

L 6 U 959/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 4 U 1648/02

Datum

29.01.2004

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 959/04

Datum

07.12.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29. Januar 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger wegen des Ereignisses vom 9. Juni 2001 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zustehen.

Der 1976 geborene Kläger hatte am 31. Dezember 1994 während seiner beruflichen Tätigkeit einen plötzlich aufgetretenen Bewusstseinsverlust erlitten. Am 31. Dezember 1994 und am 2. Januar 1995 war er im St. E.-Krankenhaus R. neurologisch untersucht worden. Dort hatte er angegeben, in den letzten vier Wochen vor diesem Ereignis unter beruflichem Stress gestanden zu haben. Außerdem habe er 10 Jahre vor diesem Ereignis eine leichte Gehirnerschütterung erlitten und sei am 1. Januar 1994 beim Neujahrsschwimmen im Bodensee vor dem Ziel bewusstlos geworden und erst wieder im Rettungswagen zu sich gekommen. Ursächlich hierfür sei damals eine Unterkühlung gewesen. Die Untersuchung im St. E.-Krankenhaus R. hatte bis auf einen deutlichen Zungenbiss einen unauffälligen Neurostatus ergeben. Das durchgeführte EEG war leicht pathologisch verändert gewesen und hatte einen fraglichen Herdbefund temporal gezeigt. Das kraniale Computertomogramm nativ und auch nach Kontrastmittel hatte im Wesentlichen einen unauffälligen Befund gezeigt. Lediglich das rechte Temporalhorn war im Seitenvergleich diskret erweitert gewesen. Mit dem Kläger waren die Risiken eines plötzlich auftretenden Bewusstseinsverlustes besprochen und er war auch über anfallsprovozierende Faktoren sowie über deren Vermeidung informiert worden (Arztbrief von Prof. Dr. B./Dr. S./Dr. F. vom 18. Januar 1995).

Einen weiteren Anfall hatte der Kläger in der Nacht vom 28. auf den 29. März 1997 erlitten. Der Kläger war zu Hause im Sitzen bewusstlos geworden und hatte kurz gekrampft. Vom 29. bis zum 30. März 1997 war er im Städtischen Krankenhaus W. wegen kurzer Bewusstlosigkeit stationär behandelt worden. Dort war der Verdacht geäußert worden, der Kläger betreibe möglicherweise einen erhöhten Alkoholkonsum. Diagnostiziert wurden eine plötzliche Bewusstlosigkeit sowie bewegungsabhängige Kopfschmerzen und Übelkeit. Auf seine eigene Verantwortung und nach Aufklärung über die möglichen Risiken war der Kläger auf seinen dringenden Wunsch entlassen worden (Arztbrief von Dr. R./Stationsarzt B. vom 21. Juli 1997).

Am 9. Juni 2001 stürzte der Kläger während seiner ehrenamtlichen Tätigkeit als Rettungssanitäter für die Johanniter-Unfall-Hilfe bei der "Rave Parade" in R ... Der Notarzt F. führte im Notarztprotokoll vom 9. Juni 2001 aus, es hätte sich um einen Krampfanfall ohne Zungenbiss gehandelt. Es seien für eine Dauer von ca. 2-3 Minuten neurologische Ausfälle aufgetreten. Der Kläger habe über sehr viel Stress in den letzten Wochen geklagt. So sei drei Wochen vor dem Ereignis seine Mutter verstorben. Der Notarzt F. gab unter der Rubrik "Erkrankung" ein Krampfleiden und unter der Rubrik "Verletzungsbefunde" einen generalisierten Krampfanfall an. Vom 9. bis zum 19. Juni 2001 wurde der Kläger in der O. Klinik R. stationär behandelt. Nach Durchführung einer Magnetresonanztomographie (MRT) am 13. Juni 2001 wurde folgende Diagnose gestellt: "Schädel-Hirn-Trauma mit Felsenbein li. u. intrakraniell freier Luft; Hirnkontusion re frontal, li temporal ohne raumfordernden Effekt nach Sturz bei erstmaligem Grand-Mal-Anfall am 9.6.01" (Vorläufiger Entlassungs-/Verlegungsbrief ohne Datum). Dr. S./Dr. S. beschrieben eine Amnesie für das Sturzereignis bzw. den Krampfanfall. Der Kläger habe sich erst wieder an den Transport per Rettungswagen erinnern können. Fremdanamnestisch wurde angegeben, der Kläger sei im Stehen plötzlich bewusstlos geworden und hätte an allen Extremitäten tonisch-klonisch gekrampft. Nach Gabe von Valium hätten die Krämpfe sistiert und sei der Kläger wieder aufgeklärt. Im weiteren Verlauf sei er schläfrig gewesen. Neurologisch wurden eine Prellmarke und ein Galeahämatom links-temporo-occipital beschrieben. Das Schädel-Computertomogramm(CT) ergab eine Felsenbeinquerfraktur links, eine Einblutung in das Felsenbein und das

