L 6 U 44/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 6 U 68/02
Datum
31.01.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 44/05
Datum
10.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 31. Januar 2005 aufgehoben, der Bescheid der Beklagten vom 28. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2002 abgeändert, festgestellt, dass eine strukturelle Schädigung des Globus pallidus beidseits, eine Atrophie der Stammganglien beidseits und eine Atrophie des Hippocampus in Form eines hirnorganischen amnestischen Psychosyndroms mit deutlichen Beeinträchtigungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses und exekutiven Funktionsbeeinträchtigungen Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. März 1984 sind und die Beklagte verurteilt, dem Kläger eine Verletztenrente ab Juni 1998 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 50 von Hundert (vH) zu gewähren. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtstreits 1. und 2. Instanz. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls und über die Gewährung einer Verletztenrente.

Der am. 1942 geborene Kläger zeigte der Berufsgenossenschaft (BG) für den Einzelhandel am 25. Juni 1998 einen Arbeitsunfall vom 27. März 1984 an, den bisher die Deutsche Versicherungs- und Rückversicherungs AG (DARAG) für den damaligen Arbeitgeber des Klägers mit einer Einmalzahlung in Höhe von 60.000 DM für den Zeitraum vom 1. Januar 1992 bis 31. Dezember 1997 reguliert hatte. Er fügte ein Schreiben der DARAG vom 25. Februar 1998 bei, wonach diese infolge einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) die Leistung von Schadensersatz aus Arbeitsunfällen mit dem Beginn des II. Quartals 1996 eingestellt hat. Die BG für den Einzelhandel gab den Vorgang unter dem 8. Juli 1998 an die Beklagte ab.

Die Beklagte zog Unterlagen der DARAG bei: Nach einer undatierten Unfallmeldung an den Bezirksvorstand des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) hatte der Kläger am 27. März 1984 in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit als Flugzeugführer der I H einen Arbeitsunfall erlitten. Auf einem Überführungsflug von G nach M zwischen 10.50 Uhr und 11.33 Uhr habe dieser eine Geruchsbelästigung bemerkt, ihm sei unwohl geworden und er habe nach dem Flug einen Brechreiz verspürt. Ursache sei ein Loch im Abgassammlerteil gewesen, durch das Abgase in das Cockpit gelangen konnten. Unter dem 13. März 1987 hatte der Medizinische Dienst des Verkehrswesens der DDR der I berichtet, die Fluguntauglichkeit des Klägers sei keine Folge des Arbeitsunfalls. Die akute Symptomatik nach der CO-Intoxikation sei vollkommen abgeklungen. Die danach erhobenen Befunde entsprächen denen vor dem Arbeitsunfall. Die Fluguntauglichkeit beruhe vielmehr überwiegend auf einer unfallunabhängigen Gesundheitsstörung. Unter Würdigung der Bedeutung des Beschwerdebildes werde eine unfallbedingte Teilverursachung von 20 % festgelegt.

Am 4. Tag nach dem Unfall hatte der Kläger seine Tätigkeit als Flieger für die I wieder aufgenommen.

Die Beklagte erhielt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin diverse Unterlagen: Am 30. März 1984 hatten die ehemals bei der I H Beschäftigten, der Meister K , der Dispatcher P und der Technologe A , eine CO-Messung im Überführungsflugzeug vorgenommen. Nach fünf Hüben mittels einer Pumpe hätten sie - bei einer durchgehenden Braunfärbung des CO-Röhrchens - eine Konzentration von mindestens 200 mg/m3 festgestellt. Den Höchstwert der CO-Belastung hatten sie nicht ermitteln können, weil das Prüfröhrchen auf 200 mg/m3 begrenzt gewesen sei. Unter dem 19. Juni 1984 hatte der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie des Medizinischen Dienstes für Verkehrswesen Dr. S dem Zentralinstitut für Arbeitsmedizin berichtet, der Kläger habe angegeben, seit dem Unfall leide er an Störungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie über Blendempfindlichkeit. Beim Romberg-Test habe er eine Fallneigung, beim Zielblindgang eine Abweichtendenz nach rechts gezeigt. Das von ihm gefertigte EEG habe gegenüber einem EEG aus dem Jahr 1976 keine neuen Phänomene gezeigt. Die symmetrische Funktionsstörung im Bereich des Hirnstamms mit einer geringen Steigerung der Erregbarkeit sei geringer ausgeprägt als 1976. Die Untersuchungen in den vergangenen Jahren hätten eine hypochondrische

Grundeinstellung des Klägers deutlich werden lassen. In einer Epikrise vom 8. Oktober 1984 zum stationären Aufenthalt des Klägers vom 20. Juni 1984 bis 30. Juni 1984 in der Klinik für Berufskrankheiten in B zur Abklärung der möglichen Folgeschäden einer CO-Intoxikation hatten der Ärztliche Direktor Dozent Dr. S und die Fachärztin für Arbeitshygiene Dr. K unter Mitwirkung von Dr. L berichtet, die nach dem Unfall gefertigten Elektroenzephalogramme (EEG) hätten Veränderungen gegenüber einem vor dem Unfall gefertigten EEG gezeigt. Eine durch die CO-Intoxikation bedingte Beeinträchtigung der Durchblutung des Gehirns sei nicht auszuschließen. Bei der psychologischen Untersuchung des Klägers durch Dipl.-Psych. M sei die Bearbeitungszeit von Testaufgaben ohne Zeitdruck auffällig gewesen. Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis habe er nur unterdurchschnittlich bewältigt und auffallend gering sinnhaftes Standardmaterial reproduziert. Er habe über Konzentrationseinbußen, Vergesslichkeit und Antriebsmangel geklagt. Es sei nicht auszuschließen, dass die Leistungseinschränkungen schadstoffbedingt seien. Gegenüber den behandelnden Ärzten hatte der Kläger unter dem 26. Juni 1984 mitgeteilt, während des Flugs habe er nach etwa fünf Minuten Übelkeit verspürt, mit zunehmender Tendenz. Nach der Landung sei für zwei Stunden starker Brechreiz und ein Schwächegefühl hinzugekommen. Mit nachlassender Übelkeit hätten sich unerträgliche Kopfschmerzen eingestellt. Obgleich er in zweistündigem Abstand Schmerzmittel eingenommen habe, seien die Kopfschmerzen erst am dritten Tag auf ein erträgliches Maß abgeklungen. In der Folgezeit habe er unter einer schmerzhaften, über eine lange Zeit anhaltenden Blendungsempfindlichkeit gelitten. Er habe ständige Mattigkeit und ungewohnte Schläfrigkeit verspürt und sei an Hobbys desinteressiert gewesen. Die Konzentration habe nachgelassen und die Vergesslichkeit zugenommen.

