S 8 U 1906/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	10.
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 U 1906/17
Datum	21.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 U 4348/19
Datum	27.01.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21.11.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

<u>GrÃ¼nde</u>

I.

Zwischen den Beteiligten ist die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 05.01.2015 streitig.

Die 1994 geborene KlÃ¤gerin war zur Zeit des angeschuldigten Ereignisses bei der B, A K versicherungspflichtig beschÃ¤ftigt. Am 05.01.2015 erlitt sie nach Dienstende auf dem Weg von ihrer Arbeitsstelle nach Hause kurz nach 18 Uhr einen Verkehrsunfall. WÃ¤hrend ihrer Fahrt auf der BundesstraÃe Ã¼berfuhr sie die Mittellinie, geriet hierbei in den Gegenverkehr, streifte ein entgegenkommendes Fahrzeug, kam anschlieÃend nach links von der Fahrbahn ab und prallte gegen einen Baum (Verkehrsunfallanzeige des PolizeiprÃ¤sidiums K, Bl. 112 VA). Hierdurch

wurden beide Front-Airbags ausgelÃ¶st. Nach dem Verkehrsunfallbericht der zustÃ¤ndigen Polizeidienststelle habe die KlÃ¤gerin nach Zeugenaussagen unmittelbar nach dem Unfall, nachdem man zu ihr geeilt und sie aus dem Pkw ausgestiegen sei, leicht benommen gewirkt und ihnen gegenÃ¼ber gesagt, dass sie etwas im Radio gesucht habe und deshalb in den Gegenverkehr geraten sei. Vor Ort machte die KlÃ¤gerin keine Angaben zum Unfallhergang. Ausweislich des den Bericht erstattenden Polizeiobermeister K1 machte die KlÃ¤gerin auf diesen einen sehr gefassten Eindruck und klagte nur Ã¼ber leichte Schmerzen an der Nase wegen der AuslÃ¶sung des Airbags. Er dokumentierte eine leichte Verletzung in Form einer Prellung von Nase und Lippe.

Die KlÃ¤gerin suchte noch am Unfalltag gegen 20 Uhr den V im H-Klinikum R auf, dem gegenÃ¼ber sie angab, ihr sei der auslÃ¶sende Airbag gegen die Nase geprallt. V diagnostizierte eine Prellung der â□□Lumbosakralgegendâ□□ und des Beckens sowie eine oberflÃ¤chliche Verletzung der Nase. Bei der Untersuchung war die KlÃ¤gerin wach, ansprechbar, allseits orientiert und zeigte â□□weder klinisch noch anamnestisch eine Commotio-Symptomatikâ□□. Sie gab einen Druckschmerz am NasenrÃ¼cken an und es bestand eine diskrete lokale Schwellung ohne Behinderung der Nasenatmung, Dyspnoe oder Achsabweichung. Im Bereich der mittleren und unteren LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) gab die KlÃ¤gerin einen Druck- und Bewegungsschmerz an, eine Prellmarke wurde nicht festgestellt. Die WirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit war nicht eingeschrÃ¤nkt. Die KlÃ¤gerin zeigte keine peripheren neurologischen Defizite, sie war kreislaufstabil und selbststÃ¤ndig mobil. RÃ¶ntgenologisch zeigten sich keine Hinweise auf frische knÃ¶cherne LÃ¤sionen. Die sonographische Untersuchung ergab keinen Hinweis fÃ¼r intrathorakale oder intraabdominelle Organverletzungen.

Wegen seit dem Unfall bestehender ArbeitsunfÃ¤higkeit bezog die KlÃ¤gerin nach Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeberin und nach entsprechendem Generalauftrag der Beklagten gegenÃ¼ber der AOK Baden-WÃ¼rttemberg vom 17.02.2015 bis 10.03.2015 Verletztengeld.

Da in der Folgezeit keine weiteren Ã¤rztlichen Bescheinigungen bei der Beklagten eingingen, ging diese zunÃ¤chst davon aus, dass die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen sei.

Im Januar 2016 wandte sich die KlÃ¤gerin an die Beklagte und teilte mit, dass sie seit dem Unfall AnfÃ¤lle habe, die lange als Trauma behandelt worden seien. Im Uklinikum F sei im November 2015 festgestellt worden, dass durch den unfallbedingten Aufprall des Airbags im Gesicht der rechte Frontallappen des Gehirns verletzt worden sei. Wegen dieser AnfÃ¤lle sei sie seit dem Unfall durchgehend arbeitsunfÃ¤hig erkrankt.

