
S 14 U 2210/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 U 2210/00
Datum	18.12.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 U 474/03
Datum	04.05.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.12.2002 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger wegen der anerkannten Unfallfolge Verletztenrente für die Zeit vom 24.08.1999 bis 31.10.2002 zu gewährleisten. Im Übrigen wird die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

Die Berufung der Beklagten wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat ¾ der außergerichtlichen Kosten des Klägers aus beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung eines Arbeitsunfalls und um die Gewährung von Verletztenrente.

Der 1941 geborene Kläger war als Universalschleifer bei der Maschinenfabrik L. GmbH in E. beschäftigt. Vom 14. bis 23.06.1999 befand er sich wegen eines chronischen subduralen Hämatoms fronto-parietal links und eines diskreten

subduralen Hämatom rechts in der stationären Behandlung der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums Kassel; Ausweislich des Entlassungsberichts vom 24.06.1999 berichtete der Kläger bei der Aufnahmeuntersuchung, er habe im Dezember 1998 und Januar 1999 jeweils bei der Arbeit einen Schlag mit einem hängenden Steuerungsgerät gegen den Kopf bekommen. Seit Februar 1999 habe er anhaltende Kopfschmerzen, Vergesslichkeit und Müdigkeit bemerkt. Am 15.06.1999 erfolgte die operative Entlastung des chronisch subduralen Hämatoms links. Mit Schreiben vom 07.07.1999 machte die Betriebskrankenkasse Energieverbund (BKK), bei der der Kläger krankenversichert ist, Erstattungsansprüche bei der Beklagten geltend, da es sich um die Folgen eines im Januar erlittenen Arbeitsunfalls handle. Gegenüber der BKK hatte der Kläger im Fragebogen vom 28.06.1999 angegeben, als er ein Fertigteil auf seine Werkbank habe ablegen wollen und sich nach links gedreht habe, habe er einen Schlag von der schaukelnden Krankette bekommen, deren Haken gegen seine linke Kopfseite geknallt sei. Ausweislich des Aktenvermerks der BKK vom 30.06.1999 wurde der Unfallhebungsbogen nach vorheriger Zustimmung des Klägers an den Meister Z. von der Maschinenfabrik L. übersandt.

Die Beklagte nahm Ermittlungen auf. Auf Anfrage teilte der Kläger der Beklagten mit Schreiben vom 23.07. und 09.08.1999 mit, es gebe keine Zeugen für das Unfallereignis, weil arbeitsplatzbedingt keiner das Ereignis habe sehen können. Da die sofort auftretenden Schmerzen kurze Zeit darauf etwas nachgelassen hätten, habe er weiter gearbeitet. Da er an seinem Kopf keine Wunde habe feststellen können, habe er seinem Vorgesetzten diesen Unfall nicht gemeldet. Erst als ihn der Röntgenarzt Dr. F. gefragt habe, ob er sich in den letzten Monaten den Kopf angestoßen habe, sei ihm der Unfall wieder eingefallen, den er daraufhin Dr. F. geschildert habe. Erst nach seiner Operation habe er seinen Arbeitgeber von dem Unfallereignis und von der durchgeführten Operation informiert. Die Zeitangabe im Entlassungsbericht vom 24.06.1999 sei so zu erklären, dass er vor der Operation in seinem damaligen kritischen Gesundheitszustand erklärt habe, der Unfall sei im Dezember 1998 oder Januar 1999 gewesen.

Die Beklagte holte von der BKK das Vorerkrankungsverzeichnis vom 13.08.1999 und von dem Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Z. den Befundbericht vom 24.08.1999 ein. Letzterer teilte mit, der Kläger habe sich am 01.02.1999 bei ihm vorgestellt und über Kopfschmerzen, Müdigkeit und Vergesslichkeit geklagt. In der Zeit vom 02. bis 12.02.1999 sei der Kläger krankgeschrieben gewesen, zunächst wegen akutem Virusinfekt, Begleitinfekt der oberen Luftwege, Asthma bronchiale und ab 08.02.1999 wegen aktiviertem HWS-Syndrom, Migräne cervicale. Den Unfall habe der Kläger damals nicht erwähnt. Vom 27.04. bis 04.05.1999 sei der Kläger wegen akutem Cervicalsyndrom krankgeschrieben gewesen. Am 11.06.1999 sei es zu einer akuten Verschlechterung mit Schlafanfällen und Gangunsicherheit gekommen. Seit 11.06.1999 sei der Kläger ununterbrochen arbeitsunfähig. Der Auskunft der Gemeinschaftspraxis Dr. Z. beigefügt waren die Arztbriefe des Neurologen Dr. S. vom 04.08.1999, der Neurochirurgischen Klinik K. vom 06.08.1999, des Neurologen und Psychiaters Dr. G. vom 01.07.1999, des HNO-Arztes Dr. W. vom 29.06.1999 und des Orthopäden Dr. R. vom 05.05.1999. Dem Arztbrief Dr. G. sind die Angaben des Klägers zu entnehmen, er sei nach der

Krankenhausentlassung weitgehend beschwerdefrei gewesen. Seit etwa f¼nf Tagen habe er mittlerweile dreimal kurze Episoden mit Taubheit der rechten Unterlippe, der rechten Zungenhälfte und des rechten Armes erlitten. Dabei hätten sich auch eine leichte Schwäche der rechten Hand und ein Gefühl, als ob die Hand sich verkrampfen würde, sowie Schwierigkeiten beim Sprechen gezeigt. Die Störungen hätten bis zu einer halben Stunde angehalten. Den neurologischen Befund beschrieb Dr. G. bis auf eine angedeutete Fazialisschwäche rechts als normal. Im EEG zeigten sich flüchtige, angedeutete, hypersynchrone Potenziale, jedoch kein konstanter Herdbefund. Dr. G. ließ offen, ob es sich bei den anfallsartigen Sensibilitätsstörungen rechts um einfache sensible fokale epileptische Anfälle gehandelt habe oder um flüchtige cerebrale ischämische Attacken, für die sich jedoch keine weiteren Hinweise gefunden hätten. Dr. G. verordnete deshalb das Antikonvulsivum Carbamacepin. Im Arztbrief vom 06.08.1999 führte der Direktor der Neurochirurgischen Klinik K., PD Dr. L., aus, die aktuellen CT-Aufnahmen vom 03.08.1999 zeigten einen regelrechten Befund ohne Restergüsse rechts wie links. Sie böten auch keine Erklärung für das Anfallsgeschehen.