Mastoid, ein schmales Epiduralhämatom und eine epidurale Luft links-occipital bis etwa 1 cm Dicke, keine cerebrale Einblutung und ein Kontusionsödem links-occipital. Dr. S./Dr. S. diagnostizierten vorläufig einen Grand-Mal-Anfall, ein Schädelhirntrauma mit Felsenbeinquerfraktur, epiduraler Luft und schmalem Epiduralhämatom links-occipital und ein Hämatotympanon links (Neurologischer Befundbericht vom 18. Juni 2001). Am 19. Juli 2001 fand eine weitere Behandlung im St. E.-Krankenhaus R. statt. Beschrieben wurde eine ausgedehnte Schwellung und ein ausgedehnter Bluterguss am linken Auge wegen eines am 13. Juli 2001 erlittenen Ellenbogenschlages. Ansonsten war die neurologische Untersuchung ohne pathologischen Befund (Arztbrief vom 24. Juli 2001). In der am 14. August 2001 unterschriebenen Unfallanzeige wurde angegeben, bei der Art der Verletzung habe es sich um "SHT, Felsenbeinfraktur, Grand-Mal-Anfall" gehandelt.

Der Zugführer der Johanniter-Unfallhilfe S. teilte gegenüber der Beklagten am 22. Oktober 2001 auf deren Anfrage telefonisch mit, der Kläger sei während seiner Sanitätertätigkeit einfach kollabiert und habe sich nicht abgefangen. Auf Anfrage der Beklagten teilten Dr. S./Dr. S. vom St. E.-Krankenhaus R. in ihrem Schreiben vom 13. Dezember 2001 mit, nach der Schilderung des Notarztes sei der Kläger unter dem typischen Bild eines tonisch-klonischen Grand-Mal-Anfalls gestürzt. Der Kläger habe sich am 18. Juli 2001 letztmalig bei ihnen ambulant vorgestellt. Bei dieser Vorstellung habe der Kläger angegeben, dass er bei einem Arbeitsversuch nochmals einen Krampfanfall erlitten habe. Damit habe sich aus ihrer Sicht die Verdachtsdiagnose eines Grand-Mal-Anfalls bestätigt. Die Beklagte zog das Leistungsverzeichnis der AOK A.-O. für die Zeit bis zum 31. Dezember 1997 bei. Die G. Ersatzkasse teilte der Beklagten am 3. Januar 2002 mit, der Kläger sei vom 1. August 1998 bis zum 31. Dezember 2000 nicht arbeitsunfähig gewesen.

Mit Bescheid vom 9. Januar 2002 teilte die Beklagte dem Kläger mit, bei dem Ereignis vom 9. Juni 2001 habe es sich nicht um einen Arbeitsunfall gehandelt. Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung seien nicht zu erbringen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei einem epileptischen Anfall bzw. einem Grand-Mal-Anfall handle es sich nicht um einen Unfall im Sinne des Gesetzes, da das Merkmal "von Außen" nicht erfüllt sei. Es handle sich vielmehr um ein anlagebedingtes Leiden, für dessen Auftreten nicht die versicherte Tätigkeit rechtlich wesentlich ursächlich sei. Es liege ein Sturz aus innerer Ursache vor.

Hiergegen legte der Kläger am 4. Februar 2002 Widerspruch ein. Vorgetragen wurde, er sei auf einem nassen und rutschigen Gullydeckel ausgerutscht. Er habe sich dadurch Verletzungen zugezogen und sein Riechvermögen nicht wiedererlangt. Der Grand-Mal-Anfall sei Folge des Sturzes gewesen.

Auf Anfrage der Beklagten teilte die am Unfalltag eingesetzte Sanitätshelferin M. in ihrem Schreiben vom 26. Februar 2002 zum Unfallhergang mit, der Kläger sei vom Johanniter-Fahrzeug her auf sie zugelaufen. Auf dem Weg habe sich ein kleiner Gullydeckel befunden. Der Kläger sei auf dem Gullydeckel ausgerutscht, da es den ganzen Tag bereits geregnet habe und der Gullydeckel sehr rutschig gewesen sei. Infolge dessen sei er hingefallen und mit dem Hinterkopf am Boden aufgekommen. Der Kläger sei dann sofort ärztlich versorgt und ins Krankenhaus gebracht worden. Auf weitere Nachfrage der Beklagten, ob der Kläger im Unfallmoment gerannt oder normal gegangen sei, teilte sie in ihrem Schreiben vom 10. April 2002 mit, er sei normal gelaufen. In dem Moment sei er auch nicht zu einem Notfall gerufen worden. Sie habe nicht eine Unfallschilderung dritter Personen mitgeteilt, sondern den Unfall selbst gesehen. Ob es noch weitere Zeugen für das Unfallereignis gebe und wer die Notaufnahme veranlasst habe, könne sie nicht beantworten.