Aus den daraufhin von der Beklagten beigezogenen Unterlagen ergibt sich Folgendes:

Die KlÃ¤gerin wurde am 23.01.2015 von dem P untersucht, der eine psychogene Reaktion diagnostizierte und ein SchÃ¤del-Hirn-Trauma ausschloss. Die KlÃ¤gerin

gab dort an, als Kleinkind einen Fieberkrampf gehabt zu haben. Die KlÃ¤gerin befand sich im Juli 2015 ambulant und sodann vom 08.09.2015 bis 24.09.2015 zur stationÃ¤ren Behandlung in der Akutabteilung fÃ¼r Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Lklinik, in der eine Agoraphobie mit PanikstÃ¶rung diagnostiziert wurde und der Verdacht auf (V.a.) eine dissoziative StÃ¶rung und auf eine histrionische PersÃ¶nlichkeitsakzentuierung geÃ¤uÃ□ert wurde (Anamnese: FieberkrÃ¤mpfe mit 9 Monaten, deswegen stationÃ¤rer Aufenthalt). Im Oktober und November 2015 wurde die KlÃ¤gerin von dem Facharzt fÃ¼r Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie G behandelt, der â□□Z.Â B. dissoziative Amnesie, Z.Â B. dissoziative Fugueâ□□ diagnostizierte. Vom 06. bis 13.11.2015 war die KlÃ¤gerin zur stationÃ¤ren Akutbehandlung in der V1 Klinik, Klinik fÃ¼r Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, in der eine PanikstÃ¶rung diagnostiziert, der V. a. dissoziative AnfÃ¤lle geÃ¤uÃ□ert und als Differentialdiagnose (DD) eine Frontallappenepilepsie (EEG vom 09. und 11.11.2015: Normalbefund) erwogen wurde.

Die KlÃ¤gerin wurde in der Klinik fÃ¼r Neurochirurgie, Abteilung fÃ¼r PrÃ¤chirurgische Epilepsiediagnostik des Uklinikums F behandelt, in der am 15.10.2015 der V.a. dissoziative AnfÃ¤lle geÃ¤uÃ□ert und die DD strukturelle Epilepsie mit vegetativer Aura und dyskognititven AnfÃ¤llen mit ambulatorischem Verhalten geÃ¤uÃ□ert wurde und in der wÃ¤hrend der stationÃ¤ren Behandlung vom 30.11. bis 11.12.2015 die Diagnosen einer strukturellen Epilepsie mit hypermotorischen AnfÃ¤llen und Hippokampussklerose rechts (MRT vom 07.12.2015; Video-EEG-Monitoring vom 30.11. bis 03.12.2015: drei AnfÃ¤lle, am ehesten als Frontallappen-AnfÃ¤lle einzuordnen) gesichert wurden. Bei der ambulanten Kontrolluntersuchung am 03.03.2016 fÃ¼hrten die Ã□rzte der Klinik aus, dass es durch Beginn einer antikonvulsiven Therapie zu einem RÃ¼ckgang der Anfallsfrequenz und
-intensitÃ¤t gekommen sei, die KlÃ¤gerin jedoch kognitive EinbuÃ□en verspÃ¼re. Die KlÃ¤gerin befand sich dort erneut vom 04. bis 26.08.2016 zur Optimierung der antiepileptischen Medikation in stationÃ¤rer Behandlung, nach der die von dort bisher gestellten Diagnosen bestÃ¤tigt (HirnPET/CT vom 05.08.2016: geringer bis moderater, etwas rechtsbetonter Hypometabolismus der rostralen Temporallappen beidseits) und die Diagnose nicht-epileptischer, dissoziativer AnfÃ¤lle gestellt wurden.

Vom 05. bis 18.11.2016 befand sich die KlÃ¤gerin in stationÃ¤rer Behandlung der Neurologischen Klinik des H-Klinikums, in dem die Diagnosen dyskognitive und hypermotorische AnfÃ¤lle bei symptomatischer Epilepsie, Hippokampussklerose rechts, aktuell infektgetriggerte AnfallshÃ¤ufung im Rahmen einer Pyelonephritis beidseits sowie einer Harnwegsinfektion und dissoziative AnfÃ¤lle gestellt wurden.

In dem von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse sind ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten im April 2012 und im September 2014 wegen Synkope und Kollaps sowie im November 2014 wegen einer Kopfprellung dokumentiert.