Mit Schreiben vom 11. und 21.10.1999 teilte die Maschinenfabrik L. der Beklagten mit, das vom Kläger geschilderte Unfallereignis sei in ihrem Haus nicht bekannt und auch nicht gemeldet worden. Allerdings bestehe die Möglichkeit, dass sich der Unfall wie vom Kläger geschildert zugetragen habe. In der dritten Arbeitswoche vom 18. bis 22.01.1999 sei der Kläger anwesend gewesen.

Die Beklagte zog über die Dres. Z. den Arztbrief von Dr. G. vom 08.11.1999 bei (der Kläger habe eigentlich keine wesentlichen Beschwerden mehr, Anfälle seien nicht mehr aufgetreten) und holte von dem Neurochirurgen Dr. K. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik F. die Stellungnahme vom 09.12.1999 ein. Letzterer wies darauf hin, zur Entstehung eines chronisch subduralen Hämatoms bedürfe es keines besonders schweren Kopftraumas. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Hämatom sei im vorliegenden Fall durchaus denkbar.

Mit Bescheid vom 18.01.2000 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Entschädigung aus Anlass des angeschuldigten Ereignisses im Januar 1999 ab. Zur Begründung führte sie aus, es könne nicht als erwiesen angesehen werden, dass es im Januar 1999 zu dem angeschuldigten Unfallereignis gekommen sei.

Seinen hiergegen erhobenen Widerspruch begründete der Kläger damit, als Folge seines Unfalls leide er unter Kopfschmerzen, Krämpfen, Atemnot, Hautallergien, Vergesslichkeit und Ohrgeräuschen. Der Widerspruch blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 24.05.2000).

Der Kläger erhob am 21.06.2000 Klage bei dem Sozialgericht Karlsruhe (SG).

Das SG hörte am 21.02.2001 den Kläger an und vernahm E. D. als Zeugin. Diese sagte aus, der Kläger sei in der dritten Januarwoche 1999 zu ihr gekommen, um ihr eine Eintrittskarte für eine italienische Veranstaltung zu überbringen. Der

Kläger habe sich dann an den Kopf gelangt und erzählt, dass er einen Kranhaken an den Kopf bekommen habe.

Das SG holte ferner von PD Dr. L. das neurochirurgische Gutachten vom 05.07.2001 und von dem Chefarzt der Neurologie des Klinikums K. L., Dr. H., das Gutachten vom 01.03.2002 mit der ergänzenden Stellungnahme vom 08.08.2002 ein. Es zog die Rentenakten der damaligen LVA B. bei, die das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. S. vom 09.06.2000 enthalten. Die Beklagte legte zum Gutachten Dr. H. die beratungsärztliche Stellungnahme des Neurologen und Psychiaters Dr. H. vom 18.04.2002 vor. PD Dr. L. kam zu dem Ergebnis, das im Juni 1999 diagnostizierte Subduralhämatom links beruhe allein auf der vom Kläger geltend gemachten Einwirkung am Arbeitsplatz. Es habe eine Hirnschädigung mit Leistungsbeeinträchtigung durch raumforderndes Hämatom mit zunehmendem Charakter bestanden, zuletzt mittelschweren bis schweren Grades. Bis zur Operation und den folgenden acht Wochen werde die unfallbedingte MdE mit 80 v. H. eingeschätzt. Danach, insbesondere wegen des unauffälligen computertomographischen Befundes vom August 1999, bestehe von Seiten seines Fachgebiets kein Anhalt für eine MdE auf Dauer. Klärungsbedürftig sei aber noch die Frage einer evtl. weiter bestehenden cerebralen Krampfneigung.

Dr. H. konnte bei seiner Untersuchung am 06.02.2002 auf neurologischem Gebiet keinen krankhaften Befund erheben. In seiner Beurteilung führte er aus, der Kläger habe das chronische subdurale Hämatom und die Operation gut überstanden. Die primär aus dem subduralen Hämatom resultierende MdE sei auf unter 10 v. H. zu schätzen. Der postoperative Verlauf sei jedoch dadurch kompliziert worden, dass sich vorübergehend fokale epileptische Anfälle eingestellt hätten. Diese seien durch Dr. G. mit Erfolg behandelt worden, da ganz offensichtlich seit Ende 1999 keine epileptischen Anfälle mehr aufgetreten seien. Wegen der noch behandlungsbedürftigen fokalen epileptischen Anfälle, die jetzt allerdings völlig beherrscht seien, bestehe noch eine MdE von 20 v. H. Nach Ablauf von 3 Jahren nach erfolgreicher Behandlung (also ab November 2003) betrage die MdE voraussichtlich weniger als 10 v. H.

Dr. H. führte aus, ob die vom Kläger angegebene mehrmalige und anfallsartig aufgetretene Gefäßstörung an der rechten Gesichtshälfte wirklich epileptogen gewesen sei, müsse offen bleiben. Es falle auf, dass der Kläger einige psychosomatische Elemente geboten habe, die man nicht mit hypothetischen epileptischen Manifestationen verbinden könne. Wenn der Kläger tatsächlich fokale epileptische Anfälle erlitten haben sollte, so wisse er nicht, warum solche Dinge heute noch eine MdE von 20 v. H. auslösen sollten. Nur bei großzügiger Auslegung der sensiblen Erscheinungen werde man an die Möglichkeit denken müssen, dass Solches epileptisch sei. Werde dies bejaht, so stelle sich die Frage, ob hier nicht eine eigengesetzliche Erkrankung zu diesen anfallsartigen Gefäßstörungen geführt habe. Da er die sehr komplizierte Problematik auch unter psychiatrischen Aspekten analysiert habe, komme er zu dem Ergebnis, dass das subdurale Hämatom mit einiger Wahrscheinlichkeit als eigengesetzliche Erkrankung angesehen werden müsse.

