

L 6 U 2574/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 4096/07
Datum
26.03.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2574/09
Datum
11.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Es gibt keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen (hier: Schlaganfall während Geschäftsbesprechung) zu einer Beweislastumkehr führen würde.
2. Nach den Grundsätzen des Beweises des ersten Anscheins kann nur bei typischen Geschehenabläufen von einer festgestellten Ursache auf einen bestimmten Erfolg oder von einem festgestellten Erfolg auf eine bestimmte Ursache geschlossen werden.
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. März 2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung des Ereignisses vom 06.06.2006 als Arbeitsunfall und von Unfallfolgen streitig.

Der 1949 geborene Kläger nahm im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Vertriebsleiter der ASS E. GmbH an einer Besprechung vom 06.06.2006, bei der der Produktionsleiter P. sowie die beiden Geschäftsführer W. und L. anwesend waren, teil.

Der Kläger erlitt bei dieser Besprechung einen ischämischen Insult bei Mediainfarkt links und wurde nach vorheriger notärztlicher Versorgung (Alarmierung 14:52 Uhr, Ankunft 15:01 Uhr, vgl. Notarztprotokoll St. M.) stationär ab 06.06.2006 im Zentrum für Innere Medizin des Klinikums Sch. G. und ab 21.06.2006 in den Kliniken Sch. G./St. behandelt (Einlieferung 15:22 Uhr). In dem über die stationäre Behandlung vom 06.06.2006 bis zum 21.06.2006 erstellten ärztlichen Entlassungsbericht des Prof. Dr. H., Chefarzt am Zentrum für Innere Medizin des Klinikums Sch. G., vom 21.06.2006 wurde angegeben, beim Kläger sei aus dem Wohlbefinden heraus eine unkontrollierte Parese des rechten Armes und des rechten Beines sowie eine Aphasie aufgetreten. Trotz umfangreicher kardialer Diagnostik habe sich kein hinreichender Anhalt für eine Genese des apoplektischen Ereignisses finden lassen. So hätten sich die Blutdruckwerte allenfalls grenzwertig im hypertonen Bereich befunden. Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern oder anderweitig bedingte kardiale Thromben, insbesondere der Vorhöfe, hätten ausgeschlossen werden können. Die hirnversorgenden Arterien stellten sich in der Duplexsonographie im Wesentlichen altersentsprechend dar. Laborchemisch habe sich lediglich eine nicht allzu ausgeprägte Hyperlipoproteinämie nachweisen lassen. Im weiteren Verlauf der stationären Behandlung hätten sich die neurologischen Ausfallserscheinungen trotz intensiver therapeutischer Bemühungen nur geringgradig rückläufig gezeigt.

Mit Bescheid des Landratsamts Ostalbkreis vom 11.10.2006 wurde bei dem Kläger ein GdB von 100 ab 01.06.2006 festgestellt und die Merkzeichen G, B und aG anerkannt.

Am 21.06.2006 zeigte die Ehegattin des Klägers das Ereignis als Arbeitsunfall an.

Mit dem ohne Rechtsbehelfsbelehrung versehenen Bescheid vom 26.06.2006 führte die Beklagte aus, dass Ereignis vom 06.06.2006 stelle keinen versicherten Arbeitsunfall dar, so dass L.tungen zu ihren Lasten nicht zu erbringen seien.

In den über die stationären Behandlungen vom 21.06.2006 bis zum 02.08.2006 sowie vom 02.08.2006 bis zum 30.08.2006 erstellten ärztlichen Entlassungsberichten der Dr. L., stellvertretende ärztliche Leitung der Kliniken Sch. G./St., vom 08.08.2006 und 29.08.2006 wurde unter anderem ausgeführt, es habe trotz der im Klinikum Sch. G. durchgeführten Lyse-Therapie noch eine ausgeprägte Schwäche im rechten Bein sowie eine Plegie des rechten Armes bei starker Dysarthrie und Aphasie vorgelegen.

Mit Schreiben vom 30.05.2007 legte der Kläger gegen den Bescheid vom 26.06.2006 Widerspruch ein.

Zur Begründung wurde ausgeführt, der Kläger sei während der Geschäftsbesprechung von der Geschäftsleitung vehement verbal angegriffen worden und so erheblichem psychischem Stress ausgesetzt gewesen. Nach Ende der Geschäftsbesprechung sei er von den beiden Geschäftsführern zwecks Fortführung der Besprechung zurückgerufen worden. Kurz darauf sei der Kläger zusammengebrochen. Vorgelegt wurden neben den ärztlichen Entlassungsberichten des Klinikums Sch. G. und der Kliniken Sch. G./St. die Stellungnahme des Produktionsleiters P. vom 28.03.2007 und die ärztliche Bescheinigung der Internistin B. vom 30.07.2007. Der Produktionsleiter P. gab an, durch die finanziell angeschlagene Situation der Firma sei der Kläger unter starkem Druck gestanden, Aufträge zu akquirieren und optimal vorzubereiten. Vertriebsseitige Unterstützung habe dieser kaum erhalten, da dessen neuen Kollegen Spezialwissen gefehlt habe. Ferner gab er an, bei der Geschäftsbesprechung sei es um die Einwände der Technikabteilung hinsichtlich eines vom Kläger akquirierten Auftrages gegangen. Während dieser Geschäftsbesprechung habe die Geschäftsleitung den Kläger vehement angegriffen und gefragt, warum dieser mit seiner Erfahrung solche Risiken nicht erkannt habe und er diesen Auftrag überhaupt so habe annehmen können. Dem Kläger sei bei dem Versuch, seine Sicht darzulegen, ständig ins Wort gefallen worden. Nachdem die Geschäftsleitung das Gespräch für beendet erklärt habe und die Beteiligten den Raum verlassen hätten, sei der Kläger im scharfen Ton von der Geschäftsleitung zurückgerufen worden, woraufhin der Kläger wieder zurückgegangen sei und sich die Tür hinter ihm geschlossen habe. Dr. B. gab an, bei dem seit November 2006 in seiner Behandlung stehenden Kläger seien nach dessen Angaben keine internistischen Vorerkrankungen und auch keine Risikofaktoren bekannt. Anamnestisch habe als einziger begünstigender Faktor für die Apoplexie eine außergewöhnliche psychische Belastung am Tag des Geschehens vermutet werden können.

Die Beklagte befragte den Geschäftsführer und Alleingesellschafter W. zum fraglichen Ereignis. Dieser gab unter dem 13.08.2007 an, es habe aus seiner Sicht keine besondere Stresssituation vorgelegen. Es sei bei der Geschäftsbesprechung um die Rückabwicklung eines kurz zuvor stornierten Auftrages eines ihrer Kunden gegangen. Mitten in der Besprechung, an der neben ihm und dem Kläger der weitere Geschäftsführer L. sowie der Produktionsleiter P. teilgenommen hätten, habe der Kläger auf einmal sehr intensiv gegähnt und sei anschließend von seinem Stuhl gerutscht. Die Arbeitssituation habe sich normal gestaltet. Der Kläger sei zuvor nicht auffällig gewesen und habe sich wie gewohnt an der Diskussion beteiligt.

Auf Anfrage der Beklagten führten die Stationsärztin K. und Dr. W., Klinikum Sch. G., am 24.08.2007 aus, der Kläger habe im Rahmen der stationären Behandlung aufgrund seiner sehr eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit keine Angaben zur Ursache seines Schlaganfalls gemacht. Aufgrund dessen, dass duplexsonographisch keine Stenosen im Bereich der Karotidenstrombahn beidseits, kein Diabetes mellitus, im Elektrokardiogramm sowie im Langzeit-Elektrokardiogramm ein Sinusrhythmus, kein Nikotinabusus und lediglich als Risikofaktor eine Hypercholesterinämie festgestellt worden seien, sei die Ursache des Schlaganfalls ungeklärt. Aus dem beigefügten Notarztprotokoll vom 06.06.2006 geht unter anderem ein Blutdruck-Wert von 140 mmHg hervor.