Auf Anforderung der Beklagten und nach Auswertung der medizinischen Unterlagen

fÃ¼hrte der Facharzt fÃ¼r Nervenheilkunde und Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Klinik A1, B1, W in seiner beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom 17.01.2017 aus, dass bei der KlÃ¤gerin keine amnestische StÃ¶rung nach dem Unfallhergang vom 05.01.2015 vorgelegen habe. Vielmehr sei die KlÃ¤gerin nachweislich im Stande gewesen, dem Durchgangsarzt alle Angaben zum Unfallablauf zu tÃ¤tigen, sie sei ansprechbar, allseits orientiert, kreislaufstabil und selbststÃ¤ndig mobil gewesen. Insofern kÃ¶nne von einer unfallbedingten dissoziativen Amnesie keine Rede sein. Auch habe die Versicherte nach dem durchgangsÃ¤rztlichen Befund keinerlei Hinweise auf eine GehirnerschÃ¼tterung oder gar schwererwiegende SchÃ¤del-Hirn-Verletzung geboten. Lediglich der NasenrÃ¼cken habe sich leicht geschwollen gefunden. Hierzu habe die KlÃ¤gerin auch den Grund angeben kÃ¶nnen, nÃ¤mlich das Aufgehen des Airbags. Es gebe daher keinerlei Hinweise auf eine unfallbedingte HirnschÃ¤digung oder psychische PrimÃ¤rschÃ¤digung im zeitlichen Anschluss an den Unfall. Im Kindesalter hÃ¤tten schon FieberkrÃ¤mpfe stattgefunden und stellten ein unfallunabhÃ¤ngiges Leiden dar, ebenso wie die von den Neurochirurgen in der Uklinik F beschriebenen MRT-VerÃ¤nderungen im Sinne einer Hippokampussklerose. Insofern seien auch die epileptischen AnfÃ¤lle nicht mit Unfallfolgen zu begrÃ¼nden. Als Unfallfolgen seien daher zu bezeichnen: eine oberflÃ¤chliche Prellung der Nase ohne begleitendes SchÃ¤del-Hirn-Trauma, Prellung der Lumbosakralregion und des Beckens. UnfallunabhÃ¤ngig bestÃ¼nden epileptische AnfÃ¤lle bei anamnestisch bekannten FieberkrÃ¤mpfen im Kindesalter und sklerotischen VerÃ¤nderungen der Hippokampushirnregion rechts.

Hierauf gestÃ¼tzt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 08.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2017 die GewÃ¤hrung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles ab.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 07.08.2017 Klage beim Sozialgericht (SG) Reutlingen mit dem Begehren der GewÃ¤hrung einer Verletztenrente ab 28.01.2016 erhoben.

Das SG hat den die KlÃ¤gerin behandelnden G1 schriftlich als sachverstÃ¤ndigen Zeugen befragt. Dieser hat mitgeteilt, die KlÃ¤gerin habe am 13.11.2014 angegeben, dass sie am Vortag gestÃ¼rzt sei und sich eine kleine Prellung am Kopf zugezogen habe. Lokal habe sich rechts frontal eine ca. 2 EurostÃ¼ck groÃ□e HÃ¤matomschwellung gezeigt, ohne weitere Verletzungszeichen. Eine Sturzursache habe die KlÃ¤gerin nicht nennen kÃ¶nnen. Danach hÃ¤tten sich zunÃ¤chst keine kÃ¶rperlichen oder neurologischen Defizite gezeigt. Inwieweit dieses Ereignis bereits als Erstmanifestation des Krampfleidens gewertet werden kÃ¶nne, sei â□□ so G1 â□□ im Nachhinein wohl nicht mehr zu evaluieren. Die KlÃ¤gerin sei nach dem Unfall vom Januar 2015 â□□erneut auffÃ¤lligâ□□ geworden. Im Epilepsiezentrum des Uklinikums F sei retrospektiv der Verdacht geÃ¤uÃ□ert worden, dass das Unfallereignis mit einem epileptischen Anfall in Verbindung gestanden habe. Unter adÃ¤quater medikamentÃ¶ser Therapie sei es dann Ende des Jahres 2015 zu einer deutlichen Verbesserung des Allgemeinzustandes gekommen.

Das SG hat von Amts wegen das Gutachten des L1 mit Schwerpunkt Epileptologie

des Uklinikums T, vom 05.04.2018 eingeholt, der nach Untersuchung der KlÃ¤gerin am 26.03.2018 (bei der sie angegeben hat, dass der erste Anfall ca. 14 Tage nach dem Unfallereignis aufgetreten sei) eine fokale Epilepsie mit DÃ©jÃ vu-Auren, hypomotorischen AnfÃ¤llen und V. a. generalisierte tonisch-klonische AnfÃ¤lle sowie dissoziative AnfÃ¤lle diagnostiziert und ausgefÃ¼hrt hat, dass die dokumentierten und erhobenen Befunde im Wesentlichen zu einer Sklerose im Hippokampus passten. Diese Diagnose sei beim Video-EEG-Monitoring gesichert worden und nicht auf das Unfallereignis wesentlich ursÃ¤chlich zurÃ¼ckzufÃ¼hren. FÃ¼r einen solchen Zusammenhang hÃ¤tte â so L1 â ein hÃ¶hergradiges SchÃ¤del-Hirn-Trauma vorliegen mÃ¼ssen. HierfÃ¼r wÃ¼rden sich jedoch weder aus den Unterlagen noch aus der Schilderung der KlÃ¤gerin Hinweise ergeben. DarÃ¼ber hinaus seien mehrere MRT-Untersuchungen erfolgt, welche keine posttraumatischen VerÃ¤nderungen gezeigt hÃ¤tten, wie dies im Rahmen einer posttraumatischen Epilepsie zu fordern sei. Im Gegenteil finde sich im MRT eine Hippokampussklerose rechts und im PET-CT ein Hypometabolismus in beiden Temporallappen. Diese Befunde seien nicht mit einer posttraumatischen Genese der Epilepsie vereinbar, sondern deuteten vielmehr auf eine klassische Temporallappenepilepsie hin, deren Ursache â wie auch hier â hÃ¤ufig ungeklÃ¤rt bleibe. Passend hierzu seien auch die MerkfÃ¤higkeitsstÃ¶rungen bei ansonsten normgerechter Testung. Im Hinblick auf die dissoziativen Anfallsereignisse ergebe sich ebenfalls kein Kausalzusammenhang zu dem Unfallgeschehen. Die primÃ¤ren Unfallfolgen, eine oberflÃ¤chliche Verletzung der Nase sowie Druck- und Bewegungsschmerzen im Bereich der LWS, seien folgenlos abgeheilt. SekundÃ¤re Unfallfolgen ergÃ¤ben sich nicht. Daher ergebe sich auch keine Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) durch Unfallfolgen.