Unter dem 08.08.2002 hat Dr. H. erwidert, er habe seine Reserviertheit gegen die apodiktische Zusammenhangserklärung von Seiten Dr. L. in seinem Gutachten deutlich zum Ausdruck gebracht. Ob man einen Unfallzusammenhang anerkennen sollte oder nicht, sei eine rechtliche Entscheidung. Da ein subdurales Hämatom durchaus durch ein Bagateltrauma veranlasst sein könne, bestehe nie die Möglichkeit, zu einem Wochen zurückliegenden Bagateltrauma mit der geforderten Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang herzustellen. Man könne lediglich "nicht ausschließen", dass dieses oder jenes Bagateltrauma die Ursache gewesen sei. Millionen und Abermillionen Bagateltraumen des Schädels ereigneten sich, ohne dass es zu einem chronischen Subduralhämatom komme. Deshalb müsse man auch eine ganz besondere Disposition eines Verletzten annehmen. Oft finde sich ein Diabetes Mellitus, ein höheres Alter oder ein Alkoholabusus. All dieses liege aber bei dem Kläger offensichtlich nicht vor. Jedes andere, ähnliche Bagateltrauma zu Hause hätte ebenfalls zu einem Subduralhämatom führen können. Es sei aber nicht anzunehmen, dass der Kläger ein weiteres Trauma verschwiegen habe, als er am 14.06.1999 in die Neurologische Klinik eingewiesen worden sei. Auch nach seinem Empfinden sei die von ihm geschätzte MdE von 20 v. H. zu hoch. Nach den in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Richtlinien gelte aber auch nach dreijähriger Anfallsfreiheit, aber bei weiterer antiepileptischer Therapie eine MdE von 20 v. H.

Mit Urteil vom 18.12.2002 hat das SG dem Kläger am 20. und der Beklagten am 23.01.2003 zugestellt. Das SG hat die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide, den Zustand nach Operation eines chronisch subduralen Hämatoms mit dreimaligen fokalen Anfällen im Juni 1999 als Folge des Arbeitsunfalls vom 22.01.1999 anzuerkennen. Im Übrigen wies es die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es aus, insbesondere aufgrund der Angaben der Zeugin D. sei es davon überzeugt, dass der Kläger im Januar 1999 einen Arbeitsunfall erlitten habe, als eine Krankette an seinem Arbeitsplatz an seine linke Kopfseite angestoßen sei. Die Zeugin sei insbesondere deshalb glaubhaft, weil sie geschildert habe, dass nicht etwa der Kläger mit dem Anliegen einer Zeugenaussage auf sie zugekommen sei, sondern vielmehr ihn die Zeugin erst selbst wieder daran erinnert habe, dass er bereits vor der stattgefundenen Operation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Ereignis ihr gegenüber davon berichtet habe. Gegen das Vorliegen eines Arbeitsunfalls spreche auch nicht, dass der Kläger weder gegenüber Kollegen noch gegenüber dem Arbeitgeber einen Unfall gemeldet habe, da es nachvollziehbar sei, dass der Kläger, der die weitere Entwicklung nicht habe kennen können, den Vorfall, der lediglich zu einer Beule am Kopf geführt habe, nicht für meldenswert gehalten habe. Als Folge des Arbeitsunfalls habe sich das chronische subdurale Hämatom fronto-parietal links sowie das diskrete subdurale Hämatom rechts entwickelt, was zu der Operation im Juni 1999 geführt habe. Auch die dreimaligen fokalen Anfälle seien Unfallfolgen. Im Falle des Klägers bestünden keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass er ein Trauma im privaten Bereich verschwiegen hätte. Nur dann, wenn genügend Anhaltspunkte dafür bestünden, dass ein weiteres Trauma tatsächlich stattgefunden habe, könne dieses in die Kausalitätsbetrachtung miteinbezogen werden. Soweit Dr. H. die unfallbedingte MdE wegen des Anfallsleidens bis einschließlich Oktober 2003 auf 20 v. H.

eingeschätzt habe, vermöge ihm die Kammer jedoch nicht zu folgen. Im Falle des Klägers habe nämlich lediglich Dr. G. im Rahmen seiner Untersuchungen im Juli 1999 im EEG flüchtige, angedeutete, hypersynchrone Potenziale, keinen konstanten Herdbefund und somit ein leicht pathologisches EEG feststellen können. Im Arztbrief vom November 1999 berichte Dr. G. noch von einem leichten Herdbefund links temporal, aber nicht von Krampfpotenzialen. Bei den Begutachtungen durch Dr. S. vom 08.06.2000 und durch Dr. H. am 06.02.2002 habe sich ein normales Alpha-EEG, kein Herd sowie insbesondere kein Hinweis für Krampfpotenziale oder einen Krampfherd gefunden. Deshalb sei für die Kammer weder die Notwendigkeit weiterer antikonvulsiver Behandlungen noch eine MdE um 20 v. H. nachvollziehbar.

Hiergegen haben der Kläger am 11.02.2003 und die Beklagte am 20.02.2003 Berufung eingelegt. Der Kläger trägt vor, die Feststellungen des SG reichten nicht aus, um bei ihm Unfallfolgen mit einer MdE um wenigstens 20 v. H. auszuschließen. Vielmehr hätte sich das SG von Amts wegen gedrängt fühlen müssen, den behandelnden Neurologen Dr. G. als sachverständigen Zeugen zu den Fragen zu hören, ob bei ihm ein pathologisches EEG sowie Krampfpotenziale vorliegen und ob antikonvulsive Behandlung weiterhin erforderlich sei. Im Übrigen habe Dr. H. trotz Kritik in der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. an seiner Beurteilung festgehalten, dass die unfallbedingte MdE bis einschließlich Oktober 2003 mit 20 v. H. einzuschätzen sei. Er habe seinen Arbeitskollegen S. deshalb nicht sofort darauf hingewiesen, dass dieser ihm einen Kranhaken an den Kopf geschoben habe, weil dieser ein guter Mensch sei und er gedacht habe, es sei nicht so schlimm. Er habe zunächst auch seiner Frau nichts von dem Unfall erzählt und der Zeugin D. nur spontan auf ihre Frage hin berichtet. Da auch die Beklagte keine Zweifel an der Richtigkeit der Aussage der Zeugin D. habe, müsste sie folgerichtigerweise auch davon ausgehen, dass sich der Unfall vom Januar 1999 in der von ihm angegebenen Art und Weise ereignet habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.12.2002 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom Januar 1999 Verletztenteilrente nach einer MdE um mindestens 20 v. H. zu gewähren, ferner die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 18.12.2002 insoweit aufzuheben, als sie unter Aufhebung des Bescheids vom 18.01.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.05.2000 verurteilt worden ist, den Zustand nach Operation eines chronisch subduralen Hämatoms mit dreimaligen fokalen Anfällen im Juni 1999 als Folge des Arbeitsunfalls vom Januar 1999 anzuerkennen, ferner die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt vor, das SG habe die gegen das Vorliegen des nachträglich behaupteten Arbeitsunfalles vom Januar 1999 sprechenden Umstände mit dem Hinweis

