

L 6 U 2225/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1711/14
Datum
25.05.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2225/16
Datum
13.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Schlaganfall infolge einer beruflichen Einwirkung durch einen Stoß an den Kopf setzt den Nachweis äußerer Strukturschäden oder die ärztliche Feststellung eines Gesundheitserstschadens voraus, Schmerzen allein genügen dafür nicht. Die traumatische Verursachung einer Dissektion der Halsschlagader (Aufspaltung arterieller Gefäßwandschichten) als möglicher Auslöser des Schlaganfalls erfordert einen geeigneten Unfallhergang.

Auf die Berufung der Beklagten werden das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. Mai 2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich mit ihrer Berufung gegen ihre Verurteilung zur Anerkennung eines Arbeitsunfalls und daraus folgender Gesundheitsschäden.

Der 1964 geborene Kläger ist gelernter Floristikmeister und Gärtner. Er ist verheiratet, Vater zweier Kinder und im Inland wohnhaft. Er ist Einzelkaufmännischer Inhaber eines Fachgeschäfts für Blumen, Pflanzen sowie Einrichtungsgegenstände mit einem Café und beschäftigt mehrere Mitarbeiterinnen. Er ist als Unternehmer mit der Mindestversicherungssumme bei der beklagten BGHW (Beklagte) gesetzlich unfallversichert. Vor dem Arbeitsunfall hatte er sich sportlich mit Skifahren, zuletzt vom 7. bis 10. März 2013 in L., und mit Inline-Skating beschäftigt.

Am Nachmittag des 23. März 2013, einem Samstag, wurde der Kläger wegen Kopfschmerzen und latenter Hemiparese rechts mit Dysarthrie notfallmäßig in das Klinikum R. eingeliefert. Bei der Aufnahme war er noch ansprechbar. Er teilte mit, er leide seit über einer Woche an einer Erkältung und habe bis zum Tage davor Avalox, Paracetamol und Paracodin eingenommen. Die Untersuchung ergab eine leichtgradige Schwäche im rechten Arm und Hemihypästhesien rechts arm- und beinbetont. Eine kernspintomografische Untersuchung (CT) des Schädels um 16:30 Uhr ergab einen unauffälligen Befund. Um 18:05 Uhr zeigte sich in einem CT eine mögliche Stenose bzw. wahrscheinliche Hypoplasie der Arteria (A.) cerebri anterior (vordere Gehirnschlagader) rechts bei ansonsten freier Durchgängigkeit der intrakraniellen hirnersorgenden Arterien. Der Kläger wurde in die Schlaganfallabteilung des Klinikums (S. U.) aufgenommen und medikamentös behandelt. Gegen Mitternacht war die Symptomatik unverändert. Am Morgen des 24. März 2013 gegen 04:10 Uhr zeigte sich eine deutliche Verschlechterung. Der Kläger war hemiplegisch, somnolent und reagierte nicht mehr auf Ansprache. Ein CT des Schädels um 04:40 Uhr zeigte nun eine ischämische Läsion links postzentral mit Aufhebung der Markrindengrenze von 2,5 x 1,5 cm und ein ausgedehntes hyperdenses (dichter dargestelltes) Mediazzeichen im Abschnitt M1 (der A. cerebri).

Der Kläger wurde daraufhin in die Neurologische Klinik des Universitätsklinikums T. verlegt, wo er nach 07:00 Uhr aufgenommen wurde. Er war wach, folgte aber Aufforderungen nicht. Es bestanden eine globale Aphasie, eine Facialisparesie rechts und eine hochgradige Hemiparese rechts. Nach weiteren CT-Aufnahmen wurde eine Dissektion (Aufspaltung der Wandschichten einer Arterie) der A. carotis interna (innere vordere Halsschlagader) mit thrombotischem Verschluss der A. cerebri media links (mittlere Gehirnschlagader) diagnostiziert. Am Vormittag des 24. März erfolgte eine mechanische Rekanalisation der Arterien. Dabei wurde eine ausgedehnte Dissektion der A. carotis interna links ohne hämodynamische Stenose nachgewiesen. Bei maligner Schwellung mit ausgedehnter Raumforderung nach dem Hirninfarkt wurde am 25. März 2013 eine Hemikraniektomie links (einseitige Entfernung der Schädelkalotte) vorgenommen. Bei ausgedehnter hämorrhagischer Transformation und Zunahme der Schwellung wurde am 29. März 2013 eine Revision mit partieller Resektion (Entfernung) von Hirngewebe linkshemisphärisch durchgeführt. Weitere Operationen fanden am 4. und 6. April 2013 statt. Bei

Rückübernahme von der Intensiv- auf die Schlaganfallstation bestanden weiterhin eine globale Aphasie und eine hochgradige Hemiparese rechts. Die Blutung zeigte sich im CT regelrecht resorbiert, die beidseitigen Hygrome und das Liquorkissen konstant. Der Kläger war auf Ansprache weckbar, die Pupillen reagierten auf Licht, die rechten Extremitäten waren weiterhin hochgradig paretisch mit minimaler Restinnervation. Er wurde am 12. April 2013 entlassen. Der Entlassungsbericht der Neurologischen Klinik über diesen Aufenthalt (der das Datum 5. April 2013 trägt) nennt als behandelnden Arzt u.a. Dr. P ... In dem Bericht ist auch vermerkt, die Angehörigen des Klägers hätten berichtet, er sei eine Woche vor dem Ereignis Skifahren gewesen, ein Trauma dort habe sich nicht eruieren lassen. Später hätten Angehörige von einem Schlag auf den Nacken berichtet, den er eine Woche vor dem Ereignis bei der Arbeit erlitten habe.

Am 14. Mai 2013 ging bei der Beklagten die betriebliche Unfallanzeige ein. Darin führte die Ehefrau des Klägers aus, dieser sei beim Beladen des VW-Transporters mit Ware vom Großmarkt mit dem Kopf gegen eine Eisenstange geknallt. Zwei Mitarbeiterinnen, die späteren Zeuginnen G. und L., hätten als erste von dem Unfall erfahren. Als Datum und Uhrzeit des Unfalls wurde Mittwoch, der 13. März 2013, 8:30 Uhr, vorgetragen und durch Beifügung einer Rechnung des Großmarkts über den Einkauf von Blumen und anderen Gegenständen mit diesem Datum untermauert. Zur Akte gelangte ebenfalls die AU-Bescheinigung des behandelnden Hausarztes, des späteren Zeugen Dr. G., vom 24. Juni 2013, in der "fremdanamnestic" auf ein Unfallereignis am 23. März verwiesen war.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. G. am 28. Juni 2013 mit, er könne keine ärztliche Unfallmeldung erstatten, weil ein Ursachenzusammenhang nicht wahrscheinlich sei.

Neben dem Bericht der Neurologischen Klinik vom 5. April 2013 zog die Beklagte auch den Entlassungsbericht der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum T., Prof. Dr. T., vom 24. Juli 2013 bei. Der Kläger war dort während eines Aufenthalts vom 15. bis 24. Juli 2013 erneut operiert worden, es war eine Knochendeckel-Re-Implantation bei Z.n. Mediaterritorialinfarkt links bei Dissektion der A. carotis interna links und thrombotischem Verschluss der A. cerebri me→dia links durchgeführt worden. Die Operation sei komplikationslos gewesen. Der Kläger sei wach und in allen Qualitäten orientiert, trotz einer motorischen Aphasie sei die Kommunikation gut möglich.

Zur Akte gelangte ferner der Entlassungsbericht der Kliniken Sch. G., Dr. v. Sch., vom 15. August 2013. Der Kläger hatte sich dort vom 24. Juli bis 15. August 2013 zu einer stationären Rehabilitation aufgehalten. Darin war ausgeführt, bei der Verlegung am 15. August 2013 für eine weitere Rehabilitationsmaßnahme habe sich der kognitive Zustand gebessert, insbesondere in der Merkfähigkeit. Weiterhin hätten eine Affektlabilität und eine Apraxie bestanden, ebenso auf psychologischer Ebene ein verlangsamtes Arbeitstempo. Eine subjektiv angegebene Gesichtsfeldeinengung nach links habe wegen der Apraxie und der eingeschränkten Aufgabenfixierung nicht sicher getestet werden können. Das Äußern von Lauten und einzelnen Wörtern sei zuletzt unsicher möglich gewesen. Ein eindeutiger Kommunikationskanal über Handbewegungen (Daumen) habe zum Schluss nicht immer sicher bestanden, Fragen und Aufforderungen hätten wiederholt verifiziert werden müssen. Auf basaler Ebene sei die Kommunikation möglich gewesen. Der Kläger habe unter Einbeziehung der rechten Hand Teilschritte der Oberkörperpflege übernehmen und am 4-Punkt-Stock gehen können.

