

Haftungsausfüllende Kausalität - Anlageleiden - Schadensanteil - Konkurrenzursache - Alles-oder-Nichts-Prinzip (§ 548 Abs. 1 Satz 1 RVO = § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII);
hier: Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 19.6.2002 - L 10 U 2069/98 - (rechtskräftig)

Das LSG Baden-Württemberg hat mit Urteil vom 19.6.2002
- L 10 U 2069/98 - (s. Anlage) Folgendes entschieden:

Orientierungssatz

Ergibt sich, dass der Gesundheitsschaden rechtlich wesentlich (hinreichend wahrscheinlich) sowohl auf die Krankheitsanlage wie auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist, so gilt, sofern man anlagebedingte und unfallbedingte Schadensanteile nicht abgrenzen kann, das sogenannte "Alles-oder-Nichts-Prinzip". Der Gesundheitsschaden ist dann (vorbehaltlich der übrigen gesetzlichen Voraussetzungen, wie einer rentenberechtigenden Erwerbsminderung) durch die Unfallversicherung zu entschädigen. Tritt der Arbeitsunfall jedoch gegenüber der - zum nicht versicherten privaten Lebensrisiko gehörenden - Krankheitsanlage deutlich in den Hintergrund, so hat er keinen rechtlich wesentlichen Ursachenbeitrag geleistet und es entstehen keine Entschädigungsansprüche gegen die gesetzliche Unfallversicherung.

Anlage

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 19.6.2002 - L 10 U 2069/98 -

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 15. Mai 1998 aufgehoben. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 8. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Juni 1996 verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 1994 (Akkommodationsstörungen beider Augen mit Kopf- und Augenschmerzen) Verletztenrente in Höhe von 30 v.H. der Vollrente zu gewähren. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen zu 2/3 zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt Verletztenrente wegen eines Arbeitsunfalls.

Der am _____ 1962 geborene Kläger (gelernter Kfz-Mechaniker; als Schwerbehinderter anerkannt, GdB 80 u.a. wegen Sehbehinderung) arbeitete als Aushilfskraft (Aushilfsfahrer) bei einer Spedition. Am 9. Juni 1994 erlitt er einen Arbeitsunfall. Beim Beladen eines LKW blieb er mit dem rechten Fuß in einem Loch auf der Ladefläche hängen, fiel gegen ein Drahtseil, wobei er sich an der Nase verletzte, und stürzte sodann nach hinten auf den Hinterkopf. Der Durchgangsarzt Prof. Dr. L. _____ (Unfallchirurg, Stadtkrankenhaus Memmingen) diagnostizierte eine Platzwunde über der Nasenwurzel, eine Schädelprellung, commotio cerebri (Bericht vom 10. Juni 1994) sowie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule mit Distorsion (Dr. F. _____, Facharzt für Chirurgie, Bericht vom 06. Juli 1994). Am 1. Juli 1994 wurde der Kläger als ab 3. Juli 1994 arbeitsfähig aus der ambulanten Behandlung entlassen; die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte Dr. F. _____ (Chirurg) auf 0 v.H. (Mitteilung vom 1. Juli 1994). Im neurologischen Befundbericht des Dr. J. _____ vom 1. Juli 1994 heißt es, der Kläger habe eine kurze initiale Amnesie bei dem Unfall angegeben; aus neurologischer Sicht sei er einige Tage arbeitsunfähig gewesen.

Das (letzte) Arbeitsverhältnis des Klägers wurde durch gerichtlichen Vergleich mit seinem Arbeitgeber vom 14. Juli 1995 aufgrund ordentlicher krankheitsbedingter Kündigung des Arbeitgebers zum 31. Dezember 1994 beendet, nachdem der Kläger bereits im November und Dezember 1994 nicht mehr gearbeitet hatte. In der Folgezeit bezog der Kläger zunächst Arbeitslosen- und sodann Krankengeld. Eine im Jahr 1999 vom Arbeitsamt Aalen durchgeführte Berufsfindungsmaßnahme musste vorzeitig beendet werden.

