

L 10 U 4691/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 840/05
Datum
23.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 4691/06
Datum
11.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.08.2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich gegen ihre Verurteilung zur Gewährung von Verletztenrente.

Der im Jahre 1943 geborene Kläger ist gelernter Zimmermann und war ab 1995 als selbstständiger Trockenbauer tätig. Seit April 2004 bezieht er Altersrente für schwerbehinderte Menschen.

Im Rahmen seiner bei der Beklagten versicherten selbstständigen Tätigkeit stieß der Kläger am Nachmittag des 08.08.2002, einem Donnerstag, während der Montage einer Gipskartonwand bei einer Rückwärtsbewegung im Bereich des Nackens und Hinterkopfs gegen ein rund drei Zentimeter breites Teil eines Stahlträgers. Wegen in der Folgezeit aufgetretener Beschwerden (Kopf- und Nackenschmerzen sowie später einsetzender Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen) arbeitete der Kläger am 09.08.2002 nur zeitweise und erfolgte am 11.8.2002 eine auf Grund zunehmenden Schwindels notärztlich veranlasste Einweisung in die HNO-Klinik S ... Dort wurde eine otogene Ursache der Beschwerden ausgeschlossen. Am 12.08.2002 stellte sich der Kläger bei seinem Hausarzt, dem Internisten Dr. J. vor. Die daraufhin veranlasste neurologische und radiologische Diagnostik ergab am 13.08.2002 einen frischen linksseitigen Kleinhirnfarkt. Noch am selben Tage wurde der Kläger in die Neurologische Klinik des Städtischen Klinikums P. eingewiesen, wo eine stationäre Behandlung bis zum 03.09.2002 erfolgte. Dabei wurde eine Dissektion der Arteria vertebralis linksseitig mit hierdurch verursachtem Kleinhirnfarkt diagnostiziert und als traumabedingt eingestuft (Durchgangsarztbericht des Chefarztes der Chirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums P. , Prof. Dr. A. , vom 03.09.2002 und Entlassungsbericht der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums P. vom 24.10.2002).

Nach Durchführung von Ermittlungen, insbesondere Einholung schriftlicher Aussagen der drei Mitarbeiter des Klägers, Arthur E. , Georg E. und Markus H. (seines Sohnes), als Augenzeugen des Ereignisses vom 08.08.2002 sowie mehrerer, die unfallbedingte Entstehung des Gesundheitsschadens bejahender Stellungnahmen des beratenden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. S. gewährte die Beklagte dem Kläger Verletztenrente, auch für die Zeit eines im März 2003 aufgenommenen Versuchs einer stufenweisen Wiedereingliederung in die zuvor ausgeübte Tätigkeit. Die Belastungserprobung wurde nach rund einem Jahr wegen zunehmender Kopfschmerzen und Drehschwindels bei Steigerung der Arbeitszeit auf mehr als drei Stunden aufgegeben.

Zum 04.02.2004 stellte die Beklagte die Verletztenrentenzahlung wegen Ablaufs der 78. Woche nach dem Unfall ein, da mit einem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen sei. Zur Klärung eines Rentenanspruchs des Klägers holte sie sodann ein Gutachten des Chefarztes der Neurologie I der Klinik R. , Dr. O., ein. Dieser kam im Anschluss an eine Untersuchung des Klägers am 18.03.2004 zu dem Ergebnis, die Arteria-vertebralis-Dissektion mit nachfolgendem Kleinhirnfarkt links sei nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das am 08.08.2002 erlittene Trauma zurückzuführen. Zwar sei das Anschlagen des Kopfes an einen Metallträger sowohl, wie in der Vergangenheit geschildert, beim Rückwärtslaufen, als auch, wie im Rahmen der nunmehr erfolgten Untersuchung angegeben, im Rahmen einer reflexartigen Rückwärtsbewegung des Kopfes geeignet, eine Dissektion der Arteria vertebralis herbeizuführen. Indes habe der Kläger abweichend von seinem früheren Vorbringen nunmehr erklärt, er habe an den beiden auf den Unfall folgenden Tagen lediglich Kopfschmerzen und erst am Sonntag auch Schwindelattacken sowie Gleichgewichtsstörungen gehabt. Angesichts dessen sei der 24-Stunden-Zeitraum, innerhalb dessen sich die Symptomatik einer traumatisch bedingten Arteria-vertebralis-Dissektion manifestieren sollte, eindeutig überschritten und bestünden Zweifel, ob sich diese nicht erst am Sonntagmorgen spontan ereignet habe. Im Falle der Bejahung der Kausalität betrage die

unfallbedingte MdE 30 v. H.

Die Beklagte holte daraufhin Stellungnahmen beratender Ärzte ein. Der Unfallchirurg Dr. B. schlug die Einholung eines Zusammenhanggutachtens vor, während Prof. Dr. S. unfall-unabhängige Gesundheitsstörungen als Ursache der Dissektion ausschloss und die MdE ebenfalls auf 30 v. H. einschätzte. Schließlich teilte der Internist Dr. M. mit, eine unfallunabhängige Ursache der Dissektion lasse sich zwar nicht ausschließen, sie sei aber nicht sehr wahrscheinlich.

Im September 2004 nahm der Orthopäde Prof. Dr. W. schriftlich zum Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und dem vom Kläger erlittenen Kleinhirnfarkt Stellung. In der Stellungnahme heißt es, der zudem widersprüchlich und ungenau geschilderte Anprall mit dem Kopf an eine Eisenstange führe nicht zu einer Kräfteeinwirkung auf die Halswirbelsäule und könne daher eine nach den vorliegenden Unterlagen auch fragliche Verletzung der Arteria vertebralis nicht hervorgerufen haben. Darüber hinaus müsse angesichts der erheblichen bandscheibenbedingten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule in Betracht gezogen werden, dass die geltend gemachten Unfallfolgen schon vor dem 08.08.2002 vorhanden gewesen seien.

Unter Zugrundelegung einer durch den Unfall lediglich eingetretenen Schädelprellung schätzte der ärztliche Berater Dr. B. die unfallbedingte Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Behandlungsbedürftigkeit daraufhin auf jeweils eine Woche.

