

L 17 U 287/00

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
17
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 14 U 63/00
Datum
29.09.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 17 U 287/00
Datum
26.01.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 170/05 B
Datum
08.08.2005
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB d. Bekl. als unzul. verworfen.

Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Detmold vom 29. September 2000 geändert. Die Beklagte wird unter Abänderung des Bescheides vom 21. Mai 1999 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 11. Februar 2000 verurteilt, dem Kläger wegen des als Folge des Arbeitsunfalls vom 23. April 1996 anzusehenden ischämischen Hirninfarktes der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links Entschädigungsleistungen zu gewähren. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu tragen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Kläger durch einen Arbeitsunfall einen ischämischen Hirninfarkt der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links erlitten hat und Anspruch auf Entschädigungsleistungen besteht.

Der am 00.00.1991 geborene Kläger besuchte die Kindertagesstätte der Arbeiterwohlfahrt M und erlitt am 23.04.1996 einen Unfall, als ihm beim Spielen auf dem Außengelände des Kindergartens durch einen Windstoß die Tür eines Spielzeughauses gegen die linke Schläfenseite schlug. Eine sichtbare äußere Verletzung bestand nach der Unfallanzeige nicht, der Kläger weinte, wurde von einer Kindergärtnerin getröstet und schlief innerhalb kurzer Zeit ein. Nach dem Mittagsschlaf fiel der Mutter ein schiefes Gesicht auf und der Kläger wirkte unorientiert. Sie suchte daraufhin die Kinderärztin N auf, die eine Einweisung in die Kinder- und Jugendklinik des Klinikums des Kreises I - Chefarzt Dr. F - veranlasste. Eine am 24.04.1996 durchgeführte computertomographische Untersuchung zeigte ein ausgedehntes Ischämieareal im Stammgangliengebiet rechts mit deutlichen Raumforderungszeichen und Kompression des rechten Vorderhorns. Die Behandlung wurde stationär bis zum 10.05.1996 im Einvernehmen mit Prof. Dr. K, Abteilung für Pädiatrische Neurologie des Zentrums für Kinderheilkunde der Universität G, durchgeführt. Im Entlassungsbericht vom 31.05.1996 stellte Dr. F die Diagnose: Akute Hemiparese links nach Ischämie durch Minimaltrauma. Vom 23. bis 24.06.1997 befand sich der Kläger wegen aufgetretener Kopfschmerzen und einer diskreten Fazialisparese links mit hängendem Mundwinkel erneut in stationärer Behandlung in der vorgenannten Klinik. Die dort veranlasste MRT-Untersuchung des Schädels ergab nach dem Bericht vom 26.06.1997 eine Zunahme des Infarktgebietes im Vergleich zu den Voraufnahmen. Prof. Dr. P, Chefarzt des Kinderzentrums der Krankenanstalten H in C, wo der Kläger vom 30.06. bis 01.07.1997 stationär behandelt wurde, veranlasste eine computertomographische Untersuchung des Schädels, die einen alten Stammganglieninfarkt rechts sowie einen relativ frischen Medialteilinfarkt rechts ergab. Eine zwischenzeitlich aufgetretene Hemiparese der linken Seite armbetont bildete sich nach einigen Stunden zurück, während eine linksseitige Fazialisparese hinzutrat.

Die Beklagte zog im Rahmen des Feststellungsverfahrens den Durchgangsarztbericht von Priv.-Dozent Dr. T, Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik des Klinikums des Kreises I, vom 25.04.1996 sowie die Behandlungsunterlagen der behandelnden Ärztin N bei, die unter dem 26.08.1996 eine Unfallmeldung an die Beklagte erstattet und einen ärztlichen Erstbericht für die W-Versicherung vom August 1996 beigefügt hatte. Über die weitere Behandlung des Klägers berichtete sie der Beklagten unter dem 23.03.1998 und 24.06.1998 unter Beifügung des Entlassungsberichtes von Prof. Dr. P sowie einer Stellungnahme von Prof. Dr. K vom 03.05.1996, der darin die Auffassung vertrat, dass es durch das banale Schädel-Hirn-Trauma zu einer Verletzung der lenticulären Arterien rechts gekommen sei und zwar vermutlich durch Zug und nachfolgende Thrombosierung derselben. Beigefügt war schließlich auch ein Entlassungsbericht vom 11.09.1997 über die stationäre Behandlung des Klägers in der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde - Kardiologie - der Universität N (Direktor Prof. Dr. W). In einer Stellungnahme vom 09.07.1998 führte Oberarzt Dr. K1 in Vertretung von Chefarzt Dr. F aus, es lasse sich nicht sicher sagen, ob die Stammganglien-ischämie rechts durch das Minimaltrauma ausgelöst gewesen sei; nach Auffassung von Prof. Dr. K sei dies möglich. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. L, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie in E, am 02.03.1999 zur Zusammenhangsfrage eine