Mit Unterschrift vom 20.09.2007 bestätigte der Geschäftsführer L. die im Schreiben vom 13.08.2007 gemachten Angaben des Geschäftsführers W. ...

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.10.2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine für die Anerkennung eines Schlaganfalls als Arbeitsunfall erforderliche, ein außergewöhnliches das betriebsübliche Maß erheblich überschreitende, akute Stresssituation habe nicht vorgelegen. Bei der Geschäftsbesprechung habe es sich um eine betriebsübliche Stresssituation gehandelt, die sich aus dem beruflichen Verantwortungsbereich des Klägers ergeben habe. In diese berufliche Verantwortung gehörten angespannte berufliche Situationen, wie vorliegend die Auseinandersetzung mit den beiden Geschäftsführern, zum gewöhnlichen beruflichen Alltag. Es sei deshalb nicht ungewöhnlich und somit auch nicht außergewöhnlich, wenn verbale Kritik geübt werde, auch wenn sie als unsachgemäß und überzogen empfunden werde.

Hiergegen hat der Kläger am 14.11.2007 Klage beim Sozialgericht Ulm erhoben. Zur Begründung ist ausgeführt worden, er sei im Rahmen der Geschäftsbesprechung in eine besondere psychische Anspannung geraten. Der erhöhte Druck habe daraus resultiert, dass Gegenstand der Geschäftsbesprechung ein Auftrag gewesen sei, der vertragsmäßig das 200-fache des üblichen Maßes der von ihm sonst akquirierten Aufträge überschritten habe. Das Scheitern dieses Auftrages sei für ihn keinesfalls eine alltägliche Situation gewesen, so dass von einer besonderen psychischen Anspannung mit einer hieraus resultierenden Stressreaktion auszugehen sei, die eine äußere Einwirkung im Sinne des Unfallbegriffs darstelle.

Die Beklagte hat eingewandt, gerate ein Versicherter in Folge einer Zurechtweisung eines Vorgesetzten in hochgradige Erregung, so habe dessen seelischer Zustand seine Ursache überwiegend in der persönlichen Veranlagung. Dies vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass psychische Einwirkungen gemäß der Eigenart der Persönlichkeit zu beurteilen seien. Hierbei würden Art und Umstände je nach der psychischen Struktur des Versicherten mehr oder wenig belastend erlebt. Zu beachten sei hierbei auch, dass solche verbalen Auseinandersetzungen überall anzutreffen seien. Daher sei für die Anerkennung eines Ereignisses als Arbeitsunfall die Existenz einer außergewöhnlichen Stresssituation zu verlangen. Eine solche habe nicht vorgelegen. Selbst wenn für den Kläger aufgrund der Höhe des Auftrages eine angespannte Situation vorgelegen habe, sei diese nicht als außergewöhnlich zu beurteilen.

Das Sozialgericht hat die Internistin B. unter dem 22.04.2008, den Neurologen Dr. G. unter dem 23.04.2008 und die Allgemeinmedizinerin Dr. Sch. am 28.04.2008 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört.

Die Internistin B. hat ausgeführt, den Kläger seit Herbst 2006 zu behandeln. Sie hat die ärztlichen Entlassungsberichte des Klinikums Sch. G. vom 05.06.2007 und 19.02.2008, den Arztbrief des Dr. G. vom 18.02.2008 sowie ihre Stellungnahme vom 14.04.2008 vorgelegt. Dr. G. hat ausgeführt, den Kläger seit 04.06.2007 zu behandeln. Dr. Sch. hat ausgeführt, den Kläger seit 18.09.2006 zu behandeln. Sie hat den Arztbrief des Dr. G. vom 14.04.2008 vorgelegt. Ferner hat der Internist Dr. Sch. die Arztbriefe des Prof. Dr. H., Abteilung für Kardiologie des R.-B.-Krankenhauses, vom 11.05.1990 (fraglicher Zustand nach Herz hinterwandinfarkt, auffälliges EKG, relativ niedriges HDL-Cholesterin) sowie vom 28.06.1990 (das EKG mit überdrehtem Linkstyp und R-Verlust in II, III und aVF sehe aus wie nach einem Hinterwandinfarkt, im Röntgenbild sei eine Verkalkung des Aortenbogens aufgefallen, der Kläger habe früher täglich 60 bis 80 Zigaretten geraucht und rauche derzeit täglich 20 Zigarillos, er wirke rastlos), des Dr. M., Abteilung Nuklearmedizin und Strahlentherapie des R.-B.-Krankenhauses, vom 20.08.1990 (regelrechtes Myokardszintigramm, kein Hinweis auf das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit), der Dr. B. vom 05.12.1995

(der Kläger habe 1995 seinen Nikotinkonsum eingestellt; die jetzt durchgeführte Untersuchung habe ergeben, dass eine bereits 1990 auffällig gewesene Kalksichel im Aortenkopf an Stärke oder Größe nicht zugenommen habe und ein geringfügig erhöhter Cholesterinwert vorliege) und des Internisten und Kardiologen Dr. M. vom 11.12.1995 (koronare Herzerkrankung unwahrscheinlich, Brustwirbelsäulensyndrom, symptomatische ventrikuläre Extrasystolie) vorgelegt.

Sodann hat das Sozialgericht von Amts wegen das Gutachten des Prof. Dr. Sch., C. G., vom 24.10.2008 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, auf neurologischem Fachgebiet bestünden beim Kläger als Folgen des ischämisch bedingten Infarktes im Cerebri-Media-Stromgebiet links eine Narbe im Gehirn und eine symptomatische Epilepsie mit zwei manifesten Anfällen. Bei einem Schlaganfall handle es sich um eine sehr häufige Erkrankung. Risikofaktoren hierfür seien unter anderem neben Alter männliches Geschlecht, Nikotinabusus (beim Kläger früher manifest), Blutdruckwerte über 140 mmHg systolisch, leichtes metabolisches Syndrom mit Adipositas, Hyperlipidämie mit erhöhtem Gesamt-Cholesterin und erniedrigtem HDL-Cholesterin. Dabei handele es sich jeweils um Risikofaktoren, die schon zum Zeitpunkt des Schlaganfalles beim Kläger bestanden hätten. Es sei nicht auszuschließen, dass der Schlaganfall auch bei jeder anderen Tätigkeit im Ablauf des täglichen Lebens ebenfalls hätte eintreten können. Die vom Kläger erlebte psychische Stresssituation sei im Sinne eines allgemeinen Lebensrisikos und nicht als wesentlicher Grund für die Entwicklung des Schlaganfalls zu deuten. An etwaigen Vorerkrankungen seien nachgewiesene Fettstoffwechselstörungen, ein grenzwertig erhöhter Blutdruck sowie eine Adipositas belangvoll. Weitere Risikofaktoren zum Zeitpunkt des Schlaganfalles seien nicht ausreichend evaluiert. Auf jeden Fall seien mit einer erhöhten Blutdrucklage, eindeutig nachgewiesenen atherosklerotischen Gefäßveränderungen und einem wohl auch schon früher gestörten Fettstoffwechsel Vorerkrankungen, wenn auch nur im geringeren Ausmaße als bei der gutachterlichen Untersuchung, nachweisbar. Beigefügt war das neuropsychologische Zusatzgutachten der Dipl.-Psych. E. vom 03.11.2008.