Mit Bescheid vom 23.12.2004 erkannte die Beklagte eine ohne wesentliche Folgen verheilte Schädelprellung sowie eine jeweils einwöchige Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit als unfallbedingt an. Zugleich lehnte sie Verletztengeld sowie die Übernahme von Behandlungskosten über den 14.08.2002 hinaus und einen Anspruch auf Verletztenrente auf Grund der Unfallfolgen ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die nach den vorliegenden Unterlagen im Übrigen fragliche Dissektion der Arteria vertebralis sei nach den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. W. nicht auf das Ereignis vom 08.08.2002 zurückzuführen.

Der Kläger erhob Widerspruch und trug zur Begründung im Wesentlichen vor, schon der zeitliche Zusammenhang spreche für eine Ursächlichkeit des Unfallereignisses für den von ihm erlittenen Kleinhirnfarkt. Im Übrigen seien die von Dr. O. festgestellten Ungenauigkeiten im Sachvortrag darauf zurückzuführen, dass ihn der Sachverständige mehr als eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis gleichsam nebenbei und ohne Aufforderung, die Tage nach dem Unfall so genau wie möglich zu schildern, nach seinen damaligen Beschwerden befragt habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2005 wies die Beklagte den Widerspruch im Wesentlichen aus den Gründen der Ausgangsentscheidung zurück.

Am 08.03.2005 hat der Kläger beim Sozialgericht Karlsruhe Klage erhoben. Das Sozialgericht hat im Zuge der daraufhin eingeleiteten Ermittlungen den Entlassungsbericht der Reha-Klinik K. , N., vom 21.10.2002 über die im September und Oktober 2002 erfolgte stationäre Heilbehandlung des Klägers (Zustand nach Kleinhirnschlag links bei Dissektion der Arteria vertebralis mit noch persistierendem Schwindel, deutliche Besserung der Schwindelsymptomatik während des Heilverfahrens mit aus neurologischer Sicht zu erwartender weiterer Besserung evtl. bis zur völligen Beschwerdefreiheit), die Rentenakten der damaligen LVA Baden-Württemberg einschließlich des Rentengutachtens der Internistin und Sozialmedizinerin Dr. Schm. vom März 2004 (persistierender Schwindel bei Zustand nach Kleinhirnschlag links bei Dissektion der Arteria vertebralis, weitere Rückbildung der Restsymptomatik nach Kleinhirnschlag allerdings ohne entscheidende Verbesserung der Gesamtleistungsfähigkeit möglich) sowie die Akten des parallelen Schwerbehindertenverfahrens des Klägers - S 13 SB 2080/04 - einschließlich der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Oberarztes der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums P. Dr. G. vom 22.03.2005 (durch den Kleinhirnschlag hervorgerufene Schwindel- und Gangunsicherheit, Drehschwindelsymptomatik sowie rezidivierende Sehstörungen mit Konstanz auch unter der zwischenzeitlich eingestellten Therapie und angesichts des Zeitablaufs nicht mehr zu erwartender Besserung) und die Krankenunterlagen von Dr. J. , darunter den Arztbrief des Radiologen Dr. T. vom 13.08.2002 (MRT Schädel: Bild eines frischen linksseitigen Kleinhirnfarkts ohne Nachweis einer Einblutungskomponente) beigegeben. Darüber hinaus hat es eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Prof. Dr. A. (am 20.08.2002 durchgeführte kernspintomografische Untersuchung des Schädels und MRA des Halses mit dem Ergebnis eines Kleinhirnfarkts linksseitig paramedian ohne raumfordernden Effekt, jetzt aber nachweisbarer kleiner Hämorrhagie, sehr schwächliche linke Arteria vertebralis mit hyperintensiven Signalstörungen passend zu einer Arterien-Dissektion, nach neurologischer Einschätzung traumatisch verursachte Dissektion der Arteria vertebralis im Zusammenhang mit dem Kopf-Nacken-Trauma während der Arbeit) eingeholt.

Schließlich hat das Sozialgericht den Kläger mehrfachärztlich begutachten lassen. Der Leitende Oberarzt der Abteilung Orthopädie-Traumatologie II im Krankenhaus K. -L. Dr. von St. hat ausgeführt, die beim Kläger vorliegenden Restbeschwerden nach stattgehabtem Kleinhirnfarkt beruhen auf der Dissektion der Arteria vertebralis. Das Unfallereignis vom 08.08.2002 sei auf Grund der Impulswirkung der Prellung des Hinterkopfes bzw. der oberen Halswirbelsäule ohne weiteres in der Lage gewesen, zu einer traumatischen Vertebralisdissektion zu führen. Ein Hochrasanztrauma sei hierfür in diesem Übergangsbereich nicht erforderlich. Die Annahme einer Spontan-dissektion erscheine mangels bekannt gewordener Vorerkrankungen in diesem Bereich unzulässig. Der Neurologe und Psychiater Dr. B. hat nach Einholung eines Befundberichts des Oberarztes der Neuroradiologie des Klinikums K. -L. , Dr. W. (MRT Fremdaufnahmen vom 20.08.2002 mit dem Bild einer linksseitigen Vertebralisdissektion mit fehlendem regulärem Signal sowie Wandverdickung des Gefäßes) ausgeführt, beim Kläger sei es mit großer Wahrscheinlichkeit durch eine Embolie aus der dissezierten Arteria vertebralis links zu einem Verschluss der Arteria cerebelli inferior posterior und dadurch zu einem Kleinhirnfarkt gekommen. Die Dissektion sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit traumatisch durch das erlittene Anstoßtrauma bedingt. Hierfür sprächen die in der Folgezeit aufgetretenen typischen Symptome sowie der Umstand, dass auch Bagatel-Traumata, insbesondere bei einer entsprechenden Prädisposition, eine Arteriendissektion herbeiführen könnten. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen, Schwindel- und Gangataxie, lage- und bewegungsabhängige Schwindelattacken und geringe Extremitätenataxie links seien mit einer MdE von 30 v. H. zu bewerten.