Nachdem der Kläger seine Arbeit am 4. Juli 1994 zunächst wieder aufgenommen hatte, stellte er sich erneut bei Dr. F.____ vor und klagte über Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme und Kribbelgefühl sowie über Schmerzen am Hinterkopf. Dr. F.____ diagnostizierte einen Zustand nach Distorsion der Halswirbelsäule als Folge eines Schleudertraumas und verordnete nach Abklingen der akuten Beschwerden krankengymnastische Übungen (Bericht vom 6. Juli 1994).

Auf die Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 11. Juli 1994 leitete die Beklagte das Feststellungsverfahren ein, in dem sie (u.a.) ein Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers und Berichte seiner behandelnden Ärzte einholte sowie neurologische und augenärztliche Gutachten erhob.

Dr. F.____ berichtete im Schreiben vom 14. September 1994, die Behandlung des Klägers sei noch nicht abgeschlossen. Der Kläger gebe an, bei anstrengender Tätigkeit und Konzentration bekomme er vermehrte Schmerzen im Nacken; außerdem habe er über Schmerzen im Augenbereich mit Sehbehinderung geklagt, weshalb er zum Augenarzt überwiesen worden sei. Einen Befund habe er, Dr. F.____, jedoch trotz mehrfacher Bitte nicht erhalten. Der Kläger habe indessen angegeben, nach Aussage seines Augenarztes beruhten die Beschwerden auf dem Unfall.

Im neurologischen Befundbericht des Dr. K.____ vom 5. Oktober 1994 heißt es, der Kläger habe über das Gefühl schlechteren Sehens (nach längerer Zeit) geklagt. Dr. K.____ fand keinen objektiven Befund, hielt die Beschwerden jedoch für glaubhaft.

Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T____ berichtete unter dem 17. Oktober 1994, der Kläger habe sich am 14. Oktober 1994 mit einem unauffälligen Computertomogramm des Schädels vorgestellt und angegeben, seine Sehschärfe lasse, verbunden mit Verschwommensehen, täglich für mehrere Stunden nach, was durch eine Brille nur wenig besser geworden sei. Am 4. November 1994 teilte Dr. F.____ der Beklagten mit, der Kläger sei ab 6. November 1994 arbeitsfähig; die MdE betrage 0 v.H..

Der Kläger legte einen Befundbericht des Augenarztes Dr. L.____ vom 6. Dezember 1994 vor. Dieser führte aus, der Kläger leide an einer latenten Hyperopie, zu deren Ausgleich eine entsprechende Brille verordnet worden sei. Bei dem Unfall (Schädelhirntrauma) habe es seines Erachtens eine Schädigung der sensorischen Fusion gegeben, was mit den Beschwerden des Klägers, die von Asthenopien oder Bildverzerrungen bis hin zu manifesten Doppelbildern reichten, korreliere. Eine neurologische Begutachtung sei sinnvoll.

Die Ärztin für Neurologie Dr. M.____-T.____ teilte in ihrem Gutachten vom 21. Februar 1995 mit, der Kläger habe beidseitiges Verschwommensehen, abhängig von seinem psychischen Befinden, vor allem bei Anstrengung oder Anspannung, angegeben. Beim

Fernsehen oder bei Arbeiten an einem Bildschirm trete dies schon nach ½ Stunde auf. Die Gutachterin diagnostizierte *restitutio ad integrum* nach *commotio cerebri* und Halswirbelsäulendistorsion. Unfallunabhängig bestünden (weiter abzuklärende) Sehstörungen. Derzeit lägen keine Unfallfolgen mehr vor. Die belastungsabhängigen und glaubhaft eingeschätzten Sehstörungen des Klägers hingen mit dem Arbeitsunfall nicht zusammen. Auf neurologischem Fachgebiet habe die MdE für das erste Halbjahr nach dem Unfall 50 v.H. betragen; jetzt sei die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht mehr gemindert.