Das Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen stellte der Beklagten am 12. April 1999 diverse ärztliche Berichte zur Verfügung: Unter dem 7. März 1985 hatte Dr. S dem Lazarett der Nationalen Volksarmee (NVA) in D zur stationären Aufnahme des Klägers vom 25. März 1985 bis 29. März 1985 mitgeteilt, dieser habe offenbar eine starke paranoide (von Wahnvorstellungen geprägte) Bindung an den stattgehabten Arbeitsunfall ausgebildet. Die Entwicklung einer Flugphobie sei ebenso zu prüfen wie eine starke bewusste Tendenz zum Krankheitsgewinn. In dem Krankenblatt vom 28. März 1985 hatten der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Leiter der Abteilung des Lazaretts der NVA in D Dr. S und der Diplompsychologe Dr. K ausgeführt, formale Denkstörungen lägen bei dem Kläger nicht vor. Hinweise auf inadäquates Beziehungsdenken oder Perseverationen (krankhaftes Verweilen bei ein und demselben Denkinhalt) bestünden nicht. Die Denkinhalte seien konkret ohne Verlust des Gesamtzusammenhangs und ohne Sinnwidrigkeiten. Der Kläger habe geringgradige Mängel der Konzentrationsleistung gezeigt.

Auf Veranlassung der Beklagten erstatteten der Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Krankenhauses H Privatdozent (PD) Dr. H unter Mitwirkung der Oberärztin Dr. F das neuropsychiatrische Fachgutachten vom 26. August 1999, der PD Dr. M vom Fachbereich klinische Neurophysiologie des Krankenhauses H das neuropsychologische Zusatzgutachten vom 26. August 1999 und der Direktor des Instituts für Radiologie des Unfallkrankenhauses B PD Dr. M unter Mitwirkung des Oberarztes Dr. R das radiologische Zusatzgutachten vom 2. September 1999, jeweils nach Untersuchung des Klägers. PD Dr. M führte aus, die Tests hätten gezeigt, dass der Kläger an schweren Gedächtnisstörungen - einem amnestischen Syndrom - leide, wobei sowohl die Gedächtnisbildung als auch der Abruf betroffen seien. Das freie Erinnern sei deutlich stärker gestört als die Wiedererkennung. Eine stark erhöhte Vergessensrate und auffallende mnestische Interferenzen (das Gedächtnis betreffende Überlagerungen) seien zu beobachten. Außerdem bestünde neben deutlichen Defiziten im Problemlösen eine mentale Perseveration. Ferner zeige sich eine mangelnde Handlungsorganisation. Da alle typischen Teilleistungsstörungen nach einer CO-Intoxikation vorhanden seien, bestehe kein Zweifel an einem ursächlichen Zusammenhang der Erkrankungen mit dem Arbeitsunfall.

PD Dr. H und Dr. F führten aus, die psychometrischen Persönlichkeitstests hätten keinen Anhalt für eine prämorbide Neurose (neurotische Vorerkrankung) oder Persönlichkeitsstörung gezeigt, die die nach dem Unfall aufgetretenen Symptome erklärten. Es sei eine paranoide Grundstimmung vorhanden. Die hypochondrische Ängstlichkeit sei in der Struktur der Persönlichkeit des Klägers begründet. Eine Krankheitswertigkeit ergäbe sich hieraus nicht. Die nachhaltige Reaktion auf das Erlebte sowie die Ängstlichkeit gegenüber der Flugtechnik entspreche einer partiellen posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörung, die im Laufe der Jahre in eine chronische Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung übergegangen sei. Als direkte Folge der CO-Intoxikation bestünden zur Zeit bei dem Kläger noch ein schweres amnestisches hirnorganisches Psychosyndrom mit schweren verbalen und figuralen Gedächtnisstörungen, stark beschleunigtem Vergessensprozess und schweren exekutiven Funktionsstörungen mit spontanem Handeln bei geringer Handlungsorganisation und mentaler Kontrolle sowie Defizite im problemlösenden Denken und mentale Perseverationen. Die schweren neuropsychologischen Störungen seien Folge der morphologischen Schädigung im Bereich des oralen Hirnstammes. Darüber hinaus sei eine chronische Anpassungsstörung im Sinne einer schweren Selbstwertverunsicherung durch das Unfallereignis und seine Folgen vorhanden. Neuropsychiatrisch lägen keine unfall-unabhängigen Gesundheitsstörungen vor. Seit dem Unfallereignis liege durchgängig eine MdE um 100 vH vor.

PD Dr. M und Dr. R führten aus, die Magnetresonanztomographie (MRT) zeige Veränderungen des Ammonhorns und des Gyrus hippocampi. Diese ließen auf eine Sklerosierung (Verhärtung des Gewebes) der Hirnsubstanz schließen. Die stippchenartigen defekten Veränderungen des Hirnparenchyms (Organgewebes des Hirns) seien ein eindeutiger Beweis für die morphologische Schädigung dieser Region. Die betroffenen Regionen seien Teil des limbischen Systems (eines Gürtels um den Hirnstamm). Bei einer Schädigung dieses Systems seien das Kurzzeitgedächtnis und das Langzeitgedächtnis betroffen. Die Läsionen (Funktionsstörungen) im oralen Hirnstamm seien direkte Folge der CO-Intoxikation. Für zusätzlich bestehende Veränderungen des Hirnparenchyms bestünde kein Hinweis. Insbesondere ließen sich die für eine cerebrale Mikroangiopathie (krankhafte Veränderung der kleinen und kleinsten Arterien) typischen Zeichen nicht nachweisen.