Mit Schreiben vom 14. November 2013 wiesen die Ehefrau und der Bruder des Klägers darauf hin, dass während des Skiurlaubs kein Unfall bemerkt worden sei, dass aber die Angestellten im Ladengeschäft auf Nachfrage spontan berichtet hätten, er habe ihnen kurz vor dem Ereignis bei der Rückkehr vom Großmarkt erzählt, er sei beim Beladen mit dem Hals/Nacken an eine im Transporter montierte Eisenstange angeschlagen.

Mit einem an den Kläger adressierten Bescheid vom 19. Dezember 2013 teilte die Beklagte mit, er habe keinen Anspruch auf Leistungen. In der Begründung ist ausgeführt, der Kläger habe sich am 13. März 2013 bei einem Stoß gegen eine Eisenstange eine Schädelprellung zugezogen. Am 23. und 24. März 2013 habe er einen Schlaganfall erlitten. Zwischen beiden Ereignissen bestehe kein ursächlicher Zusammenhang. Ein Beratungsarzt war vor Erlass der Verwaltungsentscheidung nicht angehört worden. Wann der Bescheid abgesandt oder zugestellt wurde, ist der elektronischen Akte der Beklagten nicht zu entnehmen, dort findet sich lediglich eine Absendeverfügung mit dem Datum 5. Dezember 2013.

Zwischen dem 12. und 16. Januar 2014 - das Eingangsdatum ist in der Akte der Beklagten nicht sicher erkennbar - legte zunächst die Ehefrau des Klägers Widerspruch ein. Mit Schreiben vom 16. Januar 2014 bestätigte die Beklagte diesem den fristgerechten Eingang. Am 22. Januar 2014 legitimierte sich der anwaltliche Prozessbevollmächtigte zur Akte, wobei er ordnungsgemäße Bevollmächtigung versicherte. Die von der Ehefrau unterschriebene Vollmacht reichte er am 27. Januar 2014 nach. Eine inhaltliche Begründung des Widerspruchs erfolgte trotz zweier Nachfragen der Beklagten im Februar und Mai nicht. Daraufhin erließ die Beklagte den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 2. Juli 2014. Darin ist ausgeführt, der Widerspruch sei zulässig, aber unbegründet.

Hiergegen hat der Kläger am 10. Juli 2014 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung des Unfalls und zur Gewährung der daraus folgenden Leistungen begehrt. Die beigefügte Vollmacht war wiederum von der Ehefrau unterschrieben worden, die zwischenzeitlich zur rechtlichen Betreuerin des Klägers bestellt worden sei. In der Sache hat der Kläger behauptet, er sei am 13. März 2013 mit großer Wucht mit Hinterkopf bzw. Nacken gegen eine Querstange im Lieferwagen gestoßen. Seitdem habe er über Kopf- und Nackenschmerzen und allgemeines Unwohlsein geklagt. Als Zeugen benannte er den Internisten Dr. I., der ihn am Tag nach dem Unfall in dem Ladengeschäft aufgesucht und dem er davon erzählt habe. Ferner sind die Zeuginnen G. und L. benannt worden. Der Kläger hat vorgetragen, durch diesen Stoß sei es zu der Dissektion der Halsschlagader gekommen. Diese sei langstreckig gewesen und in den nächsten Tagen fortgeschritten. Sie habe den späteren Hirninfarkt verursacht. Ein Ursachenzusammenhang sei gegeben. Dies ergebe sich auch aus der - beigefügten - gutachterlichen Stellungnahme der Fachärztin für Neurologie W. vom 8. September 2014. Der Kläger hat auch Fotos des Lieferwagens und der Querstange im Wagen zur Akte gereicht.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat ausgeführt, Dissektionen der Halsschlagadern seien die zweithäufigste Ursache für Schlaganfälle bei jüngeren Patienten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Nach der wissenschaftlichen Literatur könnten zwar solche Gesundheitsstörungen durch Traumata verursacht sein, am häufigsten träten sie jedoch spontan auf, wobei eine Veranlagung für eine Bindegewebsschwäche wahrscheinlich sei. Die Beklagte hat sich hierfür auf einen Fachaufsatz (B. et al., Dissektion der A. carotis interna und vertebralis, Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 8/2007, S. 7 ff.) berufen.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG den stellvertretenden Direktor der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T.,

Dr. P., der auch in dem Entlassungsbericht vom 5. April 2013 als Behandler genannt gewesen ist, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Als Beweisfrage hat das SG dabei unter anderem formuliert, ob die Gesundheitsstörungen des Klägers "mit Wahrscheinlichkeit ursächlich oder teilursächlich auf das Unfallereignis vom 13. März 2013" zurückzuführen seien. Genauere Vorgaben, welchen Sachverhalt im Einzelnen der Sachverständige zu Grunde zu legen habe, hat das SG nicht gemacht.

Dr. P. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 24. September 2015 ausgeführt, er habe den Unfallhergang durch Angaben der Ehefrau und des Bruders erhoben, wobei der Kläger diese durch Zustimmung oder Verneinung bestätigt habe. Hiernach sei dieser am 13. März 2013 an einer scharfkantigen Eisenstange in dem Lieferwagen an Hinterkopf und Nacken heftig angeschlagen. Zu einer äußeren Prellmarke oder einer Bewusstlosigkeit sei es nicht gekommen. Eine Seitenbetonung der Prellung sei nicht erinnerlich. Seit dem Ereignis habe der Kläger gegenüber seiner Ehefrau, den Mitarbeiterinnen und einem befreundeten Arzt über seitenbetonte, stechende Kopf- und Nackenschmerzen geklagt, wobei die Lateralisierung nicht mehr erinnerlich sei. Die Schmerzen seien intermittierend aufgetreten und trotz Behandlung mit Thomapyrin nicht vollständig zurückgegangen. Weitere Traumata, etwa bei dem Skiurlaub Anfang Februar, seien auf Nachfrage verneint worden.

Als Folgen der auch von ihm diagnostizierten linkshämischen Ischämie auf Grund einer Dissektion der A. carotis interna links mit Verschluss der A. cerebri media links hat Dr. P. bei dem Kläger eine hochgradige Lähmung der rechten Körperhälfte mit Rollstuhlpflicht, eine schwere Sprachstörung mit Schwierigkeiten sowohl der Sprachproduktion als auch im Sprachverständnis (Aphasie) und eine Einschränkung des Sehvermögens im rechten Gesichtsfeld (homonyme Hemianopsie rechts) beschrieben. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für diese Einbußen sei auf 100 vom Hundert (v.H.) zu schätzen, nachdem die medizinischen Erfahrungswerte allein für eine globale Aphasie MdE-Werte ab 90 v.H. vorsähen.

Zum Ursachenzusammenhang hat Dr. P. ausgeführt, die bleibenden Einbußen seien direkte Folge des Schlaganfalls, der in Folge einer Dissektion (Gefäßwandauerspaltung) der vorderen Halsschlagader im März 2013 eingetreten sei. In der Wissenschaft sei eine traumatische Genese zervikaler Gefäßdissektionen in 12 bis 34 % der Fälle beschrieben worden. Als häufigstes Trauma würden Motorradunfälle genannt, jedoch könnten auch alltägliche Traumata wie Stürze, starkes Husten oder Schnäuzen sowie Schläge auf Hals oder Hinterkopf solche Dissektionen auslösen. Bei dem Kläger liege ein Trauma mit Anschlagen des Hinterkopfs vor. Dieses könne nicht eindeutig als typische Ursache gewertet werden, da dabei keine starke Überstreckung oder Rotation des Halses zu erwarten sei. Dagegen sei die - bildgebend angiografisch gesicherte - Lokalisation der Dissektion an der Eintrittsstelle der Halsschlagader in den Schädel im Falle des Klägers typisch, da hier die einseitige knöcherne Fixierung die Gefäßwand auch bei Alltagsbelastungen mechanisch erhöht belaste. Ein weiterer Punkt, der für einen Ursachenzusammenhang spreche, sei die typische klinische Symptomatik. In der Wissenschaft werde beschrieben, dass in drei Viertel der Fälle direkt nach dem Trauma einseitige Kopf- und Nackenschmerzen aufträten. Dies sei auch bei dem Kläger so gewesen, während vor dem Trauma keine Kopfschmerzen bestanden hätten. Der zeitliche Zusammenhang des Traumas bis zum Auftreten der Dissektion spreche für einen Zusammenhang. Hier würden als üblich Zeiträume Tage bis Wochen genannt. Bei dem Kläger sei der Schlaganfall zehn Tage nach dem Trauma aufgetreten und schon zuvor hätten die für die Dissektion typischen Schmerzen bestanden. Letztlich könne hier ein möglicher innerer Faktor für das Auftreten einer Dissektion, nämlich eine Bindegewebsschwäche, nicht festgestellt werden. Bei dem Kläger zeige sich weder klinisch noch familienanamnestisch ein Hinweis auf eine (ggfs. vererbliche) Bindegewebsschwäche, ggfs. könne hier eine genetische Untersuchung abschließende Sicherheit schaffen.