Der Augenarzt Dr. Sch. _____ führte im Gutachten vom 29. März 1995 aus, der Kläger leide nach wie vor an starken Sehstörungen. Die Sehschärfe schwanke mit und ohne Brille sehr häufig und stark; außerdem habe der Kläger fast täglich frontale Kopfschmerzen im Stirnbereich. Ob dies Folge des Arbeitsunfalls sei, könne nicht mit Sicherheit beantwortet werden, weil der Kläger unter einer deutlichen latenten Hyperopie (Weitsichtigkeit) leide. Der latente nicht korrigierte Anteil der Weitsichtigkeit könne durchaus für sich allein Ursache der Beschwerden sein, weil eine latente Weitsichtigkeit bei zunehmendem Alter durch die kontinuierlich ständig nachlassende Akkomodationsfähigkeit der Augen schlechter kompensiert werde. Mittlerweile habe der Kläger eine stärkere Brille bekommen; man müsse abwarten, ob die Beschwerden - ständiges Tragen der Brille vorausgesetzt - jetzt nachließen. Es sei denkbar, dass das Dekompensieren der Selbstregulierung der latenten Weitsichtigkeit durch die Unfallbelastung (*commotio cerebri*) erst eingetreten oder verstärkt worden sei, und der Kläger seine latente Weitsichtigkeit ohne den Unfall noch länger hätte beschwerdefrei kompensieren können. Eine letztendliche Sicherheit, ob es zu Unfallfolgen im Bereich der Augen gekommen sei, gebe es somit sicher nicht. Der Kläger leide zusätzlich unter trockenen Augen beidseits, was die Beschwerden verkompliziere, zu zeitweiser Unschärfe aufgrund mangelhafter Befeuchtung der Horn- und Bindehaut führen und typischerweise ein Druckgefühl um beide Augäpfel verursachen könne. Die trockene Schleimhaut könne möglicherweise mit der chronischen Sinusitis des Klägers zusammenhängen. Eine abschließende Einschätzung sei erst später möglich; zunächst müsse man abwarten, ob die stärkere Brille bzw. eine Behandlung mit benetzenden Augentropfen Besserung bringe. Derzeit könne der Kläger nicht als Kraftfahrer arbeiten.

Der Augenarzt Dr. W. _____ (Chefarzt der Augenklinik im Bürgerhospital F. _____) führte in seiner gutachterlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 2. Mai 1995 aus, eine Gehirnerschütterung sei geeignet, Fusions- und Motilitätsstörungen hervorzurufen. Gleiches

gelte für die latente Weitsichtigkeit des Klägers. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die vorliegende Weitsichtigkeit angeboren und im Rahmen der Untersuchung nach dem Arbeitsunfall entdeckt worden. Das Tragen einer Brille müsste die Beschwerden mindern oder sogar ganz beseitigen. Ein Zusammenhang zwischen Gehirnerschütterung und trockenem Auge sei in höchstem Maße unwahrscheinlich. Indessen könne das Krankheitsbild des trockenen Auges wiederum deutliche Sehstörungen bereiten. Der Kläger erfülle nach Aktenlage die gesetzlichen Bestimmungen zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art.

Der Augenarzt Prof. Dr. D. _____ fand im Gutachten vom 13. September 1995 an beiden Augen eine durch die vorhandene Brille nur teilweise ausgeglichene gemischte Weitsichtigkeit und Stabsichtigkeit, eine minimale Schielneigung bei normalem beidäugigem Sehen, eine erhöhte Blendungsempfindlichkeit bei normalem Dämmerungssehen ohne Blendung und eine relative Benetzungsstörung der Hornhaut mit kleinen oberflächlichen Defekten und einer Hornhautnarbe am linken Auge. Der Kläger habe angegeben, erst seit dem Unfall unter Augenbeschwerden zu leiden. Er sehe in der Ferne und in der Nähe nach einiger Zeit sehr unscharf und bekomme Kopfschmerzen und Schwankschwindel. Die neu verordnete Brille habe nicht geholfen. Der Gutachter gelangte zu der Einschätzung, dass ein unfallbedingter Gesundheitsschaden nicht vorliege. Jedoch habe die Gehirnerschütterung die angeborene Weit- und Stabsichtigkeit für den Kläger bemerkbar gemacht (latente Hyperopie). Die Schielneigung und die Benetzungsstörung der Hornhaut beruhten nicht auf dem Arbeitsunfall.