Das Sozialgericht hat in der mündlichen Verhandlung vom 26.03.2009 den Geschäftsführer W. und den Produktionsleiter P. als Zeugen gehört. Der Geschäftsführer W. hat ausgeführt, zum damaligen Zeitpunkt sei es der Firma finanziell schlecht gegangen. Anlass der Geschäftsbesprechung sei gewesen, dass der vom Kläger akquirierte und vertragsmäßig sehr wichtige Auftrag storniert worden sei. Bei der Geschäftsbesprechung sei es daher um die Rückabwicklung dieses Auftrages, insbesondere mit den Vorlieferanten Schadensersatzregelungen zu treffen, gegangen. Es habe insgesamt eine depressive Situation geherrscht. Es habe sich um eine normale Besprechung gehandelt, im Rahmen derer niemand geschrien habe. Es habe sich um eine außergewöhnliche Situation gehandelt, da die gesamte Verantwortung für den stornierten Auftrag beim Kläger gelegen habe. Herr L. und Herr P. hätten erste Hilfe geleitet. Der Produktionsleiter P. hat angegeben, die Firma habe sich damals in einem sehr kritischen Zustand befunden. Am Tag des Schlaganfalls sei ein großer Auftrag erteilt worden. Was der Kunde gefordert habe, hätte man allerdings nicht leiten können. Er habe die Geschäftsleitung auf die Gefahr von Reklamationen hingewiesen. Daraufhin sei die Besprechung einberufen worden. Der Geschäftsführer W. habe die Risiken gesehen und sei hart mit dem Kläger und ihm ins Gericht gegangen. Dem Kläger sei vorgeworfen worden, diesen Auftrag an Land geholt zu haben. Sodann sei die Besprechung persönlich geworden. Der Kläger sei hart angegangen worden. Man habe schon öfters kritische Situationen gehabt, in denen man persönlich angegangen worden sei. Die sachliche Ebene sei dann verlassen worden. Nach Beendigung der Besprechung sei der Kläger in harschem Ton in das Besprechungszimmer zurückgerufen worden. Circa 10 Minuten später sei er vom Geschäftsführer W. angerufen worden, um einen Ersthelfer zu alarmieren. Zum Zeitpunkt der Besprechung sei der Auftrag noch nicht storniert gewesen.

Mit Urteil vom 26.03.2009 hat das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 26.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.2007 aufgehoben und festgestellt, dass das Ereignis vom 06.06.2006 ein Arbeitsunfall sei sowie eine motorisch betonte Aphasie, eine mittelschwere hand- und armbetonte zentrale Hemiparese rechts, eine leichte Polyneuropathie, kognitive Beeinträchtigungen und eine symptomatische Epilepsie Folgen des Arbeitsunfalles seien. Es hat zur Begründung ausgeführt, es habe eine geistig-seelische Einwirkung im Sinne einer psychischen Ausnahme- beziehungsweise Belastungssituation für den Kläger vorgelegen. Dies ergebe sich aus dem erheblichen Umfang des bei der Besprechung gegenständlichen Auftrages. Entweder sei nach Angaben des Geschäftsführers W. ein für die Firma und den Kläger bedeutender Auftrag kurz vor der Besprechung storniert worden oder es sei nach den Angaben des Produktionsleiters P. zu massiven verbalen Attacken gegenüber dem Kläger wegen unübersehbarer Risiken des Auftrages für das Unternehmen gekommen. Aufgrund der Gesamtsituation des Unternehmens und der Bedeutung des Auftrages habe es sich nicht um eine normale Belastungssituation gehandelt. Dass entweder durch die Stornierung des Auftrages oder die Besprechung hinsichtlich der Risiken des Auftrages eine extreme psychische Belastungssituation für den Kläger vorgelegen habe, sei mithin augenscheinlich. Auch liege ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den eingetretenen Gesundheitsschäden vor. Eine Schadensanlage beziehungsweise ein Vorschaden, für deren Bestehen der Vollbeweis erbracht werden müsse, dürfe als rechtlich allein wesentliche Bedingung nur dann gewertet werden, wenn sie beziehungsweise er so stark ausgeprägt und so leicht ansprechbar gewesen sei, dass es zur Auslösung des aktuellen Krankheitsbildes keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlichen äußeren Einwirkung aus der versicherten Tätigkeit bedürft habe, sondern wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich auch ohne diese Einwirkungen durch beliebig austauschbare Einwirkungen des unversicherten Alltagslebens zu annähernd gleicher Zeit und in annähernd gleicher Schwere entstanden wäre. Beim Kläger hätten keine relevanten körpereigenen Ursachen festgestellt werden können, so dass die betriebsbedingte Ursache, also die psychische Ausnahmesituation, als einzig relevante Ursache für den Schlaganfall in Betracht komme. Denn zum versicherten Gesundheitszustand gehöre auch das allgemein vorhandene Schlaganfallrisiko. Eine stark ausgeprägte Schadensanlage oder Vorerkrankung, die zu einem erhöhten Schlaganfallrisiko führen würde, habe beim Kläger nicht bestanden. Hinsichtlich der Vorerkrankungen sei das Gutachten des Prof. Dr. Sch. in sich widersprüchlich. Aus den ärztlichen Berichten vor dem Schlaganfallereignis ergäben sich keine pathologischen Befunde. Auch seien im Klinikum Sch. G. keine Normabweichungen beziehungsweise Vorerkrankungen festgestellt worden. Die dort festgestellten erhöhten Cholesterinwerte stellten keine bedeutende Krankheitsanlage für einen Schlaganfall dar. Auch sei der Kläger seit 1990 nikotinabstinent, so dass erhebliche Zweifel daran bestünden, ob der stattgehabte Nikotinabusus überhaupt noch als Risikofaktor in Betracht zu ziehen sei. Jedenfalls käme selbst einer Kombination aus Nikotinabusus und erhöhten Cholesterinwerten keine derart hohe Bedeutung zu, dass die betriebsbedingte Ursache in den Hintergrund zu treten hätte. Die Befunde, auf die sich Prof. Dr. Sch. stütze, bezögen sich zumindest teilweise offenbar auf den Zustand des Klägers nach dem erlittenen Schlaganfall. Vorliegend bestehe ein kausaler Zusammenhang zwischen Unfall und Schlaganfall auch schon allein wegen des zeitlichen Zusammenhangs. Es entspreche der allgemeinen Lebenserfahrung, dass kardiovaskulär bedingte Ischämiegeschehen, ein Apoplex, ein akutes Koronarsyndrom oder ein Herzinfarkt, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Stresssituation aufträten, auf diese Stresssituation zurückzuführen seien. Hierfür lägen sogar empirische Daten vor. Als Folge dieses Anscheinsbeweises sei der volle Beweis als erbracht anzusehen, solange nicht konkrete Tatsachen festgestellt würden, also erwiesen seien, die einen von der Typik abweichenden Ablauf ernsthaft als möglich erscheinen ließen. Aufgrund der Tatsache, dass beim Kläger keine relevanten Vorerkrankungen festgestellt und auch keine anderen Umstände festgestellt worden seien, bestehe ein kausaler Zusammenhang zwischen Unfallereignis und

