauschungen, Widersprã¼che zur Krankenakte) fã¤nden.

Der KlĤger beantragt weiterhin,

- 1. ein ergĤnzendes Gutachten zur Auswertung der Krankenunterlagen des J. Krankenhauses einzuholen,
- 2. Beweis über die Dauer der Bewusstlosigkeit des Klägers zu erheben durch Zeugnis des behandelnden Arztes des J. Krankenhauses Dr. M â□¦

Hinsichtlich der näheren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der 2 Bände umfassenden Verwaltungsakte und des beigezogenen Originalkrankenblattes des J. Krankenhauses B., die Gegenstand der mù¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

## Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig (§ 143 SGG), jedoch nicht begrþndet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäÃ□ig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht wegen der Folgen des Unfalls vom 3. Juli 1992 ein Anspruch auf Verletztenrente þber den 31. März 1994 hinaus nicht zu.

MaÃ□geblich fþr die Beurteilung der Sach- und Rechtslage sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) þber die gesetzliche Unfallversicherung. Die am 1. Januar 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) finden gemäÃ□ §Â§ 212, 214 Abs. 3 SGB VII fÃ⅓r vor dem 1. Januar 1997 eingetretene Versicherungsfälle nur Anwendung, wenn Rentenleistungen erstmals nach In-Kraft-Treten des SGB VII festzusetzen sind. Die vom Kläger begehrten Rentenleistungen wären, sofern der Anspruch bestanden hätte, schon vor dem 1. Januar 1997, nämlich ab dem 1. April 1994, erstmals festzusetzen gewesen.

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden gemĤÃ A§ 547 RVO nach Eintritt eines Arbeitsunfalls gewĤhrt. GemĤÄ∏ § 550 Abs. 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch ein Unfall, den ein Versicherter auf einem mit einer der in den §Â§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten Tätigkeiten zusammenhängenden Weg nach und von dem Ort der TAxtigkeit erleidet. Verletztenrente wird gewAxhrt, wenn die zu entschändigende Minderung der Erwerbsfänkhigkeit (MdE) ä<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ber die 13. Woche hinaus andauert (§ 580 Abs. 1 RVO) und die ErwerbsfĤhigkeit um wenigstens ein FA1/4nftel (20 v.H.) gemindert ist (A§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Erforderlich ist somit zunĤchst, dass ein Unfall vorliegt, d.h. ein von auÄ∏en her auf den Menschen einwirkendes kA¶rperlich schA¤digendes Ereignis. Weiter ist zur GewĤhrung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlich, dass zwischen der unfallbringenden TÄxtigkeit und dem Unfallereignis ein innerer ursÃxchlicher Zusammenhang besteht. Dieser ursÃxchliche Zusammenhang muss auch zwischen dem Unfallereignis und der GesundheitsschĤdigung bestehen. Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursÃxchlich für einen Erfolg anzusehen, die im VerhÃxItnis zu anderen UmstÃxnden wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Dabei müssen das Unfallereignis und die GesundheitsstĶrungen nachgewiesen sein, wĤhrend es für die Feststellung des ursÃxchlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der GesundheitsstĶrung ausreicht, wenn eine "Wahrscheinlichkeit" vorliegt, weil es im Regelfall nicht mit einer jeden Zweifel ausschlieAnenden vollkommenen Sicherheit möglich sein wird, die Kausalität nachzuweisen; die bloÃ∏e Möglichkeit eines ursÃxchlichen Zusammenhangs genügt nicht (BSG in SozR 2200 § 581 Nr. 26). Ein Zusammenhang ist wahrscheinlich, wenn bei AbwA¤gung der fA¼r den Zusammenhang sprechenden ErwĤgungen diese so stark überwiegen, dass darauf die ̸berzeugung der entscheidenden Stelle gegründet werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zur der Auffassung gelangt, dass der Kläger am 3. Juli 1992 einen Arbeits- (Wege-)Unfall erlitten hat, bei dem es zu einer Schädelfraktur fronto-basal und temporal links mit epiduraler Blutung und Commotio cerebri sowie einer Anosmie beidseits gekommen ist, die Ã⅓ber den 31. März 1994 hinaus eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht mehr bedingen. Dagegen sind die vom Kläger weiterhin geltend gemachten andauernden Kopfschmerzen und Einschränkungen im Hirnleistungsbereich nicht mit Wahrscheinlichkeit Folgen des Unfallereignisses vom 3. Juli 1992. Dies ergibt sich zur Ã□berzeugung des Senats aus den im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren gewonnenen medizinischen Erkenntnissen, insbesondere aus dem