Im von der Beklagten beigezogenen arbeitsamtsärztlichen Gutachten der Dr. W. _____ vom 29. April 1995 ist ausgeführt, bei dem Beschwerdebild des Klägers könnte es sich um eine Schädigung im Gehirn handeln, die die korrekte Verschmelzung der Bilder beider Augen beeinträchtigt; dieses sei jedoch nicht objektiv zu beweisen. Der Kläger sei arbeitsfähig, dürfe jedoch nicht für Fahrtätigkeiten eingesetzt werden und auch nicht für andere Tätigkeiten, die ein einwandfreies Sehvermögen erforderten, weder in der Nähe (Bildschirmtätigkeit) noch in der Ferne.

Mit Bescheid vom 8. November 1995 lehnte es die Beklagte ab, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 1994 Verletztenrente zu gewähren. Zur Begründung führte sie aus, der Unfall habe eine MdE in rentenberechtigendem Grade nicht hinterlassen. Nach dem Ergebnis der fachärztlichen Beurteilung seien die Sehstörungen des Klägers nicht

auf den Unfall zurückzuführen. Den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies die Widerspruchsstelle der Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 25. Juni 1996 zurück.

Am 11. Juli 1996 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Ulm, mit der er sein Begehren weiter verfolgte. Das Sozialgericht erhob auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Augenarztes Prof. Dr. H._____ vom 18. August 1997. Die Beklagte legte eine gutachterliche Stellungnahme ihres beratenden Arztes, des Augenarztes Dr. W._____, vom 29. Dezember 1997 vor.

Prof. Dr. H._____ diagnostizierte für beide Augen eine geringe Akkommodationsschwäche, Akkommodationsschwankungen, eine reduzierte Akkommodationsgeschwindigkeit, eine Tränenfilmstörung, cataracta subcapsularis posterior incipiens und Weit- und Stabsichtigkeit. Seit dem Unfall seien die vom Kläger beschriebenen Sehstörungen (Verschwommensehen) rückläufig, jedoch nach durchschnittlich 1- bis 2-stündiger anstrengender Tätigkeit im Nah- und Fernbereich noch immer rezidivierend, weshalb Tätigkeiten wie Lesen, Fernsehen oder Arbeiten am PC, Autofahren, abgebrochen werden müssten. Außerdem komme es zu Schmerzen im Augenbereich und zu Kopfschmerzen. Bei der Erhebung der Sehschärfe sei für Nähe und Ferne zunehmendes Verschwommensehen aufgefallen. Diese Sehstörungen seien beim Leseversuch reproduzierbar gewesen; die Neigung zum Verschwommensehen an beiden Augen korreliere auch mit der subjektiv gemessenen Akkommodationsschwäche und den Befunden der objektiven Akkommodometrie. Außerdem habe man beidseits eine reduzierte Naheinstellungsfähigkeit gemessen (rechts 4 dpt, links 4,5 dpt.). Akkommodationsschwankungen (Schwankungen der Naheinstellung) oder gar ein latenter Akkommodationsspasmus könnten daher die Sehstörungen (Verschwommensehen), die insbesondere bei anstrengender 1- bis 2-stündiger Tätigkeit aufträten, erklären.

Derartige Veränderungen seien nach Traumata, insbesondere nach Schädelhirntraumata, beschrieben, jedoch selten. Nach Literaturangaben sei als Ursache für Akkommodationsschwäche und Akkommodationsschwankungen an beiden Augen eine Fehlregulation der Akkommodation durch den Arbeitsunfall denkbar. In der Literatur würden insbesondere Hirnkontusionen und kraniocervikale Verletzungen als Ursachen für Akkommodationsstörungen angeführt. Ein Zusammenhang der Beschwerden des Klägers mit der bei dem Arbeitsunfall erlittenen Gehirnerschütterung und dem Schleudertrauma der Halswirbelsäule mit Distorsion sei daher durchaus möglich. Die Akkommodationsschwäche und die verminderte Akkommodationsgeschwindigkeit des Klägers entsprächen einer