Gesundheitsschaden.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 18.05.2009 zugestellte Urteil des Sozialgerichts am 05.06.2009 Berufung eingelegt. Sie hat zur Begründung ausgeführt, es sei nicht zutreffend, dass keine relevanten körpereigenen Ursachen festgestellt werden können. Seit 1990 seien EKG-Veränderungen mit nachgewiesener Aortensklerose mit Kalksichelbildung im Aortenknopf bekannt. Es habe auch ein exzessiver Nikotinabusus von 60 bis 80 Zigaretten täglich bis 1982 und 20 Zigarillos täglich bis 1990 vorgelegen. Nachgewiesen worden sei damals auch eine symptomatische ventrikuläre Extrasystolie mit überdrehtem Herz-Linkstyp. Bekannt sei auch, dass die Mutter des Klägers im Alter von 68 Jahren an einer allgemeinen Gefäßsklerose mit Hochdruck verstorben sei. Der Vater sei starker Raucher gewesen und mit 69 Jahren verstorben. Es sei also nicht von der Hand zu weisen, dass schon früher Krankheitsbilder vorgelegen hätten, die als Risikofaktoren für einen Schlaganfall gälten. Auch sei im Rahmen der stationären Behandlung nach dem Schlaganfall eine Hypercholesterinämie festgestellt worden. Dies stelle ebenfalls einen Risikofaktor für einen Schlaganfall dar. Im Übrigen sei der gesundheitliche Vorzustand des Klägers bislang lückenhaft aufgeklärt worden. Ferner seien nicht alle Befunde nach Eintritt des Schlaganfalls beigezogen worden. Nach Einholung aller Befunde sei ein fundiertes wissenschaftliches Gutachten einzuholen. Ferner seien zwecks Feststellung, ob es sich bei der Geschäftsbesprechung um eine außergewöhnliche Belastungssituation gehandelt habe, die Gesprächsteilnehmer erneut als Zeugen zu hören. Im Übrigen sei zu bedenken, dass der Kläger seit Jahrzehnten als Vertriebsleiter tätig gewesen und folglich als langjährige Führungskraft mit dem "auf und ab" im Geschäftsleben, dem Termingeschäft in der Branche und den Risiken kurzfristiger Auftragsstornierungen auch über Zwischenhändler bestens vertraut gewesen sei. Dass ein von ihm organisierter Auftrag in größerem Volumen storniert werde, gehöre zu den unternehmerischen Risiken. Im Übrigen sei es so, dass ein Schlaganfall fast immer im Zusammenhang mit einer latenten Krankheitsanlage stehe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 26. März 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. und Dr. B. die zu den Akten gereichten Fragestellungen zu stellen,

hilfsweise den Zeugen P. zur Dauer bis zum Eintreffen des Notarztes zu befragen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Er hat ausgeführt, die Beklagte verkenne, dass im ärztlichen Entlassungsbericht des Klinikums Sch. G. festgestellt worden sei, dass keine medizinischen Ursachen wie Bluthochdruck oder Nikotinabusus für den Schlaganfall verantwortlich gemacht werden könnten. Außerdem sei der Vater des Klägers mit 71 Jahren verstorben und Nichtraucher gewesen.

Der Senat hat zunächst Dr. M. unter dem 13.01.2010 und den Allgemeinmediziner Dr. N. unter dem 15.01.2010 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. M. hat angegeben, dass er den Kläger seit Dezember 1995 nicht mehr behandelt habe und die Akten inzwischen vernichtet worden seien. Dr. N. hat mitgeteilt, dass die Akten vernichtet worden seien.

Ferner hat der Senat die Schwerbehinderten-Akten des Landratsamts Ostalbkreis, insbesondere den ärztlichen Entlassungsbericht der Kliniken Sch. G./St. vom 08.08.2006, die Akten über den stationären Aufenthalt des Klägers im Klinikum Sch. G., die Akten der Deutschen Rentenversicherung Bund, insbesondere den über die stationäre Maßnahme vom 03.09.2008 bis zum 15.10.2008 erstellten ärztlichen Entlassungsbericht von Dr. R., Kliniken Sch. G., vom 15.10.2008, die Krankenakten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. B. sowie erneut die bereits aktenkundigen Arztbriefe des R.-B.-Krankenhauses St. beigezogen.

Des Weiteren hat der Senat den Orthopäden Dr. W. unter dem 19.03.2010, den Urologen Dr. G. unter dem 07.04.2010 sowie die radiologische Gemeinschaftspraxis Dres. G., H. und K. am 14.04.2010 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. Dr. W. hat ausgeführt, den Kläger seit 03.04.2003 zu behandeln, den Arztbrief des Radiologen und Internisten Dr. H. vom 21.03.2005 (Peritendinitis) vorgelegt und unter anderem die Diagnose einer Osteoporose aufgeführt. Die radiologische Gemeinschaftspraxis Dres. G., H. und K. hat diverse Arztbriefe aus der Zeit nach dem Schlaganfallereignis vorgelegt. Dr. G. hat ausgeführt, dass er den Kläger am 02.12.2003 wegen einer angegebenen erektilen Dysfunktion und am 20.01.2004 sowie am 22.05.2006 wegen eines Harnwegsinfektes behandelt habe. Dabei seien außer Bakterien im Urin keine pathologischen Befunde erhoben worden. Im Jahr 2006 sei eine Urin- und Laborkontrolle nach erfolgter antibiotischer Therapie empfohlen worden.

Sodann hat der Senat von Amts wegen das nach Aktenlage erstellte Gutachten des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W., Klinik für Neurologie G., vom 20.07.2010 eingeholt.

Der Sachverständige hat dargelegt, der Kläger habe bei Eintreffen des Notarztes rund 10 Minuten nach dessen Alarmierung eine Halbseitenlähmung rechts und eine motorische Aphasie gezeigt. Es seien sodann Blutdruckwerte zwischen 140 und 150 mmHg sowie eine Herzrate von 55/min. dokumentiert worden. Im Elektrokardiogramm habe sich eine Sinusbradykardie mit linksanteriorem Hemiblock und einem Hinweis auf eine fragliche Hinterwandinfarktscarbe gezeigt. Die Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien habe vereinzelt Plaques in beiden Carotiden, jedoch keine höhergradigen Stenosen, gezeigt. Das erste craniale Computertomogramm sei unauffällig gewesen. Das am Tag darauf durchgeführte craniale Kontroll-Computertomogramm zeige im vorderen Mediastromgebiet links einen recht ausgedehnten, bereits gut demarkierten Territorialinfarkt. Als Ursache ergäben sich Hinweise auf einen Verschluss eines Hauptastes der Arteria cerebri media links, während sich der Hauptast des Gefäßes als unauffällig dargestellt habe. Die initialen Laborbefunde hätten als wesentliche Auffälligkeit einen grenzwertig erhöhten Hämatokrit-Wert und eine mäßiggradige diabetogene Stoffwechsellage gezeigt. Im transösophagealen Echokardiogramm hätten sich Plaques in der Aorta, jedoch weder Thromben noch ein größeres offenes Foramen ovale gezeigt.

Der Sachverständige hat ausgeführt, bei wenigstens 30 bis 40 % der Betroffenen von Hirninfarkten sei entweder gar keine Ursache oder aber lediglich ein entsprechendes vaskuläres Risikoprofil zu finden. Zu diesem Prozentsatz gehöre auch der Kläger. Zwar habe bei ihm kein Bluthochdruck, der gemäß epidemiologischen Studien bei 80 bis 90 % aller Hirninfarkt-Betroffenen zu finden sei, bestanden. Nicht zu verkennen sei jedoch eine zumindest leichte diabetogene Stoffwechsellege und die sich bei den Ultraschalluntersuchungen gezeigten arteriosklerotischen Plaques im Aortenbogen und in den hirnversorgenden Arterien. Darüber hinaus habe der Kläger zum Zeitpunkt des Ereignisses mit dem erhöhten Hämatokrit-Wert eine zumindest leichtgradige Eindickung des Blutes, die gemäß Studienlage mit einer erhöhten Blutgerinnungsneigung verbunden sei, gezeigt. Zwar habe sich der Hämatokrit-Wert nur grenzwertig erhöht gezeigt. Zum Zeitpunkt der Laborwertbestimmung habe der Kläger gemäß des Notarztprotokolls aber bereits eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution erhalten, so dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt des Ereignisses ein über 46,5 % liegender Hämatokrit-Wert bestanden habe. Zusammenfassend sei also auszuführen, dass beim Kläger zwar keine eindeutige Ursache für den Hirninfarkt gefunden werden könne, es sei jedoch bei Weitem nicht so, dass eine betriebsbedingte Ursache als einzig relevante Ursache für den Schlaganfall in Betracht komme, da zum Zeitpunkt des Ereignisses mehrere vaskuläre Risikofaktoren, die gleichermaßen geeignet wären, einen Hirninfarkt auszulösen, bestanden hätten.