SachverstĤndigengutachten des Prof. Dr. St. vom 1. Juli 1999 nebst ergĤnzender Stellungnahme vom 11. April 2000. Der Senat hat keine Zweifel, dass die Feststellungen und Schlussfolgerungen des SachverstĤndigen Prof. Dr. St. in vollem Umfange zutreffen. Der SachverstĤndige ist dem Senat seit vielen Jahren als überaus sorgfÃxltiger und sachkundiger Gutachter bekannt. Darüber hinaus ist sein Gutachten sachlich, schlA¼ssig und frei von WidersprA¼chen. Der Sachverständige hat sich äuÃ∏erst sorgfältig mit den verschiedenen, zum Teil voneinander abweichenden Befunden der behandelnden und begutachtenden ̸rzte auseinandergesetzt und unter eingehender Abwägung der einzelnen Argumente begründete Schlussfolgerungen gezogen. Er hat die von den behandelnden ̸rzten des Klägers erhobenen Befunde nicht kritiklos übernommen, sondern an Hand der vorhandenen Unterlagen und seiner medizinischen Erfahrungen einer kritischen Würdigung unterzogen. Insbesondere in seiner ergĤnzenden Stellungnahme vom 11. April 2000 hat er sich unter detaillierter Auswertung der in der Krankenakte des erstbehandelnden I. Krankenhauses dokumentierten Befunde mit den Einwendungen des KlĤgers im Einzelnen auseinander gesetzt. Der Senat sah deshalb auch keine Veranlassung, dem Beweisantrag des KlĤgers zu 1. zu folgen und ein ergĤnzendes Gutachten zur Auswertung der Krankenunterlagen des J. Krankenhauses einzuholen. Denn der Sachverständige verfügt als Klinikarzt über ausreichende berufliche Erfahrungen im Lesen und Auswerten von KrankenblÄxttern.

Die beim Unfall erlittenen SchĤdelfrakturen nebst epiduralen Blutungen sind beim KlĤger folgenlos ausgeheilt. Verblieben ist â□□ nach Ã⅓bereinstimmender Auffassung aller gehĶrten Gutachter und SachverstĤndigen â□□ eine dauerhafte StĶrung des Geruch- und Geschmacksinns (Anosmie beidseits). Dieser Zustand bedingt nach den Kriterien der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. SchĶnberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S. 295) maximal eine MdE von 15 v.H â□¦

Die vom KlĤger auch nach Abschluss der stationĤren Heilbehandlung in Bad W. als fortdauernd geschilderten Beschwerden in Form von Dauerkopfschmerzen und HirnleistungsbeeintrÄxchtigungen kĶnnen fļr die Zeit ab 1. April 1994 nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Juli 1992 zurÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgefÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt werden. So fehlt es schon am Nachweis einer objektivierbaren Ursache für die geklagte Beschwerdesymptomatik in Form einer HirnsubstanzschÄxdigung, Zwar wird in den vorliegenden Arztbriefen bzw. Entlassungsberichten, wie z.B. als Diagnose im Entlassungsbericht des J. Krankenhauses Berlin vom 29. Juli 1992, gelegentlich als unmittelbare Unfallfolge eine Contusio cerebri (Gehirnguetschung) erwĤhnt. Diese Diagnose entspricht jedoch nicht den objektiven, in der Krankenakte des J. Krankenhauses dokumentierten Befunden sowie den Befunden der bildgebenden Verfahren spĤterer Kontrolluntersuchungen. Von einer Contusio, d.h. von einer SubstanzschĤdigung des Gehirns, kann nur ausgegangen werden, wenn neben einer lĤnger als 1 bis 2 Stunden andauernden posttraumatischen BewusstseinsstĶrung cerebrale Herdsymptome wie LĤhmungen oder epileptische AnfĤlle auftreten oder radiologische HirnsubstanzschĤden nachweisbar sind oder Symptome einer traumatischen Psychose auftreten. Wie von dem SachverstĤndigen Prof. Dr. St. ausfļhrlich dargelegt, muss an Hand der in der

