

## L 6 U 1139/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 U 1736/02  
Datum  
16.12.2005  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 1139/06  
Datum  
13.12.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte als Folge eines Arbeitsunfalls Gesundheitsstörungen anzuerkennen und eine Verletztenrente zu gewähren hat.

Der 1941 geborene Kläger erlitt am 9. Februar 2000 im Rahmen seiner Tätigkeit als Vorarbeiter für das Bauunternehmen K. GmbH & Co. KG einen Arbeitsunfall, indem er auf einer Baustelle beim Begehen einer Treppe ausrutschte, diese hinunterstürzte und dabei mit dem Kopf gegen die Wand schlug (vgl. Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 14. Februar 2000). Der Kläger wurde ins Klinikum H. verbracht, wo er stationär bis 18. Februar 2000 behandelt wurde. Ausweislich des Durchgangsarztberichts des Prof. Dr. S. vom 9. Februar 2000 wurden beim Kläger eine Commotio cerebri, eine Nackenmuskelzerrung, eine Brustwirbelsäulen(BWS)-Zerrung, eine Thoraxprellung links sowie eine Ellenbogenprellung links diagnostiziert, nachdem Röntgenuntersuchungen von Schädel, Halswirbelsäule (HWS), BWS und linkem Ellenbogen keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen erbracht hatten. Objektiviert wurden bei den röntgenologischen Untersuchungen lediglich ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS mit Bandscheibenaufbrauch im Bereich von HWK 5/6 bei Blockwirbelbildung. Nach dem Zwischenbericht des Prof. Dr. S. vom 24. Februar 2000 war der Behandlungsverlauf von einer anhaltenden vegetativen Begleitsymptomatik mit starken Schmerzen im Bereich der HWS, Parästhesien im linken Arm dorso-radialseitig mit Schwäche im Bizepsbereich sowie beim Faustschluss geprägt; im Übrigen habe eine anhaltende persistierende Kollapsneigung bestanden. Bei Entlassung sei der diesbezügliche Befund deutlich rückläufig gewesen. Weitere neurologische Ausfälle seien nicht aufgetreten.

Am 2. März 2000 stellte sich der Kläger bei dem Orthopäden L. vor, der in seinem H-Arzt-Bericht vom 15. März 2000 ausführte, bei seiner Untersuchung die großen Gelenke frei beweglich gefunden zu haben. Ein Druckschmerz habe sich im Bereich des Epicondylus humeri-radialis links gezeigt, sowie eine passiv endgradige bewegungseingeschränkte HWS mit einer Schmerzhaftigkeit besonders bei Reklination und Rotation. Aus orthopädischer Sicht sei die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess möglich. Die berufsgenossenschaftliche Behandlung könne abgeschlossen werden; wegen des Verdachts einer maladaptierten Schmerzverarbeitung könne kassenärztliche Behandlung durchgeführt werden. Unter dem 26. April 2000 berichtete der Orthopäde L. hiernach, dass der Kläger bei unverändertem Befund weiterhin Sturzneigung angebe, nächtliche Krämpfe im rechten Bein sowie ein instabiles Gefühl im rechten Knie beim Laufen. Neurologische Zusatzuntersuchungen hätten keine Defizite und keine Auffälligkeiten ergeben. Die Sturzneigung werde als schmerzreflektorische sowie Blockierung der Nackenmuskulatur erklärt. Dem Hausarzt seien bei dem insgesamt maladaptiven Krankheitserleben weitere kassenärztliche Behandlung in Form von internistischer und HNO-ärztlicher Abklärung empfohlen worden. In seinem Zwischenbericht vom 30. Mai 2000 berichtete der Internist Dr. H., der Kläger habe seit dem Arbeitsunfall zahlreiche Sturzanfälle im Sinne von Drop-attacks erlebt, die aus heiterem Himmel bei Kopfbewegungen aufgetreten seien. Der Kläger sei deshalb jeweils ab 2. und 12. Mai 2000 im Zentrum für Psychiatrie W. stationär durchuntersucht worden, wobei vorläufig folgende Abschlussdiagnose gestellt worden sei: Sturzanfälle unklarer Genese bei Z.n. HWS-Distorsion, Ausschluss einer organischen Erkrankung, Verdacht auf Somatisierungssyndrom. Die Beklagte zog bei der Innungskrankenkasse das Vorerkrankungsverzeichnis bei sowie den weiteren Bericht des Dr. H. vom 27. Juli 2000. Darin berichtete dieser von einem Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie davon, dass es nach Angaben des Klägers ohne erkennbare Vorwarnung zu rezidivierenden Stürzen gekommen sei, letztmals am 12. Juni 2000. Im Rahmen einer Röntgenuntersuchung sei im Übrigen ein Zustand nach Oberarm-Hals-Fraktur links mit Schulterteilsteiife objektiviert worden, wobei der genaue Zeitpunkt der Fraktur nicht zu rekonstruieren sei. Der Kläger habe darüber hinaus brennende Schmerzen im rechten Kniegelenk im Bereich des inneren Gelenkspaltes