Die Beklagte ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen Dr. P.s unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. Sch. vom 22. Oktober 2015 entgegengetreten. Darin ist ausgeführt, es sei wissenschaftlich gesichert, dass spontane Dissektionen häufig seien und entweder ohne fassbaren Auslöser oder nach Bagateltraumen der Halsarterien aufträten. Von einer spontanen Genese sei vorliegend auszugehen, nachdem auch Dr. P. keinen für eine traumatische Dissektion typischen Unfallmechanismus beschrieben habe. Es sei lediglich nicht auszuschließen, dass es anlässlich des Anpralltraumas am 13. März 2013 zu der Dissektion gekommen sei. Selbst in diesem Fall könne der Unfall jedoch nur als Gelegenheitsursache aufgefasst werden, der ohne entsprechende Krankheitsdisposition nicht zu einer solchen Gesundheitsstörung führen können. Die Kopfschmerzsymptomatik nach dem Unfall sei nicht beweisend für einen Ursachenzusammenhang. Sie sei unspezifisch gewesen. Nach einer Schädelprellung könnten durchaus für einige Tage Kopfschmerzen bestehen.

Auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 25. Mai 2016 hat das SG den Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 19. Dezember 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 2. Juli 2014 verurteilt, das Ereignis vom 13. März 2013 als Arbeitsunfall und die am 24. bzw. 25. März 2013 erlittene Ischämie mit nachfolgend fortdauernder Hemiparese rechts, Aphasie und Einschränkung des Sehvermögens als Unfallfolgen anzuerkennen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, auf Grund der glaubhaften, auf die Angaben zweier namentlich genannter Angestellter gestützten Ausführungen des Klägers sei davon auszugehen, dass er sich am 13. März 2013 beim Beladen seines VW-Transporters den Hinterkopf und den Nackenbereich heftig an einer Eisenstange angeschlagen habe. Diesen Hergang habe bereits der Entlassungsbericht des Klinikums T. geschildert. Im Übrigen habe ein Sturzereignis während des Skiurlaubs nicht ermittelt werden können. Dieses Ereignis habe die Dissektion mit nachfolgender Ischämie verursacht. Es spreche mehr für als gegen einen Zusammenhang zwischen Trauma und Dissektion. Gegen einen solchen spreche lediglich, dass der Kläger mit 49 Jahren ein Alter erreicht habe, in dem statistisch gesehen spontane Dissektionen besonders häufig seien. Der Unfallhergang sei weder für noch gegen einen Zusammenhang anzuführen. Zwar habe Dr. P. ausgeschlossen, dass ein Anschlagen mit dem Hinterkopf eine für traumatische Dissektionen typische Hyperextension oder starke Rotation des Halses verursacht habe. Dies sei jedoch nicht sicher. Der genaue Hergang sei nicht bekannt und lasse sich auch nicht mehr ermitteln. Dies hindere jedoch nicht die Annahme eines Ursachenzusammenhangs, da gerade bei Krankheitsbildern mit multifaktoriellen Ursachen eine Gesamtschau aller Einzelgesichtspunkte vorzunehmen sei. Die Schwere des Unfallereignisses deute auf einen Zusammenhang hin. Es habe sich nicht um eine Bagatelle gehandelt. Der Kläger habe unmittelbar nach der Rückkehr vom Großmarkt über Schmerzen geklagt. Daraus sei auf einen Schlag mit großer Wucht zu schließen. Für eine traumatisch bedingte Dissektion sprächen ferner die typische Lokalisation und das Ausmaß der Schädigung, die ohne vorangegangenes Trauma nicht erklärlich sei, weswegen auch die behandelnden Ärzte die Angehörigen eindringlich nach solchen Traumata befragt hätten. Auch stelle die typische klinische Symptomatik mit einseitigen Kopf- und Nackenschmerzen unmittelbar ab dem Trauma ein Pro-Indiz dar. Die Angaben der Angehörigen hierzu seien glaubhaft und detailreich gewesen, ferner habe der Kläger einem befreundeten Arzt von den Schmerzen erzählt. Weiterhin weise der zeitliche Zusammenhang zwischen Trauma und Schlaganfall, wobei Dr. P. ungenau vom Auftreten der Dissektion spreche - von zehn Tagen auf einen Ursachenzusammenhang hin. Die fehlenden Belege für unfallunabhängige Faktoren wie insbesondere eine Bindegewebsschwäche seien letztlich ebenfalls als Umstand für einen Ursachenzusammenhang zu werten, jedenfalls seien eventuelle anlagebedingte Mitursachen

nicht von überragender Bedeutung gewesen.

Gegen dieses Urteil, das ihr in vollständig abgefasster Form am 6. Juni 2016 zugestellt worden ist, hat die Beklagte am 16. Juni 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt vor, es sei nicht dokumentiert, an welcher konkreten Stelle das Anpralltrauma stattgefunden habe. Der Hergang der Ereignisse, wie ihn das SG angenommen habe, sei spekulativ. Bei einem für eine Dissektion notwendigen heftigen Anschlag mit Rotation oder Hyperextension des Kopfes bzw. Halses wären zumindest eine Platzwunde, Kratzer oder eine Schwellung zu erwarten gewesen. Selbst nach Dr. P.s Angaben trete nach den Feststellungen der Wissenschaft der deutlich größere Anteil an Dissektionen spontan auf. Zu Vorerkrankungen seien keine Ermittlungen durchgeführt worden. Weder die Vorerkrankungsverzeichnisse noch die Unterlagen der Klinik R. seien beigezogen worden. Insgesamt sei bereits der Unfall nicht im Vollbeweis gesichert. Selbst wenn von ihm ausgegangen werde, sei fraglich, ob über eine Schädelprellung hinausgehende Unfallfolgen vorlägen. Die bloße Möglichkeit hierzu reiche nicht aus.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 25. Mai 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er trägt vor, während des Skiurlaubs sei es nicht zu einem Unfall gekommen. Der befreundete Arzt, dem er von diesem berichtet habe, sei Dr. I. und nicht Dr. G. gewesen.

Auf Nachfrage des Senats hat der Kläger am 5. Juli 2013 mitgeteilt, er verzichte vorläufig auf die Vollstreckung des angegriffenen Urteils.

Der Senat hat die gesamte Behandlungsakte der Klinik R. beigezogen. Aus dieser hat sich unter anderem ergeben, dass der Kläger über seinen auch hier mandatierten Prozessbevollmächtigten zur Vorbereitung nicht näher bezeichneter Ansprüche gegen den Träger der Klinik Akteneinsicht erhalten hat.

Dr. G. hat, schriftlich als sachverständiger Zeuge vernommen, bekundet, er habe den Kläger von 1993 bis 2011 wegen Darm-, Haut- und Atemwegserkrankungen, einer reaktiven psychovegetativen Dystonie, einer Erkrankung der Schilddrüse und - 1999 - wegen eines paroxysmalen Lagerungsschwindels behandelt. Patientenkontakte in der Praxis habe es 2013 vor dem Unfall nicht gegeben. Er könne sich daran erinnern, dass er - der Zeuge - am letzten Januarwochenende 2013 anlässlich des Einzugs seiner Mutter in ein Altersheim im R. im Blumengeschäft gewesen sei. Dabei habe der Kläger über mehrwöchige persistierende Kopfschmerzen geklagt und einen Praxisbesuch angekündigt, der jedoch nicht stattgefunden habe. Er habe erst Wochen nach dem Schlaganfall von den Abläufen erfahren. Nach den Angaben der Ehefrau ihm gegenüber habe sich der Kläger beim Beladen des VW-Transporters durch die sich schließende Heckklappe am Kopf verletzt.

Mit Schreiben vom 9. November 2016 hat die private Krankenversicherung des Klägers mitgeteilt, ihr seien für die Zeit von 2011 bis zum 23. März 2013 außer den Behandlungen bei Dr. G. lediglich zahnärztliche Behandlungen bekannt. Er sei nicht bei ihr, womöglich aber bei einem anderen Versicherungsunternehmen privat unfallversichert.

Auf Anfrage des Senats hat die Rechtsabteilung des Großmarktbetreibers L. Service GmbH über Frau B. die Rechnungen an das klägerische Unternehmen aus der Zeit von Januar bis Ende März 2013 zur Akte gereicht. Aus ihnen ergibt sich, dass es nach dem 13. März weitere Einkäufe gegeben hat, darunter auch am 22., 23. und 25. März 2013.