Stellungnahme nach Aktenlage, nachdem sie zuvor bereits unter dem 18.12.1996 und 03.09.1997 für die W-Versicherung eine Stellungnahme abgegeben hatte. Sie kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, ein Zusammenhang zwischen dem am 23.04.1996 erlittenen leichten Schädeltrauma ohne Hinweis auf eine Hirnbeteiligung mit dem sich in der Folgezeit entwickelnden Krankheitsbild sei außerordentlich fernliegend. Es sei zu keinem Zeitpunkt eine verletzungsbedingte Hirnschädigung in Form einer Blutung oder eines blutigen Prellungsherd festgestellt worden, sondern eine Durchblutungsstörung tief im Schädelinneren im Stammganglienbereich mit raumfordernder Wirkung. Diese werde in der Regel verursacht durch Veränderungen der dorthin ziehenden kleinen Endgefäße, den Arteriae lenticulo-striatae. Ein ischämischer Insult oder eine Blutung in diesem Bereich sei eine Erkrankung des höheren Lebensalters und werde nahezu immer hervorgerufen durch eine erhebliche Arteriosklerose der hirnversorgenden Arterien. Eine verletzungsbedingte Verursachung lasse sich nur schwer vorstellen. Eine Durchblutungsstörung im Stammganglienbereich bei einem Kind von 4 Jahren stelle eine extreme Rarität dar, es sei denn, es seien angeborene Erkrankungen der Gefäße, Gefäßmißbildungen, Bluterkrankungen oder sonstige schwere internistische Störungen nachweisbar. Diese seien hier auszuschließen. Soweit Prof. Dr. K eine unfallbedingte Entstehung des Krankheitsbildes für denkbar angesehen habe, könne seiner Einschätzung auch deshalb nicht gefolgt werden, weil nach vorübergehender Besserung etwa ein Jahr nach dem ersten Ereignis plötzlich erneut Durchblutungsstörungen im Versorgungsgebiet der mittleren Hirnarterie rechts mit erneuter neurologischer Symptomatik aufgetreten seien. Die bildgebenden Untersuchungen hätten frische Ischämieherde ergeben, die keinesfalls in Zusammenhang mit dem hier streitigen Bagateltrauma vom April 1996 gebracht werden könnten. Durch die weiterführenden Untersuchungen seien Gefäßverschlüsse weder im Schädelinneren noch solche im Bereich des Halses - auch in Form von Gefäßverengungen - festgestellt worden, so dass die Hypothese von Prof. Dr. K zur Zusammenhangsfrage widerlegt sei. Es handle sich nach allem um ein seltenes, aber sicher unfallunabhängiges Krankheitsgeschehen. Das erstmalige Auftreten der Beschwerdesymptomatik nach dem Bagateltrauma, das als Gelegenheitsursache anzusehen sei, sei rein zufällig. Dies folge insbesondere auch daraus, dass ein Jahr später eine weitere Durchblutungsstörung völlig ohne äußere Einwirkung aufgetreten sei. Gestützt auf diese Stellungnahme erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 21.05.1999 das Ereignis vom 23.04.1996 als Arbeitsunfall an, lehnte zugleich aber die Gewährung von Verletztenrente ab, weil der Arbeitsunfall nicht zu bleibenden Gesundheitsschäden geführt und keine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Grade über die 13. Woche hinaus hinterlassen habe. Den dagegen fristgerecht erhobenen aber unbegründet gebliebenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.02.2000 zurück.

Dagegen hat der Kläger am 13.03.2000 vor dem Sozialgericht (SG) Detmold Klage erhoben, diese nach durchgeführter Akteneinsicht trotz mehrfacher Erinnerung aber nicht begründet.

Mit Gerichtsbescheid vom 29.09.2000, auf dessen Begründung verwiesen wird, hat das SG daraufhin die Klage abgewiesen.