Die Beklagte holte das amtliche Gutachten über die Niederschlagsverhältnisse am 9. Juni 2001 im Raum F. vom Deutschen Wetterdienst vom 7. Mai 2002 ein. Der Deutsche Wetterdienst teilte mit, am Unfalltag hätten Tiefdruckgebiete eine wolkenreiche Meeresluft mit Dauerniederschlägen ins südliche Baden-Württemberg geführt. Seit den Morgenstunden des 8. Juni 2001 habe es im Kreis R. fast ununterbrochen geregnet. Weitere Ermittlungen der Beklagten bei den Ärzten, die den Kläger nach dem Leistungsverzeichnis der AOK A.-O. wegen der Kampfanfälle aus den Jahren 1994 und 1997 behandelt haben sollen, waren nur insoweit erfolgreich, als das St. E.-Krankenhaus R. den Arztbrief vom 18. Januar 1995 vorlegte und vom Krankenhaus W. telefonisch am 25. Juni 2002 mitgeteilt wurde, der Kläger sei dort vom 29. bis zum 30. März 1997 wegen kurzer Bewusstlosigkeit stationär behandelt worden. Außerdem habe der Kläger im Jahr 1995 etwas Ähnliches gehabt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. August 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, es sei nicht bewiesen, dass der Kläger auf einem nassen Gullydeckel ausgerutscht sei und somit ein äußeres Ereignis vorgelegen habe. Fest stehe indes, dass der Kläger eine Amnesie für das Geschehen gehabt habe, ein Anfallsleiden als vorbestehend bekannt sei und auch am 9. Juni 2001 gemäß den Symptomen ein Anfall vorgelegen habe. Des Weiteren habe die Zeugin M. angegeben, dass der Kläger normal gelaufen und dann auf den Hinterkopf gestürzt sei. Dies lasse auf einen Sturz aus innerer Ursache schließen. Bei einem Sturz nach Ausrutschen fange man den Fall bzw. den Sturz in der Regel mit den Armen ab und stürze auf das Gesäß, aber nicht ungebremst auf den Hinterkopf.

Hiergegen richtete sich die am 19. August 2002 bei der Beklagten eingegangene und an das Sozialgericht Konstanz (SG) weitergeleitete Klage. Der Kläger führte aus, der Notarzt sei erst kurze Zeit nach dem Sturz hinzugerufen worden und könne somit keine Aussage über den Unfallhergang machen. In der Unfallanzeige habe er selbst nicht den Begriff "Grand-Mal-Anfall" eingetragen, da er schon gar nicht gewusst habe, was dieser Begriff zu bedeuten habe. Außerdem sei er niemals darauf hingewiesen worden, dass es sich bei den Ereignissen aus den Jahren 1995 und 1997 um Krampfanfälle gehandelt haben solle. Er sei diesbezüglich auch nie therapiert worden. Der während der Arbeit aufgetretene Krampfanfall habe auf einem nicht auskurierten Schädelbasisbruch bzw. den schweren Kopfverletzungen, die er sich am 9. Juni 2001 zugezogen habe, resultiert. Schließlich stehe nicht fest, dass am 9. Juni 2001 gemäß den Symptomen ein Anfall vorgelegen habe. Es stehe lediglich fest, dass er einen Krampfanfall erlitten habe, der durch die schweren Kopfverletzungen hervorgerufen worden sei. Der Kläger stellte auch in Frage, dass man sich bei einem Sturz mit den Händen abstützen könne, wenn man sie "voll" habe. Zu seinen Gunsten müsse davon ausgegangen werden, dass es bei sämtlichen Anfällen nur um eine kurze Ohnmacht oder einen Grand-Mal-Anfall wegen Überbelastung gehandelt habe. Dies bestätige insbesondere auch der Arztbericht von Prof. Dr. B ... Vorgelegt wurde ein Attest des Arztes für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. H. vom 27. August 2002, wonach beim Kläger ein Jahr nach seinem Schädelbasisbruch eine persistierende Anosmie vorliege. Diese sei durch das Trauma erklärt. Mit einer Besserung sei nicht zu rechnen.