angegeben, wobei eine Röntgenuntersuchung keinen Anhalt für eine abgelaufene Fraktur ergeben habe. Auch eine wegen einer Handgelenksprellung durchgeführte Röntgenuntersuchung des rechten Handgelenks habe keinen Anhalt für eine frische knöcherne Verletzung oder eine abgelaufene Fraktur ergeben, auch keine größere Arthrose. In dem dem Schreiben Dr. H.s beigefügten Arztbrief des Dr. E., Chefarzt der Abteilung Neurologie im Zentrum für Psychiatrie W., vom 24. Juli 2000 ist ausgeführt, dass eine organische Verursachung der Stürze weitgehend sicher ausgeschlossen werden könne und insoweit von einer dissoziativen (psychogenen) Störung ausgegangen werde. Psychodynamischer Hintergrund scheine eine Versorgungshaltung und der Wunsch einer vorzeitigen Berentung zu sein. Nach dem Sturz möge initial ein schmerzreflektorischer Tonusverlust vorgelegen haben, dieser könne nach Abklingen der akuten HWS-Distorsions symptomatik jedoch nicht mehr Ursache der Stürze sein. Ausgeführt ist im Übrigen, dass der Kläger über zwei weitere Sturzanfälle nach Entlassung aus der stationären Behandlung am 18. April 2000 berichtet habe, wobei er sich bei dem zweiten eine Schulterprellung mit ausgedehntem Hämatom zugezogen habe. In seinem weiteren Zwischenbericht vom 23. Oktober 2000 berichtete Dr. H. von einem Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit, von rezidivierenden Stürzen nach wie vor sowie von einer ausgeprägten Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk. Insoweit bestehe eine deutliche Heber- und Abduktionseinschränkung bei erhaltener Rotation.