Die Beklagte beauftragte den Arzt für Neurologie und Psychiatrie des Medizinischen Gutachteninstituts H Dr. F mit der gutachtlichen nervenärztlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 1. November 1999. Dieser meinte, die Einschätzung der MdE von PD Dr. H und Dr. F teile er nicht. Dem Kläger sei der gesamte allgemeine Arbeitsmarkt nicht verschlossen. So habe er nach dem Unfall als Hygieneinspekteur und als Gewerbetreibender selbständig gearbeitet. Durch seine zahlreichen Schreiben an die BG beweise er, dass eine unbeeinträchtigte Fähigkeit zu logisch argumentativem Denken, gute Abstraktionsfähigkeit und unbeeinträchtigter Antrieb vorhanden sei. Er sei in der Lage, eine zum Erreichen seines Ziels für wirksam erachtete Strategie in unbeeinträchtigter Weise zu entwerfen und zu verfolgen. Es sei zwar grundsätzlich denkbar, dass dem Kläger ein kleiner Teil des Arbeitsmarktes verschlossen wäre, die Annahme einer MdE um 100 vH sei aber absurd. Auch die von PD Dr. M beschriebenen schweren neuropsychologischen Einbußen stünden im Gegensatz sowohl zu der ansonsten aktenkundigen weitgehend unbeeinträchtigten Lebensbewältigung als auch zu der Tatsache, dass die übrige Hirnleistung des Klägers nur geringfügig beeinträchtigt sei. Dass er nach eigenen Angaben in Bibliotheken lange Abhandlungen schreibe und rund um die Uhr lese, spreche gegen ein hirnorganisches Psychosyndrom mit einer MdE um 100 vH. Nach einer CO-Intoxikation komme es immer initial zu

maximal beeinträchtigenden Störungen, welche sich später mehr oder weniger gut besserten. Ein umgekehrter Verlauf sei dagegen nicht denkbar. Nach den Befunden sei lediglich von einer leichten passageren Hirnleistungsstörung auszugehen. Da es an einem Erstschaden fehle, sei ein Zusammenhang zum Unfall nicht herzustellen.

Die Beklagte ließ daraufhin den Direktor der Klinik für Innere Medizin des Unfallkrankenhauses B Prof. Dr. K unter Mitwirkung des Oberarztes Dr. W und der Ärztin im Praktikum S das Gutachten vom 20. September 1999 nach Untersuchung des Klägers am 10. August 1999 erstatten. Diese schlossen sich im Wesentlichen den Ausführungen von PD DR. H und Dr. F an. Die neuropsychologischen Störungen und die Schädigungen des oralen Hirnstamms seien unmittelbare Folgen der CO-Intoxikation. Die MdE sei um 100 vH einzuschätzen.

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete der Chefarzt der Neurologischen Abteilung und Physikalischen Therapie des Krankenhauses N und Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Physikalische Therapie Prof. Dr. G das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 14. Februar 2001 nach Untersuchung des Klägers am 7. Dezember 2000. Dieser führte aus, ein altersunüblicher psychischer Befund sei nicht zu erheben. Eine im EEG nachgewiesene erhöhte Anfallsbereitschaft bestehe beim Kläger nicht. Es liege auch kein Hinweis für eine Läsion intellektueller Strukturen vor. In der MRT vom 30. August 1999 seien keine Veränderungen nachweisbar, die auf größere hypodense (überdichte) Strukturen als Folgen einer CO-Intoxikation bzw. einer Ischämie (Blutleere) hindeuteten. PD Dr. M versuche, geringe Substanzauffälligkeiten Jahre nach einem Ereignis mit diesem in Verbindung zu setzen, was allein aus einer MRT nicht möglich sei. Schwere neurologische Ausfälle, für die es keine aktenkundigen Hinweise gäbe, hätten bei einer bleibenden Schädigung auch zu größeren Parenchymdefekten führen müssen. Demgegenüber hinterließen Funktionsstörungen des Nervensystems nach einer CO-Intoxikation derartige Befunde nicht. Es sei nicht möglich, ohne stärkergradige psychische Veränderungen im Sinne einer Bewusstseinsstörung und -trübung und zusätzlichen neurologischen Ausfällen nach dem Flug jetzt auf ein schweres hirnorganisches Psychosyndrom als Unfallfolge zu schließen. Die nach dem Flug aufgetretenen Symptome wiesen allenfalls auf eine Teilexposition und -vergiftung hin, die lediglich zu einer nach sechs Monaten ausgeheilten, begrenzten, leichten Hirnfunktionsschädigung geführt habe. Ein hirnorganisches Psychosyndrom lasse sich ebenso wenig nachweisen wie neurologische Veränderungen.

Ferner erstattete der Leiter des Instituts für Arbeitsmedizin und Facharzt für Arbeitsmedizin/Internist/Umweltmedizin Prof. Dr. S unter Mitwirkung der Assistenzärztin P das arbeitsmedizinische Gutachten vom 9. August 2001 nach Untersuchung des Klägers am 29. November 2000. Diese diagnostizierten elektroencephalografische Auffälligkeiten ohne erhöhte Anfallsbereitschaft, eine Hypertonie (Bluthochdruck) und eine leichtgradige Hyperlipidämie (Fettstoffwechselstörung mit erhöhten Fetten im Blut). Sie führten aus, nach kurz dauernder, auch schwerer Vergiftung sei eine rasche Gesundung die Regel. Folgezustände und Spätschäden würden fast ausschließlich nach längerer CO-Einwirkung beobachtet. Aufgrund der vorgetragenen Symptome könne bei dem Kläger von einer akuten Kohlenoxidvergiftung zwischen 10 und 30 % Kohlenoxid-Hämoglobin ausgegangen werden. Hierdurch sei eine zeitlich begrenzte leichtere Hirnfunktionsschädigung möglich gewesen. Derartige Veränderungen ließen sich jedoch auch als Zeichen hirnorganischer Veränderungsprozesse unklarer Genese interpretieren. Psychische Beeinträchtigungen seien für maximal 6 Monate nach dem Unfall zu erwarten. Spätschäden nach einer mehrjährigen Latenzzeit sowie eine deutliche Zunahme vorhandener Befunde nach Jahrzehnten seien in der Fachliteratur demgegenüber nicht beschrieben.