Die Beklagte hat daraufhin im Wesentlichen vorgetragen, von einer traumatischen Dissektion könne nicht ausgegangen werden. Weder sei ein geeigneter Unfallhergang nachgewiesen noch hätten sich die gerichtlichen Sachverständigen mit möglichen unfallunabhängigen konkurrierenden Ursachenfaktoren beschäftigt. Darüber hinaus seien auch die Angaben des Klägers zu Unfallhergang und Beginn der relevanten Symptomatik nicht völlig übereinstimmend und wenig präzise. In der von der Beklagten zur weiteren Begründung ihrer Auffassung vorgelegten Stellungnahme von Prof. Dr. W. heißt es u. a., es sei nicht strittig, dass es beim Kläger auf dem Boden einer

Dissektion der Arteria vertebralis zu einem embolischen Verschluss der Arteria cerebelli inferior posterior gekommen sei. Dass die Dissektion am 08.08.2002 akut beim Anprall des Kopfes erfolgt sei, halte er für wahrscheinlich. Gleichwohl sei davon auszugehen, dass das Ereignis vom 08.08.2002 mangels hinreichender Schwere nicht als rechtlich wesentliche Ursache der Dissektion der Arteria vertebralis in Frage komme. Rechtlich wesentlich seien vielmehr krankhafte Veränderungen am Gefäßsystem und an der Halswirbelsäule des Klägers.

Mit Urteil vom 23.08.2006 hat das Sozialgericht gemäß dem Antrag des Klägers den Bescheid der Beklagten vom 23.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.02.2005 abgeändert, als Folgen des Arbeitsunfalles vom 08.08.2002 eine Stand- und Gangataxie, lage- und bewegungsabhängige Schwindelattacken sowie geringe Extremitätenataxie links festgestellt und die Beklagte verurteilt, dem Kläger ab dem 05.02.2004 Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. der Vollrente zu gewähren. Zur Begründung hat es unter Darstellung der rechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente ausgeführt, der Arbeitsunfall vom 08.08.2002 habe zur Überzeugung des Gerichts eine Schädelprellung mit Dissektion der Arteria vertebralis links und nachfolgend einen Kleinhirnininfarkt hervorgerufen. Zum einen seien bereits leichtere Traumata geeignet eine solche Verletzung hervorzurufen. Zum anderen spreche der zeitliche Zusammenhang des Arbeitsunfalls mit der Beschwerdeentwicklung für eine Ursächlichkeit desselben. Anhaltspunkte für unfallunabhängige Ursachen bestünden nicht. Die von Dr. O. angeführten geringfügigen Abweichungen im vom Kläger geschilderten Hergang des Unfalls und des Auftretens von Beschwerden seien nicht geeignet, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Kleinhirnininfarkt in Zweifel zu ziehen. Gleiches gelte für die Stellungnahmen von Prof. Dr. W., der eine Eignung des Unfallereignisses zu Herbeiführung einer Dissektion der Arteria vertebralis zu Unrecht verneine, wobei er gleichwohl selbst den Eintritt einer Dissektion am 08.08.2002 für wahrscheinlich halte. Schließlich sei auch im Übrigen nicht erkennbar, dass eine Dissektion bei einem geringen Trauma ausgeschlossen sei. Weitere Ermittlungen seien nicht erforderlich. Die als Folge des Kleinhirnininfarktes nach den übereinstimmenden Ausführungen von Dr. O. und Dr. B. fortbestehenden Gesundheitsstörungen seien als Folge des Arbeitsunfalles festzustellen und nach der gleichfalls übereinstimmenden Einschätzung der genannten Sachverständigen mit einer MdE von 30 v. H. zu bewerten. Diese Entscheidung ist der Beklagten am 28.8.2006 zugestellt worden.

Am 13.9.2006 hat die Beklagte Berufung eingelegt.

Der Senat hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen von Dr. Ho. (Erstbehandlung am 13.08.2002 mit Angabe einer am Tag nach dem Unfall erstmals aufgetretenen fünfminütigen Schwindelattacke sowie im weiteren Verlauf eingetretener Symptomverstärkung, bei Vorstellung Schwankschwindel sowie Stand- und Gangunsicherheit), dem Arzt für Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten Dr. R. (im Jahre 1993 Klagen über wechselseitiges Doppelhören, im Jahre 2000 Klagen über einen Druck auf dem linken Ohr) von Dr. J. (Vorstellung des Klägers am 12.08.2002 mit Kopfschmerz, Drehschwindel, Übelkeit und Gangunsicherheit, daraufhin Überweisung an den Neurologen, keine entsprechende Symptomatik bei Konsultationen vor dem 12.08.2002) sowie des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Prof. Dr. Hw. (bei Vorstellung am 11.08.2002 kein Lagerungsschwindel und kein Hinweis auf einen otogenen Schwindel) eingeholt. Darüber hinaus hat es die bereits angeführten Akten des Sozialgerichts Karlsruhe aus dem parallelen Schwerbehindertenverfahren und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg sowie Kopien der den Kläger betreffenden Krankenunterlagen der Chirurgischen und der Neurologischen Klinik einschließlich des Berichts des radiologischen Instituts des städtischen Klinikums P. - Dr. H. - vom 22.08.2002 über die am 20.08.2002 erfolgte Kernspintomografie des Kopfes (die linke Arteria vertebralis imponiert sehr schwächlich und weist hyperintense Signalstörungen wie bei Dissektion auf) beigezogen. Schließlich hat der Senat ergänzende gutachterliche Stellungnahmen von Dr. von St. (auch weiterhin weitaus überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen Unfall und später festgestellter Vertebralisdissektion) und Dr. B. (überwiegende Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen Unfall und Kleinhirnininfarkt) eingeholt. Die Beklagte wiederholt im Wesentlichen ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und wendet sich gegen die gutachterliche Einschätzung von Dr. von St. und Dr. B. ... Darüber hinaus sei eine MdE von 30 v. H. auch angesichts der allgemein günstigen Besserungsprognose derartiger Beschwerden nicht überzeugend begründet. Hierzu legt sie eine beratungsärztliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Prof. Dr. St. vor, der abschließend eine Dissektion der Arteria vertebralis in Frage stellt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.08.2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise zur Lokalisation der Dissektion der Arteria vertebralis eine neuroradiologische Begutachtung durchzuführen und zur Frage, ob jetzt noch eine relevante Funktionsstörung des Kleinhirns und eine relevante Schwindelsymptomatik vorliegt und ob eine Beschwerdeverdeutlichung auszuschließen ist, eine neurologische Untersuchung und Begutachtung bei einem mit diesem Unfall bisher nicht befassten Spezialisten auf dem Gebiet der Kleinhirnschädigungen durchzuführen.