Gegen diese am 12.10.2000 zur Absendung gelangte Entscheidung hat der Kläger am 10.11.2000 Berufung eingelegt. Er ist der Ansicht, die Beklagte habe zu Unrecht die Anerkennung von Unfallfolgen und die Gewährung von Entschädigungsleistungen abgelehnt, denn die medizinische Beurteilung durch Dr. L sei nicht überzeugend. Zum einen sei zu berücksichtigen, dass sie bereits zuvor für die W-Versicherung ein negatives Gutachten erstattet habe und daher nicht unbefangen gewesen sei. Im Übrigen komme den Ausführungen des Prof. Dr. K, der über besondere Kenntnisse in Bezug auf kindliche Hirninfarkte verfüge, besondere Bedeutung zu. Keinesfalls treffe es zu, dass das erstmalige Auftreten der Beschwerdesymptomatik am 23.04.1996 ohne das Unfallgeschehen zu erklären sei. Im Hinblick auf die Seltenheit des Krankheitsbildes sei eine weitere medizinische Beweisaufnahme geboten.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Detmold vom 29.09.2000 zu ändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 21.05.1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11.02.2000 zu verurteilen, ihm wegen des als Folge des Arbeitsunfalls vom 23.04.1996 anzusehenden ischämischen Hirninfarktes der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links Entschädigungsleistungen zu gewähren.

Die Beklagte, die dem angefochtenen Gerichtsbescheid beipflichtet, beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat weiteren Beweis erhoben. Auf Antrag des Klägers hat gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Prof. Dr. K in B, ehemaliger Direktor des Zentrums der Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Pädiatrische Neurologie der Universität G am 31.10.2002 ein Gutachten erstattet und darin einen Bericht von Priv. Doz. Dr. L1, Klinik für Kinderheilkunde III-Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Hämostaseologie der Universität G vom 05.09.2002 berücksichtigt. Er ist darin zusammenfassend zu dem Ergebnis gelangt, dass der Arbeitsunfall vom 23.04.1996 mit dem dabei aufgetretenen leichten Schädelhirntrauma nicht alleinige Ursache für das Hirninfarktereignis gewesen sei. Als Co-Faktor habe insoweit eine angeborene Hypofibrinolyse durch eine diskrete Erhöhung der Lipoprotein (a) mit einer genetischen Phänotypisierung von 25 Kringle 4 Repeats vorgelegen. Dieser Befund sei im Kindesalter als Co-Faktor im Sinne einer vermehrten Neigung sowohl zu arteriellen als auch venösen Gefäßverschlüssen anzusehen, wovon auch die Mutter des Klägers betroffen sei, ohne dass diese bis heute eine klinische Realisation dieses Faktors bei sich selbst habe erleben müssen. Aus dem verschiedenen Verlauf bei Mutter und Sohn ergebe sich, dass das Schädelhirntrauma beim Kläger nicht als unbedeutendes Ereignis aufgefasst werden könne; der Unfall sei d e r R e a l i s a t i o n s f a k t o r für den kindlichen Gefäßverschluss bei angeborener Hypofibrinolyse gewesen. Ohne diesen Unfall wäre das Infarktereignis zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten. Wenn auch die Forschung im Bereich der Thrombophilie bzw. Hypofibrinolyse und ihre Bedeutung für Traumen und andere gefäßabhängige Ereignisse im Kindesalter noch am Anfang stehe, liege eine ausreichende Zahl von Fällen vor, die die Zusammenhänge klarer erläutern könnten. Für ihn - den Sachverständigen (SV) - stehe fest, dass das Trauma insofern sehr bedeutsam gewesen sei, als es nicht einen ausgereiften, erwachsenen menschlichen Organismus und dessen Gehirn betroffen habe, sondern der Untergang des Hirngewebes in einem sehr frühen Lebensabschnitt erfolgt und daher als zentrales Ereignis anzusehen sei. Als weiterer Co-Faktor bestehe eine migränöse Veranlagung, die in der Familie S einem paternalen Erbgang folge. Dem zweiten schlaganfallähnlichen Ereignis vom 21.06.1997 sei eine zweitägige Episode starker Kopfschmerzen vorausgegangen ohne Hinweis auf ein äußeres Ereignis wie ein Trauma oder etwa eine fieberhafte Grunderkrankung. Hierdurch sei es zur Infarzierung parietaler Hirnrindenbezirke rechts gekommen. Eine dritte ähnliche Episode sei unmittelbar im Anschluss an die durchgeführte Katheter-Angiographie am 30.06.1997, also genau neun Tage nach dem Beginn des Zweitereignisses (2-tägiges Kopfwie ab dem 21.06.1997) aufgetreten. Als Auslöser dieser vorübergehenden ischämischen Attacke sei hier die Angiographie anzusehen, bei der es sowohl zu einer mechanischen als

auch zu einer chemischen Reizung der Arterienwand durch das injizierte Kontrastmittel gekommen sei. Die unfallbedingte MdE sei - ausgehend von einer Gesamt-MdE von 40 v. H. - mit 25 v. H. einzuschätzen.