vorgezogenen Presbyopie (Alterssichtigkeit) eines ungefähr 40jährigen. Die Akkommodationsschwankungen hätten sich als reproduzierbar erwiesen. Zwar sei eine Unterscheidung zwischen echten und vorgetäuschten Akkommodationsschwankungen nicht möglich; eine Differenzierung zwischen Simulation oder Aggravation könne man nach dem augenärztlichen Befund nicht treffen. Allerdings sprächen die Art des Beschwerdevortrags und die Akkommodationsschwäche für eine echte Folge der erlittenen Gehirnerschütterung und des zusätzlichen Schleudertraumas der Halswirbelsäule mit Distorsion. Die Schmerzen im Augenbereich beidseits und die Kopfschmerzen seien als Folge der Akkommodationsschwankungen im Nah- und Fernbereich zu sehen und bestünden seit dem Arbeitsunfall. Die beidseitigen Hornhautbenetzungsstörungen könnten das Verschwommensehen verstärken, stünden indessen in keinem Zusammenhang mit dem Unfall; letzteres gelte auch für beidseitige Weit- und Stabsichtigkeit und für die beidseitige diskrete Trübung der hinteren Linsenschale. Die Einschätzung der MdE müsse man allein auf die Angaben des Klägers stützen; sie werde auf 20 v.H. geschätzt, nachdem die Sehstörung durchschnittlich nach 1 bis 2 Stunden anstrengender Tätigkeit (wie Autofahren) auftrete und eine Arbeitsunterbrechung nach dieser Zeit in den meisten Berufen nicht zumutbar sei.

Verglichen mit dem augenärztlichen Gutachten des Prof. Dr. D. _____ sei (jetzt) zusätzlich eine subjektive Akkommodationsschwäche festgestellt worden, die man mittels Infrarot-Video-Pupillographie objektiviert habe. Ferner habe der Kläger Sehbeschwerden, die allein durch das Tragen einer Brille mit Vollkorrektur nicht zu beheben seien, weil die Hauptbeschwerden in Schwankungen der Sehschärfe bestünden. Eine spontane Besserung der Sehstörungen könne man erwarten, nachdem die Beschwerden seit dem Unfall rückläufig seien; Spätkomplikationen seien nicht wahrscheinlich.

Dr. W. _____ führte aus, dem Gutachten des Prof. Dr. H. _____ sei nicht zu folgen, wenn dieser annehme, dass die erhobenen Befunde die schwankende Sehschärfe erklärten, zumal man ohnehin nur von vorgetragene Beschwerden ausgehen dürfe. Es genüge im Übrigen nicht, den Unfallzusammenhang nur für „durchaus möglich“ zu halten. Damit verkenne Prof. Dr. H. _____ die rechtlichen Anforderungen an den Ursachenzusammenhang. Außerdem erwähne Prof. Dr. H. _____ in seinem Gutachten eine „Hirnkontusion“ und zerviko-craniale Verletzungen. Ersteres habe der Kläger bei dem Unfall aber mit Sicherheit nicht erlitten, letzteres dürfte für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule wohl etwas hoch gegriffen sein. Schließlich sei eine MdE von 20 v.H. zu hoch. Bei unfallbedingter Akkommodationslähmung werde die MdE (vorbehaltlich zusätzlicher Voraussetzungen) nur auf 5-10 v.H. geschätzt; der

Kläger habe indessen keine Akkommodationslähmung, sondern lediglich eine leichte Akkommodationseinschränkung erlitten. Die latente Weitsichtigkeit, die sich im Lauf des Lebens mit und ohne Unfall manifestiere, zeige sich im Gutachten des Prof. Dr. H._____ in der Weise, dass das Sehvermögen in der Nähe erst nach Ausgleich der Weitsichtigkeit hundertprozentig sei.

Mit Urteil vom 15. Mai 1998 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Sehstörungen des Klägers beruhten nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 1994. Das habe die augenärztliche Begutachtung des Klägers ergeben. Den rechtlichen Anforderungen an die Entschädigung von Unfallfolgen genüge es insoweit nicht, wenn Prof. Dr. H._____ (lediglich) annehme, ein Zusammenhang zwischen dem Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den Sehstörungen bzw. Augen- und Kopfschmerzen des Klägers sei „durchaus möglich“; dies trage die Zuerkennung eines Entschädigungsanspruchs nicht. Davon abgesehen könnte die Akkommodationsschwäche des Klägers ohnehin nur eine MdE von 5-10 v.H. rechtfertigen, was für eine Rentengewährung nicht ausreiche. Das Urteil wurde dem Kläger am 22. Mai 1998 zugestellt.