Der Kläger verteidigt das angegriffene Urteil und beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten des Senats und des Sozialgerichts Karlsruhe sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die oben angeführten weiteren Akten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist allein die vom Sozialgericht im Urteil vom 23.8.2006 unter Feststellung von Unfallfolgen ausgesprochene Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztenrente sowie die zugleich erfolgte Abänderung der dem entgegenstehenden Behördenentscheidungen. Allein gegen diesen, dem vom Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht gestellten Antrag im Übrigen auch vollumfänglich stattgebenden Entscheidungsausspruch richtet sich nämlich die von der Beklagten eingelegte Berufung. Die Frage der Übernahme von Behandlungskosten und der Gewährung von Verletztenrenten steht damit nicht zur Entscheidung des Gerichts.

Mit diesem Inhalt hat die Berufung in der Sache keinen Erfolg. Denn der Kläger hat wegen der vom Sozialgericht zutreffend festgestellten

Verletzungsfolgen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. ab dem 05.02.2004. Hierzu hat das Sozialgericht die Beklagte daher unter Abänderung der dem entgegenstehenden Bescheide zu Recht verurteilt.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Verletzengeld nach [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles i. S. des [§ 7 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) und die dabei zu beachtenden Maßstäbe hat das Sozialgericht im angegriffenen Urteil ausführlich und zutreffend dargestellt; hierauf wird verwiesen ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

In Anwendung dieser Grundsätze liegt zunächst ein Versicherungsfall i. S. des [§ 7 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) vor. Denn der nach den glaubhaften Angaben nicht nur des Klägers, sondern auch seiner drei Mitarbeiter Arthur E. , Georg E. und Markus H. als Augenzeugen des Geschehens am 08.08.2002 im Bereich des Nackens und Hinterkopfs erfolgte Anstoß gegen einen Stahlträger ist als Arbeitsunfall des Klägers anzusehen; hiervon ist auch die Beklagte im Bescheid vom 23.12.2004 und im Widerspruchsbescheid vom 25.02.2005 ausgegangen.

Auch ist der vom Kläger erlittene und vom Radiologen Dr. T. bereits am 13.08.2002 magnetresonanztomografisch diagnostizierte Kleinhirnfarkt links (vgl. den von Dr. J. erstinstanzlich vorgelegten Arztbrief vom 13.08.2002) zur Überzeugung des Gerichts durch eine Dissektion der Arteria vertebralis herbeigeführt worden.

Hiervon gehen nicht nur die behandelnden Ärzte (vgl. u. a. den Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. A. vom 03.09.2002, den Entlassungsbericht der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums P. vom 24.10.2002 und den Entlassungsbericht der Reha-Klinik K. vom 21.10.2002), sondern auch die Internistin und Sozialmedizinerin Dr. Schm. im für die damalige LVA Baden-Württemberg erstatteten Rentengutachten vom März 2004, der im Verwaltungsverfahren von der Beklagten mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragte Neurologe und Psychiater Dr. O. und die gerichtlichen Sachverständigen, der Orthopäde Dr. von St. sowie der Neurologe und Psychiater Dr. B. , ausdrücklich aus.

Vielmehr ist die - angesichts des insoweit nicht eindeutigen Berichts des radiologischen Instituts des Städtischen Klinikums P. vom 22.08.2002 (die linke Arteria vertebralis imponiert sehr schwächig und weist hyperintense Signalstörungen wie bei Dissektion auf) - erstmals im September 2004 beratungsärztlich vom Orthopäden Prof. Dr. W. und sodann ebenfalls beratungsärztlich vom Neurologen und Psychiater Prof. Dr. St. in Frage gestellte Dissektion der Arteria vertebralis durch den von Dr. B. eingeholten Befundbericht des Oberarztes der Neuroradiologie des Klinikums K. -L. , Dr. W. zwischenzeitlich gesichert. Denn Dr. W. hat auf der Grundlage der am 20.08.2002 im radiologischen Institut des Städtischen Klinikums P. gefertigten MRT-Aufnahmen eindeutig eine linksseitige Vertebralisdissektion mit fehlendem regulärem Signal sowie eine Wandverdickung des Gefäßes diagnostiziert. Demgemäß hat Prof. Dr. W. in der Folgezeit eine Dissektion der Arteria vertebralis mit nachfolgendem embolischem Verschluss der Arteria cerebelli inferior posterior ausdrücklich bejaht. Soweit Prof. Dr. St. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme die Frage aufwirft, wie gesichert der Befund einer Dissektion sei und ausführt, hierzu liege bisher eine in seinen Augen wenig präzise Befundauskunft von Dr. W. vor (vgl. S. 13 der Stellungnahme), begründet dies auch nicht im Ansatz Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose einer Dissektion der Arteria vertebralis. Denn er bleibt nicht nur jegliche Erklärung für seine Auffassung schuldig, sondern widerspricht sich auch selbst, nachdem er in derselben Stellungnahme (vgl. S. 12) von einer "später nachgewiesenen Vertebralarteriendissektion" ausgeht.

Die danach für den Kleinhirnfarkt des Klägers ursächliche Dissektion der Arteria vertebralis ist ferner mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den am 08.08.2002 erlittenen Arbeitsunfall des Klägers zurückzuführen.

Auch hierüber besteht zwischen den oben - im Rahmen der Beurteilung des Vorliegens einer Dissektion der Arteria vertebralis als Ursache des Kleinhirnfarktes - angeführten behandelnden Ärzten, der Rentengutachterin Dr. Schm. , den gerichtlichen Sachverständigen Dr. von St. und Dr. B. (vgl. hierzu o. g. Berichte und Gutachten) sowie darüber hinaus dem die Beklagte beratenden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychiater Prof. Dr. S. (vgl. zuletzt die Stellungnahme von 24.03.2004) Einigkeit. Die demgegenüber von den im Auftrag der Beklagten tätig gewordenen Ärzten Dr. O. , Prof. Dr. W. und Prof. Dr. St. geäußerten Zweifel am Ursachenzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Vertebralisdissektion teilt der Senat nicht:

Dass und weshalb das vom Kläger erlittene Anstoßtrauma im Übergangsbereich zwischen Nacken und Hinterkopf eine Dissektion der Arteria vertebralis herbeizuführen vermag, haben die gerichtlichen Sachverständigen ausführlich und schlüssig dargelegt. Dr. von St. hat hierzu in der vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahme überzeugend ausgeführt, dass die Prellung im Bereich des Hinterkopfes bzw. der oberen Halswirbelsäule auf Grund ihrer Impulswirkung ohne weiteres in der Lage ist, zu einer traumatischen Vertebralisdissektion zu führen. Denn gerade an dieser Stelle fehlt ein Schutz der Arterie durch die Querfortsätze der Halswirbelkörper, so dass eine traumatische Schädigung der an der hier in Rede stehenden Stelle frei verlaufenden Arteria vertebralis bereits durch geringe Impulse ausgelöst werden kann. Dr. B. hat das Auftreffen des oberen Nackenbereiches auf die (aus den bei den Akten der Beklagten befindlichen Lichtbildern ersichtliche) schmale, abgerundete Kante des Stahlträgers in qualitativer Hinsicht ebenfalls gegenüber dem Senat nachvollziehbar mit einem Schlag mit der Handkante verglichen und - auch ohne eine denkbare, jedoch nicht zu belegende abrupte Kopfbewegung durch den Aufprall - überzeugend dargelegt, dass angesichts der bereits angeführten Verletzlichkeit des oberen Teils der Arteria vertebralis eine Dissektion derselben durch ein solches Trauma ausgelöst werden kann. Dabei kommt es angesichts der nicht erkennbar unterschiedlichen kinetischen Energie des Anstoßes mit Dr. O. nicht darauf an, aus welchem Anlass die zum Anstoß führende Rückwärtsbewegung erfolgte und ob es sich hierbei um ein Rückwärtslaufen (vgl. hierzu den Durchgangsarztbericht sowie die vom Sozialgericht eingeholte schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Prof. Dr. A.) bzw. Rückwärtsgehen (vgl. die schriftliche Angabe des Augenzeugen Markus H. im Verwaltungsverfahren), einen Schritt zurück (vgl. die Angabe des Klägers in der von ihm erstatteten Unfallanzeige) verbunden mit einem leichten Wackeln (vgl. das erstinstanzlich eingeholte Gutachten von Dr. B.) bzw. ein Rückwärtsgehen im Rahmen einer Ausweichbewegung (vgl. das erstinstanzlich eingeholte Gutachten von Dr. von St.) oder eine reflexartige Rückwärtsbewegung mit dem Kopf (vgl. die Ausführungen von Dr. O. in dem von der Beklagten eingeholten Gutachten) handelte.

Diese in Übereinstimmung mit der unfallrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, S. 278) stehende Einschätzung der angeführten Sachverständigen begegnet auch unter Berücksichtigung des Vorbringens der Beklagten bzw. der sie beratenden Ärzte Prof. Dr. W. und Prof. Dr. St. keinen Bedenken.

Der von Prof. Dr. W. erstinstanzlich für eine Dissektion "unter normalen Bedingungen" geforderten knöchernen oder discoligamentären Verletzungen der Halswirbelsäule bedarf es bei einer Einwirkung im Bereich des Hinterkopfes bzw. der oberen Halswirbelsäule nicht, da es der dort frei verlaufenden Arteria vertebralis an einem Schutz durch die Querfortsätze der Halswirbelkörper fehlt (vgl. hierzu die ergänzende Stellungnahme von Dr. von St.). Der von Prof. Dr. St. angeführte Muskel- und Weichteilmantel bietet demgegenüber bei einem - wie hier - überraschenden rückwärtigen Anstoß, der mithin nicht auf eine gegengespannte Muskulatur trifft, ersichtlich keinen der Halswirbelsäule gleichwertigen Schutz. Weshalb eine traumabedingte Dissektion der Arteria vertebralis eine offene Verletzung voraussetzen soll (vgl. auch hierzu Stellungnahme von Prof. Dr. W. im erstinstanzlichen Verfahren), ist auch nicht ansatzweise dargelegt. Auch bezieht sich die Behauptung von Prof. Dr. W. , für eine Dissektion bedürfe es erheblicher Zugbelastungen durch Drehbewegungen meist in Kombination mit Seitneigung oder um Extensionsbewegungen der Halswirbelsäule (Extension i. S. der Retroflexion) erforderlich (vgl. auch hierzu Stellungnahme im erstinstanzlichen Verfahren), ausdrücklich auf die mit großer Reißfestigkeit ausgestattete - gesunde und "normale" - Arterie. Eine solche lag aber hier nicht vor (vgl. hierzu die Befunde im erstinstanzlich eingeholten Gutachten von Dr. B. nebst Bericht von Dr. W. sowie die gleichfalls erstinstanzlich abgegebene Stellungnahme von Prof. Dr. W.: Hypoplasie der Arteria vertebralis links als Normvariante [vgl. die ergänzende Stellungnahme von Dr. B.]). Darüber hinaus hat Dr. von St. in seinem erstinstanzlich eingeholten Gutachten schlüssig ausgeführt, dass derartige Hochrasanztraumen ebenfalls nur im Bereich der Querfortsätze der Wirbelsäule als Voraussetzung für eine Dissektion in Betracht kommen.

Nachdem strukturelle Schwächen der Gefäßwand ausweislich der übereinstimmenden Ausführungen von Dr. B. in seiner vom Senat eingeholten ergänzenden gutachterliche Stellungnahme, von Prof. Dr. St. und von Prof. Dr. W. in der erstinstanzlich abgegebenen Stellungnahme sogar zu einer traumaaunabhängigen Spontandissektion führen können, stellt schließlich auch Prof. Dr. St. eine traumatische Schädigung der Arteria vertebralis durch leichtere Impulse im Ergebnis nicht in Abrede. Dass er die Wahrscheinlichkeit einer Arterien-dissektion beispielsweise nach durchgeführter chiropraktischer Manipulation an der Halswirbelsäule unter Hinweis auf ein geschätztes Risiko von 1 zu 6 Millionen als gering ansieht, ist unerheblich. Maßgeblich für die hier zu treffende Entscheidung ist nämlich nicht die Frage der allgemeinen Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts durch geringe Impulse, sondern die entgegengesetzte Frage, ob ein eingetretener Schaden auf derartige Impulse zurückgeführt werden kann. Dies hat Dr. B. in seiner vom Senat eingeholten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme unter Hinweis auf neueste Studien zum Zusammenhang zwischen chirotherapeutischen Behandlungen und Dissektionen der Arteria vertebralis - in denen nur bei einigen Fällen von einer bereits zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden Dissektion, in der größeren Anzahl aber von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem eingetretenen Schaden und der Behandlung ausgegangen wurde - aber überzeugend bejaht und damit auch die auf ältere Studien gegründete abweichende Auffassung von Prof. Dr. W. in der erstinstanzlich abgegebenen Stellungnahme widerlegt.