Zur Prüfung der Unfallfolgen veranlasste die Beklagte das Gutachten des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. vom 13. November 2000. Dieser gelangte zu der Beurteilung, dass auf seinem Fachgebiet keine Unfallfolgen verblieben seien. Ein älteres Wurzelkompressionssyndrom C6 links sei ebenso unfallunabhängig wie die angegebenen Sturzanfälle unklarer Genese. Im Hinblick auf die mit unauffälligem Ergebnis durchgeführten EEG- und Doppleruntersuchungen sei ein organischer Kern der Sturzanfälle zweifelhaft. Zur Beurteilung der Frage, inwieweit der dokumentierte Oberarmbruch links und die Schmerzzustände am rechten Kniegelenk in einen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 9. Februar 2000 gebracht werden können, wandte sich die Beklagte an die behandelnden Ärzte des Klägers. Dabei legte der Facharzt für Chirurgie Dr. W. seinen Arztbrief vom 14. Juni 2000 vor, in dem ausgeführt ist, dass der Kläger nach seinen Angaben am 28. April 2000 auf die linke Schulter gefallen und danach im Zentrum für Psychiatrie in W. untersucht worden sei, ohne dass eine Röntgenuntersuchung stattgefunden habe. Der Orthopäde L. teilte unter dem 12. Dezember 2000 mit, den Kläger letztmals am 27. März 2000 gesehen zu haben. Eine Kernspintomographie des Kniegelenks sei nicht erfolgt. Prof. Dr. S. berichtete unter dem 19. Dezember 2000, dass aus den dortigen Unterlagen keine Angaben ersichtlich seien, die darauf hindeuten könnten, dass der Kläger sich am 9. Februar 2000 auch einen Oberarmkopfbuch zugezogen habe. Beschrieben worden sei lediglich eine Ellenbogenprellung links. Verletzungszeichen an der linken Schulter und am rechten Kniegelenk seien nicht objektiviert worden. Die Beklagte holte nunmehr die Stellungnahme ihres Beratungarztes Dr. K. vom 10. Januar 2001 ein, der keinen Zusammenhang zwischen der Schulterverletzung und dem Unfallereignis sah, nachdem am Unfalltag eine freie Beweglichkeit im Schultergelenk objektiviert worden sei, keine Röntgenaufnahmen veranlasst worden seien und der Oberarmkopfbuch nach den aktenkundigen Hinweisen auf einen späteren Sturz zurückzuführen sei. Für nicht wahrscheinlich erachtete er, dass es aufgrund der Prellung des rechten Kniegelenks zu einem Bänderriss gekommen sei. Während des stationären Aufenthalts seien keine Verletzungszeichen am Kniegelenk festgestellt worden. Mit Bescheid vom 8. Februar 2001 lehnte es die Beklagte ab, dem Kläger wegen den Folgen des Versicherungsfalles vom 9. Februar 2000 Verletztenrente zu gewähren. Zur Begründung führte sie aus, die erlittenen Verletzungen (Schädelprellung, Prellung der HWS und BWS, Ellenbogenprellung links) seien ohne wesentliche Folgen verheilt. Die Schädelprellung sei nicht geeignet Folgeerscheinungen im Sinne von epileptischen Anfällen zu verursachen. Die weiteren Unfallereignisse nach dem 9. Februar 2000 aufgrund epileptischer Anfälle seien nicht auf den Unfall vom 9. Februar 2000 zurückzuführen. Zwar bestünden keine Zweifel am Bestehen eines Oberarmkopfbuch links und einer Bänderschwäche am rechten Kniegelenk, jedoch sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass diese Verletzungen durch den Unfall vom 9. Februar 2000 verursacht worden seien. Denn aus den unmittelbar nach dem Ereignis erstellten ärztlichen Unterlagen gehe hervor, dass die Schultergelenke frei beweglich gewesen seien; von einer Kniegelenkprellung werde nicht berichtet. Im Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, mehrere Unfälle sowohl in den 60-er und 70-er Jahren als auch ca. 1996/1997 erlitten zu haben. Hinsichtlich dieser Unfälle seien in den Akten keine Feststellungen getroffen worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 28. Juni 2002 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Dagegen erhob der Kläger am 17. Juni 2002 beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage und machte geltend, als Unfallfolgen seien sowohl der Oberarmkopfbuch links und die Verletzung des Bandes des rechten Kniegelenks als auch ständige epileptische Anfälle mit Bewusstseinsverlust anzuerkennen. Die Beklagte gehe zu Unrecht davon aus, dass er sich die genannten Verletzungen bei späteren Stürzen zugezogen habe. Bereits im Entlassungsbericht des Klinikums H. seien Parästhesien im linken Arm mit Schwäche im Bizepsbereich und beim Faustschluss erwähnt. Er habe dort mehrfach auf seine Beschwerden in der linken Schulter hingewiesen. Wenn trotzdem keine Röntgenaufnahmen der Schulter gefertigt worden seien, könne dies nicht zu seinen Lasten gehen. Auch seine Kniebeschwerden seien im Entlassungsbericht erwähnt. Da er vor dem Unfall solche nicht gehabt habe, sei ein Unfallzusammenhang hinreichend wahrscheinlich. Auch die Sturzanfälle seien erstmals ab 11. Februar 2000 und dann regelmäßig ca. viermal monatlich aufgetreten. An solchen Beeinträchtigungen habe er vor dem Unfall nie gelitten. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten und unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen Standpunktes entgegen. Da die Sturzanfälle nicht in einem Zusammenhang mit dem angeschuldigten Unfall stünden, könnten weder die Humerusfraktur links noch die Kniebeschwerden rechts als Unfallfolgen anerkannt werden. Im Hinblick auf das vom SG erhobene Gutachten des Prof. Dr. L. legte sie das neurologische Gutachten des Dr. K. vom 23. Mai 2003 vor, der sich zu der hierauf eingeholten ergänzenden Stellungnahme des Prof. Dr. L. nochmals ergänzend unter dem 17. Oktober 2003 äußerte. Das SG erhob das Gutachten des Prof. Dr. L., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 28. April 2003. Dieser beurteilte die Sturzanfälle als schmerzreflektorische synkopale Sturzanfälle; diese seien indirekte Folgen des HWS-Distorsion-Traumas vom 9. Februar 2000 und daher indirekte Traumafolge. Entsprechend seien alle Folgeverletzungen durch derartige Sturzsynkopen (mittelbare) Unfallfolgen. Ein maladaptives Krankheitsbild liege entgegen der bisher vertretenen Auffassung nicht vor, da die geschilderten Beschwerden und Schmerzen insbesondere unter Berücksichtigung des Unfallhergangs und der multiplen Traumatisierungen durch den Sturz durchgehend "einfühlsam" und glaubhaft seien. Ebenso wie bei früheren habe sich auch bei seiner eigenen Untersuchung kein Anhalt für eine Simulation, Aggravation oder psychogene Verstärkung von Symptomen ergeben. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die HWS-Distorsion zweiten Grades mit vegetativer Symptomatik, sekundär ausgelöstem C6-Wurzelreizsyndrom links bei vorbestehenden degenerativen HWS-Veränderungen, neuralgiformen, okzipitalen Kopfschmerzen und anteiligem oberen Quadrantensyndrom links schätzte Prof. Dr. L. gestaffelt ab 13. Mai 2000, 9. Juni 2000 bzw. 9. August 2000 auf 60, 40 bzw. 20 vom Hundert (v. H.) und ab 9. Februar 2001 bis auf weiteres auf 10 v. H. Das obere Quadrantensyndrom links nach stumpfem Schulter-Ellenbogen-Thorax-Trauma links mit sekundär erworbener eingestauchter subkapitaler Humerusfraktur links (sekundäre Unfallfolge) beurteile er ab dem Ende der Arbeitsunfähigkeit (9. Juni 2000) auf Dauer mit 20 v. H., die schmerzreflektorisch ausgelösten Synkopen ab 9. Februar 2000 bzw. 9. Februar 2001 mit 40 v. H. bzw. 30 v. H. und ab 6. Dezember 2002 bis auf weiteres mit 20 v. H. und gelangte unter weiterer Berücksichtigung von posttraumatischen Kniebeschwerden rechts durch Lockerung des Kniebandapparates, die er mit einer MdE um 10 v. H. bewertete, zu einer Gesamt-MdE von 100 v. H. ab 9. Februar 2000, 70 v. H. ab 9. Juni 2000, 60 v. H. ab 9. August 2000 und 50 v. H. ab 9. Februar 2001 bis auf weiteres. Nach Eingang weiterer Befundunterlagen ergänzte der Sachverständige sein