Der Sachverständige hat ferner ausgeführt, unter dem Begriff des Schlaganfalls würden mit Hirninfarkt, Hirnblutungen und Subarachnoidalblutungen mehrere völlig unterschiedliche Krankheitsbilder subsumiert, deren einzige Gemeinsamkeit darin bestehe, dass sie plötzlich aufträten und mit neurologischen Ausfällen einher gingen. Hirninfarkte träten auf, wenn sich eine zum Gehirn führende Arterie verstopfe. Häufigste Ursache von Hirnblutungen seien Einrisse der kleinen Hirnarterien bei Bluthochdruck. Unter Subarachnoidalblutungen verstehe man platzende Aussackungen der großen Hirnarterien. Ausgehend von diesen grundsätzlichen Erwägungen seien, was stressbedingte Schlaganfälle angehe, nochmals zwei grundlegende Unterschiede zu beachten. So bestehe ein durchaus beträchtlicher Zusammenhang zwischen "körperlichem und/oder physischem" Stress und dem Auftreten von Hirninfarkten. Als Mediator werde hierbei vor allem der Bluthochdruck gesehen, der bei langfristigem Stress häufig erhöht sei. Nach den vorliegenden Studien handle es sich hierbei nicht um kurzdauernden psychischen Stress, sondern um im Allgemeinen über Jahre anhaltende Stresssituationen. Akuter Stress erhöhe nach den Studien die Schlaganfallinzidenz eher auf einer chronischen Basis.

Beim Kläger sei es zum einen zu einem Hirninfarkt und zum anderen zu einem recht ausgedehnten Territorialinfarkt gekommen. Demnach habe es sich nicht um eine Mikroangiopathie, sondern um einen Verschluss eines größeren hirnversorgenden Gefäßes, des Hauptastes der Arteria cerebri media, gehandelt. Derartige Hirninfarkte könnten jedoch lediglich entweder durch Streuen eines Blutgerinnsels aus dem Herzen beziehungsweise dem Aortenbogen oder durch arteriosklerotische Veränderungen im Bereich der Hirngefäße selbst verursacht werden. Es gebe jedoch weder hinreichende Anhaltspunkte noch überhaupt eine pathophysiologische Idee in der wissenschaftlichen Literatur, wie ein solcher Territorialinfarkt durch Stress verursacht sein könnte. Der einzige klar bekannte Zusammenhang wäre der über eine akute Blutdruckerhöhung. Eine solche könne jedoch zu Hirn- oder Subarachnoidalblutungen, gegebenenfalls auch zu mikroangiopathischen Schlaganfällen, führen, nicht jedoch zu einem Verschluss einer großen Hirnarterie. Hier bestünden grundlegende Unterschiede zur Situation im Bereich des Herzens. Ferner sei bislang nicht berücksichtigt worden, dass der Kläger rund zwei Wochen vor dem Schlaganfallereignis wegen eines Harnwegsinfektes in Behandlung gekommen und eine antibiotische Therapie empfohlen worden sei. Es habe sich in einer Studie gezeigt, dass eine relevante Anzahl von Patienten, allerdings lediglich innerhalb der letzten Woche vor dem Ereignis, einen Infekt gehabt habe. Nicht zuletzt sei aber auch festzustellen, dass gar keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Blutdruckkrise bestünden. So habe der 10 Minuten nach dem Ereignis eintreffende Notarzt einen normalen Blutdruck vorgefunden. Hätte zum Zeitpunkt der Besprechung bei dem Kläger ein massiver Blutdruckanstieg vorgelegen, wäre nach aller Erfahrung nicht zu erwarten gewesen, dass dieser innerhalb von 10 Minuten wieder vollständig verschwinde. Darüber hinaus sei es einfach nicht so, dass alternative Ursachen nicht zu diskutieren wären.

Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, dass es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand keinen pathophysiologischen Mechanismus gebe, der positiv erklären würde, warum die Geschäftsbesprechung in wesentlicher Weise zu der Entwicklung der Gesundheitsstörungen des Klägers beigetragen haben solle. Es sei nicht bekannt, dass die kurzfristige Ausschüttung von Stresshormonen, die dann möglicherweise mit einer Erhöhung des Blutdrucks einhergehe, in wesentlicher Weise an der Ausbildung embolisch bedingter Territorialinfarkte mit Verschluss großer Hirnarterien beteiligt wäre. Aufgrund des anderen Pathomechanismus verböten sich Analogschlüsse zu kardialen Ereignissen, bei denen es sich im Regelfall nicht um Embolien, sondern um isolierte Verschlussprozesse von Koronararterien handle.

Der Kläger hat zu dem Gutachten eingewandt, der Sachverständige habe sich nicht dazu geäußert, woher der erhöhte Hämatokrit-Wert komme. So könne der erhöhte Hämatokrit-Wert auch auf einen Flüssigkeitsverlust zurückzuführen sein. Zu Wasserverlusten könne es beispielsweise bei starkem Schwitzen kommen, wobei Stress auch Schwitzen verursache. Es sei daher zu ermitteln, ob der Kläger bei der Geschäftsbesprechung zu wenig getrunken habe. Es sei auch kein Nachweis dafür gegeben, dass ein vaskulärer Risikofaktor vorgelegen habe. Auch der Hinweis auf den Harninfekt sei nicht nachvollziehbar, da allein ein akuter Harninfekt und auch nur untergeordnet geeignet sei, einen Schlaganfall zu verursachen. Des Weiteren könne von einem normalen Blutdruck keine Rede sein. So ergebe sich aus dem Notarztprotokoll ein Blutdruck-Wert von 160 mmHg. Ferner sei nicht geklärt, wie viel Zeit zwischen Schlaganfall und Eintreffen des Notarztes vergangen sei. Um hierzu medizinische Aussagen treffen zu können, müsste der Sachverhalt ermittelt werden. Des Weiteren ergebe sich aus Studien, dass Stress sehr wohl geeignet sei, einen Schlaganfall auszulösen. Ferner habe der Sachverständige nicht dargelegt habe, woraus sich ergebe, dass der Kläger an Diabetes leide.

Daraufhin hat der Senat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten der Nervenärztin und Psychotherapeutin Dr. B. vom 14.06.2011 eingeholt.

Die Sachverständige hat ausgeführt, beim Kläger sei ein embolischer Infarkt eines Seitenastes der Arteria media links diagnostiziert worden. Sie hat weiter ein cerebrales Anfallsleiden und eine Dysthymia beschrieben.

Die Sachverständige hat ferner ausgeführt, der Kläger habe zum Zeitpunkt seiner Erkrankung unter einem seit mehreren Wochen oder gar Monaten bestehenden großen Stress, der durch die schlechte wirtschaftliche Lage seines Arbeitgebers verursacht worden sei, gelitten. Dieser Stress habe seinen Höhepunkt in der Auseinandersetzung während der Geschäftsbesprechung, die eine psychische Extrembelastung dargestellt habe, gefunden. Der Blutdruck des Klägers sei bei Eintreffen des Notarztes nur gering erhöht gewesen. Eine Studie belege, dass