Das SG vernahm die Neurologen Prof. Dr. K./Dr. L., Dr. M., den Notarzt F. und den Kinderarzt Dr. P. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. K./Dr. L. führten in ihrem Befundbericht vom 9. Oktober 2002 unter Beifügung ihres Arztbriefes vom 24. Juli 2001 aus, bei den neurologischen Untersuchungen nach dem Unfallereignis habe sich linksseitig eine geringfügige periphere Facialisparese mit inkomplettem Lidschluss und Tieferstehen des gleichseitigen Mundwinkels gefunden. Der übrige periphere wie zentrale Neurostatus sei in allen

Einzelheiten unauffällig gewesen. Die übrigen Hirnnerven seien ohne Ausfälle gewesen. Die Reflexe hätten sich an Armen und Beinen seitengleich und physiologisch auslösen lassen. Pathologische Reflexe, wie ein Babinski, hätten nicht vorgelegen. Die Sensibilität und Koordination seien einschließlich der vestibulospinalen Reflexe, die etwas über das Gleichgewicht aussagten, unauffällig gewesen. Das gut ausgeprägte Elektroencephalogramm (EEG) vom Alphaschritt habe keine pathologische bioelektrische Hirnaktivität, insbesondere keine Seitbetonung oder epileptischen Potenziale, gezeigt. Dr. M. gab unter dem 16. Oktober 2002 an, beim Kläger sei vor dem Unfallereignis keine Epilepsie bekannt gewesen. Beigefügt wurde eine andere Fassung des Arztbriefes von Prof. Dr. K./Dr. L. vom 24. Juli 2001, in welcher zusätzlich von weiteren drei Anfällen vom 22. Juni 2001 und im Juli 2001 gesprochen wird. Auch wurde der vorläufige Entlassungsbrief von der O.-Klinik R. über die stationäre Maßnahme vom 9. bis zum 19. Juni 2001 vorgelegt. Der Notarzt F. gab am 22. April 2003 an, der Sturz des Klägers sei von ihm nicht beobachtet worden. Er habe lediglich den Aufprall gehört und sich dann umgedreht. Als er den Kläger zum ersten Mal bewusst wahrgenommen habe, sei dieser am Boden gelegen und habe das Vollbild eines generalisierten, tonisch-klonischen Krampfanfalles mit Bewusstseinsverlust gezeigt. Dieser Krampfanfall habe ca. 2-3 Minuten gedauert. Danach sei die typische postiktische Nachschlafphase eingetreten. Diese habe bis zum Eintreffen in das nicht weit entfernte St. E.-Krankenhaus R. gedauert. Ein tonisch-klonischer Krampfanfall könne aufgrund verschiedener internistischer oder auch neurologischer Ursachen ausgelöst werden. Es könne sich um einen primären generalisierten Krampfanfall mit nachfolgendem Sturzereignis gehandelt haben. Ebenso sei jedoch die Möglichkeit gegeben, dass nach einem Sturz aufgrund eines Schädelhirntraumas ein generalisierter cerebraler Krampfanfall auftrete. Dr. P. teilte am 14. Oktober 2003 mit, im April 1986 sei es zu einer Thoraxprellung nach einem Verkehrsunfall gekommen. 1994 sei der Kläger im Rahmen eines Neujahrsschwimmens 10 Meter vor dem Ziel bewusstlos geworden und wegen einer Unterkühlung ins Krankenhaus eingewiesen worden. Am 31. Dezember 1994 sei ein epileptischer Krampfanfall eingetreten. Die Diagnostik sei im St. E.-Krankenhaus R. durchgeführt worden. Bei Nachuntersuchungen am 9. und 23. Januar 1995 habe sich kein pathologischer Befund ergeben. Das SG zog den Arztbrief des Städtischen Krankenhauses W. vom 21. Juli 1997 über die stationäre Maßnahme vom 29. bis zum 30. März 1997 bei.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 29. Januar 2004 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, es könne zwar nicht völlig ausgeschlossen werden, dass der tonisch-klonische Anfall Folge des Sturzes gewesen sei. Es spreche jedoch mehr dafür, dass es sich um einen Krampfanfall mit einem nachfolgenden Sturz gehandelt habe. Somit könne nicht nachgewiesen werden, dass ein Unfall vorgelegen habe.