Krankenakte des J. Krankenhauses dokumentierten Befunde von einer initialen Bewusstlosigkeit des KlĤgers im Anschluss an das Unfallereignis ausgegangen werden. Lediglich die Dauer der posttraumatischen Bewusstlosigkeit lÄxsst sich nicht mehr exakt bestimmen. So ist von dem aufnehmenden Arzt des I. Krankenhauses auf der Rückseite des Pflegebogens vom Unfalltag notiert worden: "Patient war vorher bewusstlos (Zeitspanne nicht bekannt), von der Feuerwehr hierher gefahren worden". Wegen der starken Unruhe des KlAzgers hat der aufnehmende Arzt diesen sedieren mÃ1/4ssen, so dass die Krankenschwester ihn tief schlafend angetroffen und "Nichtansprechbarkeit" festgestellt hat. Der Späxtdienst vom Aufnahmetag hat dann schriftlich festgehalten: "Patient um 17.00 Uhr von der Ambulanz übernommen â∏, Patient ist ansprechbar und nicht orientiert". Weiter ist vom Späxtdienst mitgeteilt worden, dass der Kläxger bradykard und sehr unruhig sei und deshalb fixiert werden musste und weiterhin Dormicum-Perfusor erhalten habe. Diese Behandlung ist bis zum Mittag des 5. Juli 1992 weiter gefA<sup>1</sup>/<sub>4</sub>hrt worden. Die Ruhigstellung durch das Medikament Dormicum-Perfusor vermag zwar bei dem KlAxger den Eindruck einer "zweitAxgigen Bewusstlosigkeit" hinterlassen haben, sie erklĤrt auch die verminderte Reaktion des KlĤgers auf Ansprache durch den Pflegedienst und begründet zum Teil die Dauer der Amnesie nach dem Unfallereignis, jedoch stellt sie keine posttraumatische Bewusstlosigkeit dar. Neurologische Ausfallerscheinungen wie cerebrale Herdsymptome, epileptische AnfĤlle oder LĤhmungen sowie Symptome einer traumatischen Psychose sind in den Unterlagen des J. Krankenhauses nicht beschrieben und auch bei der neurologischen Konsiliaruntersuchung am 7. Juli 1992 nicht gefunden worden. Eine morphologische Verletzung des Hirngewebes lieà sich nach den übereinstimmenden Feststellungen aller Gutachter und Sachverständigen radiologisch nicht nachweisen. Zwar wird in dem CT-Befund des J. Krankenhauses vom 6. Juli 1992 ein kleiner Contre-coup-Herd mit geringen subarachnoidalen Einblutungen rechts temporo-occipital beschrieben sowie der Verdacht auf ein diskretes diffuses Hirnödem geäuÃ∏ert. Jedoch haben sich bei der Kontrolluntersuchung vom 14. Juli 1992 keine Hinweise auf Subarachnoidal- und Kontusionsblutungen mehr gefunden, auch konnte ein HirnĶdem nicht bestĤtigt werden. Bereits Dr. K. hat in seinem neuroradiologischen Gutachten vom 14. Februar 1994 nach Auswertung der Original-CT-Aufnahmen vom 3., 4., 6. und 14. Juli 1992 sowie der RA¶ntgenaufnahmen vom 6. Juli 1992 und der MRT-Aufnahmen vom 23. und 27. September 1993 darauf hingewiesen, dass zu keinem Zeitpunkt eine kontusionsbedingte Schäzdigung des Hirnparenchyms objektivierbar gewesen ist und sich Anhaltspunkte für ein Hirnödem aus den vorliegenden Aufnahmen nicht haben gewinnen lassen. Selbst Dr. P. hat auf Seite 19 seines Sachverständigengutachtens dargelegt, dass die beigebrachten kernspintomographischen Bilder keine Hinweise auf posttraumatische VerĤnderungen ergeben. Auch stellt die beim KlĤger bestehende StĶrung des Geruch- und Geschmacksinns, bedingt durch einen Abriss der FĤden des Geruchnervens, keine Verletzung der Hirnsubstanz selbst dar.