Mit Bescheid vom 28. August 2001 lehnte es die Beklagte ab, dem Kläger aus dem Arbeitsunfall vom 27. März 1984 eine Verletztenrente zu gewähren, weil die über 6 Monate nach dem Unfall geklagten Beschwerden unfallunabhängig seien. Den hiergegen am 24. August 2001 erhobenen Widerspruch wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 8. Februar 2002 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 13. März 2002 Klage vor dem Sozialgericht (SG) Halle erhoben und die Gewährung einer Verletztenrente weiter verfolgt. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 31. Januar 2005 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, nach den Gutachten von Prof. Dr. G und Prof. Dr. S stehe fest, dass Folgen der Kohlenmonoxidintoxikation nicht vollbeweislich nachgewiesen seien. Das Gericht sei nicht davon überzeugt, dass bei dem Kläger ein hirnorganisches Psychosyndrom oder neurologische Veränderungen bestünden. Die Auffälligkeiten im EEG seien ebenso unspezifisch wie die Veränderungen im MRT und ließen keinen Rückschluss auf eine substantielle Hirnschädigung zu. Einschränkungen der Gedächtnisleistungen seien keinesfalls mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das mehr als 20 Jahre zurückliegende Unfallereignis zurückzuführen. Schwere Gedächtnisstörungen, Störungen der Merkfähigkeit, Veränderungen des Reaktionstempos entsprächen nicht dem persönlichen Eindruck des Gerichts vom Kläger im Termin, ließen sich aus seiner Auseinandersetzung mit dem Arbeitsunfall und seinen aktenkundig gewordenen Schreiben nicht ableiten und würden auch nicht durch die medizinischen Unterlagen gestützt, die zeitnah bzw. relativ zeitnah im Zeitraum bis 1987 erstellt worden sind. Auch sei der Kläger am 4. Tag nach dem Unfall bereits wieder geflogen. Neun Tage nach dem Unfall seien bei einer Untersuchung zur Flugtauglichkeit keine wesentlichen Auffälligkeiten festgestellt worden. Zudem habe der Kläger erst einen Monat nach dem Unfall einen Arzt aufgesucht. Die 1985 und 1987 erstellten medizinischen Unterlagen mit Fluguntauglichkeitsbescheinigung ließen keine hinreichenden Schlüsse auf das Fortbestehen einer unfallbedingten Gesundheitsstörung zu. Der Medizinische Dienst des Verkehrswesens habe bereits 1987 festgestellt, dass die Akutsymptomatik abgeklungen gewesen sei und die Befunde denen vor dem Unfall entsprochen hätten. Die Einschätzung einer unfallbedingten Teilverursachung mit 20 vH sei nicht zu verwerten. Es fehle an einem aussagekräftigen und verwertbaren medizinischen Erstbefund nach dem Unfallereignis sowie an einer Brückensymptomatik für die Zeit danach.

Gegen das am 8. März 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. April 2005 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Sachsen-Anhalt eingelegt. Er ist der Auffassung, es könne ihm nicht angelastet werden, dass sowohl die Zuordnung des Krankheitsbildes des Medizinischen Dienstes des Verkehrswesens seinerzeit ungenügend erfolgt sei als auch die Dokumentation. Die Gutachter PD DR. H und Dr. F hätten ihn ambulant untersucht, während ihn die späteren Gutachter nicht in Augenschein genommen hätten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 31. Januar 2005 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 28. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2002 abzuändern, festzustellen, dass eine strukturelle Schädigung des Globus pallidus beidseits, eine Atrophie der Stammganglien beidseits und eine Atrophie des Hippocampus mit der Folge eines hirnorganischen amnestischen Psychosyndroms mit deutlichen Beeinträchtigungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses und exekutiven Funktionsbeeinträchtigungen Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. März 1984 sind und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Verletztenrente ab Juni 1998 nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 50 von Hundert (vH) zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf das Urteil des SG und ihre Ausführungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren.

Das LSG hat Beweis erhoben durch Einholen mehrerer Gutachten: In dem psychiatrischen Zusatzgutachten vom 28. Dezember 2007 hat der Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. B nach Untersuchung des Klägers am 20. Dezember 2007 ausgeführt, Anzeichen eines psychotischen Krankheitsbildes bestünden nicht. Bei dem Kläger läge ein hirnorganisch bedingtes Psychosyndrom vor, das gekennzeichnet sei durch mittelgradige Gedächtnisstörungen sowie erhebliche Beeinträchtigungen der psychosomatischen Verarbeitungsgeschwindigkeit und der kognitiven Umstellfähigkeit. Die CO-Intoxikation sei geeignet, die festgestellten Gesundheitsschäden zu verursachen. Psychiatrischerseits werde es als sicher angesehen, dass der Unfall die Ursache für die danach eingetretenen Beschwerden sei. Die persistierenden (fortdauernden) Beeinträchtigungen seien als Folgen einer derartigen Vergiftung wissenschaftlich bereits beschrieben. Es gäbe keinen Hinweis darauf, dass vergleichbare Störungen schon vor dem Unfall vorgelegen oder eine neurotische Konversionssymptomatik sowie ein hirnorganisches Psychosyndrom unfallunabhängig die Gesundheitsstörungen verursacht hätten. Die MdE werde auf 50 vH geschätzt.

In seinem neuroradiologischen Zusatzgutachten vom 16. Januar 2008 hat der Direktor des Instituts für Neuroradiologie des Universitätsklinikums M Prof. Dr. S festgestellt, die sowohl in der Voruntersuchung des Klägers im Jahr 1999 als auch die aktuell beschriebenen organischen Veränderungen seien zusammengefasst eine strukturelle Schädigung der Globus pallidus (Zentrum der Trieb- und primitiven Reaktionsbewegungen und des unmittelbaren motorischen Ausdrucks) beidseits mit Kontrastverlust sowie Atrophie (Substanzabnahme) der Stammganglien (funktioneller Kern des motorischen Systems) mit konsekutiver (nachfolgender) Erweiterung der perivaskulären (um die Blutgefäße liegenden) Räume. Zusätzlich bestehe eine deutliche, rechts mehr als links, ausgeprägte Atrophie des Hippocampus (halbmondförmiger Längswulst im Gehirn) mit erweiterten Virchow Robinschen Räumen. Der Befund von 2006 sei zu dem aus dem Jahr 1999 ohne wesentliche Progredienz (Verschlimmerung). Das Verteilungsmuster der Schädigungen insgesamt spreche für typische Langzeitschäden nach durchlaufener Kohlenmonoxid-Vergiftung. Da sich keine anderen Pathologica (Krankheiten) und mikroangiopathischen oder vaskulären Veränderungen in den übrigen Hirnstrukturen nachweisen ließen, seien die Veränderungen ursächlich auf die Kohlenmonoxidvergiftung zurückzuführen.