Gegen das ihm am 16. Februar 2004 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 8. März 2004 Berufung eingelegt. Er hat vorgetragen, er sei auf einem nassen Gullydeckel ausgerutscht und gestürzt und sodann auf den Hinterkopf gefallen. Die Beklagte sei verpflichtet, den Beweis zu führen, dass kein Unfall vorgelegen habe. Sie sei daher beweispflichtig für das Vorliegen der Ursache eines Krampfanfalls, der zum Sturz geführt habe. Diesen Beweis sei die Beklagte schuldig geblieben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29. Januar 2004 und den Bescheid vom 9. Januar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. August 2002 aufzuheben und die Beklagte zur Anerkennung des Ereignisses vom 9. Juni 2001 als Arbeitsunfall und zur Gewährung der gesetzlichen Leistungen zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die am Unfalltag eingesetzte Sanitätshelferin M. schriftlich als Zeugin vernommen. Sie hat unter dem 13. Mai 2004 mitgeteilt, der Kläger sei mit zügigem Schritt auf die Gruppe zugegangen, da es geregnet habe. Der Sturz habe begonnen, als sich der Kläger auf dem Gullydeckel befunden habe. Wie genau die Beine weggerutscht seien, könne sie nicht mehr aus der Erinnerung zweifelsfrei erklären. Sie wisse aber genau, dass der Kläger nicht plötzlich in sich zusammengesackt sei, so wie man es in Filmen manchmal sehe, wenn jemand erschossen werde. Für sie habe der Sturz so ausgesehen, wie wenn jemand hin falle, wenn er auf Eis oder irgendwo auf glattem Untergrund ausrutsche. Es habe so ausgesehen, als ob der Kläger versucht habe, das Gleichgewicht wieder zu erlangen. Er habe die Arme etwas hochgerissen und die Ärmel, welche er getragen habe, weggeworfen. Der Kläger sei so hingefallen, wie man es immer wieder sehe, wenn jemand irgendwo ausrutsche. Er sei beim Hinfallen dann mit dem Kopf hinten aufgeschlagen.

Der Senat hat das neuroradiologische Gutachten von Dr. P. vom 26. Oktober 2004 und das nervenärztliche Fachgutachten von Prof. Dr. Dr. W. vom 16. November 2004 eingeholt. Dr. P. hat ausgeführt, bei der aktuellen MR-tomographischen Untersuchung komme der Befund eines ca. 1 cm großen Substanzdefektes im Übergangsbereich Hippokampusformation/Gyrus parahippocampalis rechts mit Erweiterung des Temporalhorns des rechten Seitenventrikels unverändert zur Darstellung. Dieser zum Traumazeitpunkt praeexistente Befund komme als Ursache eines Krampfleidens in Betracht. Die darüber hinaus nachweisbaren, deutlich ausgedehnten Substanzdefekte und glios-narbigen Veränderungen bifronto-basal beiderseits, die beiden diskreten Rindendefekte temporo-polar links und temporo-lateral links sowie die zwei diskreten Glanarben im parietalen Marklager beiderseits entsprächen kontusionsbedingten Schädigungen und seien auf das Trauma vom 9. Juni 2001 zurückzuführen. Die vom Kläger angegebene klinische Symptomatik einer seit dem Trauma bestehenden Riechstörung sei gut durch die gefundenen postkontusionellen Substanzdefekte bifronto-basal unter Einbeziehung von Bulbus und Tractus olfactorius zu erklären. Prof. Dr. Dr. W. hat ausgeführt, es sprächen gravierende Gründe dafür, dass es sich um einen Sturz aus innerer Ursache gehandelt haben könne. Bei nachweislicher temporaler Hirnläsion und vorausgegangenem zwei Gelegenheitsanfällen im Rahmen von Stressbedingungen hätten am 9. Juni 2001 gleichermaßen Voraussetzungen vorgelegen, die zu einem weiteren Gelegenheitsanfall hätten führen können. Bei der Einschätzung des kausalen Zusammenhangs bestehe aber das letztlich nicht lösbare Problem, dass ein Sturz aus innerer und äußerer Ursache gleichermaßen möglich sei. Sämtliche vor und nach dem Ereignis erhobenen Befunde erreichten nicht eine Differenzierung, da auch nach einem Sturz mit den hieraus resultierenden Hirnkontusionen ein unmittelbarer posttraumatischer Krampfanfall möglich sei. Die Wahrscheinlichkeitseinschätzung müsse sich ausschließlich an der Beobachtung des Ereignisses orientieren. Sofern die Schilderung der Zeugin M. als glaubhaft einzuschätzen sei, wären mit Wahrscheinlichkeit die von dem Ereignis am 9. Juni 2001 resultierenden Gesundheitsschäden als Unfallfolgen im Rahmen eines Sturzes aus äußerer Ursache zu interpretieren. Nunmehr liege beim Kläger eine traumatische Anosmie vor. Gleichmaßen sei von einer zumindest leichten organischen Wesensänderung auszugehen, wenngleich diese bislang nicht durch eine geeignete Fremdanamnese untermauert werden könne. Letztlich bestehe eine Neigung zu cerebralen Krampfanfällen. Der Verlust des Riechvermögens sei mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 bis 15 vom Hundert (v. H.) zu

berücksichtigen. Bezüglich der organischen Wesensänderung könne derzeit keine definitive Aussage gemacht werden, da hierzu eine detaillierte Fremdanamnese erforderlich wäre. Aufgrund der Beobachtung während der Untersuchung ist Prof. Dr. Dr. W. davon ausgegangen, dass unter Berücksichtigung der Anosmie eine MdE in rentenberechtigendem Umfang mit Wahrscheinlichkeit zu Stande komme.