Am 15. Juni 1998 hat der Kläger Berufung eingelegt. Er trägt - unter Vorlage eines orthoptischen Befundberichts des Städtischen Krankenhauses M____-B_____ (Dr. H._____) vom 19. August 1998 - vor, Prof. Dr. H._____ habe in seinem Gutachten unglückliche Formulierungen gewählt, gleichwohl aber unfallbedingte Veränderungen gefunden, die dann auch zu unfallbedingten Beschwerden führen müssten. Vor dem Unfall habe er nie irgendwelche Sehstörungen oder Sehbeschwerden gehabt. Hinzukomme, dass die Akkommodationsstörungen, unter denen er gerade seit dem Unfallereignis leide, durchaus auf Hirncontusionen oder kranio-cervikale Verletzungen bzw. - so Dr. Auffahrt von der Universitätsklinik Heidelberg - auf Schädel-Hirn-Traumata zurückgeführt werden könnten. Auch Dr. Sch._____ habe festgestellt, dass er, der Kläger, noch im März 1995 unter starken Sehstörungen gelitten habe. Diese hätten sich auch mit unterschiedlichen Brillen nicht beheben lassen; Dr. Sch._____ meine deshalb mittlerweile ebenfalls, dass die Sehstörungen auf dem Unfall beruhten. Zur gleichen Einschätzung seien die Augenärzte Dr. L.____ und Dr. P._____ gelangt. Weitere Ärzte könnten diese Kausalitätseinschätzung ebenfalls bestätigen. Dass er eine gewisse Veranlagung für das Auftreten von Sehstörungen gehabt habe, dürfe keine ausschlaggebende Rolle spielen, nachdem der Unfall die Sehstörungen letztendlich herbeigeführt habe. Vor dem Unfall sei er, was aus dem amtsärztlichen Zeugnis vom 15. April

1992 hervorgehe, aus augenärztlicher Sicht zum Führen von Lastkraftwagen geeignet gewesen; das sei jetzt, wie etwa die Arbeitsamtsärztin Dr. W._____ und auch das staatliche Gesundheitsamt unter dem 30. Mai 1995 bestätigt hätten, nicht mehr der Fall. Er sei vor dem Unfall sogar mehrfach Schützenkönig gewesen, was sein einwandfreies Sehvermögen vor dem Unfall zusätzlich belege; dies gehe aus entsprechenden Urkunden hervor. Seine Erwerbsminderung sei entgegen der Auffassung der Beklagten jedenfalls in rentenberechtigendem Grade gemindert. Eine vom Arbeitsamt durchgeführte Arbeitserprobung habe auf ärztliches Anraten vorzeitig beendet werden müssen. Das Arbeitsamt habe seinerzeit (in einem Bericht vom 9. Dezember 1997) auf der Grundlage einer entsprechenden arbeitsmedizinischen Stellungnahme festgestellt, dass er wegen einer Schädel-Hirn-Verletzung mit erheblichen Sehstörungen weder den Anforderungen einer beruflichen Neuqualifizierung noch Tätigkeiten unter Wettbewerbsbedingungen gewachsen sei. Ggf. sei ein neurologisches Gutachten notwendig, um die Frage einer Hirnstammschädigung abzuklären.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 15. Mai 1998 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 8. November 1995 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. Juni 1996 zu verurteilen, ihm wegen der seine Sehfähigkeit betreffenden Folgen des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 1994 Verletztenrente in Höhe von mindestens 60 v.H. der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht, dass der Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls unter Sehstörungen leide. Außerdem würde es an einer rentenberechtigenden Erwerbsminderung fehlen.