Vom 10. bis 16.09.2018 hat sich die KlÃ¤gerin in der Epilepsie-Monitoringeinheit der Klinik fÃ¼r Neurochirurgie des Uklinikums T zur invasiven Video-EEG-Ableitung mit stereotaktisch implantierten Tiefenelektroden befunden, wo die Diagnosen fokale Epilepsie mit emotionalen Auren und komplex-motorischen AnfÃ¤llen mit BewusstseinseinschrÃ¤nkung â Medikamentenresistenz -, MR-tomographisch Hippokampussklerose rechts und V.a. fokale HirnaufbaustÃ¶rung im rechten G. temporalis superior, Z.n. VerkehrsunfÃ¤llen mit Airbag-Kontakt 01/2015 und 11/2013 gestellt wurden. R1 hat in dem Entlassungsbericht vom 17.09.2018 âangesichts der Ã¼berwÃ¤ltigenden Mehrzahl der AnfÃ¤lle mit Ursprung aus dem rechten Hippokampusâ, der bildgebend auch verÃ¤ndert aussehe, eine rechtsseitige Amygdalo-Hippokampektomie einschlieÃlich der Resektion des rechten Temporalpols empfohlen und zugleich einen unabhÃ¤ngigen linksseitigen Anfallsursprung in der Zukunft nicht sicher ausschlieÃen kÃ¶nnen. Die empfohlene Operation ist am 26.11.2018 komplikationslos durchgefÃ¼hrt worden. Die Histologie hat den Befund einer Hippokampussklerose Typ 1 nach ILAE erbracht. Die Entlassung aus der stationÃ¤ren Behandlung ist am 04.12.2018 unter unverÃ¤nderter antikonvulsiver Medikation erfolgt. Ende April/Anfang Mai 2019 hat eine stationÃ¤re Rehabilitationsbehandlung in den SKliniken G2 stattgefunden. Die KlÃ¤gerin ist von dort mit den Diagnosen psychogene Dyspnoe und AnpassungsstÃ¶rung entlassen worden.