Auf Anfrage des Senats hat der Kläger unter dem 6. Januar 2005 mitgeteilt, er habe im Unfallzeitpunkt eine besondere Einsatzkleidung mit speziellen Sicherheitsschuhen getragen. Die Beklagte hat mit Schreiben vom 4. April 2005 eine Stellungnahme ihrer Abteilung "Prävention" bzgl. der Rutschfestigkeit der zum Unfallzeitpunkt getragenen Schuhe vom 24. März 2005 vorgelegt. Sodann hat der Senat die Stellungnahme zur Rutschfestigkeit von Sicherheitsschuhen vom Prüf- und Forschungsinstitut Pirmasens e. V. vom 30. Dezember 2005 eingeholt. Dr. S. hat ausgeführt, im Allgemeinen stelle Stahl mit Mineralöl einen sehr gleitfreudigen Untergrund dar. Ein Ausrutschen oder Ausgleiten könne durch andere Untergründe und besonders weitere Zwischenmedien, beispielsweise Wasser, gravierend gefördert werden. Es sei durchaus möglich, dass trotz der vorliegenden Rutschsicherheit von Schuhen auf Stahl/Mineralöl ein Ausgleiten auf einem nassen Gullydeckel geschehe. Zusammenfassend ist ausgeführt worden, dass auch bei Schuhen mit guten Werten für die Rutschsicherheit ein Ausgleiten unter ungünstigen Rahmenbedingungen auf bestimmten Bodenbelägen nicht ausgeschlossen werden könne. Insbesondere eine Verringerung der Auftrittsfläche oder sonstige Beeinträchtigung durch Verschmutzungen könne die Gefahr eines Ausgleitens deutlich erhöhen.

Der Senat hat die Sanitätshelferin M. am 6. April 2006 als Zeugin vernommen. Sie hat angegeben, die Mitglieder der Johanniter-Unfall-Hilfe seien kurz vor dem Unfall in einer Gruppe zusammen gestanden. Der Kläger habe sich von dieser Gruppe entfernt, um Unterlagen zu holen. Er sei dann auf dem Rückweg auf die Gruppe zugelaufen und dann plötzlich auf einem Gullydeckel ausgerutscht. Er sei deshalb relativ schnell gegangen, weil es geregnet habe und er habe ins Trockene gelangen wollen. Dabei habe es sich weder um langsames Gehen noch um Rennen gehandelt. Mit dem Fuß, mit dem der Kläger auf dem Gullydeckel aufgekomen sei, sei er nach vorne weggerutscht. Er habe dann noch die Unterlagen, die er getragen habe, weggeworfen und Ausgleichsbewegungen gemacht, um sich beim Sturz abzufangen. Der Kläger sei auf seinen Hinterkopf gefallen. Nach dem Aufprall sei er 2-3 Minuten bewusstlos auf dem Boden gelegen. Erst dann habe der epileptische Anfall mit den Krampfbewegungen eingesetzt. Der Senat hat weiter Beweis erhoben durch Einholung der schriftlichen Zeugenauskünfte der Sanitäterin R. und des Sanitäters R. vom 12. Mai 2006. Beide haben übereinstimmend angegeben, der Kläger sei schnell gegangen. Auf den letzten Zentimetern einer 2 x 2 Meter großen Metallplatte sei er ausgerutscht. Es habe so ausgesehen, als habe man dem Kläger während dem Gehen ein Bein weggezogen. Da der Kläger Listen getragen habe, seien viele Zettel durch die Luft geflogen. Der Kläger sei auf der Metallplatte geradewegs nach hinten gefallen und mit dem Kopf auf diese Platte aufgeschlagen. Anschließend habe er sich zunächst nicht bewegt. Sodann habe der Kläger mit dem ganzen Körper zu zucken bzw. krampfen begonnen. Man habe sofort den Notarzt geholt, welcher mit der Notfallversorgung begonnen habe.