Gutachten unter dem 8. Mai 2003 und führte aus, dass die entsprechenden Unterlagen gegenüber der bisherigen Beurteilung keine neuen Gesichtspunkte ergäben. Zu den von der Beklagten gegen sein Gutachten vorgebrachten Einwendungen äußerte sich Prof. Dr. L. unter dem 26. August 2003 ergänzend dahingehend, dass seines Erachtens mit sehr großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die geschilderten Sturzanfälle tatsächlich eingetreten seien und auch im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Februar 2000 stünden. Das SG zog vom Klinikum H. die Behandlungsakte des Klägers bei und veranlasste das neurologisch-psychiatrische Gutachten des Dr. B., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 23. November 2004. Dieser wollte die Drop-attacks (Stürze ohne Bewusstseinsverlust), deren Ursache ungeklärt seien, nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. Februar 2000 zurückführen. Er deutete diese insbesondere nicht als schmerzreflektorische Synkopen und hielt im Hinblick auf den Umstand, dass für die Stürze keine organische Ursache habe gefunden werden können, die Vermutung nicht für so fernliegend, dass die Stürze in dieser Form nicht stattfänden oder psychogen bedingt seien. Die MdE aufgrund der Unfallfolgen (HWS-Distorsion Schweregrad II, geringe Contusio spinalis, vorübergehende Beschwerdeverschlimmerung aufgrund degenerativer Veränderungen der HWS) schätzte er bis zum ersten halben Jahr nach dem Unfall auf 20 v.H., danach bis zum Ende des ersten Unfalljahres auf 10 v.H.; seither bestehe keine MdE auf neurologischem Gebiet mehr. Mit Urteil vom 16. Dezember 2005 wies das SG die Klage gestützt auf die Ausführungen des Sachverständigen Dr. B., wonach sich ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den ungeklärten Stürzen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit herstellen lasse, ab. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des den Bevollmächtigten des Klägers am 16. Februar 2006 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Dagegen hat der Kläger am 6. März 2006 beim Landessozialgericht (LSG) unter Weiterverfolgung seines bisherigen Begehrens Berufung eingelegt. Er sieht sich durch das Gutachten des Prof. Dr. L. und seine ergänzenden Ausführungen bestätigt, über die sich das SG ohne hinreichende Begründung hinweggesetzt habe. Nicht zu überzeugen vermöge insbesondere auch die Schlussfolgerung, wonach zwar ein hinreichender Zusammenhang zwischen dem in Rede stehenden Unfall und der Stürze im Klinikum H. angenommen werde, nicht jedoch für die weiteren Stürze. Vor diesem Hintergrund und dem tatsächlich bestehenden Zusammenhang der Sturzanfälle mit dem Arbeitsunfall vom 9. Februar 2000 sei der medizinische Sachverhalt durch Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens weiter aufzuklären. Der Kläger hat zahlreiche Arztberichte und -briefe vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Dezember 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 8. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Juni 2002 zu verurteilen, als Unfallfolgen "knöchern durchbauter Oberarmkopfrbruch links, Schwäche des Bandes des rechten Kniegelenks, schmerzreflektorisch ausgelöste Synkopen" anzuerkennen und ihm Verletztenrente nach einer MdE um zumindest 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig und sieht sich durch das im Berufungsverfahren eingeholte Sachverständigengutachten bestätigt.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) das Gutachten des Prof. Dr. Sch., Direktor der Chirurgischen Klinik im Klinikum der Stadt L., eingeholt, das dieser unter Berücksichtigung des neurologischen Zusatzgutachtens des dortigen Direktors der Neurologischen Klinik Prof. Dr. G. vom 7. März 2007 unter dem 4. Mai 2007 erstattet hat. Danach sei die bei dem Unfall aufgetretene HWS-Distorsion mit Contusio spinalis ebenso wie die Thoraxprellung links und die Ellenbogenprellung links folgenlos abgeheilt. Folgenlos ausgeheilt sei zwischenzeitlich auch eine geringe mediale Lockerung des Kniebandapparates rechts, die bei der unfallchirurgischen Untersuchung nicht mehr habe nachvollzogen werden können. Die Drop-attacks könnten durch eine Occipitalis-Neuralgie links, die unfallunabhängig und auch gegebenenfalls schon vor dem Unfall bestanden habe, ausgelöst werden und seien nicht als Unfallfolge anzusehen. Demnach könne auch die subkapitale Humerusfraktur nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als durch eine Drop-attack verursacht angesehen und damit ursächlich mit dem Arbeitsunfall vom 9. Februar 2000 in Zusammenhang gebracht werden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 8. Februar 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Juni 2002 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, einen knöchern durchbauten Oberarmkopfrbruch links, eine Bandschwäche des rechten Kniegelenks und schmerzreflektorisch ausgelöste Synkopen als Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. Februar 2000 anzuerkennen und diese unter Gewährung einer Rente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu entschädigen. Denn dass es beim Kläger unfallbedingt zu schmerzreflektorisch ausgelösten Synkopen gekommen ist, die zu Stürzen geführt haben, bei denen der Kläger sich wiederum einen Oberarmkopfrbruch sowie eine Bandschwäche im Bereich des rechten Kniegelenks zugezogen hat, ist nicht festzustellen.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs im Einzelnen dargelegt und zutreffend ausgeführt, dass die vom Kläger geltend gemachten Sturzanfälle nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf das Unfallereignis vom 9. Februar 2000 zurückzuführen sind und dementsprechend auch die geltend gemachten sturzbedingten Verletzungsfolgen nicht als mittelbare Unfallfolgen anerkannt werden können. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen an, wobei er insbesondere die Einschätzung des Sachverständigen Dr. B. teilt, wonach der Kläger bei dem in Rede stehenden Unfall ein lediglich als leicht zu beurteilendes