Das SG hat auf Antrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das

Gutachten der R1 vom 10.09.2019 (Tag der Untersuchung 08.05.2019) eingeholt. Diese hat eine fokale Epilepsie mit emotionalen Auren und nicht bewusst erlebten komplex-motorischen AnfÃ¤llen diagnostiziert mit seit dem Eingriff am 26.11.2018 unter antikonvulsiver Therapie bestehender Anfallsfreiheit. Der rechte Hippokampus sei als Ursache der bis dato bestehenden epileptischen AnfÃ¤lle anzusehen. Da aber auch ein epilepsietypisches Muster im linken Hippokampus aufgezeichnet worden sei, kÃ¶nne ein unabhÃ¤ngiger linksseitiger Anfallsursprung in der Zukunft nicht ausgeschlossen werden. Es bestehe ein mittelschweres Defizit der LangzeitgedÃ¤chtnisleistungen. Daneben bestehe eine AngststÃ¶rung mit Zustand nach psychogener Dyspnoe und mÃ¶glichen psychogenen AnfÃ¤llen, aktuell in Remission, sowie eine AnpassungsstÃ¶rung nach neurochirurgischem Eingriff am Gehirn, aktuell rÃ¼cklÃ¤ufig. Postoperativ bestÃ¼nden noch Narben der Kopfhaut nach Elektrodenimplantation und Kraniotomie. BezÃ¼glich der GesundheitserstschÃ¤den gehe sie â so R1 -, obwohl laut Durchgangsarztbericht eine Commotio-Symptomatik nicht habe festgestellt werden kÃ¶nnen, wegen der von der KlÃ¤gerin berichteten und auch von Zeugen bereits am Unfallort bemerkten Amnesie fÃ¼r den Unfallhergang dennoch vom Vorliegen einer Commotio cerebri als primÃ¤rer GesundheitsstÃ¶rung aus. Sie sehe daher die von ihr diagnostizierten StÃ¶rungen allesamt als wesentlich ursÃ¤chlich auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren an. Vor dem Unfall seien keine dauerhaften GesundheitsstÃ¶rungen bekannt gewesen. Es seien weder epileptische AnfÃ¤lle noch kognitive oder psychische AuffÃ¤lligkeiten berichtet worden. Die bei der KlÃ¤gerin festgestellte Hippokampussklerose sei eine der hÃ¤ufigsten Ursachen fokaler Epilepsien und kÃ¶nne verschiedene Ursachen haben. Der bei der KlÃ¤gerin im SÃ¤uglingsalter aufgetretene Fieberkrampf stelle einen Risikofaktor fÃ¼r die Entwicklung einer Epilepsie dar, wobei es bei unkomplizierten FieberkrÃ¤mpfen keine Evidenz fÃ¼r ein erhÃ¶htes Risiko einer Hippokampussklerose gebe. Die von der KlÃ¤gerin geschilderte Epilepsie der Schwester sei ein Hinweis auf eine familiÃ¤re genetische PrÃ¤disposition, wobei sich das hieraus resultierende Risiko ebenfalls nicht genau quantifizieren lasse. Auch SchÃ¤del-Hirn-Traumata kÃ¶nnten zu einer Epilepsie sowie zu einer Hippokampussklerose fÃ¼hren. Der Zeitpunkt des Auftretens der Epilepsie unmittelbar nach dem SchÃ¤del-Hirn-Trauma spreche am ehesten fÃ¼r eine âSecond-Hit-Hypotheseâ, die besage, dass durch den Fieberkrampf und eine mÃ¶gliche genetische Veranlagung eine Schadensanlage bestanden habe, die aber einer zusÃ¤tzlichen Schadenseinwirkung, in diesem Fall in Form eines SchÃ¤del-Hirn-Traumas, bedurft habe, um den Schaden zu manifestieren. Bei der am 06.02.2015 durchgefÃ¼hrten MRT des SchÃ¤dels sei im Ãbrigen noch keine Hippokampussklerose festgestellt worden, welche sich erst bei einer Untersuchung im Dezember 2015 gezeigt habe, was ein Hinweis fÃ¼r eine sekundÃ¤re SchÃ¤digung durch das Trauma sein kÃ¶nne. R1 hat die MdE analog des Grades der Behinderung eingeschÃ¤tzt und fÃ¼r die bis zur OP am 26.11.2018 mit mindestens mittlerer HÃ¤ufigkeit aufgetretenen epileptischen AnfÃ¤lle eine MdE um 80 v.H., fÃ¼r die Zeit vom 27.11.2018 bis 19.05.2019 (Rekonvaleszenz nach Hirn-OP, mittelschwere GedÃ¤chtnisstÃ¶rung, postoperative AnpassungsstÃ¶rung, latente Epilepsie unter antikonvulsiver Therapie) eine MdE um 70 v.H. und ab 20.05.2019 (Wiedererlangung der ArbeitsfÃ¤higkeit; mittelschwere GedÃ¤chtnisstÃ¶rungen, latente Epilepsie unter antikonvulsiver Therapie) eine MdE um 50 v.H. angesetzt.