Probanden, die einen negativen Stress angegeben hätten, signifikant häufiger Apoplexe erlitten hätten als Vergleichsprobanden. Bis zu dem Apoplex seien beim Kläger keine internistischen Erkrankungen im Sinne von Risikofaktoren für einen Apoplex bekannt gewesen. Den von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. beschriebenen Verdacht auf eine Linksherzschädigung habe sie den Akten nicht entnehmen können. Bei dem von Dr. M. am 11.12.1995 diagnostizierten überdrehten Linkstyp handle es sich um einen Lagetyp der elektrischen Herzachse, der zwar als Hinweis auf eine Linksherzbelastung gedeutet werden könne, aber allein keinen Krankheitswert habe. In weitergehenden Untersuchungen sei kein weiterer Hinweis auf eine Linksherzbelastung gefunden worden. In der Literatur werde die Ansicht vertreten, dass psychischer Stress einer der 10 wichtigsten Risikofaktoren für Schlaganfälle sei. Der von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. getroffenen Unterscheidung zwischen Schlaganfällen bei Langzeitstress und akutem Stress sei nicht zuzustimmen. Der einzige klar benannte Zusammenhang zwischen akutem Stress und embolischen Hirninsulten wäre eine akute Blutdruckerhöhung, die beim Kläger nicht festgestellt werden können. Nach einer Studie reiche schon eine Erhöhung des Blutdrucks um 10 bis 20 mmHg, um bei Männern mittleren Alters einen stressverursachten Apoplex auszulösen. Der rund 2 Wochen vor dem Schlaganfall aufgetretene Harnwegsinfekt und die 11 Tage vor dem Schlaganfall abgeschlossene antibiotische Behandlung könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Klägers gehabt haben. Es gebe keine Studien, die einen Zusammenhang zwischen Hirnembolien und Antibiotikaeinnahme suggerierten.

Die Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, dass der psychologische Stress als Risikofaktor für embolisch bedingte Hirninfarkte angesehen werden könne und beim Kläger keine außerberuflichen Risikofaktoren vorgelegen hätten. Der Kläger habe 16 Jahre zuvor mit dem Rauchen aufgehört, sei nicht übergewichtig, habe nur sehr gemäßigt getrunken, habe sich regelmäßig körperlich betätigt und habe nicht unter kardialen Erkrankungen gelitten. Sowohl sein Blutzucker als auch seine Cholesterinwerte hätten wie der Blutdruck im oberen Bereich der Norm gelegen, seien aber nicht behandlungswürdig gewesen.

Hierzu hat die Beklagte ausgeführt, der Ansatz von Dr. B., dass aus ihrer Sicht nur ein Verschluss eines Nebenastes der Arteria cerebri media vorgelegen habe, also nicht der Verschluss des Hauptastes dieser Arterie, sei unzutreffend. Dass nur eine psychische Ausnahmesituation allein verantwortlich für den Hirninfarkt gewesen sein solle, sei eindeutig widerlegt. Diesbezüglich sei das Gutachten des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. überzeugend. Es werde auch nicht in Frage gestellt, dass psychischer Stress als Risikofaktor für einen Schlaganfall in Frage komme. Dr. B. habe sich aber nicht dazu geäußert, ob beziehungsweise warum der Stress alleine beziehungsweise die rechtlich wesentliche Ursache für den Hirninfarkt sein solle. Vielmehr habe Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. überzeugend dargelegt, dass es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand keine pathophysiologischen Mechanismen gebe, die dafür sprächen, dass eine akute Stresssituation zu einem Territorialinfarkt mit Verschluss großer Hirnarterien führen könne. Zu Unrecht habe Dr. B. in die Diskussion einen beruflich bedingten Langzeitstress mit einbezogen. Vorliegend sei aber lediglich die Stresssituation im Rahmen der Geschäftsbesprechung zu beurteilen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet.

Der Senat konnte vorliegend entscheiden, ohne die Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. und Dr. B. oder den Zeugen P. erneut zu hören. Die darauf gerichteten Beweisanträge des Klägers waren abzuweisen, teils weil die Fragen bereits in den Gutachten oder Zeugenaussagen beantwortet wurden, teils weil es sich um unzulässige Ausforschungsbeweise handelt (dazu im Einzelnen unten).

Rechtsgrundlage für die Feststellung eines Ereignisses als Arbeitsunfall sowie dessen Folgen sind die [§§ 2, 7](#) und [8](#) 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](#)).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#); BSG, Urteil vom 30.01.2007 - [B 2 U 23/05 R](#); BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#); jeweils zitiert nach juris) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Feststellung von Unfallfolgen, dass längerandauernde Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität).

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung

hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte.

Bei dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung des Ereignisses vom 06.06.2006 als Arbeitsunfall und auch nicht von Unfallfolgen.

Zwar ist die Geschäftsbesprechung der bei der Beklagten versicherten Tätigkeit als Vertriebsleiter zuzurechnen, so dass ein innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang zwischen der Verrichtung zur Zeit des Schlaganfalls und der versicherten Tätigkeit gegeben ist.

Diese Verrichtung hat auch zu einem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis geführt.

Das Erfordernis des von außen auf den Körper einwirkenden, zeitlich begrenzten Ereignisses dient der Abgrenzung zu Gesundheitsschäden aufgrund von inneren Ursachen, wie Herzinfarkt oder Kreislaufkollaps, wenn diese während der versicherten Tätigkeit auftreten, sowie zu vorsätzlichen Selbstschädigungen. So genügt beispielsweise ein schlichter Sturz auf einem versicherten Weg, es sei denn, der Unfall ist infolge einer nichtbetriebsbedingten 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. Das Merkmal der äußeren Einwirkung hat also lediglich den Zweck, äußere Vorgänge von krankhaften Vorgängen im Inneren des menschlichen Körpers abzugrenzen. Die Annahme einer äußeren Einwirkung scheidet mithin nur aus, wenn die Einwirkung auf Umständen beruht, für die eine in körperlicher oder seelischer Hinsicht besondere Veranlagung des Betroffenen oder dessen willentliches Verhalten die wesentliche Ursache war. Für die Prüfung der Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls ist ferner von Bedeutung, dass für die äußere Einwirkung nicht ein äußerliches, mit den Augen zu sehendes Geschehen zu fordern ist (BSG, Urteil vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - zitiert nach juris).

Unter Zugrundelegung dieser Maßgaben ist in der vom Geschäftsführer W. und vom Produktionsleiter P. beschriebenen Geschäftsbesprechung und der hierdurch für den Kläger aufgetretenen psychischen Belastung ein Unfallereignis zu sehen. Auch der Senat ist der Ansicht, dass es sich dabei um eine psychische Ausnahme- beziehungsweise Belastungssituation gehandelt hat. Der Senat verweist insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts (siehe auch Sächsisches LSG, Urteil vom 09.02.2006 - [L 2 U 69/03](#) - zitiert nach juris).

Es lässt sich vorliegend auch mit dem erlittenen Schlaganfall ein Gesundheitserstschaden festzustellen.

Es fehlt aber am haftungsbegründenden Kausalzusammenhang zwischen den mit von der Geschäftsbesprechung ausgehenden psychischen Einwirkungen und dem dabei erlittenen Schlaganfall.

Der Senat folgt dabei den in sich schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Prof. Dr. Sch. und des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. in ihren Gutachten vom 24.10.2008 und 20.07.2010. Demgegenüber überzeugt das Gutachten der Dr. B. vom 14.06.2011 nicht.

Zwar hat das Sozialgericht zutreffend ausgeführt, dass beim Kläger keine relevanten körpereigenen Ursachen festgestellt worden sind. Denn bei den von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. beschriebenen Unregelmäßigkeiten im gesundheitlichen Zustand des Klägers in Form eines zwei Wochen zurückliegenden Harnwegsinfektes mit nachfolgender antibiotischer Therapie, einer leichten diabetogenen Stoffwechsellage, von arteriosklerotischen Plaques im Aortenbogen (vgl. Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien vom 09.06.2006) und in den hirnversorgenden Arterien sowie einer aufgrund eines trotz vorheriger intravenöser Flüssigkeitssubstitution erhöhten Hämatokrit-Wertes zumindest leichtgradigen Eindickung des Blutes mit einer damit verbundenen erhöhten Blutgerinnungsneigung handelt es sich zwar um mögliche Ursachen für die Entstehung eines Schlaganfalles. Nichts anderes gilt für die von Prof. Dr. Sch. beschriebenen Faktoren wie der früher manifeste Nikotinabusus, das leichte metabolische Syndrom mit Adipositas und die Hyperlipidämie mit erhöhtem Gesamt-Cholesterin und erniedrigtem HDL-Cholesterin.