Der Arzt für Innere Medizin Dr. I. hat als sachverständiger Zeuge schriftlich bekundet, er habe den Kläger letztmals am 11. Januar 2010 wegen Bronchitis und grippalen Infekts behandelt. Er sei auch danach mehrmals in dem Blumengeschäft gewesen, wobei über Stress gesprochen worden sei. In dem Zeitraum vom 13. bis 23. März 2013 sei er einmal dort gewesen und habe ein Geschenk gekauft. Es sei von einem Unfallgeschehen gesprochen worden, über die näheren Umstände wisse er nichts mehr. Es sei noch die Rede davon gewesen, dass der Kläger einmal in die Praxis habe kommen wollen.

Der Berichterstatter des Senats hat die Ehefrau des Klägers als rechtliche Betreuerin persönlich angehört und Beweis erhoben durch uneidliche Vernehmung der Zeuginnen G. und L. ... Die Betreuerin und die Zeuginnen haben übereinstimmend kundgetan, der Kläger habe am 13. März 2013 nach Rückkehr vom Großmarkt von dem Stoß berichtet und über Kopfschmerzen geklagt. Die Lokalisation der Schmerzen haben die Betreuerin und die Zeuginnen unterschiedlich angegeben bzw. durch Gesten deutlich gemacht bzw. sie konnten dazu keine Angaben mehr machen. Eine Prellmarke oder Blut oder dgl. hat nach ihren Angaben niemand bemerkt. Sie haben auch berichtet, sie hätten in den Tagen nach dem Stoß und vor dem Schlaganfall bei dem Kläger Ausfallerscheinungen im Sinne von Vergesslichkeiten bemerkt. So sei er einmal mit dem Auto falsch gefahren. Die Zeugin G. hat ferner bekundet, die Kopfschmerztabletten, die der Kläger nach dem Stoß genommen habe, hätten im Geschäft in einer Schublade bereitgelegt. Er habe oft Kopfschmerzen gehabt. Die Zeugin L. hat hierzu angegeben, Kopfschmerzen seien wegen der stickigen Luft im Geschäft auch bei den Mitarbeitern verbreitet. Die Betreuerin des Klägers hat noch angegeben, ihres Wissens gebe es eine private Unfallversicherung, aber er habe dort wegen des hier streitigen Vorfalls niemals Leistungen in Anspruch genommen. Den Namen dieser Versicherung hat sie nicht angeben können. Wegen der Angaben der Betreuerin und der Zeuginnen im Einzelnen wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 29. November 2016 Bezug genommen.

Zu den Ergebnissen dieser Beweisaufnahmen hat die Beklagte Stellung genommen. Sie hat ausgeführt, Dr. G. habe von einem völlig anderen Hergang berichtet, nämlich einem Stoß durch eine zufallende Heckklappe, der ihm aber auch nur von Dritten mitgeteilt worden sei. Die übrigen Zeugen hätten erst auf Nachfragen nach einem Trauma und keineswegs spontan von ihren Erinnerungen berichtet. Es sei auch nach wie vor nicht ausgeschlossen, dass es während des Skiurlaubs zuvor einen Sturz gegeben habe.

Der Senat hat von Amts wegen Prof. Dr. Dr. W. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dem Sachverständigen ist nach [§ 118 Abs. 1](#)

Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 404a Abs. 3](#) Zivilprozessordnung (ZPO) vorgegeben worden, von welchen Umständen er auszugehen habe, darunter von persistierenden Kopfschmerzen des Klägers bereits im Januar 2013, von dem geschilderten Stoß mit dem Hinterkopf an der Stange des Wagens, von anderen als den früher empfundenen, nunmehr stechenden Kopfschmerzen bei nicht zu ermittelnder Lokalisation und Vergesslichkeiten nach dem Ereignis sowie von einer medikamentös behandelten infektiösen Erkrankung in der Woche vor dem 23. März 2013. Wegen der Einzelheiten wird auf den Beweisbeschluss vom 3. Januar 2017 verwiesen.

Am 16. Januar 2017 hat Prof. Dr. Dr. W. telefonisch mitgeteilt, er habe im Auftrag einer privaten Unfallversicherung, der W.V.-AG, bereits ein Gutachten über den Unfall des Klägers erstattet.

Auf Nachfrage des Senats hat dieser eine Kopie jenes Gutachtens vom 23. Februar 2015 vorgelegt. Aus ihm ist zu entnehmen, dass die Angaben zum Unfallhergang unter anderem am 7. Januar 2015 von der Ehefrau gemacht worden sind. Prof. Dr. Dr. W. hat in dem Gutachten ausgeführt, auf Grund des zeitlichen Zusammenhangs spreche Vieles für eine traumatische Genese, eine solche könne auch wahrscheinlich sein, der im Bereich privater Unfallversicherungen geforderte Vollbeweis für einen Zusammenhang sei jedoch nicht zu führen. Der Schweregrad einer Dissektion korreliere nicht mit der Ursache, außerdem träten solche Gesundheitsstörungen desselben Schweregrades wie hier deutlich häufiger spontan denn traumatisch auf.

Beide Seiten haben sich damit einverstanden erklärt, dass Prof. Dr. Dr. W. trotz seiner Vorbefassung auch das vom Senat beauftragte Gutachten erstelle. In seinem Gutachten vom 20. Februar 2017 hat sich der Sachverständige unter anderem auf die persönliche Untersuchung des Klägers und die Angaben der Ehefrau und des Bruders bei der anderen Begutachtung gestützt. Ferner hat er die CT-Aufnahmen aus R. und T. erneut befundet.

Er hat bekundet, der rechte Arm des Klägers sei weiterhin vollständig gelähmt, am rechten Bein bestehe inzwischen eine geringe Beweglichkeit, er könne mit Hilfe einige Schritte gehen. Das Sprachverständnis und die Gedächtnisfunktion seien im Wesentlichen ungestört, sprachliche Äußerungen seien jedoch nicht möglich, die Kommunikation erfolge über Gesten mit dem linken Arm. Schmerzen beständen nicht. Er leide an einer Blasen- und Stuhl-inkontinenz. Es sei eine gehobene Stimmung im Sinne einer Wesensveränderung zu verzeichnen. Es bestehe Hilfebedarf vor allem beim Transfer, der Körperpflege sowie der Essenszubereitung. Ohne Bezug zu einem Unfallzusammenhang sei die MdE sicher dauerhaft auf 100 v.H. zu schätzen.

Hinsichtlich des Unfalls und der weiteren Abläufe hat Prof. Dr. Dr. W. ausgeführt, dass zum Teil (so in der Unfallanzeige) das "Be"laden des Wagens angeschuldigt worden sei und zum Teil (so bei Dr. P.) das "Ent"laden, weswegen offen sei, ob der Anschlag auf dem Großmarkt oder nach Rückkehr vor dem Laden geschehen sei. Der anfangs geschilderte Schlag in den Nacken bzw. den Hinterkopf sei nach der Fotodokumentation des Wagens und der Stange (wegen deren geringer Höhe von 80 bis 90 cm) kaum vorstellbar, der genaue Hergang bleibe daher im Dunkeln. Eine Hyperextension (Schleudern nach hinten) des Kopfes sei nahezu auszuschließen, wesentlich wahrscheinlicher sei ein etwa mittiges Anstoßen mit dem Hinterkopf mit einer Flexionsbewegung nach vorn. Der Kläger habe bei der Begutachtung zwar angegeben, geblutet zu haben, aber nicht sagen können, wo. Eine "Beule" habe niemand gesehen. Auf dem am 23. März 2013 erstellten CT sei jedenfalls keine äußere Verletzung (mehr) zu erkennen. Das auffällige Verhalten des Klägers zwischen dem 13. und 23. März 2013, das die Zeuginnen berichtet hätten, deute auf eine Durchblutungsstörung des Gehirns bereits zu diesem Zeitpunkt hin, die sich jedoch aus dem ersten Schädel-CT aus R. nicht ableiten lasse. Unstreitig seien die Kopfschmerzen nach dem Anprall und die Einnahme von Thomapyrin, unklar jedoch die Dauer der Medikation, die der Kläger bei seiner Aufnahme in R. nicht mehr erwähnt habe. Er habe dort vielmehr von einem Infekt berichtet. Zwei der Medikamente, die er nach seinen Angaben dort genommen habe (Moxifloxazin und Paracodin) seien rezeptpflichtig. Nach den Angaben der Ehefrau ihm gegenüber habe der Kläger die Rezepte hierfür von Dr. I. bei Besuchen im Geschäft ohne Untersuchungen erhalten. Dieser habe sich jedoch in seiner schriftlichen Zeugenaussage gegenüber dem Senat zu diesem Punkt sehr bedeckt gehalten. Aus der in R. durchgeführten Laboruntersuchung des Blutes ergäben sich eine erhöhte Leukozytenzahl und überraschenderweise ein bemerkenswert hoher Hämatokritwert von 55 %, der mit einem erhöhten Risiko für Blutgerinnsel einhergehe. Nachdem dieser Wert am Tage danach wieder normal gewesen sei, habe es sich am ehesten um Folgen eines Flüssigkeitsverlusts gehandelt, etwa durch vermehrtes Schwitzen im Rahmen eines Infekts.