abgetan, es sei nachvollziehbar, dass der Kläger den Vorfall nicht für meldenswert gehalten habe. Gänzlich übergangen habe es die von der Tochter des Klägers stammende Aussage gegenüber der Krankenkasse, derzufolge der Unfall dem Meister, Herrn Z. gemeldet worden sein sollte, was sich als ebenso unzutreffend herausgestellt habe, wie die Behauptung des Klägers in seinem an sie, die Beklagte, gerichteten Schreiben vom 09.08.1999, er habe den Unfall einem Mitarbeiter seiner Abteilung gemeldet, dieser Mitarbeiter habe den Inhalt dieses Gesprächs weitergeleitet. Aus dem Schreiben des Arbeitgebers vom 11.10.1999 gehe zweifelsfrei hervor, dass keine der angeblich vorgenommenen Meldungen erfolgt sei. bergangen habe das SG ferner auch den Umstand, dass der Kläger am 01.02.1999 und damit zeitnah zu dem später behaupteten Arbeitsunfall sich bei seiner Hausärztin, Frau Dr. Z., vorgestellt habe, dort aber keine Angaben über den später behaupteten Arbeitsunfall gemacht habe, obwohl er u. a. ber Kopfschmerzen geklagt habe. Entsprechende Angaben wären umso mehr zu erwarten gewesen, als der Unfall ja wenige Tage vorher Gegenstand eines Gespräch zwischen dem Kläger und der Zeugin D. gewesen sein sollte und dem Kläger deshalb am 01.02.1999 noch Erinnerung hätte sein massen. Insgesamt seien die vom Kläger gemachten Angaben, denen zufolge niemand den Unfall beobachten oder auf andere Weise wahrnehmen konnte, wenig plausibel und machten die Einvernahme des Arbeitskollegen des Klägers, der mit ihm in nächster Nähe gearbeitet haben sollte, zwingend erforderlich. Da bereits das Vorliegen eines Arbeitsunfalles nicht erwiesen sei, erübrige sich aus ihrer Sicht eine Diskussion über die Höhe der unfallbedingten MdE. Unterstelle man das Vorliegen eines Arbeitsunfalls, so sei auf die insoweit zutreffenden Ausführungen des SG auf S. 8/9 des angefochtenen Urteils zu verweisen.

Der Berichterstatter hat den Kläger am 02.12.2003 angehört und den Arbeitskollegen S. als Zeugen vernommen. Der Kläger hat u. a. angegeben, er habe im Juli 1999, nämlich zwei Tage nach seiner Operation, im Betrieb angerufen und den Unfall vom Januar Herrn S. geschildert mit der Bitte, dies dem Meister, Herrn Z. zu melden. In der Praxis Z. habe er am 01.02.1999 deshalb keine Angaben zum Unfall gemacht, weil er den Vorfall vergessen gehabt habe. Jedoch seien seine Beschwerden dann so schlimm gewesen, dass er bis Juni 1999 nur insgesamt ca. 6 Wochen gearbeitet habe. Von der Praxis Z. sei er an den Orthopeden R. verwiesen worden, der seine Beschwerden als Folge eines Wirbelsulensyndroms diagnostiziert und behandelt habe. Der Zeuge S. hat erklärt, während der Arbeit im Januar 1999 seien der Kläger und er jeweils mit dem Racken zueinander gestanden. Er habe deshalb von dem vom Kläger behaupteten Sachverhalt  Aufprall eines Krankhakens an seine linke Kopfseite  nichts mitbekommen.

Am 19.05.2004 führte ein Vertreter des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) der Beklagten in Anwesenheit des Klägers und einer seiner Prozessbevollmächtigten, eines weiteren Vertreters der Beklagten und zweier Angehöriger der Arbeitgeberfirma eine Besichtigung des Arbeitsplatzes durch, den der Kläger im Januar 1999 inne hatte. Dabei wurde unter allen Teilnehmern Einigkeit darüber erzielt, dass es in der vom Kläger beschriebenen Arbeitssituation durchaus möglich gewesen sei, dass er von einem schaukelnden Kranhaken am Kopf getroffen wurde, dass über die Schwere des Aufpralls aber nur spekuliert werden

kÄ¶nne. Ebenfalls wurde Einigkeit darÄ¶ber erzielt, es sei vorstellbar, dass weder der in unmittelbarer NÄ¶he zum KlÄ¶ger arbeitende Arbeitskollege S. noch weitere Arbeitskollegen den behaupteten Unfall bemerkt hÄ¶tten.

Der Senat hat zuletzt Dr. G. schriftlich als sachverstÄ¶ndigen Zeugen gehÄ¶rt. In seiner Auskunft vom 08.11.2004 hat er Ä¶ber seine Behandlung vom 29.06.1999 bis zuletzt 13.08.2004 berichtet. Unter anderem hat er angegeben, das EEG vom 29.06.1999 habe zwar einen regelmÄ¶ßigen occipitalen Alphagrundrhythmus gezeigt. Jedoch seien inkonstant eingestreut links temporal angedeutete Spike-Wave-Komplexe gewesen. Bei mehreren spÄ¶teren Kontrolluntersuchungen habe sich unverÄ¶ndert ein normaler Alphagrundrhythmus gezeigt, jedoch ein leichter Herdbefund langsamerer und unregelmÄ¶ßigerer Thetawellen links temporal. Unter Hyperventilation sei der Herdbefund deutlicher gewesen. Seines Erachtens bestehe auf neurologischem Gebiet eine posttraumatische Epilepsie mit einfach fokalen AnfÄ¶llen, die durch entsprechende Medikamente vollstÄ¶ndig unterdrÄ¶ckt wÄ¶rden.

Der Vorsitzende hat die Sach- und Rechtslage am 04.05.2006 mit den Beteiligten erÄ¶tert. Diese haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mÄ¶ndliche Verhandlung einverstanden erklÄ¶rt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Akten des Senats, des SG und auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄ¶nde:

Die form- und fristgerecht eingelegten Berufungen beider Beteiligter, Ä¶ber die der Senat mit der Zustimmung der Beteiligten gemÄ¶ß [Ä¶ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes ohne mÄ¶ndliche Verhandlung entschieden hat, sind zulÄ¶ssig. BerufungsausschließungsgrÄ¶nde nach [Ä¶ 144 SGG](#) stehen ihnen nicht entgegen.