In seinem neurochirurgischen Zusammenhangsgutachten nebst EEG-Zusatzgutachten vom 22. Januar 2008 hat der Direktor der Klinik für Neurochirurgie der Universitätsklinik M Prof. Dr. F nach Untersuchung des Klägers am 9. August 2006 ausgeführt, aus der neurochirurgischen Erfahrung mit Schädelhirnverletzungen lasse sich bestätigen, dass bestimmte psychische Auffälligkeiten nach einer Schädelhirnverletzung erst mit einigem Abstand zum Unfallgeschehen offenbar würden, insbesondere unter Belastung im Alltag. Es bestehe kein Zweifel daran, dass der Kläger an einem Psychosyndrom anhaltend leide. Die im Kernspintomogramm bestätigten Hirngewebszerstörungen beträfen Hirnareale, die in dieser Form bei Kohlenmonoxidvergiftungen beschrieben worden seien, jedoch bei anderen Erkrankungen an dieser Stelle des Gehirns typischerweise nicht aufträten. Die MdE betrage um 50 vH.

Die Beklagte hat die beratungsärztliche Stellungnahme vom Facharzt für Nervenheilkunde und Physikalische und Rehabilitative Medizin Dr. Dr. W vorgelegt. Dr. Dr. W hat unter dem 29. April 2008 ausgeführt, nach eigenen Untersuchungen aus dem Jahr 1984 hätten sich an Ratten und freiwilligen Probanden bereits bei relativ geringer Kohlenmonoxideinwirkung Schläfrigkeit und Ausfallerscheinungen bis zum Koma gezeigt. Hirnschäden auf Dauer seien nicht nachzuweisen gewesen, vor allem nicht in der Bildgebung. Daher sei das Verbleiben eines Hirnschadens bei dem Kläger aufgrund einer Kohlenmonoxidvergiftung definitiv ausgeschlossen. Auch spreche die Erwerbsanamnese gegen einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall. Die hirnorganischen Leistungsdefizite seien durch degenerative Abbauerscheinungen bedingt.

Die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten - 2 98 06956 M - haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die nach § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte (§ 151 Abs 1 SGG) und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist begründet. Das SG hat das Begehren des Klägers, welches er gemäß §§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG zulässigerweise als kombinierte Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage verfolgen kann (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 7. September 2004 - B 2 U 46/03 R - SozR 4-2700 § 2 Nr. 3; BSG, Urteil vom 20. März 2007 - B 2 U 19/06 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 23) zu Unrecht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 28. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2002 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Da die Beklagte den angefochtenen Bescheid nach dem Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) am 1. Januar 1997 erlassen hat, der Versicherungsfall aber bereits 1984 in der ehemaligen DDR eingetreten ist, richtet sich das anzuwendende Recht nach dem Zehnten Kapitel des SGB VII, insbesondere nach den in § 215 SGB VII enthaltenen Sondervorschriften für Versicherungsfälle im Beitrittsgebiet.

Der Senat braucht nicht der Frage nachzugehen, ob es sich bei dem Ereignis vom 27. März 1984 tatsächlich um einen Arbeitsunfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung gehandelt hat. Denn die Beklagte hat mit dem streitbefangenen Bescheid dieses Ereignis als Arbeitsunfall mit den Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form von Brechreizen, Kopfschmerzen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Blendungsempfindlichkeiten und Störungen der amnestischen (richtig: mnestischen) Funktionen, die maximal 6 Monate angedauert haben, anerkannt. Gemäß § 215 Abs. 6 SGB VII richtet sich die Feststellung, ob dem Kläger aus dem anerkannten Arbeitsunfall vom 27. März 1984 eine Verletztenrente zusteht, nach § 1154 Reichsversicherungsordnung (RVO) in der am 31. Dezember

1996 geltenden Fassung, mit der Maßgabe, dass an die Stelle der dort genannten Vorschriften der RVO die §§ 56 und 81 bis 91 SGB VII treten. Nach § 1154 Abs. 1 Satz 2 RVO ist für Arbeitsunfälle, die vor dem 1. Januar 1992 eingetreten sind, für die Bemessung des Körperschadens § 581 RVO (seit dem 1. Januar 1997 § 56 SGB VII) anzuwenden, wenn entweder Renten nach dem 31. Dezember 1991 erstmals festgestellt werden (Nr. 1) oder wenn bei vor dem 1. Januar 1992 festgestellten Renten wegen der Bewertung des Körperschadens oder einer den Körperschaden betreffenden wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eine neue Feststellung beantragt oder von Amts wegen vorgenommen wird (Nr. 2 Halbsatz 1). Der Kläger hatte von der DARAG für den Zeitraum vom 1. Januar 1992 bis 31. Dezember 1997 Schadensersatz in Höhe von 60.000 DM für den am 27. März 1984 erlittenen Arbeitsunfall erhalten. Dabei hat es sich um einen zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch gegen den ehemaligen Arbeitgeber nach § 267 Arbeitsgesetzbuch der DDR (AGB-DDR) gehandelt, den die DARAG erfüllt hat. Nach der Entscheidung des BAG, dass Arbeitgeber nur bis zum 21. Dezember 1990 für derartige Arbeitsunfälle haftbar sind, hat die DARAG die Zahlung eingestellt. Eine Feststellung der Höhe der MdE durch Verwaltungsakt ist hierdurch nicht erfolgt. Daher handelt es sich bei der vom Kläger begehrten Feststellung der Verletztenrente um eine erstmalige Feststellung nach dem 1. Januar 1992 im Sinne des § 1154 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 RVO.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vH gemindert ist, einen Anspruch auf eine Verletztenrente. Die MdE richtet sich gemäß § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Der Rentenanspruch setzt demnach voraus, dass die MdE durch Gesundheitsstörungen verursacht wird, die durch den Arbeitsunfall entstanden sind.