Soweit die Beklagte unter Hinweis auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)) und angesichts der Ausführungen von Dr. B. auf eine teilweise unklare Ätiologie der Arterien-dissektion und einen entsprechenden weiteren Forschungsbedarf verweist, steht dies der Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs im vorliegenden Fall nicht entgegen. Denn nach den Ausführungen von Dr. B. steht fest, dass - was im Übrigen weder Prof. Dr. W. noch Prof. Dr. St. bestreiten - eine Arterien-dissektion auch traumatisch entstehen kann. Zwar mag das zu fordernde (Mindest)Ausmaß des Traumas auf Grund statistisch-epidemiologischer Forschungen nicht geklärt sein. Indessen ist dies nach der von der Beklagten herangezogenen Rechtsprechung auch nicht erforderlich. Denn auch dann, wenn es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung gibt, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O.). Dr. B. hat unter Bezugnahme auf Literatur (u.a. auch Standardwerke der neurologischen Begutachtung von Rauschelbach u.a. sowie Widder u.a.) dargelegt, dass z. B. ein Schlag auf den Kopf oder Nacken als ein hinreichendes Trauma angesehen wird (ebenso Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Gerade so aber lief der Unfall des Klägers ab.

Vermochte das vom Kläger erlittene Trauma nach alledem - abstrakt - eine Dissektion der Arteria vertebralis herbeizuführen, so ist ein Ursachenzusammenhang vorliegend auch konkret mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit zu bejahen.

Dabei geht der Senat im Wesentlichen von den im erstinstanzlich eingeholten Gutachten von Dr. B. angeführten Angaben des Klägers zum weiteren Verlauf nach dem Unfall am 08.08.2002 aus. Danach besserten sich die anfänglichen Schmerzen im Bereich des Nackens bzw. Hinterkopfes und beendeten der Kläger sowie seine Mitarbeiter nach Durchführung von Aufräumarbeiten für diesen Tag die Arbeit. Nachdem sich die Schmerzen am Abend wieder gesteigert, er aber dennoch die Nacht durchgeschlafen hatte, fanden sich am folgenden Morgen (dem 09.08.2002) gegenüber dem Vorabend wiederum stärkere Schmerzen im Bereich des Nackens und Hinterkopfs sowie erstmals ein leichter Drehwindel. Die dennoch aufgenommene Arbeit stellte er schmerz- und schwindelbedingt gegen Mittag vorzeitig ein. Zuhause angekommen begab er sich ins Bett, wo er eine leichte Besserung der Schmerzen und des Schwindels verspürte und bis zum Mittag des 10.08.2002 blieb. Am Nachmittag fühlte er sich etwas besser und stand auf, wobei er weiterhin Nacken-Hinterkopfschmerzen sowie leichten Schwindel verspürte. Am darauf folgenden Sonntagmorgen (dem 11.08.2002) bestand starker Drehwindel mit Erbrechen und Doppelbildern sowie starken Nacken-Hinterkopfschmerzen. Sein daraufhin telefonisch benachrichtigter Sohn verständigte den Notarzt, der ihn in die HNO-Abteilung des S. -Krankenhauses einwies, wo er sich nochmals erbrach, von Seiten der Ärzte eine Kreislaufstörung vermutet und er dann wieder nach Hause entlassen wurde. Wegen weiter zunehmender Beschwerden erfolgte dann die im Tatbestand angeführte Diagnostik und Behandlung.

Zwar stehen die dargestellten Angaben nicht zur Gänze in Übereinstimmung mit den zuvor ärztlich wiedergegebenen Schilderungen des Klägers. Indes liegen die Glaubwürdigkeit des Klägers oder die Glaubhaftigkeit des angeführten Vorbringens in Frage stellende Widersprüche nicht vor.

Vielmehr handelt es sich bei den erstmals durch Dr. B. detailliert wiedergegebenen Angaben im Wesentlichen um Ergänzungen des zuvor ersichtlich nicht mit dem Anspruch der Vollständigkeit und Richtigkeit ermittelten und wiedergegebenen Sachverhalts. Insoweit fällt beispielsweise auf, dass Prof. Dr. A. im Durchgangsarztbericht stärksten Schwindel beim Aufwachen des Klägers am 09.08.2002 sowie ein Liegenbleiben und späteres Weiterarbeiten anführt, während in seiner erstinstanzlich abgegebenen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage - weitgehend entsprechend den Angaben des Klägers im Rahmen der Untersuchung durch Dr. B. - von einer leichten Schwindelsymptomatik am auf den Unfall folgenden Tag, einem Einstellen der Arbeit gegen Mittag und einem anschließenden Hinlegen die Rede ist.

Hier erhebliche Widersprüche ergeben sich insbesondere auch nicht aus den von Dr. O. wiedergegebenen Schilderungen des Klägers. Denn angesichts des Zeitablaufs und der für den Kläger nicht erkennbaren Bedeutung seiner Angaben für die zuvor nie in Frage gestellte Kausalität - auf deren Prüfung sich der Gutachtensauftrag des Sachverständigen vom 25.02.2004 im Übrigen nicht erstreckte, was auch den Vortrag des Klägers gegenüber der Beklagten, er sei von Dr. O. gleichsam nebenbei befragt worden, erklärt - war ein vollständiger und in jeder Hinsicht genauer Bericht nicht zu erwarten. Daher ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Kläger seinen Beschwerdevortrag auf die auch nach übrigen ärztlichen Sachverhaltsermittlungen in den ersten Tagen nach dem Unfall im Vordergrund stehenden Nacken- und Kopfschmerzen beschränkt und Schwindelbeschwerden nicht berichtet hat. Denn diese waren zu jener Zeit noch vergleichsweise leicht in Erscheinung getreten (vgl. die schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Prof. Dr. A. gegenüber dem Sozialgericht) und vom Kläger erst am 11.08.2002, dem Tag der notärztlichen Einweisung in die HNO-Abteilung des S.-Krankenhauses, als führende Gesundheitsbeeinträchtigung wahrgenommen worden.