In Auswertung des Akteninhalts ergeben sich aber keine Anhaltspunkte dafür, dass sich diese Möglichkeit zu einer Wahrscheinlichkeit verdichtet hätte. Deswegen kommt es auf die insoweit vom Kläger gestellten Beweisangebote nicht an, insbesondere ob die Arterien doch altersentsprechend waren oder wie der Harnwegsinfekt zu bewerten ist. Eine andere Ansicht vertritt auch Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. nicht. Er hat lediglich und auch zu Recht dargelegt, dass es unter Berücksichtigung der festgestellten vaskulären Risikofaktoren entgegen der vom Sozialgericht vertretenen Ansicht eben nicht so ist, dass die Geschäftsbesprechung als einzige relevante Ursache für den Schlaganfall in Betracht kommt.

Entgegen der Darlegungen des Sozialgerichts ist es unzulässig, allein deswegen festzustellen, dass ein Schlaganfall in einem kausalen Zusammenhang mit einer psychischen Belastungssituation steht, weil keine relevanten Vorerkrankungen im Sinne von kardiovaskulären Risikofaktoren vorliegen. Allein der zeitliche Zusammenhang zwischen den psychischen Einwirkungen der Geschäftsbesprechung und dem Schlaganfall genügt für die Bejahung der Kausalität gerade nicht. Es gibt, wie bereits oben dargelegt, keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. In diesem Zusammenhang hilft auch der vom Sozialgericht ins Feld geführte Beweis des ersten Anscheins nicht weiter. Nach den Grundsätzen des Beweises des ersten Anscheins kann bei sogenannten typischen Geschehensabläufen von einer festgestellten Ursache auf einen bestimmten Erfolg oder von einem festgestellten Erfolg auf eine bestimmte Ursache geschlossen werden (BSG, Urteil vom 04.02.1998 - [B 9 VG 5/96 R](#) - zitiert nach juris). Der Senat lässt es dahin stehen, ob es - wie vom Sozialgericht angenommen - allgemeiner Lebenserfahrung entspricht, dass kardiovaskulär bedingte Ischämiegeschehen, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Stresssituation auftreten, auf diese Stresssituationen zurückzuführen sind. Denn bei dem vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt handelt es sich nicht um ein kardiovaskulär bedingtes Ischämiegeschehen. Der Senat entnimmt das dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ... Er hat nachvollziehbar dargelegt, dass sich aufgrund des anderen Pathomechanismus eines Hirninfarkts Analogschlüsse zu kardialen Ereignissen, bei denen es sich im Regelfall nicht um Embolien, sondern um isolierte Verschlussprozesse von Koronararterien handelt, verbieten (so auch Hessisches LSG, Urteil vom 17.02.2009 - [L 3 U 292/03](#), zitiert nach juris, zum embolischen Hirninfarkt). Der darauf gerichtete Beweisanspruch des Klägers ist vom Sachverständigen bereits beantwortet worden und daher abzulehnen.

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat in seinem Gutachten überzeugend herausgearbeitet, dass sich die nach den Ausführungen des Sozialgerichts "als Ursache für den Schlaganfall in Betracht" kommenden psychischen Einwirkungen der Geschäftsbesprechung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Ursache im Rechtssinne bestätigen lässt.

Dabei ist für den Senat maßgeblich, dass das am 07.06.2006 und mithin am Tag nach dem Schlaganfall durchgeführte craniale Kontroll-Computertomogramm nach den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. im vorderen Mediastromgebiet links einen recht ausgedehnten, bereits gut demarkierten Territorialinfarkt gezeigt hat und sich als Ursache Hinweise auf einen Verschluss eines Hauptastes der Arteria cerebri media links ergeben haben. Beim Kläger ist es daher zu einem Hirninfarkt und zu einem recht ausgedehnten Territorialinfarkt, also zu einem akuten Verschluss eines größeren hirnversorgenden Gefäßes, gekommen. Der Sachverständige hat das den CT-Befunden vom 07.06.2006 und 09.06.2006 entnommen, die sich wiederum bei den Unterlagen der St. M. über die stationäre Behandlung von 06. bis 21.06.2006 befanden. Nach den Ausführungen des Sachverständigen, denen sich der Senat vollumfänglich anschließt, können derartige Hirninfarkte lediglich entweder durch Streuen eines Blutgerinnsels aus dem Herzen beziehungsweise dem Aortenbogen oder durch arteriosklerotische Veränderungen im Bereich der Hirngefäße selbst verursacht werden. Hinreichende Anhaltspunkte oder eine pathophysiologische Idee in der wissenschaftlichen Literatur, wie ein solcher Territorialinfarkt durch Stress verursacht sein könnte, gibt es dagegen nicht. Die im Beweisanspruch des Klägers aufgeworfene Frage, ob der Territorialinfarkt mit einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt vergleichbar ist, hat der Sachverständige bereits in seinem Gutachten (Bl. 14 ff.) beantwortet. Soweit der Kläger eine Aufklärung darüber begehrt, ob es entsprechende Lehrbücher darüber gibt, war dieser Antrag als reiner Ausforschungsantrag abzulehnen.

Demgegenüber überzeugen die Angaben der Dr. B. nicht. Sie ist nämlich für den Senat nicht nachvollziehbar davon ausgegangen, dass der Kläger "am 06.06.2006 mit der später bestätigten Diagnose embolischer Infarkt eines Seitenastes der Arteria Media links" eingeliefert worden sei. Die Diagnose eines Infarkts des Seitenastes statt des Hauptastes der Arteria media links ergibt sich indessen weder aus den aktenkundigen ärztlichen Unterlagen, noch wurde sie von Dr. B. unter Heranziehung des am 07.06.2006 und mithin am Tag nach dem Schlaganfall durchgeführten craniale Kontroll-Computertomogramms begründet.

Auch kann eine stressbedingte Blutdruckerhöhung allenfalls zu Hirnblutungen, Subarachnoidalblutungen oder mikroangiopathischen Schlaganfällen, nicht aber zu einem Verschluss einer großen Hirnarterie, führen. Doch selbst unter der Annahme, dass eine Blutdruckerhöhung, die nach epidemiologischen Studien bei 80 bis 90 % aller Hirninfarkt-Betroffenen zu finden ist, zum Verschluss einer großen Hirnarterie führen könnte, ist eine Ursächlichkeit der psychischen Einwirkungen der Geschäftsbesprechung für den Schlaganfall nicht darstellbar. Denn Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. hat schlüssig dargelegt, dass es vorliegend keinerlei Anhaltspunkte für eine wesentliche Blutdruckkrise gibt, da jedenfalls der den Kläger unmittelbar nach dem Schlaganfall versorgende Notarzt mit 140 mmHg einen nur einmalig nicht dauerhaft erhöhten diastolischen Blutdruck vorgefunden hat. Diese erste Blutdruckmessung fand frühestens 10 Minuten nach Eintreffen des Notarztes statt, der nach Angaben des Zeugen W. zeitgleich mit dem Produktionsleiter P. und dem Geschäftsführer L. als Ersthelfer benachrichtigt wurde (Schriftsatz vom 13.08.2007, Bl. 49 V-Akte sowie Zeugenaussage beim Sozialgericht Ulm vom 26.03.2009). Wann der Alarm bei der Notdienststelle eintraf und wann der Notarzt dem Kläger ärztliche Hilfe leiten konnte, ist dem Notarztprotokoll zu

entnehmen, nämlich um 14:52 Uhr der Alarm und um 15:01 Uhr die Ankunft. Insofern bedurfte es daher der vom Kläger beantragten erneuten Zeugenvernehmung des Produktionsleiters P. nicht, zumal der Zeuge bereits erstinstanzlich auf die spezielle Nachfrage ausgesagt hat, er könne sich überhaupt nicht mehr sicher an die Zeiten erinnern (Bl. 137 SG-Akte). Im Übrigen hat auch Dr. B. bestätigt, dass der Blutdruck bei Eintreffen des Notarztes nur gering erhöht war. Da mit den psychischen Einwirkungen der Geschäftsbesprechung in Zusammenhang stehende höhere Blutdruckwerte nicht nachgewiesen sind und bei der vorzunehmenden Kausalitätsbewertung daher auch nicht unterstellt werden können, war nicht Beweis über die Frage zu erheben, ob der Blutdruckwert grenzwertig war und deswegen einen Schlaganfall hätte auslösen können, wie dies der Kläger beantragt hat.