1. Eine nachgewiesene Gesundheitsstörung ist Folge eines Arbeitsunfalls, wenn sie durch ihn verursacht worden ist (§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII). Zwischen dem Unfallereignis und der als zusätzliche Arbeitsunfallfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung muss - entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden - ein Zusammenhang bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 - B 2 U 11/04 R - BSGE 94, 262 ff.). Ein Gesundheitsschaden ist nachgewiesen, wenn das erkennende Gericht zu der vollen Überzeugung hinsichtlich der behaupteten Gesundheitsstörung gelangt ist. Erforderlich ist, dass der Senat den Gesundheitsschaden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, also in einem hohen Grade für wahrscheinlich hält und keine vernünftigen Zweifel mehr bestehen (Meyer-Ladewig in ders./Keller/Leitherer, 9. Auflage, § 118 SGG RdNr. 5).

a) In diesem Sinne steht für den Senat zur vollen Überzeugung fest, dass bei dem Kläger eine strukturelle Schädigung der Globus pallidus beidseits mit Kontrastverlust, eine Atrophie der Stammganglien, insbesondere des Nucleus lentiformis (funktioneller Kern des motorischen Systems) und des Caput nuclei caudati (Kerngebiet des extrapyramidalen Systems, welches Ausmaß und Richtung der willkürlichen Bewegungen kontrolliert) beidseits mit konsekutiver Erweiterung der perivaskulären Räume sowie eine deutlich ausgeprägte Atrophie des Hippocampus vorliegen.

b) Diese Schädigungen eines Teiles des Hirns des Klägers hat Prof. Dr. S bei Auswertung der MRT des Kopfes vom 30. August 1999 und 19. Oktober 2006 festgestellt. Obgleich die Atrophien im MRT vom 19. Oktober 2006 deutlicher hervortreten, hat Prof. Dr. S dies nicht für eine fortschreitende Veränderung gehalten, sondern auf die verbesserte Qualität der bildgebenden Befunde zurückgeführt. Läsionen im Bereich des medialen Temporallappens beidseits hatten auch bereits PD Dr. M und OA Dr. R nach Auswertung des MRT vom 30. August 1999 beschrieben. Auch hatten sie eine Schädigung des limbischen Systems, zu dem der Hippocampus gehört, festgestellt. Das limbische System ist nach den Ausführungen der Gutachter PD Dr. M und Dr. R Teil des oralen Hirnstamms.

Auch die Testergebnisse der psychometrischen Untersuchung durch Prof. Dr. B weisen auf die Schädigung des limbischen Systems hin. Im verbalen Lern- und Merkfähigkeitstest hat der Kläger nur unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Werte erreicht. In dem Trail Making Test zur Prüfung der visuellen Explorationsschnelligkeit, zum Arbeitsgedächtnis, zur geteilten Aufmerksamkeit und zur kognitiven Umstellfähigkeit hat der Kläger extrem unterdurchschnittliche Leistungen erbracht. Auch bei dem 5-Punkt-Test, mit dem die "visuelle Flüssigkeit" geprüft wird, hat der Kläger nur unterdurchschnittlich abgeschnitten. Diese Testergebnisse stimmen im Wesentlichen auch mit den früheren Untersuchungen durch PD Dr. M überein. Auch dieser hatte anhand der psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit Defizite bei dem Kläger festgestellt. So waren die Leistungen bei einfachen Tests zur selektiven und fokussierten Aufmerksamkeit sehr schwankend mit z.T. vielen Fehlern, jedoch noch im unter sten Normbereich. Extrem viele Fehler hatte der Kläger bei Aufgaben, die eine geteilte Aufmerksamkeit und ein hohes Maß an Kontrollfunktion erfordert haben. Die komplexe Willkürmotorik war leicht verlangsamt, die Reaktionszeit hingegen bei einfachen Wahlreaktionsaufgaben und komplexen Aufgaben im obersten Normbereich. Bei der Mnestik waren schwere Gedächtnisstörungen im Sinne eines amnestischen Syndroms festzustellen, wobei die Gedächtnisbildung als auch der Abruf betroffen waren. Die Störung umfasste das verbale und das figurale und figural-räumliche Gedächtnis. Stärker betroffen war das freie Erinnern als die Wiedererkennung. Auffallend war eine stark erhöhte Vergessensrate bei mnestischer Interferenz. Auch war die verbale Spanne des Kurzzeitgedächtnisses leicht vermindert wie auch die räumlich-mentale Vorstellung des Klägers. Bei den exekutiven Funktionen erreichte der Kläger im logisch analytischen Denken nicht die Norm. Deutliche Defizite traten im Problemlösen auf. Im Wisconsin card sorting test (WCST), bei dem der Proband Karten nach einem ihm unbekannten Kriterium wie Farbe, Form und Anzahl sortieren soll, wobei nach 10 korrekten Zuordnungen das Klassifikationskriterium ohne Ankündigung gewechselt wird, traten bei dem Kläger mentale Perseverationen bei einer geringen Testleistung auf. In der Standardisierten Link’schen Probe (SLP) waren geringe explorative Funktionen des Klägers bei verminderter kontrollierter Aufmerksamkeit festzustellen.

Auch die Feststellungen von PD Dr. H und Dr. F stimmen mit dem klinischen Befund der Hirnschädigung überein. Sie haben eine deutliche verminderte affektiv emotionale Schwingungsfähigkeit mit reduziertem Antrieb beschrieben und den Kläger als wenig lebhaft geschildert. Er hat bei der Untersuchung weitschweifig und umständlich geredet; seine Ein- und Umstellfähigkeit war vermindert, bei einer Neigung zum Grübeln. PD Dr. H und Dr. F hatten den Verdacht, dass der Kläger Gedächtnislücken durch Konfabulation geschlossen hat. Nach ihren Ausführungen hat er depressive Tendenzen wie Leeregefühle, Interessenverarmung, schwere Rückzugstendenzen, Sinnverlusterleben, Minderung der Lebensqualität und Wesensänderung gezeigt, wobei das Kritik- und Urteilsvermögen deutlich vermindert war.