Gem. [Ä¶ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) haben Versicherte, deren ErwerbsfÄ¶higkeit infolge eines Versicherungsfalls Ä¶ber die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

VersicherungsfÄ¶lle der gesetzlichen Unfallversicherung sind ArbeitsunfÄ¶lle und Berufskrankheiten ([Ä¶ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). ArbeitsunfÄ¶lle sind UnfÄ¶lle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [Ä¶ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begrÄ¶ndenden TÄ¶tigkeit (versicherte TÄ¶tigkeit). UnfÄ¶lle sind zeitlich begrenzte von auÄ¶en auf den KÄ¶rper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod fÄ¶hren ([Ä¶ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Ist die ErwerbsfÄ¶higkeit infolge mehrerer VersicherungsfÄ¶lle gemindert und erreichen die VomhundertsÄ¶tze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht fÄ¶r jeden, auch fÄ¶r einen frÄ¶heren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berÄ¶cksichtigen sind, wenn sie die

Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern ([Â§ 56 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB VII](#)). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174, 178](#); BSG [SozR 2200 Â§ 581 Nr. 22](#)). Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis, die Primärschädigung wie auch die konkrete Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Gesundheitsstörung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen dem Unfall und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingte Schädigung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht ([BSGE 58, 80, 82](#); [61, 127, 129](#); BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 – [B 2 U 29/99 R](#) – m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285, 286](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277, 278](#)). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220, 222](#); BSG, Urt. v. 2. Mai 2001 – [B 2 U 18/00 R](#) –, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. [BSGE 6, 70, 72](#); BSG [SozR 3-2200 Â§ 548 Nr. 11 S. 33](#)).

Für die Bewertung der unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26. Juni 1985 – [2 RU 60/84](#) –, in: [SozR 2200 Â§ 581 RVO Nr. 23](#) m.w.N.; BSG, Urt. vom 19. Dezember 2000 – [B 2 U 49/99 R](#) –, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlussige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach

unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, Az. [2 BU 101/89](#) -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Danach erweist sich die Berufung des Klägers als teilweise begründet, die Berufung der Beklagten dagegen als unbegründet.

Ebenso wie das SG ist auch der Senat davon überzeugt, dass der Kläger in der dritten Januarwoche 1999 einen Arbeitsunfall erlitten hat, als eine Krankette oder der daran befindliche Krankhaken an seine linke Kopfseite angestochen ist. Ihre hiergegen vor allem im Schriftsatz vom 28.05.2003 erhobenen Einwendungen hält die Beklagte nur noch zum Teil aufrecht. Insbesondere räumt sie jetzt ein, dass es durchaus vorstellbar ist, dass weder der in unmittelbarer Nähe zum Kläger arbeitende Arbeitskollege S. noch weitere Arbeitskollegen den vom Kläger angegebenen Unfall bemerkt haben. Aufgrund der Vernehmung des Zeugen S. vom 02.12.2003 und der Arbeitsplatzbesichtigung vom 19.05.2004 steht fest, dass der Zeuge S. bei der Durchführung seiner beruflichen Tätigkeit üblicherweise mit dem Rücken zum Kläger stand und dass die den Arbeitsplatz des Klägers umgebenden Arbeitsplätze auch zur Zeit des angegebenen Unfalls nur sporadisch besetzt gewesen sind. Außerdem herrscht in der Produktionshalle, in der sich der frühere Arbeitsplatz des Klägers befindet, ein Maschinenarm, der so erheblich ist, dass es durchaus vorstellbar ist, dass in normaler Lautstärke geäußerte, verbale Schmerzäußerungen des Klägers ungehört geblieben sind. Auch die in der Berufungsbegründung aufgestellte Behauptung der Beklagten, es sei schlichtweg nicht vorstellbar, dass der Arbeitsplatz des Klägers für den Kollegen S. nicht einsehbar gewesen sei, wurde durch dessen Vernehmung und die Arbeitsplatzbesichtigung widerlegt. Bei der Arbeitsplatzbesichtigung hat sich ferner bestätigt, dass der auf den vom Kläger im Erörterungstermin vom 21.02.2001 vorgelegten Fotografien abgebildete Krankhaken am unteren Ende einer Kette hängt, die ihrerseits an einem schwenkbaren Metallarm angebracht ist. Die Schwenkbarkeit des Metallarms ermöglicht die flexible Benutzung der gesamten Hebevorrichtung in einem Radius, der sowohl den gesamten Arbeitsbereich des Klägers als auch den gesamten Arbeitsbereich des Arbeitskollegen S. abdeckte. Um den Zugriff auf die Hebevorrichtung vollständig zu gewährleisten, wird diese durch ein entsprechendes Zurückschieben des Auslegers in eine Art "Mittelstellung" gebracht, was dazu führt, dass ein "Schaukeln" des häufig freihängenden Krankhakens in Gang gesetzt wird. Damit ist erwiesen, dass sich der Unfall so zugetragen haben kann, wie er vom Kläger geschildert worden ist.

Durch die geschilderten Beweisergebnisse des Berufungsverfahrens wird auch die vor dem SG gemachte Zeugenaussage der Zeugin D. zusätzlich bestätigt. Auch die Beklagte zieht ausweislich ihres Schriftsatzes vom 24.02.2005 die Richtigkeit ihrer Aussage nicht mehr in Zweifel. Entgegen dem Vortrag der Beklagten im Berufungsbegründungsschriftsatz vom 28.05.2003 vermag der Senat in den

Angaben des Klägers keine Widersprüche zu erkennen, die Zweifel an der Richtigkeit seiner Unfallschilderung zurückschicken würden. Insbesondere hat die Tochter des Klägers, Frau J., keineswegs erklärt, der Meister Z. sei unmittelbar nach dem Unfall vom Januar 1999 verständigt worden. Sie hat vielmehr über den Zeitpunkt dieser Verständigung keine Angaben gemacht. Berücksichtigt man den Inhalt des Schreibens des Klägers vom 09.08.1999 (Bl. 28/29 BG-Akte), so wird deutlich, dass sie von einem Telefonat berichtet hat, das ihr Vater nach seinen Angaben nach der Operation mit dem Arbeitgeber geführt hat. Zwar hat der Kläger angegeben, er habe, da sein Vorgesetzter, Herr Z., nicht zu sprechen gewesen sei, das Gespräch mit Herrn L. geführt, jedoch begründet diese "Unschärfe" keine grundsätzlichen Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des Klägers. Dagegen spricht auch nicht das Schreiben der Maschinenfabrik L. vom 11.10.1999, weil die Aussage, dass die geschilderten Unfallereignisse, die im Dezember 1998 und im Januar 1999 während der Arbeit vorgekommen seien sollten, dort nicht bekannt seien und auch nicht gemeldet worden seien, auch auf die Zeit zwischen Januar 1999 und der Operation im Juni 1999 bezogen werden kann. Unrichtig ist jedenfalls die Behauptung der Beklagten, der Kläger habe zunächst "definitiv behauptet, den Unfall gemeldet zu haben" und erst später, nachdem sich seine diesbezügliche Behauptung als unzutreffend erwiesen habe, angegeben, den Unfall weder gegenüber Kollegen, noch gegenüber seinem Arbeitgeber angezeigt zu haben.