Die Beklagte hat zu diesem Gutachten ausgeführt, die Zusammenhangsbeurteilung von Prof. Dr. K könne nicht überzeugen, weil er zum einen selbst nur einen traumatischen Riss des Innenhäutchens einer sogenannten Schlaganfallarterie für möglich halte und zum anderen auf eine angeborene Hypofibrinolyse als Co-Faktor für das Infarktereignis verweise. Wenn er darauf abstelle, dass das Infarktereignis ohne den Unfall zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten sei, bedeute dies nicht zugleich, dass der Infarkt wesentlich ursächlich auf das Unfallgeschehen vom 23.04.1996 zurückzuführen sei. Insbesondere die Tatsache, dass ohne äußeres Ereignis nach gut einem Jahr eine erneute Durchblutungsstörung im Versorgungsbereich der mittleren Hirnarterie aufgetreten sei, belege die Wesentlichkeit der Krankheitsanlage.

Der Senat hat sodann weitere medizinische Unterlagen von der Kinderärztin N beigezogen, darunter u. a. einen Bericht von Prof. Dr. O, Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde - Pädiatrische Haematologie/Onkologie - der Universität N vom 04.04.2000. Weiter wurden von der W-Lebensversicherung die dort vorhandenen medizinischen Unterlagen vorgelegt. Sodann hat Dr. W1, Ärztlicher Direktor des I-Jugendwerks - Neurologisches Krankenhaus und Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene - in H am 11.08.2004 ein Aktengutachten erstattet. Der SV ist darin unter dem 11.08.2004 zusammenfassend zu dem Ergebnis gelangt, das Unfallereignis sei als wesentliche Teilursache für den nach dem Unfall aufgetretenen ischämischen Hirninfarkt der Stammganglien mit der daraus resultierenden Hemiparese links anzusehen. Neuere Untersuchungen bestätigten, dass kindliche Schlaganfälle infolge von leichten Schädel-Hirnverletzungen gar nicht so selten seien. Die besonderen anatomischen Begebenheiten des Kleinkindes und der anatomische Verlauf der die Basalganglien versorgenden Gefäße in das Hirngewebe machten sie sehr empfindlich gegenüber Hirnbewegungen. Diese könnten zu einer Unterbrechung der beweglichen Gefäße bzw. der Gefahr der Verletzung der inneren Gefäßwandauskleidung mit nachfolgenden thrombotischen Verschlüssen führen. Als weitere Ursache würden in der Forschung Gefäßspasmen nach Traumen angenommen, die bei Kindern verstärkt würden durch die Minderung des Co2-Druckes im arteriellen Blut. Diese Minderung werde verursacht durch das nach einem solchen Trauma häufig folgende heftige Weinen des Kindes im Sinne eines vorübergehenden Überatmens. Wenn auch neurologische Auffälligkeiten wie z. B. Migräneanfälle oder auch genetische Veränderungen, die neurologischen Symptome bedingen könnten, gehe die Meinung dahin, dass das Infarktmuster, die enge zeitliche Beziehung zum Trauma und der Ausschluss anderer Ursachen für diese Schlaganfälle nicht rein zufällig sein könne. Daraus folge hier, dass es durch das leichte Schädelhirntrauma zu einer vorübergehenden mechanischen Verengung der Arteriae lenticulostriatæ rechts mit nachfolgendem Gefäßspasmus gekommen sei, der verstärkt worden sei durch den wegen Überatmung eingetretenen geminderten arteriellen Co2-Druck. Die Durchblutungsstörung habe zu der nachgewiesenen Hirnläsion geführt. Sowohl der zeitliche Ablauf als auch die eingetretene arterielle Durchblutungsstörung stünden in enger Übereinstimmung mit den in der Literatur angeführten Fällen. Insofern sei das Zusammentreffen der Durchblutungsstörung nicht - wie Frau Dr. L meine - zufällig, sondern werde durch den Unfall bedingt, auch wenn der exakte Ablauf derzeit noch nicht eindeutig wissenschaftlich geklärt sei. Die bei dem zweiten Ereignis im Juni 1997 nachgewiesene Gerinnungsstörung (Hypofibrinolyse) infolge einer Lipoprotein (a)-Erhöhung habe die aufgetretene arterielle Durchblutungsstörung unterstützt im Sinne einer Thrombusbildung, sei aber nicht die wesentliche Ursache dieses Gefäßprozesses gewesen. Dieser sei als unfallunabhängig einzuschätzen. Die sich aus diesem Infarkt ergebenden kognitiven und motorischen Einbußen könnten bei der Bewertung der MdE daher nicht berücksichtigt werden. Die unfallbedingte MdE sei für die Zeit bis zum 23.05.1996 mit 100 Vomhundert, danach bis zum 31.12.1996 mit 50 v. H. und sodann bis auf Weiteres mit 20 v. H. einzuschätzen.