Schädel-Hirn-Trauma (Grad I) erlitten hat sowie zusätzlich eine HWS-Distorsion und vermutlich auch eine leichte Contusio spinalis, wobei jedoch sämtliche Gesundheitsstörungen innerhalb der folgenden Wochen ausgeheilt bzw. die Beschwerden folgenlos abgeklungen sind. Soweit während des stationären Aufenthalts im Klinikum H. ein Sturz des Klägers beobachtet werden konnte, lässt sich dieser als orthostatisch bedingt erklären, wofür zum einen die damaligen Angaben des Klägers, ihm sei zuvor schwarz vor Augen geworden und er habe Schwindel verspürt, ebenso sprechen, wie die Ausführungen im Entlassungsbericht, wonach während der stationären Behandlung eine Kollapsneigung bestanden und der Kläger Kreislaufprobleme gehabt habe. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch ohne weiteres begründen, dass zwar der noch im Rahmen der stationären Behandlung aufgetretene Sturz in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht, nicht aber die vom Kläger angegebenen zahlreichen weiteren Stürze während der nachfolgenden Wochen und Monate.

Soweit der Kläger mit seiner Berufungsbegründung geltend gemacht hat, das SG habe sich allein auf die Einschätzung des Sachverständigen Dr. B. gestützt, ohne sich mit der gegenteiligen Beurteilung des Prof. Dr. L. auseinanderzusetzen, so trifft dies gerade nicht zu. Denn das SG hat ausführlich begründet, weshalb es sich der Auffassung des Prof. Dr. L. nicht angeschlossen hat. Insoweit hat es zutreffend dargelegt, dass dieser die Sturzanfälle des Klägers zu Unrecht als schmerzreflektorisch ausgelöste Synkopen gedeutet hat, weil von Synkopen nur dann gesprochen werden könne, wenn eine Bewusstseinsstörung auftrete, was beim Kläger nach seinen eigenen Schilderungen aber gerade nicht der Fall gewesen sei. Zudem habe der Kläger auch weder Symptome geschildert, wie sie bei so genannten Reflexsynkopen oder vagovasalen Synkopen auftreten. Denn für die Zeit vor dem Auftreten entsprechender Anfälle hat er weder von Hustenstößen oder kräftigem Lachen bzw. Pressen bei der Defäkation berichtet, noch von Schmerzen oder Angst mit Symptomen eines drohenden Vasomotorenkollapses, wie Schwindel, schwarz werden vor den Augen, Blässe und einer sodann eintretenden Bewusstseinsstörung.