Gegen die Glaubwürdigkeit des Klägers spricht nach Auffassung des Senats auch nicht, dass er gegenüber dem Allgemeinmediziner Dr. Z., den er am 01.02.1999 aufgesucht hat, nichts von dem Schlag mit einer schaukelnden Krankette erzählt hat. Zum Einen waren die damals vorhandenen Kopfschmerzen des Klägers sowie Müdigkeit und Vergesslichkeit nicht der einzige Anlass für diesen Arztbesuch. Ausweislich der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 02.02.1999 lag damals auch ein akuter Virusinfekt sowie ein Begleitinfekt der oberen Luftwege bei Asthma bronchiale vor. Außerdem hält der Senat für glaubhaft, dass der Kläger lange Zeit gar nicht auf den Gedanken gekommen ist, seine Kopfschmerzen könnten von dem Vorfall vom Januar 1999 herrühren, weil er diesem keine Bedeutung beigemessen hat. Hiermit stimmt sein Verhalten gegenüber den Arbeitskollegen und seiner Ehefrau völlig überein, denen er ebenfalls nichts von dem Unfall erzählt hat. Dazu passt auch, dass der Kläger sich erst auf die Frage von Dr. F., ob er sich in den letzten Monaten den Kopf angestoßen habe, wieder an den Unfall vom Januar 1999 erinnert hat. Ungewöhnlich erscheint allenfalls, dass der Kläger den Zeugen S. nicht sofort darauf hingewiesen hat, der von diesem "zurückgeschickte" Kranhaken habe ihn am Kopf getroffen. Der Kläger hat sein Verhalten am 02.12.2003 mit dem Satz erklärt "der Zeuge ist ein guter Mensch und ich habe gedacht, es sei nicht so schlimm". Der Senat hält nach den Gesamtumständen für glaubhaft, dass der Kläger dem Zeugen S. deshalb keine Vorhaltungen gemacht hat, um das kollegiale Verhältnis nicht zu belasten. Ebenso wie das SG hält der Senat den Kläger auch deshalb für glaubhaft, weil er die Zeugin D. nach seiner Operation nicht etwa aufgesucht hat, um sie zu einer Zeugenaussage zu veranlassen, sondern vielmehr von der Zeugin an den berichteten Unfall erinnert wurde, nachdem er ihr von seiner Operation erzählt hatte. Der Arbeitsunfall vom Januar 1999 ist nach alledem nachgewiesen.

Das angefochtene Urteil ist auch nicht deshalb zu beanstanden, weil die Beklagte verurteilt worden ist, den Zustand nach Operation eines chronisch-subduralen Hämatoms mit dreimaligen fokalen Anfällen als Unfallfolge anzuerkennen. Hierfür konnte sich das SG auf die Gutachten von PD Dr. L. und Dr. H. stützen. Insbesondere bedarf es zur Entstehung eines chronischen subduralen Hämatoms keines besonders schwerwiegenden Kopftraumas. Auch ausgesprochene Bagateltraumata können zu chronischen Subduralhämatomen führen, z. B. das Anstoßen mit dem Kopf an einen Schrank oder an einer Schublade beim Aufrichten vom Boden, wie Dr. H. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 08.08.2002 schlüssig dargelegt hat. Es bedarf deshalb auch keiner genaueren Feststellungen, mit welcher Wucht der Kranhaken an der linken Kopfseite des Klägers angestoßen ist. Dass der Kläger nur eine kleine Beule davongetragen und bis zum Arbeitsende weiter gearbeitet hat, lässt immerhin den Schluss zu, dass der Anprall nicht allzu stark gewesen sein kann. Andererseits war er geeignet, ein subdurales Hämatom hervorzurufen.

Nach der Überzeugung des Senats ist die Entstehung des subduralen Hämatoms ausgehend von der im Unfallversicherungsrecht maßgeblichen Kausallehre der wesentlichen Bedingung mit der geforderten Wahrscheinlichkeit auf das Trauma vom Januar 1999 zurückzuführen. Es fehlt jeder Anhaltspunkt dafür, der Kläger habe ein anderes Bagateltrauma des Schädels erlitten, das ebenfalls als Ursache des Hämatoms in Betracht käme. Mit Sicherheit hat er kein weiteres Trauma verschwiegen, als er am 14.06.1999 in die Neurochirurgische Klinik eingewiesen wurde. Dagegen sprechen entscheidend Art und Verlauf der seit dem 01.02.1999 durchgeführten ärztlichen Behandlungen. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass als Ursache der vom Kläger angegeben Kopfschmerzen vor allem eine "Migräne cervicale" und ein von der Halswirbelsäule herrührendes Cervicalsyndrom vermutet wurde, das auch Anlass für die Überweisung an den Orthopäden Dr. R. gegeben hat. In seinem Arztbrief vom 05.05.1999 hat Dr. R. auch die Diagnose eines "rezidivierenden cervikal- und cervicocephalen Syndroms" gestellt, die deshalb nahe lag, weil der Kläger ausweislich des Vorerkrankungsverzeichnisses der BKK schon seit 1980 mehrmals unter HWS-Syndromen gelitten hatte und weil er deswegen schon 1992 in der Behandlung von Dr. R. gestanden hatte. Würde dem Kläger bewusst gewesen, ein Schädeltrauma erlitten zu haben, das als Ursache seiner Beschwerden in Betracht komme, so hätte er sicher gegenüber den behandelnden Ärzten auch dann darauf hingewiesen, wenn es sich im privaten Bereich ereignet hätte. Ebenso kann man ausschließen, dass der Kläger auf die Frage von Dr. F., ob er sich den Kopf angestoßen habe, zunächst versicherungsrechtliche Überlegungen dahingehend angestellt hat, welche privaten und beruflichen Vorkommnisse er insoweit benennen könne.