Die Beklagte ist diesem Gutachten durch Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. L vom 21.10.2004, auf deren Inhalt verwiesen wird, entgegen getreten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die Unfallakten lagen vor und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen, denn der angefochtene Verwaltungsakt ist rechtswidrig. Der Kläger hat Anspruch auf die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, denn als Folge des Arbeitsunfalls vom 23.04.1996 besteht ein ischämischer Hirninfarkt der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links.

Der Entschädigungsanspruch des Klägers richtet sich gemäß § 212 des Siebten Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), weil der Arbeitsunfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist, der Kläger Verletztenrente auch für die Zeit vor dem Inkrafttreten des SGB VII begehrt und sich im Übrigen aus [§ 214 SGB VII](#) nichts anderes ergibt. Gemäß § 547 RVO gewährt der Träger der Unfallversicherung nach Eintritt eines Arbeitsunfalls Entschädigungsleistungen, insbesondere Verletztenrente. Diese wird nach §§ 580, 581 RVO gewährt, wenn die zu entschädigende MdE über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert und die Erwerbsfähigkeit des Versicherten um wenigstens ein Fünftel (20 v.H.) gemindert ist.

Die Gewährung von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung setzt voraus, dass die versicherte Tätigkeit, das Unfallereignis und der geltend gemachte Gesundheitsschaden mit Gewissheit bewiesen sind ([BSGE 61, 127, 130; 63, 270, 271](#); Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung [Handkommentar], [§ 8 SGB VII](#), RdNr. 10). Die haftungsausfüllende Kausalität als Voraussetzung für den Entschädigungsanspruch beurteilt sich nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre von der wesentlichen Bedingung. Danach sind ursächlich oder mitursächlich nur die Bedingungen, die unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes wegen der besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben ([BSGE, a. a. O.; Mehrtens, a. a. O. RdNr. 8.2](#)). Bestand im Unfallzeitpunkt eine Krankheitsanlage des geschädigten Körperteils, so muss abgegrenzt werden, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis zu etwa derselben Zeit durch andere, alltäglich vorkommende Ereignisse hätte verursacht werden können oder ob der Krankheitsanlage eine solche überragende Bedeutung nicht beigemessen werden kann ([BSGE 62, 220, 221; BSG Urteil vom 04.12.1991 - 2 RU 14/91 - = Meso B 90/93; BSG Urteil vom 02.05.2001 - B 2 U 18/00 R - = Breithaupt 2001, 783; Mehrtens, a. a. O. RdNr. 9.6.4; Brackmann/Krasney, Handbuch der Sozialversicherung - Gesetzliche Unfallversicherung - 12. Auflage, \[§ 8 SGB VII\]\(#\) RdNr. 178](#)). Dabei reicht es für die Annahme einer wesentlichen Mitursache nicht aus, dass das Unfallereignis stärker war als andere alltäglich Ereignisse ([BSG Breithaupt 1968, 823 ff.; Brackmann/Krasney, a. a. O.](#)). Der Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Gesundheitsschaden, dessen Entschädigung

begehrt wird, muss zwar nicht nachgewiesen, aber hinreichend wahrscheinlich sein; die bloße Möglichkeit reicht nicht aus (BSG SozR 220 § 548 Nr. 38; BSG Urteil vom 22.08.2000 - [B 2 U 34/99 R](#) -; Mehrtens, a. a. O. RdNr. 10.1). Dieser Zusammenhang ist unter Zugrundelegung der herrschenden unfallmedizinischen Lehrauffassung, die bei der Zusammenhangsbeurteilung maßgebend ist (vgl. BSG Urteil vom 20.09.1977 = Meso B 30/51 und Urteil vom 12.11.1986 - 9 b RU 76/86 -; Plagemann/Hontschik, Medizinische Begutachtung im Sozialrecht, 3. Auflage, Seite 27), erst dann gegeben, wenn mehr für als gegen den Zusammenhang spricht und ernst Zweifel an einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG Breithaupt 1963, 60, 61; BSGE 32, 303, 309; [45, 285](#), 286). Die für den Kausalzusammenhang sprechenden Umstände müssen danach die gegenteiligen deutlich überwiegen (vgl. Schulz-Weidner, SGB 1992, 59 ff.).