Vielmehr kam es bei dem Unfall vom 3. Juli 1992 neben den ausgeheilten Frakturen und epiduralen Blutungen, wie schon vom neurologischen Konsilianes des J. Krankenhauses festgestellt, zu einer Commotio cerebri (Gehirnersch $\tilde{A}^{1}$ /4tterung), d.h. zu einer reversiblen Hirnfunktionsst $\tilde{A}^{1}$ rung. Bei der Gehirnersch $\tilde{A}^{1}$ /4tterung, die

sowohl mit einer retrograden als auch anterograden Amnesie, einer initialen Bewusstlosigkeit sowie mit verschiedenen vegetativen Beschwerden (Durchgangssyndrom) wie A

belkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel oder KreislaufregulationsstĶrungen einhergeht, handelt es sich um eine Reizung der Gro̸hirnrinde, die jedoch stets reversibel ist. Demzufolge besteht ArbeitsunfĤhigkeit wegen des Durchgangssyndroms in der Regel für vier bis sechs Wochen, bei schweren Formen und starken subjektiven Beschwerden kann eine abgestufte MdE für einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren gerechtfertigt sein. Die beim KlÄgger nach dem Unfall zunÄgchst in ausgeprÄggter Form bestehenden vegetativen Beschwerden (Durchgangssyndrom) sind in Folge der stationären und ambulanten Behandlung sukzessive abgeklungen, so dass nach den überzeugenden, in Ã∏bereinstimmung mit den Vorgutachtern Dr. H. und Dr. Bu. stehenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. St. spätestens mit Abschluss der Heilbehandlung in der Neurologischen Klinik W. in Bad W. Anfang Mai 1993 die ArbeitsfĤhigkeit des KlĤgers wieder hergestellt war und nur fļr einen vorübergehenden Zeitraum bis maximal Ende März 1994 noch eine â∏∏ unfallbedingte â ☐ MdE in rentenberechtigendem Umfange vorgelegen hat. Zwar leidet der Kläger â∏∏ wie auch von Prof. Dr. St. festgestellt â∏∏ über diesen Zeitraum hinaus an Kopfschmerzen und mehr oder weniger ausgeprÄxgten funktionellen HirnleistungsstĶrungen, die jedoch nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. Juli 1992 zurļckzufļhren sind. Diese Beurteilung entspricht den erhobenen Befunden, dem dokumentierten Heilungsprozess und auch der Schwere der erlittenen Verletzungen. So kA¶nnen entgegen der vom KlĤger vertretenen Auffassung weder aus den erlittenen SchĤdelfrakturen noch aus der in den vorhandenen medizinischen Unterlagen teilweise differierenden Gradeinteilung des erlittenen Schäzdelhirntraumas (SHT) Rückschlüsse auf die Schwere des erlittenen Hirntraumas (Commotio cerebri) und die Dauer des hierdurch verursachten Durchgangssyndroms gezogen werden. Denn ein Schäudelbruch bedeutet nicht immer gleichzeitig eine Verstäurkung der Auswirkungen der Gewalt auf das Gehirn, vielmehr kann der Bruch die Tiefenwirkung abschwäxchen oder aufheben (vgl. Schänberger/Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Auflage 1998, S. 309 m.w.N.). Auch wird die Gradeinteilung beim SHT nicht einheitlich gebraucht bzw. das verwandte Schema bei der Diagnose nicht offen gelegt. Gleichwohl haben der SachverstĤndige Prof. Dr. St. wie auch die Vorgutachter Dr. H. und Dr. Bu. der Schwere der erlittenen Verletzungen und dem verzĶgerten Heilungsverlauf betreffend die vom KlĤger beschriebene Kopfschmerzsymptomatik und Hirnleistungsstörungen Rechnung getragen und eine â∏∏ noch â∏∏ unfallbedingte ArbeitsunfĤhigkeit für die Dauer von fast neun Monaten bejaht sowie eine vorübergehende unfallbedingte rentenberechtigende MdE für ca. weitere elf Monate angenommen. Dies, obwohl es am Nachweis eines organischen Korrelats für die beim Kläger bestehenden funktionellen, mehr oder weniger ausgeprĤgten HirnleistungsstĶrungen sowie die subjektiv erlebten Dauerkopfschmerzen fehlt und der KlĤger trotz der geklagten Beschwerden in der Lage war, sein Studium erfolgreich abzuschlie̸en und auch im Berufsleben FuÃ∏ zu fassen. Gegen eine über den 31. MÃxrz 1994 andauernde wesentliche Mitverursachung der Beschwerden durch das Unfallereignis vom 3. Juli 1992 spricht zudem die beim KlĤger vorliegende psychogene Komponente des