Im vom Kläger vorgelegten orthoptischen Befundbericht des Städtischen Krankenhauses M_____ -B_____ vom 19. August 1998 heißt es, die Untersuchung der Akkommodationsbreite habe eine schwankende, gering bis mittelgradige Beeinträchtigung an beiden Augen ergeben. Prof. Dr. H._____ habe zusätzlich eine Verlangsamung der Akkommodationsgeschwindigkeit R/L mittels Infrarot-Skiaskopie objektiv festgestellt,

wodurch eine Beeinträchtigung der Sehschärfe bei raschem Blickwechsel zu erklären sei. Beides, in Zusammenhang mit der vorliegenden geringgradigen Blickfolgesaccadierung in horizontaler Richtung als Ausdruck einer pontinen Hirnstammschädigung, sei als Folge des Halswirbelsäulenschleudertraumas im Juni 1994 zu bewerten. Mit einer spontanen Rückbildung bzw. deutlichen Besserung der hirnstammbedingten Akkommodationsstörungen ohne Therapie sei 4 Jahre nach dem Schleudertrauma nicht mehr zu rechnen. Aufgrund der vorliegenden Visusschwankungen solle der Kläger selbständig kein Kraftfahrzeug lenken.

Der Senat hat sachverständige Zeugenaussagen der den Kläger behandelnden Ärzte (Dr. B.____, Orthopäde, vom 25. Februar 2002; Dr. Sch.____, Augenarzt, vom 5. März 2002; Dr. W.____, Allgemeinmediziner, vom 8. März 2002; Dr. L.____, Augenarzt, vom 8. März 2002; Dr. H.____, Neurologe, vom 19. Mai 2002) eingeholt und die augenärztlichen Gutachten der Prof. Dr. K.____-M.____ (Institut für Orthoptik, F.____) vom 11. Februar 2000 und des Prof. Dr. L.____ (Universitätsklinik Ulm) vom 17. Juli 2001 erhoben. Zum Gutachten des Prof. Dr. L.____ hat sich Prof. Dr. K.____-M.____ in einer vom Kläger vorgelegten Stellungnahme vom 11. Oktober 2001 ergänzend geäußert. Der Senat hat weiter das Gutachten nach Aktenlage des Prof. Dr. B.____ (Universitätsaugenklinik M.____, mit Dr. R.____) vom 12. April 2002 erhoben. Außerdem sind dem Senat Berichte und ärztliche Stellungnahmen des Arbeitsamts Aalen über Berufsfindungsmaßnahmen vorgelegt worden.

Prof. Dr. K.____-M.____ hat über Angaben des Klägers berichtet, wonach dessen Augen „nicht mehr machten, was er wolle“; es sei dem Zufall überlassen, ob er scharf sehe oder nicht, wobei die Sicht um so unschärfer werde, je mehr er sich anstrengt. Im April 1999 habe er eine zu 70 % vom Arbeitsamt und zu 30 % vom Arbeitgeber vergütete Tätigkeit als stellvertretender Betriebs- und Lagerleiter in einem großen Steinmetzbetrieb übernommen, was ihm sehr zugesagt habe. Diese Stelle habe er aber im Herbst 1999 wieder aufgeben müssen, nachdem er bei Arbeiten am PC regelmäßig heftige, mit Schmerzmitteln nur vorübergehend zu lindernde, Kopfschmerzen bekommen habe, weshalb in kurzer Zeit ein Weiterarbeiten unmöglich gewesen sei. Er habe beim Versuch weiterzuarbeiten sogar noch zusätzlich Doppelbilder wahrgenommen. Die Gutachterin führte eine Reihe von Untersuchungen durch, u.a. mehrere, zeitlich gestaffelte voll- und halbautomatische Refraktionsmessungen bei spielenden Pupillen, Leseproben und orthoptische Untersuchungen. Sie fand dabei (u.a.) eine beidseits nicht auskorrigierbare latente Weitsichtigkeit, eine Störung der sensomotorischen Zusammenarbeit beider Augen, und zwar