Mit Urteil vom 21.11.2019 hat das SG die Klage abgewiesen und zur BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, dass die KlÃ¤gerin wegen der Folgen des Unfalls vom 05.01.2015 keinen Anspruch auf Verletztenrente habe, da auf diesen Unfall keine dauerhaften GesundheitsstÃ¶rungen zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien. Die KlÃ¤gerin habe durch den Unfall mittlerweile abgeheilte Prellungen im Bereich des Gesichtes und der Lumbal- und Beckenregion erlitten. Die bestehende Epilepsieerkrankung sei indes nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Das SG hat sich insoweit nicht der EinschÃ¤tzung der SachverstÃ¤ndigen R1 angeschlossen. Dies hat es ausfÃ¼hrlich damit begrÃ¼ndet, dass deren Gutachten nicht schlÃ¼ssig sei, da sie von falschen AnknÃ¼pfungstatsachen ausgehe, wenn sie â fÃ¤lschlicher Weise â annehme, dass bei der KlÃ¤gerin durch den Unfall eine Commotio cerebri im Sinne einer strukturellen Verletzung des Gehirns (von ihr wie auch von L1 bezeichnet als notwendige Voraussetzung fÃ¼r die Entstehung einer Epilepsieerkrankung durch einen Verkehrsunfall) verursacht worden sei. Eine solche Erkrankung als Gesundheitserstschaden sei jedoch â so das SG â nicht im Vollbeweis gesichert. Im Gegenteil sei den zeitnah nach dem Unfall erhobenen Unterlagen keine Amnesie der KlÃ¤gerin bezÃ¼glich des Unfalles zu entnehmen. Dem D-Arzt-Bericht des V sei zu entnehmen, dass die KlÃ¤gerin bei der Untersuchung wach, ansprechbar, allseits orientiert gewesen sei und weder klinisch noch anamnestisch Zeichen einer Commotio-Symptomatik gezeigt habe. Die KlÃ¤gerin habe dem Arzt gegenÃ¼ber auch Angaben zum Unfallhergang machen kÃ¶nnen. AuÃerdem sei den Zeugenaussagen aus dem Polizeibericht zu entnehmen, dass die KlÃ¤gerin wach und ansprechbar gewesen sei. Der Polizeibeamte habe einen eindeutig gefassten Eindruck der KlÃ¤gerin vermerkt. Auch insoweit gebe es keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine Bewusstlosigkeit. Zudem habe der Neurologe Pluto im Rahmen der zeitnah erfolgten Untersuchung am 23.01.2015 ein SchÃ¤del-Hirn-Trauma ebenso ausgeschlossen wie der Radiologe Dr. NÃ¤gele im MRT vom 06.02.2015. Das SG hat sich den AusfÃ¼hrungen von W angeschlossen und dargelegt, dass er zu Recht darauf hingewiesen habe, dass ein Fieberkrampf in der Kindheit und eine familiÃ¤re Disposition (Epilepsie-Erkrankung der Schwester) als Konkurrenzursache in Betracht zu ziehen seien. Mangels einer vollbeweislich gesicherten strukturellen Hirnverletzung greife in diesem Zusammenhang auch die von R1 geÃ¤uÃerte Second-Hit-Hypothese nicht. In der gesetzlichen Unfallversicherung sei ein RÃ¼ckschluss von der Art und Schwere des Unfallereignisses auf den Gesundheitserstschaden nicht zulÃ¤ssig. DarÃ¼ber hinaus hat sich das SG den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen L1 angeschlossen, wonach die bildgebenden Aufnahmen keine posttraumatischen VerÃ¤nderungen des Hirns zeigten und der Befund einer Hippokampussklerose und eines Hypermetabolismus in beiden Temporallappen nicht mit einer posttraumatischen Genese der Epilepsie vereinbar seien. ErgÃ¤nzend hat das SG auf die im Vorerkrankungsverzeichnis dokumentierten Kollapse und Synkopen vor dem Unfall verwiesen. Der zwischen dem Auftreten der Epilepsie und dem Verkehrsunfall allein bestehende zeitliche Zusammenhang reiche, so das SG, fÃ¼r die BegrÃ¼ndung der KausalitÃ¤t in der gesetzlichen Unfallversicherung allein nicht aus. Soweit bei der Bewertung der AnfÃ¤lle mit Bewusstseinsverlust und inadÃ¤quatem Verhalten Uneinigkeit bestehe â L1 werte diese als dissoziative AnfÃ¤lle im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung, R1 ordne diese AnfÃ¤lle der Epilepsie zu â kÃ¶nne eine Einordnung dahingestellt bleiben, da als

Gesundheitserstschaden weder eine strukturelle Hirnverletzung noch eine psychiatrische Erkrankung gesichert sei und daher ein hinreichend wahrscheinlicher Zusammenhang mit dem Unfall in keinem Fall gegeben sei.

Die KlÃ¤gerin hat am 20.12.2019 gegen das, ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten am 02.12.2019 zugestellte, Urteil Berufung zum Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 21.11.2019 sowie den Bescheid der Beklagten vom 08.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Verletztenrente ab 28.01.2016 zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet Ã¼ber die nach den Â§Â§ 143, 144 SGG zulÃ¤ssige Berufung nach AnhÃ¶rung der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid vom 08.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2017, mit dem die Beklagte die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente ablehnte.

Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die auf die Verurteilung der Beklagten zur GewÃ¤hrung von Verletztenrente gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (Â§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Denn der Bescheid der Beklagten vom 08.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2017 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten, da die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Das SG hat in den EntscheidungsgrÃ¼nden des angefochtenen Urteils zutreffend die Rechtsgrundlage fÃ¼r eine Verletztenrente â Â§ 56 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) â und die geltenden KausalitÃ¤tskriterien und sonstigen GrundsÃ¤tze dargelegt sowie â gestÃ¼tzt auf das SachverstÃ¤ndigengutachten des L1 und die beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme des W â zutreffend ausgefÃ¼hrt und begrÃ¼ndet, dass die KlÃ¤gerin die Voraussetzungen fÃ¼r diese

Leistung nicht erfÃ¼llt, weil durch den Arbeitsunfall vom 05.01.2015 Ã¼ber die 26. Woche hinaus keine Unfallfolgen verblieben sind und die bei der KlÃ¤gerin zeitlich nach dem Arbeitsunfall diagnostizierte Epilepsieerkrankung nicht rechtlich wesentlich durch den Arbeitsunfall verursacht wurde. Das SG hat zudem zutreffend ausgefÃ¼hrt und begrÃ¼ndet, dass und warum es dem SachverstÃ¤ndigengutachten der R1 nicht folgt. Der Senat sieht deshalb gemÃ¤Ã Â§Â 153 Abs. 2 SGG insoweit von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab und weist die Berufung aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung zurÃ¼ck.