Im Hinblick auf das im Berufungsverfahren auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten des Prof. Dr. Sch. ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass hierdurch gerade die vom SG vertretene Auffassung gestützt wird, nicht aber der vom Kläger selbst eingenommene Standpunkt. Denn der von neurologischer Seite mit den Sturzanfällen befasste Prof. Dr. G., dem sich Prof. Dr. Sch. als Hauptgutachter angeschlossen hat, ging ebenso wie der Sachverständige Dr. B. davon aus, dass die am 9. Februar 2000 erlittene Commotio cerebri folgenlos ausgeheilt ist. Hierfür spreche, dass der Kläger - wenn überhaupt - nur für wenige Sekunden bewusstlos gewesen sei, im weiteren Verlauf lediglich starke vegetative Symptome aufgetreten und die bildgebenden Verfahren einen unauffälligen Befund ergeben hätten und somit eine substantielle Hirnschädigung habe ausgeschlossen werden können. Da auch neuropsychologische Defizite, die im Verlauf nach einer Commotio cerebri auftreten können, nicht zu objektivieren waren, sieht der Senat keinen Grund, an dieser schlüssig und nachvollziehbar begründeten Einschätzung zu zweifeln. Damit vermochte auch Prof. Dr. G. und mit ihm Prof. Dr. Sch. die unklaren Sturzereignisse folgerichtig nicht in einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu bringen. Ebenso wie schon Dr. B. wiesen auch diese Sachverständigen auf die Bedeutung einer bei entsprechenden Sturzanfällen eintretenden Bewusstlosigkeit hin, die vom Kläger gerade aber verneint werde. Eine jedenfalls kurze Bewusstlosigkeit - wie sie Prof. Dr. L. annimmt - kann somit jedoch nicht zugrunde gelegt werden, weshalb auch die Annahme von Synkopen nicht gerechtfertigt ist. Damit ist es sachgerecht, lediglich von Tonusverlusten der Muskulatur im Sinne von sogenannten Drop-attacks auszugehen. Im Hinblick auf die fehlende Bewusstlosigkeit sowie die unauffällige Bildgebung des Gehirns mittels MRT und das unauffällige EEG schloss Prof. Dr. G. nach für den Senat überzeugender Beurteilung auch epileptische Anfälle als Ursache der angegebenen Stürze aus. Wenn auch Prof. Dr. G. keine stichhaltigen Hinweise für das vom Zentrum für Psychiatrie postulierte Rentenbegehren des Klägers und damit eine psychogene Ursache der Stürze fand, darüber hinaus im Hinblick auf die ohne Befund durchgeführte Doppler-Sonographie und MRT-Angiographie auch eine vaskuläre Ursache ausschloss, ebenso ein Kardinalsymptom der Narkolepsie verneinte und die Schilderungen des Klägers als sehr glaubhaft beurteilte, so vermochte er gleichwohl nach wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen eindeutigen Zusammenhang mit dem in Rede stehenden Unfallereignis herzustellen. Da somit zwar die Möglichkeit eines entsprechenden Zusammenhangs besteht, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der bei dem Unfall vom 9. Februar 2000 erlittenen Primärschädigung und der vorliegenden Gesundheitsstörung als Voraussetzung der Entschädigungspflicht aber nicht wahrscheinlich ist, lässt sich auch aus dem im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten keine für den Kläger günstigere Entscheidung ableiten.

Da somit die Sturzanfälle nicht auf das in Rede stehende Unfallereignis zurückzuführen sind, kommt auch eine Anerkennung von Gesundheitsschäden, die als Folgen derartiger Stürze verblieben sind, nicht in Betracht.

Wie schon in der mündlichen Verhandlung ist der Kläger nochmals darauf hinzuweisen, dass über Unfälle aus den Jahren 1980 und 1986 im vorliegenden Rechtsstreit nicht zu befinden war.

Nach alledem konnte die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben und war daher zurückzuweisen.

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

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-02-20