Prof. Dr. Dr. W. hat im Rahmen der Durchsicht der medizinischen Unterlagen und einer erneuten Befundung der Bildgebungen ausgeführt, bereits auf dem ersten Schädel-CT aus R. von 16:30 Uhr sei ein ausgedehntes Wandhämatom der linken A. carotis interna ersichtlich, sodass bereits dort eindeutig eine Dissektion vorgelegen habe, die allerdings nur mit spezieller neuroradiologischer Expertise erkennbar sei. Ferner hat er darauf hingewiesen, dass in dem Entlassungsbericht des Universitätsklinikums T. (für die CT-Untersuchung am 24. März 2013) in einem Nebensatz auf ein "Kinking" (Knick- bzw. Schleifenbildung von Blutgefäßen) der A. carotis interna hingewiesen worden sei. Eine erneute Befundung der Bilder habe dies bestätigt, eine vergleichbare Struktur sei auch auf einem anderen Bild aus der Zeit nach der Wiedereröffnung der Arterie zu erkennen. Dies könne für eine Gefäßanomalie mit bekannt erhöhtem Risiko für Dissektionen entsprechen, es ergäben sich somit Hinweise auf eine erhöhte Vulnerabilität des Gefäßes.

Den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu möglichen Ursachen von Dissektionen hat der Sachverständige wie folgt zusammengefasst: Die Wand von Arterien bestehe aus drei Schichten, von denen die beiden äußeren durch von außen kommende kleinste Gefäße ernährt würden. Diese könnten unter Umständen reißen und es komme zu einer Einblutung zwischen den Schichten. Dieser Bluterguss sei raumfordernd und enge unter anderem das Gefäßvolumen zunehmend ein. Im schlimmsten Falle könne sich das Gefäß ganz verschließen oder die innere Gefäßwand reißen, wodurch geronnene Blutkoagel aus der Gefäßwand mit dem Blut weitergeschwemmt würden und - wie im vorliegenden Falle - Hirnarterien verschlossen. Diese Symptomatik zeige typischerweise einen zweizeitigen Verlauf mit zunächst lokalen Schmerzen an der Gefäßwand und neurologischen Komplikationen wie Schlaganfällen Stunden bis Wochen später. Dissektionen seien keineswegs selten und bei Patienten unter 50 Jahren mit noch elastischen Gefäßen die häufigste Ursache für Schlaganfälle, während sie im höheren Lebensalter wegen der arteriosklerotischen Wandveränderungen kaum mehr vorkämen. Die meisten Dissektionen würden nicht bemerkt, wenn es nicht zu einem Totalverschluss oder zur Streuung von Blutgerinnseln komme und bildeten sich von selbst zurück. Bei den anfangs in der Literatur beschriebenen traumatischen Dissektionen habe es sich um schwere Verkehrsunfälle, massive Schläge auf den Hals oder Strangulationen gehandelt. Seit etwa 25 Jahren würden auch leichte Traumata angeschuldigt, womöglich im Zusammenhang mit einer genetischen Disposition mit angeborener Schwäche der Gefäßwand. So seien Zusammenhänge bei Joggern, Ballspielern, Springern und beim Kraftsport beschrieben sowie - bezüglich der hinteren Halsschlagader - auch bei Golfspielern vermutet worden. Der angegebene Anteil traumatischer Dissektionen in allen Fällen sei wechselhaft. Nach der aktuellsten Zusammenfassung in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahre

2015 beruhe eine Dissektion außerhalb schwerer Traumen in den meisten Fällen auf einem multifaktoriellen Geschehen mit genetischer Disposition im Sinne einer Gefäßwandschwäche und weiteren Risikofaktoren, zu denen auch die bei dem Kläger nunmehr anzunehmende Schlingenbildung in der Arterie gehöre, sowie dazukommend eines "Triggerfaktors" wie eines banalen Infekts oder Traumas. Zu Letzterem gehörten ruckartige Kopfbewegungen nach hinten, während Nickbewegungen nach vorn nur bei schweren Unfallereignissen als relevant gälten.

Zum Unfallzusammenhang im konkreten Falle hat Prof. Dr. Dr. W. bekundet, es sei bereits zweifelhaft, dass ein adäquates Trauma vorgelegen habe. Ein Anschlag mit dem Hinterkopf führe allenfalls zu einer plötzlichen Flexion nach vorn, aber nicht zu einer Hyperextension nach hinten. Die Schwere sei ungeklärt. Auch eine typische klinische Symptomatik sei nicht gesichert. Es sei unklar, ob die Kopfschmerzen eher im Nacken oder frontal lokalisiert worden seien und bereits die linke Kopfseite betroffen hätten. Bedauerlicherweise seien typische Begleitsymptome wie ein Herabhängen des Augenlids und Pupillenunterschiede niemandem aufgefallen. Der zeitliche Ablauf bis zum Schlaganfall nach zehn Tagen halte sich im typischen Zeitfenster, jedoch habe der Kläger bereits Wochen zuvor über Kopfschmerzen geklagt, sodass nicht auszuschließen sei, dass die Dissektion spontan und schon vor dem Ereignis am 13. März 2013 entstanden sei. Letztlich lägen hier alternative Ursachen vor, nämlich mit dem Infekt und der Gefäßanomalie zwei der typischen Risikofaktoren für spontane Dissektionen. In der Konsequenz, so Prof. Dr. Dr. W., könne zwar eine traumatische Dissektion nicht ausgeschlossen werden, sei sie jedoch in der Abwägung der verschiedenen Indizien und unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Datenlage nicht wahrscheinlich.

Der Kläger hat zu den Feststellungen und Schlussfolgerungen Prof. Dr. Dr. W.s eingewandt, es sei im Hinblick auf die bereits im Januar 2013 geklagten Kopfschmerzen ungeklärt, welche Zeiträume nach wissenschaftlicher Erkenntnis maximal zwischen Dissektion und Hirninfarkt liegen könnten.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist nach [§ 143 SGG](#) statthaft, insbesondere war sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, da die Beklagte nicht zur Gewährung von Geld-, Sach- oder Dienstleistungen verurteilt, sondern zu behördlichen Feststellungen verpflichtet worden ist.

Sie ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere hat sie die Beklagte form- und fristgerecht im Sinne von [§ 151 Abs. 1 SGG](#) eingelegt.

Die Berufung hat auch in der Sache Erfolg. Anders als das SG kommt der Senat zu der Auffassung, dass die Klage des Klägers abzuweisen ist.

Die Klage ist zwar als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) zulässig.

Der Beklagte hat in dem angegriffenen Bescheid die Anerkennung eines Arbeitsunfalls abgelehnt, entsprechend war dieser Anspruch Gegenstand des nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendigen Vorverfahrens. Der Verfügungssatz des Ausgangsbescheids, mit dem allgemein Leistungen abgelehnt worden waren, ist zu unbestimmt, um wörtlich verstanden zu werden. Daher kann im Rahmen einer Auslegung nach dem Horizont eines objektiven Erklärungsempfängers (vgl. [§§ 133, 157](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]) die Begründung zur Auslegung herangezogen werden. Dort hat die Beklagte (im zweiten Absatz) ausgeführt, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden nicht bestehe.

Das Widerspruchsverfahren ist auch ordnungsgemäß durchgeführt worden. Dabei bleibt offen, ob der am 16. Januar 2014 bei der Beklagten eingegangene Widerspruch der Ehefrau des Klägers zulässig war, ob also die Widerspruchsfrist gewahrt und diese zu diesem Zeitpunkt schon gesetzliche Vertreterin des Klägers war. Die Beklagte hat in dem Widerspruchsbescheid vom 2. Juli 2014 ausdrücklich ausgeführt, der Widerspruch sei zulässig, und in der Sache entschieden. Dadurch hat sie ggfs. dem Kläger die Klagemöglichkeit wieder eröffnet. Offen bleiben kann daher, ob sie sich auf eine etwaige Unzulässigkeit des Widerspruchs hätte berufen können ([§ 242 BGB](#)), nachdem sie dem Kläger am 16. Januar 2014 den fristgerechten Eingang bestätigt hatte.