Beschwerdebildes. Schon im Abschlussbericht der Neurologischen Klinik W. in Bad W. vom 13.Mai 1993 wie auch im Abschlussbericht der Klinik Bad B. vom 12. Oktober 1994 wird auf diesen Faktor hingewiesen. Selbst Dr. P. erkannte in seinem Sachverständigengutachten vom 23. Juni 1997 eine psychogene Komponente insbesondere bei der Kopfschmerzsymptomatik des KlĤgers an, ohne sich jedoch mit den psychosozialen Faktoren und der PersĶnlichkeitsstruktur des KlĤgers näher zu befassen. Der Kläger selbst führt seine HirnleistungsbeeintrÄxchtigungen vor allem auf die in wechselnder IntensitÄxt erlebten Dauerkopfschmerzen zurĽck. Die Fortdauer der Kopfschmerzsymptomatik beruht aber im Wesentlichen auf einer psychoreaktiven Fehlverarbeitung des Unfalls durch den KlÄzger und ist Ausdruck seiner vorbestehenden PersĶnlichkeitsstruktur, die durch einen ļberhĶhten Leistungsanspruch an sich selbst und eine deutliche Tendenz zur Selbstüberforderung gekennzeichnet ist. Wie der Sachverständige Prof. Dr. St. an Hand der Lebensgeschichte des KlĤgers, dem Krankheitsverlauf nach dem Unfallereignis und dem bei der gutachterlichen Untersuchung gewonnenen Eindruck überzeugend darlegt, ist davon auszugehen, dass durch den Unfall Ã∏ngste beim Kläger geweckt wurden, ob er seinen hohen vorliegenden Zielen und Wþnschen auch gewachsen sei. Entsprechend hat der KlĤger im ersten Jahr nach dem Unfall schwere Depressionen und Selbstzweifel beschrieben. In der stationĤren Rehabilitation in Bad W. hat er dann viele wichtige SchmerzbewÄxltigungs-, Entspannungs- und Arbeitstechniken erlernt. In den folgenden Jahren hat er unter einem genau strukturierten, guasi ritualisierten, Tagesablauf sein Studium beenden können. Damit verbunden gewesen ist eine streckenweise stündliche Selbstbeobachtung in Form eines Schmerzkalenders. Hier kamen die zwanghaften Persönlichkeitszüge des Klägers zum Vorschein, die ihm einerseits halfen, mit der narzisstischen Krise fertig zu werden, andererseits aber dazu gefļhrt haben, dass sich Selbstbeobachtung und Tagesstrukturierung verselbstĤndigten und zu einem Teil seiner PersĶnlichkeit wurden. Damit wirkt sich die zwanghafte Struktur hemmend auf seine LeistungsfÄxhigkeit aus. Da der KlÄxger der Empfehlung der KurÃxrzte in Bad W., sich einer ambulanten Psychotherapie zur Krankheitsverarbeitung zu unterziehen, nicht gefolgt ist, ist es mittlerweile zu einer Chronifizierung des Leidens mit Fixierung auf die Beschwerden gekommen. Diese VerarbeitungsstĶrung des Unfalls beruht im Wesentlichen auf der PersĶnlichkeit des KlĤgers und ist nicht als Folge des Unfalls anzusehen.