Schließlich hat der Senat die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. W. vom 24. Oktober 2006 eingeholt. Er hat ausgeführt, zusammenfassend hätten die inzwischen zusätzlich vorliegenden Aussagen den Verlauf zwar nochmals deutlich klarer gemacht, gleichzeitig jedoch auch zementiert, dass eine Unterscheidung zwischen einem Sturz mit nachfolgendem epileptischem Frühanfall gegenüber einem Sturz aufgrund eines spontan auftretenden epileptischen Anfalls bei bekanntem Anfallsleiden nicht möglich sei. Damit seien eine äußere und eine innere Ursache mit etwa gleicher Wahrscheinlichkeit möglich. Zur abschließenden Beurteilung der MdE habe er telefonisch den Bruder des Klägers befragt. Dieser habe berichtet, der Kläger sei unverändert aktiv, habe bei der Arbeit keine relevanten Probleme und zeige auch keine Gedächtnisstörungen. Trotz eingehender Nachfragen bzgl. verschiedener Marker einer Wesensänderung habe dieser über keine derartigen Veränderungen beim Kläger berichtet. Somit sei lediglich von der bereits bekannten diskreten Störung des Geruchssinns auszugehen. Für die Folgen einer Hirnkontusion mit diskreten kognitiven Störungen und dem Verlust des Riechvermögens sei eine Gesamt-MdE um 15 v. H. anzunehmen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gem. [§124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist unbegründet. Die Beklagte und das SG haben es zu Recht abgelehnt, das Ereignis vom 9. Juni 2001 als Arbeitsunfall festzustellen und eine Verletztenrente zu gewähren.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]). Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ist es erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer Zusammenhang; BSG, Urteil vom 28. Juli 1988 - [2 RU 60/87](#) - [BSGE 63, 273](#)).

Weitere Voraussetzung ist, dass die Verrichtung des Versicherten zu dem Unfallereignis geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität; BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - Breithaupt 2005, 929).

Dabei ist für das von außen auf den Körper einwirkende, zeitlich begrenzte Ereignis kein besonderes, ungewöhnliches Geschehen erforderlich. Alltägliche Vorgänge wie Stolpern usw. genügen. Es dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen, wie Herzinfarkt oder Kreislaufkollaps, wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten. Daher genügt ein schlichter Sturz auf einem versicherten Weg, es sei denn der Unfall ist infolge einer nicht betriebsbedingten krankhaften Erscheinung eingetreten und zur

Schwere der Verletzung hat keine Gefahr mitgewirkt, der der Versicherte auf dem Weg ausgesetzt war. Ist eine innere Ursache nicht feststellbar, liegt ein Arbeitsunfall vor (BSG, Urteil vom 29. Februar 1984 - [2 RU 24/83](#) - BSG SozR 2002 § 550 Nr. 35). Eine äußere Einwirkung ist auch bei einer als außergewöhnliche Anstrengung in einer betriebsbezogenen Stresssituation zu bewertenden Arbeit anzunehmen (BSG, Urteil vom 27. Oktober 1987 - 2 RU 35/97 - [BSGE 62, 220](#)). Die Annahme einer äußeren Einwirkung scheidet nur aus, wenn die Einwirkung auf Umständen beruht, für die eine in körperlicher oder seelischer Hinsicht besondere Veranlagung des Versicherten oder dessen willentliches Verhalten die wesentliche Ursache war (BVerwG, Urteil vom 24. Oktober 1963 - [II C 10.62](#) - [BVerwGE 17, 59](#)).

Für die haftungsbegründende Kausalität zwischen der versicherten Tätigkeit und der bei dem Unfall erlittenen Primärschädigung gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Verrichtung und dem Gesundheitsschaden voraus und in einem zweiten wertenden Schritt, dass die versicherte Verrichtung für den Gesundheitsschaden wesentlich ursächlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch konkurrierende Ursachen, z. B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, solange die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine Krankheitsanlage war von überragender Bedeutung, wenn sie so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die (naturwissenschaftliche) Verursachung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedürfte, sondern jedes alltäglich vorkommende Ereignis zu der selben Zeit die Erscheinungen verursacht hätte. War die Krankheitsanlage von überragender Bedeutung, so ist die versicherte naturwissenschaftliche Ursache nicht als wesentlich anzusehen und scheidet als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus; sie ist dann bloß eine so genannte Gelegenheitsursache (BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - Breithaupt 2005, 929).

Während die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden müssen, ist für den ursächlichen Zusammenhang grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, sodass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung des Ereignisses vom 9. Juni 2001 als Arbeitsunfall und auf eine Verletztenrente.

Zwar ist die Verrichtung des Klägers zur Zeit des Unfalls – das Holen der Unterlagen – der nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII](#) versicherten Tätigkeit – der ehrenamtlichen Tätigkeit als Rettungssanitäter – zuzurechnen, sodass der erforderliche innere Zusammenhang zwischen Verrichtung und versicherter Tätigkeit gegeben ist.

Aber es fehlt an der haftungsbegründenden Kausalität. Es steht nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass die versicherte Verrichtung des Klägers wesentlich ursächlich das Unfallereignis herbeigeführt hat. Bei vernünftiger Abwägung aller Umstände kommt den für den Zusammenhang sprechenden Umständen kein deutliches Übergewicht zu. Bei wertender Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren kommt der Möglichkeit, dass der Kläger wegen eines Ausrutschens zu Fall kam, gegenüber der Möglichkeit, dass er infolge eines Krampfanfalls zu Fall kam, kein deutliches Übergewicht zu.