Bedenken an der Glaubwürdigkeit des Klägers bestehen aber auch nicht in Bezug auf den lediglich auf den ersten Blick widersprüchlichen Vortrag im Zusammenhang mit dem Unfallereignis selbst. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der - wie ausgeführt - bis zur Begutachtung durch Dr. B. eher kursorisch und teilweise auch ungenau erfolgten Sachverhaltsermittlung und -darstellung. Soweit der Kläger gegenüber Prof. Dr. A. vortrug, er habe nach dem Unfall weitergearbeitet (vgl. hierzu den Durchgangsarztbericht), lässt sich dieses - im Übrigen für sein Begehren eher nachteilige - Vorbringen dadurch erklären, dass er das von seinen Mitarbeitern Arthur E., Georg E. und Markus H. als Augenzeugen bestätigte Zusammenräumen der Maschinen und Werkzeuge als Weiterarbeit aufgefasst hat. Aber auch die dokumentierten Konkretisierungen der zum Anstoß führenden Rückwärtsbewegung als Rückwärtslaufen (vgl. hierzu den Durchgangsarztbericht sowie die vom Sozialgericht eingeholte schriftliche sachverständige Zeugenaussage von Prof. Dr. A.) bzw. Rückwärtsgehen (vgl. die schriftliche Angabe des Augenzeugen Markus H. im Verwaltungsverfahren) oder Zurücktreten um einen Schritt (vgl. die Angabe des Klägers in der von ihm erstatteten Unfallanzeige) lassen sich angesichts der gegenüber Dr. O., Dr. von St. und Dr. B. mitgeteilten Schwierigkeiten beim Sägen unschwer mit einem Rückwärtsgehen im Rahmen einer Ausweichbewegung (vgl. das erstinstanzlich eingeholte Gutachten von Dr. von St.) verbunden mit einem leichten Wackeln (vgl. das erstinstanzlich eingeholte Gutachten von Dr. B.) und einer reflexartigen Rückwärtsbewegung mit dem Kopf (vgl. das von der Beklagten eingeholte Gutachten von Dr. O.) in Einklang bringen. Gleiches gilt für die als Grund für die genannten Schwierigkeiten angegebene zurückschlagende Säge (vgl. auch hierzu das Gutachten von Dr. O.) bzw. Staubentwicklung (vgl. hierzu das Gutachten von Dr. von St.), die mit dem detaillierten Sachvortrag des Klägers gegenüber Dr. B. (Zurückgehen um einen Schritt infolge der zurückschlagenden Säge und der mit Staub verschmutzten Schutzbrille) in einen stimmigen Zusammenhang gesetzt werden.

Unter Zugrundelegung der mithin unmittelbar nach dem - wie oben ausgeführt - adäquaten Trauma bestehenden lokalen Kopfschmerzen sowie der bereits am folgenden Morgen aufgetretenen neurologischen Symptome, nämlich der glaubhaft angegebenen Schwindelbeschwerden, haben die gerichtlichen Sachverständigen Dr. von St. und Dr. B. den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall des Klägers und der Vertebralisdissektion wiederum in Übereinstimmung mit der unfallrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.) überzeugend bejaht. Hierzu hat insbesondere Dr. B. in seiner vom Senat eingeholten ergänzenden Stellungnahme unter Hinweis auf - das angeführte unfallrechtliche Schrifttum bestätigende - neueste medizinische Literatur schlüssig dargelegt, dass Nacken-/Hinterkopfschmerzen sehr häufig das Primärsymptom einer Dissektion der Arteria vertebralis sind und die beim Kläger am 09.08.2002 aufgetretene mehrminütige Drehschwindelattacke sehr wahrscheinlich bereits Ausdruck einer zerebralen Durchblutungsstörung als Vorzeichen für einen Infarkt war. Soweit Prof. Dr. W. in seiner erstinstanzlich abgegebenen Stellungnahme diese - auf der Hand liegende - indizielle Bedeutung der genannten Kriterien im Widerspruch zu der unfallrechtlichen und medizinischen Literatur verneint, vermag der Senat dem nicht zu folgen.

Eine unfallunabhängige Spontanisdissektion ist demgegenüber wenig wahrscheinlich. Soweit Prof. Dr. W. in seiner erstinstanzlich abgegebenen Stellungnahme darauf verweist, dass die kernspintomografischen Aufnahmen vom 20.08.2002 eine langstreckige Dissektion der Arteria vertebralis ab dem sechsten Halswirbel aufwärts zeigen und die Auffassung vertritt, Schäden in dieser Höhe seien vorwiegend durch beim Kläger auch vorliegende degenerative Veränderungen bedingt, hat Dr. von St. in seiner ergänzenden Stellungnahme schlüssig dargelegt, dass auch bei einer traumatischen Dissektion des oberen - frei verlaufenden - Bereichs der Arteria vertebralis durch Eindringen des Blutes zwischen die Gefäßwand und die innere Gefäßauskleidung ein retrograder Fluss und ein "Aufwühlen" der Wand über mehrere Segmente in den "geschützten Bereich" der Querfortsätze möglich und im Übrigen eine durch degenerative Veränderungen von außen erfolgte Arrosion der Arteria vertebralis im durch die Querfortsätze geschützten unteren Bereich der Halswirbelsäule nicht feststellbar ist. Auch ist wenig wahrscheinlich, dass eine solche just im Zeitpunkt des Unfallereignisses, das die erlittene Dissektion nach den oben gemachten Ausführungen als adäquates Trauma herbeizuführen vermochte, durchgebrochen sein soll. Gleiches gilt mit Blick auf die von Prof. Dr. W. erstinstanzlich angeführten Risiken infolge arterieller Hypertonie, Hypoplasie und Arteriosklerose. Denn eine insoweit erhebliche strukturelle Gefäßwandschwäche ist nicht belegt (vgl. hierzu die ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. B.). Konkurrierende Ursachen müssen aber feststehen um sie überhaupt als Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn in Betracht zu ziehen (BSG, Urteil vom 20.01.1987, [2 RU 27/86](#) in SozR 2200 § 548 Nr. 84).