Das Vorbringen der KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren fÃ¼hrt zu keiner anderen Beurteilung.

Soweit die KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren vorgetragen hat, dass im Hinblick auf die klinisch erhobenen Befunde und der amnestischen Feststellungen fÃ¼r sie hinreichend gesichert sei, dass sie unfallbedingt â jedenfalls nachvollziehbar eine GehirnerschÃ¼tterung oder gar schwerwiegendere SchÃ¤delhirnverletzungâ erlitten habe, wodurch im zeitlichen Anschluss an das Unfallereignis wiederholt epileptische AnfÃ¤lle verursacht worden seien, weist der Senat â wie bereits vom SG im angefochtenen Urteil dargelegt â darauf hin, dass der von V â im Tatbestand festgestellte â klinisch erhobene Erstbefund nebst Anamnese gut zwei Stunden nach dem Unfall gerade keine Anhaltspunkte fÃ¼r das Vorliegen einer GehirnerschÃ¼tterung (commotio cerebri) ergab, sondern eine solche vielmehr ausdrÃ¼cklich ausgeschlossen wurde. Klinisch zeigten sich gerade nicht BewusstseinsstÃ¶rung, Benommenheit, Amnesie, Kopfschmerz, Schwindel, KreislaufstÃ¶rung, Ãbelkeit und Erbrechen (als mÃ¶gliche klinische Symptome einer commotio cerebri, vgl. Pschyrembel, 268. Auflage, S. 321), sondern die KlÃ¤gerin war wach, ansprechbar, allseits orientiert und zeigte â nach den ausdrÃ¼cklichen AusfÃ¼hrungen des V â auch sonst klinisch und anamnestisch keine Commotio-Symptomatik. Die Behauptung der KlÃ¤gerin, in dem entsprechenden Arztbericht sei âausdrÃ¼cklich eine SchÃ¤delprellung und offene Verletzung im Gesicht (â¦) festgestelltâ worden, ist unzutreffend, so dass auch ihre weitere Argumentation dahingehend, dass es sich âbei einer SchÃ¤delprellung schlechthin um eine GehirnerschÃ¼tterung (â¦) und um ein SchÃ¤del-Hirn-Traumaâ handele und es diesbezÃ¼glich an einer Klassifikation des Schweregrades durch den Erstbehandler und den erstinstanzlich im gerichtlichen Auftrag beurteilenden SachverstÃ¤ndigen (gemeint: L1) fehle, ins Leere geht. Soweit die KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt hat, dass âganz offenkundigâ im âerstmaligen Durchgangsarztbericht (â¦) der Hinweis und RÃ¼ckschluss auf eine Commotio-Symptomatik schlicht versehentlich oder redaktionell nicht ausdrÃ¼cklich mit aufgenommenâ worden sei, ist auch dies fÃ¼r den Senat in Anbetracht des ausdrÃ¼cklichen Ausschlusses einer Commotio-Symptomatik durch V nicht nachvollziehbar. Der Erstschaden einer GehirnerschÃ¼tterung ist gerade nicht â wie vom SG zutreffend dargelegt â im Vollbeweis gesichert und hat daher auch nicht â wie die KlÃ¤gerin meint â âunzweifelhaftâ bestanden. Auch die bloÃ hinreichende Wahrscheinlichkeit eines solchen Erstschadens reicht entgegen der Annahme der KlÃ¤gerin nicht aus.

Soweit die KlÃ¤gerin vorgetragen hat, dass (auch) im Hinblick auf die unmittelbar nach dem Unfallereignis vernommenen Augenzeugen und Ersthelfer vom Vorliegen einer Commotio-Symptomatik auszugehen sei (diese hÃ¤tten berichtet, dass sie desorientiert gewirkt habe, benommen gewesen sei und keinerlei Angaben zum Unfallhergang habe machen kÃ¶nnen), stehen dem zum einen die Beobachtungen des POM K1 entgegen. Zum anderen wurde eine solche Symptomatik gerade nicht â wie dargelegt â Ã¤rztlicherseits bestÃ¤tigt.