Zwar sprechen für einen sturzbedingten Anfall die Angaben der Zeugen M., R. und R., wonach der Kläger auf einem regennassen Gullydeckel bzw. einer regennassen Metallplatte ausgerutscht sei. Auch ergibt sich aus dem Gutachten des Deutschen Wetterdienstes vom 7. Mai 2002, dass es im Kreis R. am Unfalltag geregnet hat und aus der Stellungnahme des Prüf- und Forschungsinstituts Pirmasens e. V. vom 30. Dezember 2005, dass es durchaus möglich ist, trotz rutschfester Schuhe auf einem nassen Gullydeckel auszugleiten.

Demgegenüber sprechen die Schilderungen der Zeugen M., R. und R. in Bezug auf die Armbewegungen des Klägers während des Fallens und den Umstand, dass dabei die vom Kläger getragenen Blätter durch die Luft geflogen sind, weder für noch gegen einen sturzbedingten Anfall. Denn nach Einschätzung des Senats sind derartige Armbewegungen sowohl im Falle des Ausrutschens als auch im Falle eines Sturzes wegen eines epileptischen Anfalls denkbar. Hierauf hat Prof. Dr. Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2006 zu Recht hingewiesen, indem er ausgeführt hat, die Angaben über die beim Sturz gemachten Armbewegungen hätten nicht zur Klärung der Streitfrage geführt. Auch aus dem Umstand, dass der Kläger entsprechend den Angaben der Zeugen M., R. und R. sowie des Notarztes F. zunächst bewusst- und bewegungslos auf dem Boden lag, bevor er zu zucken und krampfen begonnen hat, ergeben sich keine Hinweise für oder gegen einen sturzbedingten Anfall. Hierzu hat Prof. Dr. Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2006 überzeugend ausgeführt, unter diesen Voraussetzungen könne das Anfallsgeschehen letztlich mit gleicher Wahrscheinlichkeit sowohl als spontan auftretender epileptischer Anfall als auch als sturzbedingter Anfall infolge eines Hirntraumas gewertet werden.

Für einen anfallsbedingten Sturz spricht zum einen, dass der Kläger nachgewiesenermaßen bereits am 31. Dezember 1994 und in der Nacht vom 28. auf den 29. März 1997 ohne äußere Einwirkung Bewusstseinsverluste erlitten hat. In Bezug auf das erste Ereignis ist im Arztbrief des St. E.-Krankenhauses R. vom 18. Januar 1995 neben einem deutlichen Zungenbiss ein leicht pathologisch verändertes EEG, ein fraglicher Herdbefund temporal und ein im Seitenvergleich diskret erweitertes rechtes Temporalhorn beschrieben worden. Zum anderen ergibt sich aus dem neuroradiologischen Gutachten von Dr. P. vom 26. Oktober 2004, dass es sich bei dem aufgrund einer aktuellen MR-tomographischen Untersuchung festgestellten 1 cm großen Substanzdefekt im Übergangsbereich Hippokampusformation/Gyrus parahippokampalis rechts mit Erweiterung des Temporalhornes des rechten Seitenventrikels um einen zum Traumazeitpunkt präexistenten Befund gehandelt hat und dieser als Ursache für ein Krampfleiden in Betracht kommt. Hieraus hat nach Einschätzung des Senats Prof. Dr.

Dr. W. in seinem nervenärztlichen Gutachten vom 16. November 2004 den zutreffenden Schluss gezogen, bei nachweislicher temporaler Hirnläsion und vorausgegangenen zwei Gelegenheitsanfällen im Rahmen von Stressbedingungen hätten am Unfalltag gleichermaßen Voraussetzungen vorgelegen, die zu einem weiteren Gelegenheitsanfall hätten führen können. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat nach eigener Prüfung an.

Nach alledem hält es der Senat für gleich wahrscheinlich, dass der Kläger sturzbedingt einen Anfall erlitten hat oder anfallsbedingt gestürzt ist. Mithin kommt den für den Zusammenhang sprechenden Umständen, also für einen sturzbedingten Anfall, kein deutliches Übergewicht zu. Es steht somit nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Verrichtung des Klägers wesentlich ursächlich das Unfallereignis herbeigeführt hat.

Da somit eine haftungsbegründende Kausalität zwischen der versicherten Verrichtung und dem Unfallereignis nicht hinreichend wahrscheinlich ist, geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Klägers.

Zu Recht hat daher die Beklagte die Feststellung des Ereignisses vom 9. Juni 2001 als Arbeitsunfall und eine Verletztenrente abgelehnt und das SG die hiergegen erhobene Klage abgewiesen.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-06