Von diesen rechtlichen Voraussetzungen ausgehend steht nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren fest, dass der beim Kläger bestehende ischämische Hirninfarkt der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links rechtlich wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 23.04.1996 zurückzuführen ist. In der medizinischen Beurteilung folgt der Senat den im Gerichtsverfahren eingeholten Gutachten von Prof. Dr. K und Dr. W1. Soweit im Verwaltungsverfahren Dr. L in der von der Beklagten eingeholten Stellungnahme vom 02.03.1999, die urkundsbeweislich zu verwerfen war, zu einer anderen Einschätzung gelangt ist und das Vorliegen von Unfallfolgen verneint hat, war ihr nicht zu folgen. Auch ihre von der Beklagten zum Gutachten von Dr. W1 vorgelegte nervenärztliche Stellungnahme vom 21.10.2004, die rechtlich als qualifiziertes Parteivorbringen zu werten ist, ist vor dem Hintergrund der im Wesentlichen im Grundsatz übereinstimmenden Beurteilung der Zusammenhangsfrage durch die gerichtlichen SVen nicht geeignet, diese zu widerlegen oder auch nur in begründete Zweifel zu ziehen. Dafür sind folgende Erwägungen maßgebend:

Der nach § 539 Abs. 1 Nr. 14 a RVO versicherte Kläger erlitt - was unstreitig und von der Beklagten im Bescheid vom 21.05.1999 ausdrücklich anerkannt worden ist - am 23.04.1996 einen Arbeitsunfall, als ihm die Tür des Spielzeughauses an den Kopf schlug. Wenn es durch dieses Ereignis auch nicht zu äußerlich sichtbaren Verletzungszeichen kam, stellte sich doch in engem zeitlichen Zusammenhang am gleichen Tage eine unklare Fazialisparese links mit beginnender Parese des linken Armes und Beines ein, die eine notfallmäßige Behandlung des Klägers in der Kinder- und Jugendklinik des Klinikums des Kreises I erforderlich machte. Dass hier nur - wie Dr. L in ihrer Stellungnahme vom 03.09.1997 für die W-Versicherungs AG ausgeführt hat - ein zufälliger zeitlicher, nicht aber ein ursächlicher Zusammenhang mit dem vorangegangenen Trauma vorgelegen hat, ist nicht anzunehmen. Diese Behauptung hat die Gutachterin in der von der Beklagten zuletzt vorgelegten Stellungnahme vom 21.10.2004 auch nicht mehr aufrecht erhalten, wenn sie einräumt, dass das Unfallereignis möglicherweise eine gewisse auslösende Bedeutung gehabt haben könne. Nach den Ausführungen der im Berufungsverfahren vor dem Senat gehörten SVen Prof. Dr. K und Dr. W1, bei denen es sich um Kapazitäten auf dem Fachgebiet der Kinderneurologie und des kindlichen Schlaganfalls handelt, ist davon auszugehen, dass für den am 23.04.1996 festgestellten Hirninfarkt mehrere Faktoren als ursächlich in Betracht kommen. Soweit Prof. Dr. K in seinem am 11.06.1997 für die W-Versicherungs AG erstatteten Gutachten allein auf das "Bagateltrauma" abgestellt und einen dadurch hervorgerufenen intracerebralen Gefäßverschluss einer kleinen, ascendierenden lenticulo-striären Arterie angenommen und andere Ursachenfaktoren wie Konstitutionsauffälligkeiten oder eine angeborene Gerinnungsstörung oder entzündliche oder metabolische Erkrankungen ausgeschlossen hat, hat er diese Einschätzung in seinem Gutachten vom 31.10.2002 nicht mehr aufrecht erhalten. Im Hinblick auf zwischenzeitlich gewonnene weitere Erkenntnisse geht er jetzt von drei - von ihm so bezeichneten - Co-Faktoren aus. Auch der SV Dr. W1 spricht insoweit von einem multifaktoriellen Geschehen.