Für die Klage besteht ein ausreichendes Rechtsschutzbedürfnis. Der Kläger hat keine unzulässige Elementenfeststellung beantragt. Als Ausnahme von dem Grundsatz, dass Elemente eines Rechtsverhältnisses nicht isoliert festgestellt werden können, erlaubt [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) die Feststellung eines Arbeitsunfalls und einer daraus folgenden Gesundheitsstörung oder des Todes. Dies gilt nicht nur für die dort erfasste gerichtliche Feststellung, sondern auch für Verpflichtungsklagen auf behördliche Feststellungen, zumal mit [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) insoweit eine Anspruchsgrundlage zur Verfügung steht (vgl. Urteil des Senats vom 4. Mai 2017 - [L 6 U 1007/16](#) -, juris, Rz. 42 ff.). Der Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage ist hier schon nicht einschlägig, da der Kläger mit einer Verpflichtungsklage vorgeht; im Übrigen besteht insoweit ein Wahlrecht (Keller, in: Meyer-Lade-wig/Kel-ler/Lei-the-rer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 20b, § 55 Rz. 13c).

Die Klagebefugnis für eine solche Klage ([§ 54 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGG](#)) ergibt sich daraus, dass die Beklagte die - konkludent - begehrte Feststellung abgelehnt hat (vgl. Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53).

Die Klage ist aber unbegründet. Der geltend gemachte Anspruch besteht nicht.

Ein Versicherter kann die Feststellung eines Arbeitsunfalls einschließlich des begrifflich zum Unfall zählenden Gesundheitsschadens (Erstschaden) sowie ggfs. weiterer daraus folgender Gesundheitsschäden (Folgeschäden) verlangen, wenn sie "in Folge" des Unfalls entstanden sind ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Vor diesem Hintergrund müssen zunächst die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der

Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Die materielle bzw. objektive Beweislast für den Unfall und den Gesundheitserstschaden im Sinne der unmittelbaren körperlichen Folgen der äußeren Einwirkung sowie für das Vorliegen etwaiger Folgeschäden trägt dabei grundsätzlich der Versicherte.

Dagegen ist für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich vgl. hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris, Rz. 17).

Hinreichende Wahrscheinlichkeit 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.

Auf der materiellen, wertenden Ebene der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, ist zu entscheiden, ob der Unfall die wesentliche Bedingung für den Gesundheitsschaden war. Hiernach werden als - rechtserheblich - kausal 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 Ursache keine überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese "wesentlich" und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder "Auslöser" bezeichnet werden" (Urteil des Senats vom 4. Mai 2017 - [L 6 U 1007/16](#) -, juris, Rz. 56 ff.). 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 zu Lasten des Trägers der Unfallversicherung führen würde (vgl. zu allem auch Urteil des Senats vom 22. Januar 2015 - [L 6 U 4801/12](#) -, juris, Rz. 36).

Der Kläger ist als Unternehmer bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert ([§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Der Senat konnte sich aber bereits nicht mit der für einen Vollbeweis notwendigen und an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit (vgl. [§ 128 Abs. 1 SGG](#)) davon überzeugen, dass der Kläger wie geltend gemacht am 13. März 2013 einen Arbeitsunfall erlitten hat.

Fest steht allerdings, dass es bei einer beruflichen Verrichtung zu einer von außen kommenden Einwirkung auf seinen Körper gekommen ist.

Insoweit prüft der Senat nur, ob der Kläger den geltend gemachten Unfall am 13. März 2013 erlitten hat. Die äußere zeitliche Grenze, innerhalb derer der genaue Zeitpunkt eines Arbeitsunfalls offen bleiben kann, ist - auch in Abgrenzung zu den Fällen einer Berufskrankheit - eine Arbeitsschicht (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 10). Dies schließt es nicht aus, dass der genaue Arbeitstag nicht genau festgestellt werden kann, wenn nur sicher ist, dass die Einwirkung auf den Körper des Versicherten innerhalb derselben Schicht aufgetreten ist. Aber wenn sich ein Versicherter auf eine bestimmte Schicht festlegt wie hier den 13. März 2013 und auch der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung wie hier nur übereinen möglichen Arbeitsunfall an diesem Tage entschieden hat, beschränkt sich die gerichtliche Prüfung auf diesen Tag.

Vor diesem Hintergrund geht der Senat zu Gunsten des Klägers davon aus, dass er an jenem Tage mit dem Nacken oder Hinterkopf gegen die in seinem Lieferfahrzeug montierte Stange gestoßen ist. Bereits bei Antragstellung bei der Beklagten hatte seine Ehefrau dieses Datum

genannt und die dazu passende Rechnung des Blumengroßhandels vorgelegt. Die weiteren Quittungen, die der Senat im Berufungsverfahren beigezogen hat, zeigen zwar, dass der Kläger - oder ein anderer Mitarbeiter - auch an den Tagen zuvor und danach auf dem Großmarkt war. Aber die Ehefrau und dann auch die Zeuginnen G. und L. haben sich bei ihren Anhörungen bzw. Vernehmungen auf den 13. März festgelegt. Dies erscheint überzeugend, weil sie allesamt auf eine an jenem Tage in R. stattfindende Trauerfeier nach einem Unglück hingewiesen haben, zu der das Unternehmen des Klägers Blumenschmuck und Trauerutensilien liefern sollte und sich ebendiese Gegenstände auf der fraglichen Rechnung finden. Dass die Ehefrau und die Zeuginnen nur Angaben vom Hörensagen machen konnten, weil sie den Unfall selbst nicht gesehen hatten, hindert den Vollbeweis nicht. Sie haben bekundet, der Kläger habe unmittelbar nach Rückkehr vom Großmarkt von dem Anstoß berichtet. Es entspricht der Lebenserfahrung, dass eine solche Aussage nur unmittelbar nach einem solchen Vorfall gemacht wird und nicht etwa Tage später. Vor diesem Hintergrund führen auch jene Umstände, die gegen einen Vorfall am 13. März 2013 sprechen könnten, nicht zu durchgreifenden Zweifeln des Senats. Dr. G.s Aussage, die Ehefrau habe ihm gegenüber berichtet, eine zufallende Heckklappe - eine solche ist an dem VW-Transporter nicht vorhanden - habe den Stoß verursacht, beruhte sogar auf Angaben dritter Hand und wurde ferner dem Zeugen erst Wochen nach dem Vorfall zugetragen. Es liegt daher nahe, dass er sich den Ablauf selbst so vorstellte.

Es fehlt allerdings am Nachweis eines aus dieser Einwirkung folgenden Gesundheitserstschadens. Unter einem solchen sind alle regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustände zu verstehen, die unmittelbar durch die (von außen kommende, zeitlich begrenzte) Einwirkung rechtlich wesentlich verursacht sind, entsprechend dem allgemeinen Krankheitsbegriff. Der Gesundheitserstschaden setzt keine Dauerschädigung oder Störungen von erheblichem Gewicht oder mit notwendiger Behandlungsbedürftigkeit voraus; Umfang und Dauer sind ebenfalls unerheblich. Minimale Regelwidrigkeiten ohne Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit sind aber ebenso bedeutungslos wie bloße Schmerzen (Urteil des Senats vom 17. März 2016 - [L 6 U 4904/14](#) -, juris, Rz. 40 m.w.N.). In diesem Sinne gesichert ist nur, dass der Kläger nach dem Anprall mit dem Hinterkopf Schmerzen hatte. Dies hatte er unmittelbar nach dem Unfall gegenüber den beiden Zeuginnen angegeben, er hat sich dabei an den Kopf gefasst und Tabletten genommen. Der Senat folgt auch in diesem Punkt den Aussagen der Zeuginnen vom 29. November 2016. Insbesondere die Zeugin G. hat auf Details hingewiesen, etwa, dass die Kopfschmerztabletten in einer Schublade unter der Kasse gelegen hätten und dass es sich nicht um Aspirin gehandelt habe, was sich mit den späteren Angaben der Ehefrau deckt, der Kläger habe Thomapyrin und später wohl Ibuprofen genommen.

Aber dass eine organische Veränderung diese Schmerzen ausgelöst hatte, konnte nicht beweiskräftig festgestellt werden. Äußere Strukturschäden sind bereits nicht nachgewiesen. Eine Platzwunde, eine Beule oder zumindest Kratzer haben weder die Ehefrau noch die Zeuginnen gesehen. Es gab auch keine indiziellen Beobachtungen wie blutverschmierte Taschentücher. Eine ärztliche Feststellung erfolgte nicht, der Kläger hat sich nach dem 13. März 2013 bei keinem Arzt vorstellt. Bei der CT-Untersuchung des Schädels am 23. März 2013 in R. konnten keine Strukturschäden festgestellt werden, worauf nochmals Prof. Dr. Dr. W. in seinem Gutachten vom 20. Februar 2017 nach erneuter Durchsicht der Aufnahmen hingewiesen hat. Die Schmerzen allein, die feststehen, reichen wie ausgeführt nicht aus, um einen Gesundheitserstschaden auf Grund des Anpralls an der Stange anzunehmen. Dies gilt hier in besonderem Maße, weil der Kläger schon vor dem 13. März 2017 über Kopfschmerzen geklagt und auch Tabletten eingenommen hatte. Dies haben nicht nur die beiden Zeuginnen bestätigt, vor allem die Zeugin L., die darauf hingewiesen hat, dass in dem Blumengeschäft regelmäßig Tabletten bereitlagen und auch - aus ihrer Annahme heraus wegen der Arbeitsbedingungen - öfters Kopfschmerzen auftraten. Auch der Zeuge Dr. G. hat schriftlich bekundet, der Kläger habe ihm gegenüber schon an einem - konkret benannten - Wochenende im Januar 2013 im Geschäft über Kopfschmerzen geklagt.