Für weitere Ermittlungen zu der Frage, wo genau die Dissektion eingetreten ist, besteht kein Anlass. Den diesbezüglichen Beweisantrag der Beklagten lehnt der Senat ab. Denn solche Ermittlungen, auch in Form des von der Beklagten beantragten neuroradiologischen Gutachtens sind nicht erfolgversprechend, nachdem die Auswertung der MRT-Aufnahmen vom 20.08.2002 durch das Radiologische Institut des Städtischen Klinikums P. - Dr. H. - (vgl. den vom Senat beigezogenen Bericht vom 22.08.2002) und den Oberarzt der Neuroradiologie des Klinikums K.-L., Dr. W. (vgl. den von Dr. B. eingeholten Befundbericht vom 18.09.2005) insoweit keine eindeutigen Ergebnisse erbracht haben und eine solche eindeutige Aussage ausweislich der Ausführungen von Dr. von St. in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme auch nicht getroffen werden kann.

In Ansehung dessen ist es auch wenig wahrscheinlich, dass sich die Dissektion der Arteria vertebralis ohne das Trauma zur gleichen Zeit geeignet hätte (vgl. auch hierzu die ergänzende gutachterliche Stellungnahme von Dr. B.). Dies gilt umso mehr, als die vom Kläger bis zum Unfallzeitpunkt ausgeübte Tätigkeit als Trockenbauer hinsichtlich ihrer Arbeitsschwere über eine alltägliche Belastung hinausging, ohne dass eine entsprechende Gesundheitsstörung zuvor eingetreten wäre.

Die sich hieraus ergebenden Verletzungsfolgen hat das Sozialgericht zutreffend festgestellt. Ferner hat es die Beklagte zu Recht zur Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um 30 v. H. ab dem 05.02.2004 verurteilt. Zur weiteren Begründung wird auf die -

gleichfalls - zutreffenden Ausführungen im angegriffenen Urteil verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist mit Blick auf das Vorbringen der Beklagten und insbesondere des beratenden Arztes Prof. Dr. St. Folgendes auszuführen:

Anhaltspunkte für eine Besserung der Gesundheitsstörungen des Klägers ergeben sich aus den von Prof. Dr. St. insoweit in Bezug genommenen ärztlichen Schreiben nicht. Der Entlassungsbericht der Rehaklinik H. vom 02.08.2001 stammt aus der Zeit vor dem am 08.08.2002 erlittenen Unfall und vermag mithin eine Beschwerdebesserung nicht zu belegen. Gleiches gilt im Ergebnis für die schriftliche sachverständige Zeugenaussage des den Kläger am 11.08.2002 - also vor Diagnose des Kleinhirnfarktes am 13.08.2002 - im Krankenhaus S. behandelnden HNO-Arztes Prof. Dr. Hw ... Ein seinerzeit bei allerdings diagnostiziertem Schwindel unklarer Genese ausgeschlossener otogener Schwindel ist im Übrigen auch nicht Gegenstand der vorliegenden Prüfung.

Eine im Entlassungsbericht der Reha-Klinik K., N., vom 21.10.2002 erwartete und im Rentengutachten der Internistin und Sozialmedizinerin Dr. Schm. vom März 2004 noch für möglich gehaltene weitere Besserung der unverändert diagnostizierten Beschwerden (ohne entscheidende Verbesserung der Gesamtleistungsfähigkeit) ist im Ergebnis auszuschließen. Denn ausweislich der vom Sozialgericht im parallelen Schwerbehindertenverfahren eingeholten schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage des Oberarztes der Neurologischen Klinik des Städtischen Klinikums P. Dr. G. vom 22.03.2005 war angesichts des Zeitablaufs und der Beschwerdekonzanz bereits im Jahre 2004 eine Besserung nicht mehr zu erwarten und die Therapie daher bereits eingestellt worden. Demgemäß stimmen die von Dr. O. im März 2004, die von Dr. Schm. im April 2004 und die von Dr. von St. und Dr. B. im September 2005 erhobenen Befunde überein.

Für eine von Prof. Dr. St. angesprochene Beschwerdeverdeutlichung besteht nicht der geringste Anhalt. Im Gegenteil wird eine Aggravationstendenz im in den Rentenakten der Beklagten befindlichen neurologischen Bericht des Städtischen Klinikums P. vom 05.08.2003 ausdrücklich verneint. Ferner wird in der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 20.08.2003 die medizinische Erklärbarkeit der angegebenen Beschwerden bestätigt. Darüber hinaus bestätigt auch Dr. O., dass die Beschwerden des Klägers mit dem neurologischen Befund korrelieren. Schließlich hat auch Dr. B. in seinem erstinstanzlich eingeholten Gutachten nach persönlicher Untersuchung des Klägers jeglichen Anhalt für Aggravation oder Simulation ausdrücklich verneint.

Bestehen nach alledem keinerlei Zweifel am dauerhaften Fortbestehen der festgestellten Verletzungsfolgen des Klägers, so besteht auch kein Anlass für erneute Ermittlungen zu seinem Gesundheitszustand. Den von der der Beklagten insoweit hilfsweise gestellten Beweisanspruch lehnt der Senat ab. Zum einen liegt diesem keine zu beweisende Tatsachenbehauptung, sondern lediglich ein von der Beklagten behaupteter Ermittlungsbedarf zu den Fragen, "ob jetzt noch eine relevante Funktionsstörung des Kleinhirns und eine relevante Schwindelsymptomatik vorliegt" und "ob eine Beschwerdeverdeutlichung auszuschließen ist", zu Grunde und handelt es sich damit um einen unbeachtlichen Beweisermittlungsantrag (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, Rdnr. 18a zu § 160), der zudem auf eine Beantwortung von dem Beweisanspruchsrecht nicht unterliegenden Rechts- bzw. Wertungsfragen (vgl. BVerwG, Urteil vom 25.06.1986, Buchholz 310 [§ 86 Abs. 1 VwGO Nr. 177](#)) gerichtet ist. Auch ein zulässiges Beweisthema unterstellt, fehlt es nach den oben gemachten Ausführungen an einer wie auch immer gearteten Tatsachengrundlage für die jeglicher Wahrscheinlichkeit entbehrende - und selbst von der Beklagten lediglich vermutete - Annahme verminderter Verletzungsfolgen und handelt es sich bei dem von der der Beklagten hilfsweise gestellten Beweisanspruch mithin um einen unbeachtlichen Ausforschungsbeweisantrag (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O.).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-12-15