Bei den drei Co-Faktoren handelt es sich nach Prof. Dr. K einmal um das Unfallereignis (Schlag der Spielhausholztür gegen die Schläfe bzw. den Kopf des Klägers), die angeborene Hypofibrinolyse durch eine diskrete Erhöhung des Lipoprotein (a) - wie sie bei der Mutter des Klägers nachgewiesen ist -, und die familiäre paternale migränöse Veranlagung. Letztere waren - wie sich vor allem aus den Ausführungen des SV Dr. W1 ergibt - wesentlich ursächlich für den zweiten, im Juni 1997 ohne äußere Einwirkungen aufgetretenen Hirninfarkt, da der Kläger bereits zwei Tage zuvor über Kopfschmerzen geklagt hatte. Ob diese Veranlagung auch für den Infarkt nach dem Unfallereignis als wesentlich mitursächlich angesehen werden kann, ist im Hinblick darauf, dass über Kopfschmerzen des Klägers vor dem Ereignis nichts bekannt ist, zumindest fraglich, kann aber letztlich dahingestellt bleiben. Für den Senat steht nach der medizinischen Beweisaufnahme fest, dass das zweite Infarktereignis vom Juni 1997 und das kurz darauf durch eine Angiographie ausgelöste dritte Infarktereignis unfallunabhängig sind, wie insbesondere Dr. W1 klargestellt hat. Gegenteiliges ist von Prof. Dr. K nicht behauptet worden.

Wenn auch - wie die im Berufungsverfahren gehörten SVen übereinstimmend dargelegt haben - die Pathomechanismen für die Entstehung von Schlaganfällen bei Kindern auch nach leichten Schädel-Hirn-Traumata noch nicht hinreichend erforscht sind, so gibt es in der neueren Literatur deutliche Anhaltspunkte dafür, dass auch nach leichten Schädelhirntraumen bei Kindern ohne nachweisbare Gefäßdissektion Hirninfarkte auftreten können. Die dazu in der neuesten Literatur gemachten Erklärungsversuche zur Pathophysiologie ischämischer Schlaganfälle nach leichten Schädelhirntraumata bei Kindern hat Dr. W1 ebenso eingehend wie anschaulich dargelegt, weshalb seinen Ausführungen zu folgen ist. Für die Bejahung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem ersten Schlaganfall des Klägers mit nachfolgender Hemiparese ist nicht erforderlich, dass der Unfall - neben anderen Ursachen - annähernd gleichwertig gewesen ist oder ihm gar eine überwiegende Bedeutung zukommt. Auch eine "nicht annähernd gleichwertige", sondern verhältnismäßig niedriger zu bewertende Bedingung kann nach der unfallrechtlichen Kausalitätslehre für den Erfolg rechtlich wesentlich sein ([BSGE 12, 242](#), 245; BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO; Brackmann/Krasney, a. a. O., [§ 8 SGB VII](#), RdNr. 314; Mehrtens, a. a. O., § 8 RdNr. 8.2.3 jeweils mit weiteren Nachweisen). Die Wertung zweier Mitursachen als rechtlich wesentlich setzt nicht notwendig ein Verhältnis 50: 50 voraus; ein mitwirkender Faktor ist nur dann rechtlich unwesentlich, wenn er von der einen oder anderen Ursache ganz in den Hintergrund gedrängt wird. Der Unfall muss nur - ebenfalls - rechtlich wesentlich gewesen sein, und das kann er auch schon dann, wenn er im Verhältnis zu anderen Faktoren prozentual geringer zu bewerten ist, wobei die Grenze nach der sogenannten "Krasney schen Faustregel" allerdings nicht unter 30 % liegen soll (Brackmann/Krasney, a. a. O.; Mehrtens, a. a. O.).

Unter Abwägung aller Umstände ist der Senat daher der Überzeugung, dass dem Unfall die Bedeutung einer wesentlichen Teilursache im vorgenannten Sinne nicht abgesprochen werden kann. Der Senat folgt insoweit den Ausführungen von Prof. Dr. K, der dargelegt hat, dass trotz der angeborenen Hypofibrinolyse das Schädelhirntrauma beim Kläger eben nicht als unbedeutendes Ereignis aufgefasst werden darf, sondern dass der Unfall die Realisationsfaktor für den kindlichen Gefäßverschluss gewesen ist und ohne das Infarktereignis zu diesem Zeitpunkt nicht aufgetreten wäre. Auch nach Dr. W1 kommt dem Unfall die Bedeutung einer wesentlichen Teilursache zu. Unter den gegebenen Umständen kann - im Gegensatz zur Auffassung der Beklagten - dem Unfallereignis nicht nur die Bedeutung einer austauschbaren Gelegenheitsursache beigemessen werden. Dass der erste Hirninfarkt - wie Dr. L meint - zu jedem Zeitpunkt auch ohne irgendwelche äußeren Einwirkungen hätte auftreten können, wie dies bei den späteren der Fall gewesen sein soll, ist hypothetisch. Bei dem späteren Infarkt lagen andere - auch andere gesundheitliche - Verhältnisse vor, denn dem zweiten Infarkt waren migänartige