Der Senat vermochte den Schlussfolgerungen des nach § 109 SGG gehörten Sachverständigen Dr. P. , wonach die über den 31. März 1994 hinaus andauernde Kopfschmerzsymptomatik und die funktionellen Hirnleistungsbeeinträchtigungen auf den Unfall vom 3. Juli 1992 zurückzuführen und mit einer MdE von 50 v.H. zu bewerten sind, nicht zu folgen. So legt der Sachverständige seiner Beurteilung als "unstreitige" Diagnose eine Contusio cerebri zu Grunde, obwohl die Art des erlittenen Hirntraumas gerade in den ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen streitig war und diese Diagnose â□□ wie zuvor dargelegt â□□ zu den dokumentierten objektiven Befunden wie auch den bildgebenden Verfahren im Widerspruch stand. Er stützt sich im Wesentlichen auf das Ergebnis der von ihm durchgeführten psychologischen Testverfahren, die jedoch nur sehr beschränkt zur Bestimmung der Ursachen für die festgestellten

LeistungsbeeintrĤchtigungen geeignet sind. Auch fehlt eine AbwĤgung hinsichtlich der von ihm ebenfalls als Ursache angesehenen chronischentzĽndlichen ZNS-VerĤnderungen wie auch der beim KlĤger zu beobachtenden psychogenen Komponente. Ein rein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und den danach ohne ein organisches Korrelat persistierenden Kopfschmerzen nebst HirnleistungsbeeintrĤchtigungen vermag den Ursachenzusammenhang im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung noch nicht zu begrľnden. Auch aus dem Arztbrief des Prof. Dr. H. von der Neurologischen Klinik des UniversitĤts-Krankenhauses E. vom 15. November 1999 ist ein Nachweis des Ursachenzusammenhanges nicht zu entnehmen. Prof. Dr. H. hĤlt lediglich die geklagten Dauerkopfschmerzen mit einem posttraumatischen Kopfschmerzsyndrom fľr vereinbar. Damit wird nur die MĶglichkeit eines Ursachenzusammenhanges aufgezeigt.

Der Senat sah vor dem Hintergrund dieser Sachlage keinen Anlass zu weiteren medizinischen Ermittlungen sondern hĤlt den Sachverhalt fĽr umfassend geklĤrt. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des vom KlĤger unter Nr. 2 gestellten Beweisantrages. Eine persĶnliche Befragung des Dr. M. bezļglich des Zustandes des KlĤgers bei Aufnahme im J. Krankenhaus war nicht erforderlich, da die Krankenakte des J. Krankenhauses mit allen Untersuchungsergebnissen den SachverstĤndigen wie auch dem Gericht vollstĤndig vorgelegen hat und sich an Hand dieser Unterlagen die im Entlassungsbericht vom 29. Juli 1992 befindlichen Widersprļchlichkeiten bzw. Ungereimtheiten umfassend klĤren lieÄ∏en.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgr $\tilde{A}^{1}/4$ nde nach  $\frac{\hat{A}\S 160 \text{ Abs. 2}}{\text{SGG}}$  nicht ersichtlich sind.

Erstellt am: 11.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024