Diese Erkrankungen des Klägers sind - worauf Prof. Dr. B hingewiesen hat - als hirnorganisches amnestisches Psychosyndrom der ICD-10: F 04 zu klassifizieren. Dabei handelt es sich um ein Syndrom mit deutlichen Beeinträchtigungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses, bei erhaltenem Immediatgedächtnis. Die Wahrnehmung und andere kognitive Funktionen, einschließlich der Intelligenz, sind gewöhnlich intakt. Diese Symptome liegen bei dem Kläger vor.

c) Demgegenüber vermag der Senat nicht die Auffassung von Prof. Dr. G zu teilen, der Kläger leide nicht an einem hirnorganischen Psychosyndrom. Dieser Auffassung stehen die bildgebenden Befunde der Radiologen PD Dr. M und Dr. R sowie Prof. Dr. S entgegen, die eindeutig eine Hirnschädigung gezeigt haben. Während Prof. Dr. G keine Veränderungen im MRT des Hirns des Klägers vom 30. August 1999 erkannt haben will, haben sowohl PD Dr. M und Dr. R als auch Prof. Dr. S Atrophien der Hirnstruktur beschrieben. Bestätigung findet dieses Ergebnis auch in der von Prof. Dr. S ausgewerteten MRT vom 19. Oktober 2006, die aufgrund einer verbesserten Bildqualität eindeutig Läsionen des Hirns gezeigt hat.

2. Diese Gesundheitsstörungen des Hirns des Klägers sind mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 27. März 1984 zurückzuführen.

Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Maßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände, insbesondere unter Berücksichtigung der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung, mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt nicht. Zur Vermeidung eines nach der naturwissenschaftlich-philosophischen Betrachtungsweise denkbaren unendlichen Ursachenzusammenhangs (Bedingungs- bzw. Äquivalenztheorie) wird die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung rechtlich relevante Kausalität nach der "Theorie der wesentlichen Bedingung" eingegrenzt. Danach ist nur die Bedingung rechtlich erheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens "wesentlich" beigetragen hat (Ricke in Kasseler Kommentar, § 8 SGB VII RdNr. 4, 15 m.w.N.). Das bedeutet, dass nicht jede Gesundheitsstörung, die im naturwissenschaftlichen Sinne durch das angeschuldigte versicherte Ereignis beeinflusst worden ist, rechtlich dessen Folge ist, sondern nur der Gesundheitsschaden, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht worden ist. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür sind Art und Ausmaß der Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Versicherten nach dem Unfall, die Krankheitsgeschichte unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm (BSG, Urteil vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - SoR 4-2700 § 8 Nr. 15; BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17).

a) Der Kläger war, was unstreitig ist, am 27. März 1984 während des Fluges von G nach M einer CO-Intoxikation ausgesetzt. Nach den Feststellungen des damaligen technischen Dienstes sind Abgase des Flugzeugs durch ein Loch im Abgassammlerteil in das Cockpit der Maschine gelangt. Am 30. März 1984 haben der Meister K , der Dispatcher P und der Technologe A in der von dem Kläger geflogenen Maschine eine CO Konzentration von mindestens 200 mg/m3 gemessen. Der Kläger war dieser CO-Intoxikation während des Überführungsflugs von 43 Minuten ausgesetzt, darüber hinaus für ca. 15 Minuten während des Start- und Landevorgangs.

b) Der Kläger hat nach dem Flug auch die typischen Symptome einer CO-Vergiftung gezeigt. So hat er an Kopfschmerzen, Schwindel, Bewusstseinstrübung und Benommenheit gelitten, welche nach den Ausführungen von Prof. Dr. B Frühfolgen einer akuten CO-Vergiftung sind. Auch Prof. Dr. S hat diese Beschwerden für typische Anzeichen einer akuten Form der CO-Intoxikation gehalten. Dementsprechend hat die Beklagte diese Gesundheitsstörungen als Folgen des Arbeitsunfalls anerkannt.

c) Prof. Dr. F und Prof. Dr. B haben überzeugend ausgeführt, dass die Hirnschäden, die Prof. Dr. S anhand der MRT vom 30. August 1999 und vom 19. Oktober 2006 und Prof. Dr. B anhand diverser kognitiver Tests festgestellt haben, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 27. März 1984 zurückzuführen sind.

aa) Zwar spricht das Verhalten des Klägers nach dem Unfall zunächst gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den im Jahr 1999 festgestellten Hirnschäden. Der Kläger hat unmittelbar nach dem Unfall keinen Arzt aufgesucht. Die seinerzeit aufgetretenen Gesundheitsbeschwerden waren am 4. Tag im Wesentlichen wieder abgeklungen - mit Ausnahme der Beeinträchtigung der Merkfähigkeit -, so dass der Kläger sich in der Lage gesehen hat, seine Tätigkeit als Pilot wieder aufzunehmen. Erst nachdem er von der CO-Intoxikation Kenntnis erlangt hatte, hat er sich erstmals am 26. April 1984 in ärztliche Behandlung begeben.

bb) Demgegenüber haben jedoch bereits Dr. S und Dr. K , die den Kläger während seines stationären Aufenthalts in der Klinik für Berufskrankheiten in B vom 20. bis 30. Juni 1984 untersucht hatten, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der CO-Intoxikation und den Veränderungen in der erhöhten Reagibilität des Klägers auf Hyperventilation, erkennbar am EEG, für möglich gehalten. Auch die in der Klinik von Dipl.-Psych. M durchgeführten kognitiven Tests mit Auffälligkeiten bei der Bearbeitungszeit ohne Zeitdruck, mit einer unterdurchschnittlichen Bewältigung der Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis und auffallend geringer Reproduktion des sinnhaften Standardmaterial lassen Beeinträchtigungen des Klägers erkennen, die auf die CO-Intoxikation zurückgeführt werden könnten.

Auch Dr. S und Dr. S sind in dem ärztlichen Bericht vom 13. März 1987 davon ausgegangen, die später aufgetretene Fluguntauglichkeit des Klägers sei zu 20 vH durch den Arbeitsunfall verursacht worden.