Als - innere - Strukturschädigung gesichert ist die Dissektion der Halsschlagader, die der Kläger auch als Gesundheitserstschaden geltend macht und die angeschuldigt wird, dann binnen weniger Tage den Schlaganfall als Folgeschaden ausgelöst zu haben. Diese Dissektion wurde bildgebend festgestellt, erstmals in der CT-Untersuchung in R. am frühen Morgen des 24. März 2013. Prof. Dr. Dr. W. hat aber nach eigener Befundung der Bilder darauf hingewiesen, dass sie bereits auf den Aufnahmen vom Nachmittag des 23. März 2013 zu erkennen gewesen sei. Dies reicht dem Senat als Nachweis aus, auch wenn sie damals tatsächlich noch nicht erkannt worden ist.

Diese Dissektion ist aber nicht mit der insoweit notwendigen Wahrscheinlichkeit auf den Anprall am 13. März 2013 als wesentlicher Ursache zurückzuführen. Untereinander gewichtet sprechen mehr Umstände gegen einen solchen Zusammenhang als dafür. Bei dieser Einschätzung stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Gerichtssachverständigen Prof. Dr. Dr. W., der nicht nur in dem für den Senat erstellten Gutachten, sondern bereits zuvor in einer Expertise für eine private Unfallversicherung des Klägers einen Ursachenzusammenhang verneint hat. Der Senat berücksichtigt auch die Feststellungen des in erster Instanz gehörten Wahlgutachters Dr. P. ...

Das Gutachten von Prof. Dr. Dr. W. ist im Ganzen verwertbar. Insbesondere liegen die Voraussetzungen aus [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 412 Abs. 2 ZPO](#) nicht vor. Zwar kann die Vorbefassung eines Sachverständigen im Auftrage eines Beteiligten, insbesondere eine schon abgegebene gutachtliche Befassung, Besorgnis der Befangenheit begründen (Keller, a.a.O., § 118 Rz. 12j). Jedoch hat keiner der Beteiligten Prof. Dr. Dr. W. abgelehnt, vielmehr hat sich auch der Kläger ausdrücklich mit einer Begutachtung durch ihn einverstanden erklärt.

Das weitere Gutachten Prof. Dr. Dr. W.s aus dem Rechtsstreit mit der W. V.-AG, das der Kläger im Berufungsverfahren auf Nachfrage des Senats in das Verfahren eingeführt hat, kann als Urkunde mit öffentlichem Glauben ([§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 418 Abs. 1 ZPO](#)) verwertet werden, nachdem es sich bei dem Gutachter um einen approbierten Arzt handelt.

Hinsichtlich des in erster Instanz erhobenen Gutachtens von Dr. P. bestand bereits nicht einmal die Besorgnis der Befangenheit, auch wenn dieser Arzt den Kläger in der Neurologischen Klinik des Universitätsklinikums T. behandelt hat. Der Wahlgutachter wird nach [§ 109 Abs. 1 SGG](#) allein von dem Kläger benannt, sodass eine eigene Behandlung keinen Befangenheitsgrund bildet (Keller, a.a.O., § 109 Rz. 12k). Dies gilt hier umso mehr, als die später wohl erhobenen Vorwürfe der Falschbehandlung durch ihn nicht gegen die Ärzte der Neurologischen Klinik in T. gerichtet waren, sondern gegen das Klinikum R. ... Ferner genügt auch Dr. P.s Gutachten im Ganzen den Anforderungen aus [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 412 Abs. 1 ZPO](#). Diese Vorschrift erfasst nur grobe handwerkliche Mängel oder nicht aufzulösende Widersprüche in einem Gutachten (vgl. Reichold, in: Thomas/Putzo, ZPO, 38. Aufl. 2017, § 412 Rz. 1). Zwar hatte das SG entgegen [§ 404a Abs. 3 ZPO](#) die - zwischen den Beteiligten z.T. streitigen - Anknüpfungstatsachen nicht vorgegeben, und Dr. P. hat anscheinend auch einige Angaben aus den Unterlagen der Neurologischen Klinik T. nicht berücksichtigt, z.B. die dort festgestellten Gefäßanomalien ("Kinking"), aber diese Punkte betreffen nur einzelne Ausführungen seines Gutachtens und sind daher allein in der Würdigung durch das Gericht zu berücksichtigen.

Wie Prof. Dr. Dr. W. überzeugend herausgearbeitet hat, spricht zunächst der Hergang des Unfalls gegen einen Zusammenhang. Dies hat – bezogen auf diesen einen Umstand – auch der in erster Instanz gehörte Sachverständige Dr. P. so gesehen. Die Beteiligten und die beiden Sachverständigen haben zu Grunde gelegt, dass der Kläger mit dem Hinterkopf oder dem Nacken, also im unteren Bereich des Hinterkopfes, gegen die Eisenstange gestoßen ist, die in dem VW-Transporter quer montiert war. Genauer war der Ablauf nicht zu ermitteln, nachdem niemand den Unfall gesehen hatte und z.B. auch eine Prellmarke später nicht lokalisiert werden konnte. Nach den Fotos, die er in erster Instanz zur Akte gereicht hat, muss er sich wohl in den Wagen hineingebeugt haben oder hineingekrochen sein, um mit seinem Kopf unter die in etwa 80 bis 90 cm Höhe angebrachte Stange zu gelangen. Bei diesem Anstoß ist es allenfalls zu einer abrupten Flexion des Kopfes gekommen, also einer Beugung nach vorn. Eine Extension oder gar eine Hyperextension, also eine – weitere – Bewegung nach hinten, ist bei einem Rückaufprall schon deswegen ausgeschlossen, weil das Hindernis im Wege steht. In ähnlicher Weise verhindert heutzutage die Kopfstütze in Pkw bei einem Heckaufprall eine Extension des Kopfes (vgl. zu Hyperflexionen und Hyperextensionen im Rahmen der so genannten HWS-Distorsionen Schönberger/Mehr–tens/Valentin a.a.O., S. 481 ff.).

Die typische - traumatische - Ursache für eine Dissektion der vorderen Halsschlagader ist dagegen ein Hyperextensionstrauma, also eine ruckartige Bewegung des Kopfes nach hinten, oder allenfalls eine starke Rotation. Dies haben ebenfalls beide gehörten Sachverständigen ausgeführt. Prof. Dr. Dr. W. hat in seinem Gutachten ergänzend noch darauf hingewiesen, dass Flexionen mit anschließender Dissektion, wie sie anscheinend statistisch signifikant gehäuft bei Golfspielern vorkommen, die hintere und nicht – wie hier – die vordere Halsschlagader betreffen. Dies erscheint nachvollziehbar, nachdem die vordere Halsschlagader bei einer Hyperextension gedehnt wird, was eher zum Reißen der begleitenden Versorgungsgefäße – oder der Arterie selbst – führen kann als eine Stauchung, wie sie bei einer Flexion zu erwarten ist.

Die Stärke der Einwirkung auf den Kopf des Klägers kann nur auf Grund besonderer, individueller Umstände als neutraler Umstand gewertet werden. Eigentlich spräche sie ebenfalls gegen einen Ursachen–zusammenhang. Denn der Anprall kann nur schwach gewesen sein, jedenfalls ist eine stärkere Einwirkung nicht nachgewiesen, nachdem keine äußeren Verletzungszeichen festgestellt werden konnten und auch die Ehefrau, der Bruder des Klägers und die Zeuginnen eine Platzwunde oder auch nur eine Beule nicht wahrgenommen haben. Schwache Anprälle, selbst wenn sie zu einer Extension des Kopfes führen – also solche mit der Stirn – sind aber weniger geeignet, innere Schäden zu verursachen als starke. Dies gilt, auch wenn die vordere Halsschlagader an der Eintrittsstelle in den Schädel wegen der knöchernen Fixierung die Gefäßwand auch bei Alltagsbelastungen mechanisch erhöht belastet ist, worauf Dr. P. hingewiesen hat. Bei dem Kläger kommt aber hinzu, dass – mit Wahrscheinlichkeit – eine erhöhte Vulnerabilität der Arterie an dieser Stelle vorliegt. Prof. Dr. Dr. W. hat nach erneuter Befundung der CT-Bilder aus R. und T. vom 23. und 24. März 2013 eine Gefäßanomalie, nämlich ein "Kinking", der A. carotis interna an dieser Stelle festgestellt, also eine Knick- bzw. Schleifenbildung. Dass Dr. P. ausdrücklich Gefäßanomalien ausgeschlossen hat, berücksichtigt der Senat dagegen nicht, da sich das "Kinking" eindeutig aus den Behandlungsberichten der Neurologischen Klinik T. ergibt. Vor diesem Hintergrund ist es denkbar, wenn auch nicht wahrscheinlich, dass bei dem Kläger bereits eine geringfügigere Einwirkung als im Durchschnitt ausreichte, um eine Dissektion zu verursachen. Da jeder Versicherte mit dem Gesundheitszustand unfallversichert ist, den er aufweist, kann daher die geringe Stärke der Einwirkung im Falle des Klägers nicht als Contra-Indiz gewertet werden.