Mit Dr. H. geht zwar auch der Senat davon aus, dass der Kläger eine bestimmte Disposition gehabt haben muss, um nach dem relativ geringfügigen, vordergründig nur zu einer kleinen Beule führenden Trauma ein chronisches Subduralhämatom entwickeln zu können. Denn Millionen und Abermillionen Bagateltraumen des Schädels ereignen sich, wie Dr. H. einleuchtend dargelegt hat und wie dies jedem Laien bekannt ist, ohne dass sich daraus ein

Subduralhämatom entwickelt. Die aus diesem Umstand abzuleitende besondere Disposition des Klägers schließt jedoch die Bejahung des ursächlichen Zusammenhangs keineswegs aus. Jeder Versicherte ist nämlich in der gesetzlichen Unfallversicherung in dem konkreten Gesundheitszustand versichert, in dem er sich im Unfallzeitpunkt befindet. Dieser Grundsatz wird nur dadurch eingeschränkt, dass eine betriebliche Ursache als unwesentlich zurücktritt, wenn eine sog. innere Ursache als allein wesentliche Ursache entweder für den Unfall mit der dabei erlittenen Primärschädigung oder für die Art und Schwere der aus der Primärverletzung folgenden Gesundheitsstörung anzusehen ist. Auch eine Krankheitsanlage schließt danach einen Unfallzusammenhang allein nicht aus, es sei denn, sie war schon vor dem Unfall so leicht ansprechbar, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220](#) ff.). Ein wertender Vergleich zwischen der Bedeutung betriebsbedingter Ursachen und der Bedeutung einer inneren Ursache ist jedoch nur unter der Voraussetzung möglich und geboten, dass eine konkrete innere Ursache im Sinne des Vollbeweises, d. h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (vgl. [BSGE 61, 127, 130](#)). Im vorliegenden Fall hat Dr. H. als innere Ursachen einen Diabetes Mellitus, höheres Alter und einen Alkoholabusus in Erwägung gezogen, jedoch hierfür keine Anhaltspunkte gefunden. Für das bei dem Kläger aufgetretene subdurale Hämatom kommt deshalb ausschließlich der betrieblich bedingte Anprall des Kranhakens an die linke Kopfseite in Betracht. Hiergegen spricht auch entgegen der von der Beklagten im Bescheid vom 18.06.2000 geäußerten Vermutung nicht der Umstand, dass der Kläger nicht nur auf der linken Kopfseite ein erhebliches subdurales Hämatom aufwies, sondern auch rechts ein allerdings diskretes subdurales Hygrom. Wie PD Dr. L. nämlich überzeugend dargelegt hat, muss der Ort der Traumatisierung mit der lokalen Ausbildung des chronischen Hämatoms nicht zusammenfallen.

Aufgrund des Gutachtens von Dr. H. hat sich der Senat ferner davon überzeugt, dass sich bei dem Kläger nach der Operation vom 15.06.1999 drei fokale epileptische Anfälle eingestellt haben und dass diese ebenso wie das subdurale Hämatom in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Schädeltrauma vom Januar 1999 zu sehen sind. Zwar hat der behandelnde Neurologe Dr. G. ausweislich seines Arztbriefs vom 01.07.1999 zunächst differenzialdiagnostisch auch flüchtige cerebrale ischämische Attacken als Ursache der vom Kläger angegebenen drei anfallsartigen Taubheitsgefühle in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm in Betracht gezogen. Die von ihm durchgeführte Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien hat jedoch keine Hinweise auf hämodynamisch wirksame Einengungen oder einen Gefäßverschluss der Carotiden beiderseits ergeben. Da Dr. G. andererseits im EEG flüchtige, angedeutete, hypersynchrone Potenziale vorgefunden hat, sprach mehr für das Vorliegen einer von ihm im Befundbericht vom 08.11.1999 so diagnostizierten symptomatischen Epilepsie mit einfach-fokalen Anfällen. Diese Diagnose hat auch Dr. H. nicht in Zweifel gezogen. Dr. H. hat hiergegen vor allem als Psychiater argumentiert, ohne sich jedoch mit dem EEG-Befund als solchem auseinander zu setzen. Fest steht ferner, dass abgesehen von den drei Anfällen, die noch Ende Juni 1999 nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgetreten sind, keine

weiteren Anfällen mehr dazugekommen sind. Als Folge des operierten Subduralhämatoms hat Dr. H. keinerlei neurologische Regelwidrigkeiten, sondern nur noch den typischen Bohrlochdefekt mit einer hierdurch bedingten MdE von weniger als 10 v. H. beschrieben. Für die Höhe der unfallbedingten MdE kommt es mithin ausschließlich auf das Anfallsleiden an. Nach Überzeugung des Senats ist die hierdurch bedingte MdE für die Zeit bis einschließlich Oktober 2002 mit 20 v. H. zu bewerten. Die Schätzung der MdE bei traumatischen Anfallsleiden bewegt sich naturgemäß innerhalb eines relativ weiten Rahmens. Zu berücksichtigen sind die Art, Dauer und Häufigkeit der Anfälle, das Verhalten nach den Anfällen und der Zustand während der anfallfreien Periode (Schäferberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 287). Als Mindestsatz bei isoliertem Vorkommen von cerebralen Anfällen nach Schädelhirnverletzungen hat sich in der sozialmedizinischen Literatur der Wert von 20 v. H. durchgesetzt. Er ist nach drei Jahren Anfallsfreiheit bei weiterer Notwendigkeit antikonvulsiver Behandlung (wegen fortbestehender Anfallsbereitschaft) anzunehmen. Ein Anfallsleiden gilt als abgeklungen, wenn ohne Medikation drei Jahre Anfallsfreiheit besteht und das EEG keine Zeichen einer erhöhten Bereitschaft zu Anfällen mehr erkennen lässt (Schäferberger/Mehrtens/Valentin, aaO S. 289; Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Auflage, S. 147; Kasskomm-Ricke, Randziff. 51 zu [§ 56 SGB VII](#)). Im Falle des Klägers ist zu beachten, dass er nie generalisierte epileptische Anfälle erlitten hat und zwar weder im Sinne eines Grand mal (Krampfanfall mit Bewusstseinsstörung) noch im Sinne von primär generalisierten Petit-Anfällen (kleine Anfälle mit Bewusstseinsstörung), sondern lediglich fokale, also durch einen bestimmten Herd bedingte Anfälle, die nicht zu einem Bewusstseinsverlust oder einer Bewusstseinsstörung, sondern nur zu anfallsartigen Taubheitsgefühlen in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm geführt haben. Mit dieser relativ blanden Form der Anfälle stimmt überein, dass Dr. G. bei seinen Untersuchungen im Juli 1999 im EEG nur flüchtige, angedeutete, hypersynchrone Potenziale und keinen konstanten Herdbefund vorgefunden hat. In seinem Arztbrief vom 08.11.1999 hat Dr. G. ferner berichtet, der Kläger habe nach seinen Angaben eigentlich keine wesentlichen Beschwerden mehr, Anfälle seien nicht mehr aufgetreten. Er habe auch keine neurologischen Ausfälle mehr. Der Senat hält daher für überzeugend, dass Dr. H. die durch das Anfallsleiden bedingte MdE lediglich mit 20 v. H. eingeschätzt hat, wobei er sich ausweislich seiner ergänzenden Stellungnahme vom 08.08.2002 hierbei weniger von der gegebenen funktionellen Einschränkung als von den in der sozialmedizinischen Literatur maßgeblichen Richtlinien hat leiten lassen. Der Senat sieht anders als das SG keinen hinreichenden Anlass, diese Richtlinien im vorliegenden Fall außer Acht zu lassen, da diese keine "Geringfügigkeitsgrenze" kennen.