Dem ist im Wesentlichen auch Dr. H gefolgt, der in seiner arbeitsmedizinischen Stellungnahme vom 10. Januar 2000 ausgeführt hat, es spreche sehr viel für eine zumindest teilweise unfallbedingte Verursachung der 1999 festgestellten Hirnschäden, wobei ein Fortschreiten der Krankheitssymptome untypisch sei.

cc) Entgegen der Ansicht von Dr. F und Prof. Dr. S ist der Senat nach den Ausführungen von Prof. Dr. B davon überzeugt, dass eine CO-Intoxikation auch nach Jahren noch Spätfolgen wie Verhaltensänderungen und Gedächtnisstörungen hervorrufen kann. Prof. Dr. B hält die entgegenstehende Ansicht unter Hinweis auf wissenschaftliche Literatur aus den Jahren 2003, 2006 und 2007 für wissenschaftlich widerlegt. Eine CO-Intoxikation kann nicht nur initial gesundheitliche Folgen hervorrufen. Spätfolgen können auch nach einer gewissen Latenz auftreten. Auch Prof. Dr. G hat Spätfolgen nicht vollkommen ausgeschlossen. Allerdings meint er, die von dem Kläger geschilderten Symptome eigneten sich allenfalls, eine zeitlich begrenzte leichtere Hirnfunktionsschädigung hervorzurufen. Dem hält Prof. Dr. F überzeugend entgegen, dass die im Verlauf-Kernspintomogramm bestätigten Hirngewebszerstörungen Hirnareale betreffen, die in dieser Form bei Kohlenmonoxidvergiftungen beschrieben werden, bei anderen Erkrankungen hingegen an diesen Stellen untypisch sind.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Dr. S und Dr. S 1987 die gesundheitlichen Beschwerden des Klägers für abgeklungen hielten und die

kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen des Klägers nicht mit Spätfolgen der CO-Intoxikation in Verbindung gebracht haben. CT oder MRT hatten die behandelnden Ärzte seinerzeit nicht gefertigt. Aber gerade in diesen bildgebenden Befunden sind die Hirnschäden des Klägers erst zum Vorschein gekommen.

Auch die Ausführungen von Dr. Dr. W vermögen nicht zu überzeugen, denn bereits der Ansatz von Dr. Dr. W , Spätfolgen einer CO-Intoxikation könnten nicht eintreten, ist durch die Ausführungen von Prof. Dr. B unter Bezug auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse widerlegt. Es mag daher dahingestellt bleiben, ob Dr. Dr. W an Probanden früherer Experimente mit CO keine Spätfolgen festgestellt hat. Auch seinen Hinweis, eine CO-Vergiftung sei nicht nachgewiesen, weil es bei dem Kläger während der Exposition an einer begleitenden Bewusstseinsstörung gefehlt habe, teilt nicht einmal die Beklagte, die einen Arbeitsunfall anerkannt hat. Dessen ungeachtet hat der Kläger bereits im Jahr 1984 den Ärzten der Berufsklinik in B von einer Benommenheit berichtet.

dd) Entscheidend ist aber, dass keiner der Gutachter, auch nicht Prof. Dr. G und Prof. Dr. S , einen Befund erhoben hat, der auf eine andere Erkrankung des Gehirns des Klägers hinweist, die zu den Hirnschädigungen geführt haben kann. Neurologisch und neuropsychiatrisch waren die Befunde - mit Ausnahme der festgestellten Schädigungen - unauffällig. Prof. Dr. G hat lediglich darauf hingewiesen, die Befunde könnten auch anderer Genese sein, ohne dies zu spezifizieren. Hingegen hat Prof. Dr. F eindeutig eine andere Erkrankung als Ursache der Schädigungen ausgeschlossen. Eine innere Ursache für die Hirnschädigungen des Klägers ist vollbeweislich nicht gesichert, so dass eine andere Erkrankung als überwiegende Ursache der Schädigung nicht in Betracht kommt. Damit ist der Senat davon überzeugt, dass die CO-Intoxikation die Hirnschädigung des Klägers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit verursacht hat.

3. Maßgebend für die Bemessung der MdE sind allein die auf den durch den Unfall verursachten Gesundheitsschäden beruhenden Funktionseinschränkungen. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Folgen des Versicherungsfalls beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet. Hierbei sind die in jahrzehntelanger Entwicklung von Rechtsprechung sowie von dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum bei einer Vielzahl von Unfallfolgen für die Schätzung der MdE herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten, die in Form von Tabellenwerten oder Empfehlungen zusammengefasst sind. Diese sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, sie bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis (vgl. BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 - B 2 U 24/00 R - SozR 3-2200 § 581 RVO Nr. 8).

Der Senat folgt der Einschätzung von Prof. Dr. F zur Höhe der MdE um 50 vH. Entgegen der Einschätzung von Dr. F und PD Dr. H liegt kein schweres hirnorganisches Psychosyndrom und keine schwere Schädigung des oralen Hirnstamms vor. Die intellektuellen Fähigkeiten des Klägers haben unter der Schädigung nicht gelitten. Auch war er sowohl unmittelbar nach dem Arbeitsunfall als auch noch nach Einleitung des Verfahrens auf Gewährung einer Verletztenrente in der Lage, auf dem Arbeitsmarkt Tätigkeiten auszuüben und sich in Wort und Schrift auszudrücken. Daher wird die Einschätzung der MdE um 100 vH, welche Dr. F und PD Dr. H vorgenommen haben, den tatsächlichen Umständen nicht gerecht. Vielmehr liegt eine mittelschwere Funktionsstörung des Hirns vor. Prof. Dr. B hat hierzu ausgeführt, der Kläger könne aufgrund der Beeinträchtigungen des Gedächtnisses mit erheblichen Defiziten der psychomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit und kognitiven Umstellfähigkeit bei sonst unbeeinträchtigten Hirnleistungsparametern, nur noch einfache Tätigkeiten ohne höhere geistige Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben. Mittelschwere bleibende Funktionsstörungen bei Hirnverletzungen sind mit einer MdE zwischen 30 und 50 vH einzuschätzen (Podzun, Der Unfallsachbearbeiter, Abschnitt 500 S. 16). Angesichts der von Prof. Dr. B geschilderten Beeinträchtigungen ist eine MdE um 50 vH sachgerecht.

II.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

III.

Gründe die nach § 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGG, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-02