Als neutralen Umstand, der weder für noch gegen einen Unfallzusammenhang spricht, wertet der Senat ferner den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Ereignis und dem Auftreten der ersten eindeutigen Symptome. Maßgebend ist hier, da es um die Zurechnung der Dissektion zu dem Kopfanprall am 13. März 2013 geht, das Auftreten der ersten Symptome dieser Dissektion. Der zeitliche Abstand zwischen dieser Krankheit und dem Gesundheitsfolgeschaden, dem Schlaganfall, ist hierfür nicht relevant.

Alle gehörten Ärzte, auch die beiden Sachverständigen, haben Kopfschmerzen als im Prinzip typische erste Symptome einer Dissektion der Halsschlagader beschrieben. Der Kläger hat auch nach dem Anprall über solche geklagt. Aber im konkreten Falle ist dieser Umstand nicht aussagekräftig genug, um als Indiz für einen Ursachenzusammenhang mit dem Kopfanprall gewertet zu werden. Zum einen hatte der Kläger schon vor dem angeschuldigten Anprall an Kopfschmerzen gelitten. Dr. G. hat in seiner schriftlichen Zeugenaussage bestätigt, dass er ihn schon Ende Januar 2013 bei einem Besuch im Ladengeschäft wegen Kopfschmerzen angesprochen habe. Auch die Ehefrau und die Zeugin G. haben bei ihrer Vernehmung im Berufungsverfahren kundgetan, dass er häufiger an Kopfschmerzen gelitten und aus diesem Grund Medikamente im Ladengeschäft vorgehalten habe. Zum anderen waren die Kopfschmerzen, so wie sie von der Ehefrau und den Zeuginnen geschildert worden sind, zu unspezifisch, um eindeutig als Symptome einer Dissektion gewertet zu werden. Zu erwarten waren nämlich linksseitige Beschwerden. Auf diesen Umstand hat insbesondere Prof. Dr. Dr. W. in seinem Gutachten hingewiesen. Die Lokalisation konnte jedoch nicht mehr genau nachvollzogen werden. Auch die Ehefrau und die Zeuginnen haben bei ihrer Anhörung bzw. Vernehmung am 29. November 2016 unterschiedliche Bereiche des Kopfes gezeigt, indem sie selbst – so wie nach ihren Erinnerungen der Kläger – an die entsprechenden Partien des Kopfes gefasst haben, was der Senat dem hierüber erstellten Protokoll entnimmt. Die Kopfschmerzen können daher ebenso gut Folgen der Schädelprellung gewesen sein. Vor diesem Hintergrund muss die vom Kläger aufgeworfene Frage nicht beantwortet werden, welcher längste zeitliche Abstand zwischen den ersten Symptomen der Dissektion und dem Schlaganfall hätte liegen können. Niemand behauptet, dass bereits die Kopfschmerzen im Januar Symptome einer Dissektion waren. Nur können – unter anderem wegen dieser vorherigen Kopfschmerzen – die nach dem 13. März 2013 geklagten Schmerzen nicht mit der notwendigen Sicherheit einer Dissektion nach dem Anprall zugeordnet werden. Auch andere typische Erstsymptome einer Dissektion wie z.B. ein Herabhängen des Augenlids oder Pupillenunterschiede, sind nach dem 13. März 2013 niemandem aufgefallen.

Der Senat berücksichtigt bei seiner Einschätzung, dass nach dem Anprall keine eindeutigen Symptome einer Dissektion aufgetreten sind, auch die Angaben des Klägers bei seiner Einlieferung in das Klinikum R. am 23. März 2013. Dort hat er nicht auf Kopfschmerzen bzw. einen Kopfanstoß zehn Tage zuvor hingewiesen, sondern auf einen Infekt der Atemwege, den er bereits seit einer Woche habe und der sogar medikamentös – darunter mit verschreibungspflichtigen Antibiotika – behandelt worden sei. Diesen Infekt hat es gegeben, auch wenn ihn sonst keiner der Beteiligten erwähnt hat, auch die beiden vernommenen Zeuginnen nicht. Prof. Dr. Dr. W. hat in seinem Gutachten nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass der erhöhte Hämatokritwert, der sich bei der Laboruntersuchung in R. gezeigt hat, am ehesten auf einen Flüssigkeitsverlust hinweist, etwa durch vermehrtes Schwitzen im Rahmen eines Infekts. Diese Feststellungen und die eigenen Angaben des Klägers in R. reichen dem Senat aus, auch wenn z.B. mangels aktenkundiger ärztlicher Behandlungen ungeklärt ist, ob der Kläger die Verordnungen für seine Medikamente von Dr. I. oder einem anderen Arzt erhalten hatte. Wenn er aber seit dem später geltend gemachten Kopfanprall am 13. März 2013 oder einige Tage später – auch – an einem Infekt litten, dann können die Kopfschmerzsymptome ebenso diesem Infekt zugeordnet werden wie dem Hinterkopfanprall.

Erstmals haben die Ehefrau im Berufungsverfahren und sodann auch die Zeuginnen bei ihren Vernehmungen am 29. November 2016 auf andere Symptome hingewiesen, die der Kläger ab dem 13. März 2013 gezeigt habe, etwa auf vergessliches Verhalten. Auch diese haben Prof. Dr. Dr. W., dem einzigen Gutachter, dem dieser Vortrag bekannt war, nicht als spezifische Hinweise auf eine erlittene Dissektion ausgereicht. Dem folgt der Senat. Hierbei berücksichtigt er auch das sehr späte Vorbringen. Vergesslichkeit und seltsame Verhaltensweise sind ungewöhnliche Vorgänge; wenn diese im Vorfeld eines Schlaganfalls beobachtet worden sind, spricht die Lebenserfahrung dafür, dass sie bereits unmittelbar danach, schon gegenüber den behandelnden Ärzten im Krankenhaus, erwähnt werden. In der Sache ist es denkbar, dass diese Symptome, wenn sie vorgelegen haben, auf dem Infekt und den mehreren Medikamenten beruhen, die der Kläger nach seinen Angaben bei der Einlieferung nach R. in der Woche davor eingenommen hatte, darunter auch ein Antibiotikum. Jedenfalls ist die Möglichkeit, dass diese Symptome auf eine Dissektion hingedeutet haben, nicht wahrscheinlicher.

Auf dieser Basis ist ein Wahrscheinlichkeitszusammenhang zwischen der Einwirkung und der Dissektion schon auf der ersten Ebene, der Kausalität im natürlichen Sinne, nicht festzustellen, auch wenn bei dem Kläger wegen der Gefäßanomalie in der vorderen Halsschlagader eine erhöhte Vulnerabilität bestand.

Es kann daher offen bleiben, ob diese Gefäßanomalie ihrerseits zu der Dissektion beigetragen hat und ob sie - bejahendenfalls - im Verhältnis zu dem Hinterkopfprall die wesentliche Ursache war. Diese Frage wäre nur zu beantworten, wenn feststände, dass der Anprall - auch - zu der Dissektion beigetragen hat.

Da demnach bereits ein Gesundheitserstschaden nicht mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, ist bei dem Kläger bereits nicht von einem Arbeitsunfall auszugehen. In der Folge kann die Beklagte auch nicht zur Anerkennung des am 23./24. März 2013 erlittenen Schlaganfalls als Unfallfolgeschadens verpflichtet werden. Auch insoweit bleibt daher die Frage nach ggfs. vorhandenen anderen Ursachen des Schlaganfalls neben der Dissektion und der jeweils wesentlichen Verursachungsanteile offen. Dies gilt insbesondere für den erhöhten Hämatokritwert, der sich in der Laboruntersuchung in R. gezeigt hat und der nach Prof. Dr. Dr. W.s sachverständiger Einschätzung die Gefahr von Blutgerinnseln erhöht hat.

Aus diesen Gründen waren das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beider Instanzen beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-04