Zwar besteht nach den Ausführungen des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. ein durchaus beträchtlicher Zusammenhang zwischen Stress und dem Auftreten von Hirninfarkten, wobei als Mediator vor allem der Bluthochdruck gesehen wird, der bei langfristigem Stress häufig erhöht ist. Zum einen handelt es sich aber nach den vorliegenden Studien hierbei nicht um kurzdauernden psychischen Stress, sondern um im Allgemeinen über Jahre anhaltende Stresssituationen, und erhöht akuter Stress die Schlaganfallinzidenz eher auf einer chronischen Basis. Es ist eben nicht bekannt, dass die kurzfristige Ausschüttung von Stresshormonen, die dann möglicherweise mit einer Erhöhung des Blutdrucks einhergeht, in wesentlicher Weise an der Ausbildung embolisch bedingter Territorialinfarkte mit Verschluss großer Hirnarterien beteiligt wäre. Zum anderen ist ein auf psychischen Stress hinweisender dauerhafter Bluthochdruck, wie oben bereits dargelegt, ohnehin nicht aktenkundig. Demgegenüber überzeugen die Ausführungen der Dr. B. nicht. Sie hat sich lediglich auf eine Studie gestützt, wonach Probanden, die einen negativen Stress angegeben haben, signifikant häufiger Apoplexe erlitten hätten als Vergleichspersonen. Sie hat dabei weder in körperlichen und psychischen noch in langandauernden und kurzfristigen Stress unterschieden. Auch genügt es für die Annahme einer naturwissenschaftlichen Kausalität nicht, dass in der Literatur die Ansicht vertreten werde, psychischer Stress sei einer der 10 wichtigsten Risikofaktoren für Schlaganfälle, und dass nach einer Studie schon eine Erhöhung des Blutdrucks um 10 bis 20 mmHg reiche, um bei Männern mittleren Alters einen stressverursachten Apoplex auszulösen. Denn damit ist der exakte Pathomechanismus eines stressverursachten Hirninfarkts in Form des Verschlusses eines größeren hirnversorgenden Gefäßes nicht erklärt, sondern lediglich die statistische beziehungsweise theoretische Möglichkeit eines stressverursachten Apoplexes, also eines Schlaganfalls, ohne die von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. getroffene Unterscheidung in Hirninfarkt, Hirnblutungen und Subarachnoidalblutungen als Formen eines Schlaganfalls dargestellt.

Nach alledem lässt sich die Ursache des vom Kläger erlittenen Schlaganfalls, wie bei wenigstens 30 bis 40 % der Betroffenen von Hirninfarkten, nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit aufklären. Angesichts der oben dargestellten gesundheitlichen Unregelmäßigkeiten des Klägers vor dem Schlaganfall und den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. zur Ursächlichkeit von Hirninfarkten, insbesondere von Verschlüssen großer Hirnarterien, spricht jedenfalls nicht mehr dafür als dagegen, dass die psychischen Einwirkungen im Rahmen der Geschäftsbesprechung den Schlaganfall verursacht haben.

Weitere Ermittlungen, insbesondere die Anhörung von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. und Dr. B. sowie die Zeugeneinvernahme des Produktionsleiters P. zu den vom Prozessbevollmächtigten aufgeworfenen Fragen, haben sich dem Senat nicht aufgedrängt. Der "Nachweis alternativer Risikofaktoren" ist nicht erforderlich, so lange schon nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Ursächlichkeit der psychischen Einwirkungen der Geschäftsbesprechung festgestellt werden kann. Es kommt also vorliegend überhaupt nicht darauf an, ob beim Kläger die von Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. beschriebenen gesundheitlichen Unregelmäßigkeiten wie eine diabetogene Stoffwechsellage oder ein erhöhter Hämatokrit-Wert vorgelegen haben oder nicht. Aus demselben Grund kommt es nicht entscheidend darauf an, ob der stattgehabte Harnwegsinfekt als Risikofaktor ausscheidet oder nicht. Auch ist nicht weiter der Frage nachzugehen, ob die psychischen Einwirkungen im Rahmen der Geschäftsbesprechung geeignet waren, einen schlaganfallauslösenden Bluthochdruck hervorzurufen. Denn die einmalige kurzfristige Erhöhung des diastolischen Blutdrucks auf 140 mmHg ist nicht die wahrscheinliche Ursache des erlittenen Hirninfarkts. Auch die weiteren vom Prozessbevollmächtigten des Klägers gestellten Fragen sind - wie oben dargelegt - nicht entscheidungserheblich. Insbesondere handelt es sich bei den von ihm aufgeworfenen Fragen zu möglichen Ursachen eines Territorialinfarkts wie beispielsweise kurzzeitstressbedingte Stoffwechselstörungen, Hypertonie, endotheliale Dysfunktion, Entzündungsreaktion, Blutgerinnungsstörung, Katecholaminproduktionsverlängerung, Steigerung der Erregbarkeit im Hippokampus oder noradrenalinbedingte verstärkte emotionale Einprägung und Zellverlust im Hippokampus um einen unzulässigen Ausforschungsbeweis. Ein unzulässiger Ausforschungsbeweis liegt im sozialgerichtlichen Verfahren vor, wenn ihm die Bestimmtheit bei der Angabe der Tatsachen oder Beweismittel fehlt, oder aber der Beweisführer für seine Behauptung nicht genügend Anhaltspunkte angibt und erst aus der Beweisaufnahme die Grundlage für seine Behauptungen gewinnen will (BSG, Beschluss vom 19.11.2009 - [B 13 R 303/09 B](#); BSG, Urteil vom 19.09.1979 - [11 RA 84/78](#); jeweils zitiert nach juris). So liegt der Fall hier. Der Kläger hat für seine Behauptungen keine wissenschaftliche Grundlage dargelegt. Demgegenüber hat Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. in seinem Gutachten ausgeführt, dass es nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand keinen pathophysiologischen Mechanismus gibt, der positiv erklären würde, warum die Geschäftsbesprechung in wesentlicher Weise zu der Entwicklung der Gesundheitsstörungen des Klägers beigetragen haben soll, und eine wesentlich ursächliche Beteiligung einer kurzfristigen Ausschüttung von Stresshormonen an der Ausbildung embolisch bedingter Territorialinfarkte mit Verschluss großer Hirnarterien nicht bekannt ist. Deswegen hat sich der Senat auch nicht dazu gedrängt gesehen, ein Gutachten auf dem Gebiet der "Psychoneuroimmunologie" zu den vom Prozessbevollmächtigten des Klägers aufgeworfenen Fragen hinsichtlich stressbedingter Apoptose oder Ausschüttung von Glukokortikoiden und zur Relevanz immunologischer Risikofaktoren einzuholen. Auch die im Zusammenhang mit diesen Fragen vom Kläger beschriebenen immunologischen Prozesse hat er nicht belegt. Hierzu hat sich aber Prof. Dr. Dr. Dipl.-Ing. W. klar positioniert.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

Für die Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-04-17