Die unfallbedingte MdE von 20 v. H. kann jedoch nur bis einschließlich Oktober 2002 beibehalten werden. Bei seiner eigenen Untersuchung des Klägers am 06.02.2002 fand Dr. H. ein normales Alpha-EEG und keinen Herd, insbesondere keine Hinweise für Krampfpotenziale oder einen Krampfherd, vor. Ausweislich des den Rentenakten entnommenen EEG-Befundes von Dr. S. vom 08.06.2000 hat dieser schon zu diesem Zeitpunkt ein normales Alpha-EEG ohne Herdstörung und

ohne Seitendifferenz, mithin ohne pathologisch wertbaren Befund erhoben. Aufgrund des Arztbriefs Dr. G. vom 08.11.1999 geht der Senat ebenso wie Dr. H. davon aus, dass ab November 1999 von einer erfolgreichen Behandlung des Anfallsleidens ausgegangen werden kann. Diese Schlussfolgerung wird durch den Befundbericht Dr. G. vom 08.11.2004 bestätigt. Er hat darin ausgeführt, dass sich bei mehreren, nach dem 29.06.1999 durchgeführten späteren Kontrolluntersuchungen unverändert ein normaler Alpha-Grundrhythmus im EEG gezeigt habe. Anders als Dr. S. und Dr. H. hat er allerdings weiterhin einen "leichten Herdbefund" langsamerer und unregelmäßigerer Thetawellen links temporal" bejaht. In Anbetracht der Tatsache, dass zwei neurologische Sachverständige bei ihren Untersuchungen diesen Befund nicht bestätigen konnten, ist der Senat nicht überzeugt, dass nach dem 08.06.2000 bei dem Kläger noch ein signifikant pathologisches EEG vorlag. Damit erscheint aber auch die Notwendigkeit einer weiteren antikonvulsiven Behandlung fraglich. Auch Dr. H. ist offensichtlich von deren Notwendigkeit nicht überzeugt, da er sonst nicht zu dem Ergebnis hätte gelangen können, die MdE betrage ab November 2003 nur noch unter 10 v. H. Bei der Festlegung des Endzeitpunktes ist ihm allerdings, worauf die Beklagte im Schriftsatz vom 30.04.2002 zutreffend hingewiesen hat, ein Rechenfehler unterlaufen, da der 3-Jahres-Zeitraum nach Beendigung der erfolgreichen Behandlung im Oktober 1999 am 31.10.2002 abließ.

Der Rentenbeginn bestimmt sich grundsätzlich nach [Â§ 72 Abs. 1 SGB VII](#). Danach werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem 1. der Anspruch auf Verletztengeld endet, 2. der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist. Nicht geregelt ist jedoch der Fall, dass ein Arbeitsunfall zunächst nur eine geringfügige Verletzung ohne anschließende Arbeitsunfähigkeit oder rentenberechtigende MdE hervorgerufen hat, später jedoch eine zu einer rentenberechtigenden MdE führende Verschlimmerung eingetreten ist. Mit Ricke in KassKomm Randziff. 3 zu [Â§ 72 SGB VII](#) geht der Senat davon aus, dass entsprechend dem Sinngehalt von [Â§ 72 Abs. 1 SGB VII](#) dann, wenn infolge der Verschlimmerung Arbeitsunfähigkeit mit einem Anspruch auf Verletztengeld eintritt, die Rente entsprechend der Nr. 1 mit dem Ende des Verletztengeldanspruchs wegen der verschlimmerungsbedingten Arbeitsunfähigkeit beginnt, andernfalls analog der Nr. 2 mit dem Tag nach Eintritt der Verschlimmerung. Im vorliegenden Fall hat der Kläger zwar in der dritten Januarwoche 1999 neben der äußerlich erkennbaren Beule ein Schädelhirntrauma erlitten, das jedoch zunächst weder eine Arbeitsunfähigkeit noch eine rentenberechtigende MdE bedingt hat. Erst mit Herausbildung des hierdurch hervorgerufenen subduralen Hämatoms kam es zu einer Beschwerdesymptomatik, die Arbeitsunfähigkeit bedingt hat, sodass nach den dargelegten Grundsätzen die Analogie zu [Â§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) vorzunehmen ist und der Rentenanspruch erst am Tag nach Beendigung der verletzungsbedingten Arbeitsunfähigkeit beginnt. Ausweislich des Leistungsverzeichnisses der BKK vom 13.08.1999 und der aktenkundigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. Z. vom 22.07.1999 war der Kläger bis 23.08.1999 wegen des Zustands nach Operation des chronischen subduralen Hämatoms arbeitsunfähig krank. Da die Operation vom 15.06.1999 erfolgreich verlief und danach wie dargelegt lediglich das Anfallsleiden als einzige Unfallfolge

verblieb, endete die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mit dem 23.08.1999. Diese Beurteilung wird auch durch das Gutachten von PD Dr. L. gestützt, der in seiner Beurteilung ausgeführt hat, bis zur Operation und den folgenden acht Wochen habe die unfallbedingte MdE 80 v. H. betragen, danach werde ohne Berücksichtigung der von seiten der Neurologen zu beurteilenden Epilepsie kein Anhalt für eine MdE auf Dauer gesehen. Dem Kläger steht mithin Verletztenrente für die Zeit vom 24.08.1999 bis 31.10.2002 zu. Insoweit war der Berufung des Klägers stattzugeben. Soweit er darüber hinaus die Zahlung von Verletztenrente beantragt hat, war die Berufung zurückzuweisen.

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

Zur Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Erstellt am: 22.06.2006

Zuletzt verändert am: 21.12.2024