Soweit die KlÃ¤gerin unter Vorlage des Berichtes Ã¼ber die MRT der HWS vom 06.03.2015, der bereits im Klageverfahren vorgelegt worden ist, vorgetragen hat, dass die dort befundete deutliche Steilstellung der HWS ein âweitererâ Hinweis auf ein unfallbedingtes SchÃ¤del-Hirn-Trauma sei, ist dies fÃ¼r den Senat nicht nachvollziehbar. Denn zum einen erschlieÃt sich schon nicht, warum aus einer Steilstellung â also einer Fehlstellung â der HWS eine (traumatische) Verletzung des SchÃ¤del-Hirn-Bereiches abzuleiten sein soll. Zum anderen haben weder die beiden gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen noch die behandelnden Ãrzte der Klinik fÃ¼r Neurochirurgie des Uklinikums T bei der ambulanten Untersuchung im Oktober 2015 in Kenntnis des MRT-Befundes der HWS darin Anhaltspunkte fÃ¼r eine unfallbedingte SchÃ¤digung der HWS oder des SchÃ¤del-Hirn-Bereiches (Bericht vom 15.10.2015, Bl. 75 ff. VA) gesehen.

Soweit sich die KlÃ¤gerin schlieÃlich auf das Gutachten der gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen R1 gestÃ¼tzt und vorgetragen hat, lediglich diese sei unter Darlegung verschiedener â von der KlÃ¤gerin nÃ¤her genannter â Aspekte nachvollziehbar zu der EinschÃ¤tzung gelangt, dass sie durch den Unfall eine GehirnerschÃ¼tterung erlitten habe, die wiederum die wesentliche Ursache fÃ¼r die epileptischen AnfÃ¤lle sei, Ã¼berzeugt das Gutachten der R1 auch den Senat aus den vom SG dargelegten GrÃ¼nden nicht. Soweit R1 ausgefÃ¼hrt hat, dass weder W noch L1 bei Annahme eines fehlenden Kausalzusammenhangs zwischen der Epilepsie und dem Unfallereignis âeine ErklÃ¤rung dafÃ¼r anbieten, warum sich die Epilepsie erstmals in unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallâ manifestiert habe, verkennt sie â und auch die KlÃ¤gerin â Folgendes:

FÃ¼r die BegrÃ¼ndung eines ursÃ¤chlichen Zusammenhangs nach der vom SG dargelegten und angewandten Theorie der wesentlichen Bedingung reicht es nicht aus, dass die angeschuldigten Beschwerden erst zeitlich nach dem Unfall auftraten. Denn der ursÃ¤chliche Zusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn kann nicht rein zeitlich begrÃ¼ndet werden, sondern muss sachlich-inhaltlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend kann im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auch nicht im Sinne eines Anscheinsbeweises aus dem Vorliegen einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden (Bundessozialgericht â BSG -, Urteil vom 07.09.2004, B 2 U 34/03 R). Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolgen positiv festgestellt werden muss (BSG, Urteil vom 09.05.2006, BÂ 2 U 1/05 R). Insbesondere gibt es noch nicht einmal die Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache und einem rein zeitlichen Zusammenhang die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil

dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr fÃ¼hren wÃ¼rde (BSG, a.a.O.). Hier stehen aber derartige Alternativursachen â□□ die FieberkrÃ¤mpfe im SÃ¤uglingsalter, die genetische Veranlagung (Epilepsie der Schwester seit deren 9. Lebensjahr) â□□ fÃ¼r die Epilepsieerkrankung der KlÃ¤gerin im Raum (so sowohl W als auch grundsÃ¤tzlich R1). Aktenkundig sind auÃ□erdem Synkopen der KlÃ¤gerin vor dem hier streitigen Unfallereignis im April 2012 und September 2014 sowie Sturzereignisse ohne klare Ursache im Jahr 2009 (die Mutter der KlÃ¤gerin gab gegenÃ¼ber G im Oktober 2015 an, dass die KlÃ¤gerin im Alter von 15 Jahren umgefallen und bewusstlos gewesen sei, vgl. Befundbericht G vom 15.03.2016) und im November 2014 (vgl. Auskunft G1). Zudem hat L1 schlÃ¼ssig und nachvollziehbar dargelegt, dass die bildgebenden Befunde der Hippokampussklerose rechts und des Hypometabolismus in beiden Temporallappen gerade nicht mit einer posttraumatischen Genese der Epilepsie vereinbar sind. Soweit die KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren das Bestehen eines Fieberkrampfes im Kindesalter bestritten hat, weist der Senat darauf hin, dass ein solcher von ihr jedenfalls bei der Vorstellung bei dem P im Januar 2015 (Bl. 64 f. VA) als auch bei der Behandlung in der Lklinik im September 2015 (Bl. 82 ff. VA) angegeben wurden.

SchlieÃ□lich ergibt sich auch aus dem im Berufungsverfahren vorgelegten Befundbericht der Klinik fÃ¼r Neurochirurgie des Uklinikums T Ã¼ber die jÃ¤hrliche Kontrolluntersuchung vom 10.06.2020 (Bl. 45 ff. der Senatsakte) keine andere Beurteilung, da darin nur der aktuelle Zustand beschrieben wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 31.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024