Kopfschmerzen vorausgegangen. Dass dieser ohne äußere Einwirkungen aufgetreten ist, kann bei dieser Sachlage nicht als zwingendes Argument dafür herangezogen werden, dass der Schadensanlage auch für den ersten Infarkt die weitaus überwiegende Bedeutung beizumessen ist. Soweit Prof. Dr. K ausgeführt hat, das Schädelhirntrauma sei zwar leicht gewesen, folgenschwer aber insofern, als es möglich ist durch einen Einriss des Innenhäutchens kleiner sogen. Schlaganfallarterien zu einem thrombotischen Gefäßverschluss dieser kleinen Gefäße mit nachfolgendem relativ großem Infarkt im Bereich der rechtsseitigen Basalganglien und des vorderen und mittleren Teils der inneren Kapsel gekommen sei, kann daraus - anders als die Beklagte meint - nicht der Schluss gezogen werden, dass der SV in Wirklichkeit die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs verneint. Vielmehr ist nach Auffassung des Senats die Formulierung dahingehend zu verstehen, dass der SV nur eine von mehreren Möglichkeiten aufzeigen wollte, wie der Pathomechanismus, dessen Einzelheiten wissenschaftlich noch nicht sicher geklärt werden können, bis hin zu dem sicher feststehenden großen Infarkt sich abgespielt haben kann. Ob es tatsächlich mit Wahrscheinlichkeit zu einem Einriss des Innenhäutchens besagter Arterien gekommen ist, spielt dann keine entscheidende Rolle. Ein solcher Verletzungsmechanismus wird im Übrigen auch von Dr. W1 gar nicht behauptet. Der von der Beklagten im Anschluss an die Ausführungen von Dr. L nach wie vor vertretenen Ansicht, dass der Infarkt rein zufällig zeitnah zum Unfallereignis aufgetreten sei und letzterem daher keine ursächliche Bedeutung zukomme, vermag der Senat auch im Hinblick auf die Ausführungen des zuletzt gehörten SV Dr. W1 daher nicht zu folgen.

Soweit die Beklagte zuletzt auf das Urteil des BSG vom 27.06.1991 ([SozR 3 - 2200 § 548 Nr. 11](#)) verwiesen hat und meint, der dort entschiedene Sachverhalt sei mit dem hier vorliegenden vergleichbar, trifft dies nicht zu. Zwar ging es auch in jenem Verfahren darum, ob ein infantiler Hirninfarkt Folge einer unfallbedingten Schädelprellung war. Die medizinischen Ermittlungen im Berufungsverfahren jenes Falles hatten indes das Ergebnis, dass dort - anders als im vorliegenden Fall - die Ursache der infantilen Hemiplegie nicht geklärt werden konnte, weshalb das BSG auf Grund einer Beweislastentscheidung das Berufungsurteil abänderte und die Klage abwies.

Da nach alledem die angefochtenen Bescheide rechtswidrig sind und der beim Kläger bestehende ischämische Hirninfarkt der Stammganglien mit daraus resultierender Hemiparese links Folge des Arbeitsunfalls vom 23.04.1996 ist, war der Gerichtsbescheid des SG abzuändern und die Beklagte - entsprechend dem zuletzt gestellten Antrag - durch Grundurteil ([§ 130 SGG](#)) zu verurteilen, wegen der vorgenannten Unfallfolgen Entschädigungsleistungen zu gewähren. Über die Leistungen im Einzelnen, insbesondere den Beginn und die Höhe der Verletztenrente wird die Beklagte noch zu befinden haben. Dass dabei durch die Folgen der kognitiven und motorischen Einbußen den zweiten Infarkt von 1997 hier nicht zu berücksichtigen sind, folgt für den Senat aus den überzeugenden Darlegungen von Dr. W1, was dessen Bezeichnung der Unfallfolgen im Urteilstenor entspricht.

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

Zur Revisionszulassung bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-10-31