eine beidseits eingeschränkte Fähigkeit zu variabler, distanzgerechter Akkommodation, sowie ein beidseits beeinträchtigt Augenmuskelgewicht aufgrund unterschiedlichen Funktionsausmaßes der Vertikalmotoren. Infolgedessen sei die Verknüpfung von distanzabhängigem Fokuswechsel und blickrichtungsabhängigen Ausrichtungsänderungen der Augen im Zeitverlauf instabil. All das beruhe zweifelsfrei auf dem Unfall vom 9. Juni 1994. Trotz anlagebedingter Weitsichtigkeit sei der Kläger vorher nämlich ohne Auflagen, also ohne Gläserausgleich, zum Führen von Omnibussen geeignet und 5 mal Schützenkönig gewesen. Deshalb könne man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass der Kläger ohne das Unfallereignis im 33. Lebensjahr jetzt im Alter von 38 Jahren durch die latente Weitsichtigkeit praktisch noch keine Einschränkungen im Nahbereich zu gewärtigen hätte. Theoretisch sei man in der Universitätsklinik Heidelberg bei einer Untersuchung am 5. November 1997 davon ausgegangen, dass der Kläger bei Abklingen der Symptomatik wieder hätte voll berufsfähig werden können; man habe ihm aber praktisch keine Hoffnung auf Besserung gemacht. Dies sei realistisch gewesen und habe sich bei den jetzigen Untersuchungen bestätigt.

Die unfallbedingte MdE werde auf mindestens 60 v.H. geschätzt. Dies werde auf Dauer so bleiben, gerade weil die Sicht des Klägers um so unschärfer werde, je mehr er sich anstrengt. Letzteres hätten die erhobenen Befunde eindeutig nachweisbar veranschaulicht. Die im Ausmaß für beide Augen unterschiedliche Herabsetzung der Sehschärfe, vor allem in den verschiedenen Nahdistanzen sei die Ursache für die gefährdende Orientierungsunsicherheit und die rasche Ermüdung bei längerfristigen Tätigkeiten. Heute sei für praktisch jede Berufsausübung die visuelle Orientierung unabdingbar; man müsse dem Kläger zur Nutzung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit möglichst selbstbestimmte Arbeitsbedingungen ohne fremdbestimmten Zeitdruck einräumen.

Prof. Dr. L.____ hat ausgeführt, der Kläger fühle sich momentan beschwerdefrei, weil er keine schwierigen Arbeiten verrichten müsse. Bei Anstrengung träten aber starke bis in den Hinterkopf ziehende Kopfschmerzen auf. Er habe derzeit keine Anstellung, da auch Arbeiten am PC unmöglich seien; bei Anstrengung träten Doppelbilder auf. Der Gutachter diagnostizierte für beide Augen Hyperopie, Astigmatismus und eingeschränkte Akkommodationsfähigkeit. Objektiv sei allein die verminderte Akkommodationsfähigkeit feststellbar. Inwieweit man diese Gesundheitsstörung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 9. Juni 1994 zurückführen könne, lasse sich retrospektiv nicht nachvollziehen. Beim Kläger liege eine Weitsichtigkeit vor, die in der Regel mit einer

früheren Einschränkung der Naheinstellungsfähigkeit einhergehen könne. Was die MdE anbelange, so gäben die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft und der Berufsverband der Augenärzte bezüglich einer eingeschränkten Akkommodationsfähigkeit keine Erwerbsminderung an. Das subjektive Beschwerdebild des Klägers werde aber als durchaus glaubhaft anerkannt.

In ihrer Stellungnahme zum Gutachten des Prof. Dr. L. ____ hat Prof. Dr. K. ____-M. ____ unter dem 11. Oktober 2001 ausgeführt, bei der Beurteilung der MdE sei man nicht zwingend an die Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft oder des Berufsverbands der Augenärzte gebunden. Im vorliegenden Fall halte sie an ihrer Einschätzung im Gutachten vom 11. Februar 2000 auch in Kenntnis des Gutachtens des Prof. Dr. L. ____ fest. Denn beim Kläger sei die sichere Verknüpfung von Fokuswechsel und Ausrichtungsänderungen der Augen durch unterschiedliche An- und Entspannung der Ziliarmuskeln, die das Linsenspiel dirigierten, empfindlich gestört. Dadurch erklärten sich auch die geklagten Doppelbilder, die der Kläger seit dem Unfallereignis nach Überanstrengung durch Arbeiten am PC und in verschiedenen Nahdistanzen wahrnehme. Prof. Dr. L. ____ habe eine Akkommodationsbreite ermittelt, die am linken Auge auffallender eingeschränkt gewesen sei als am rechten. Die Auswirkungen auf das beidäugige Sehen habe das Augenverhalten des Klägers bei gemeinsamer Prüfung von Akkommodations- und Konvergenzpunkt veranschaulicht. Die Prüfung mit dem RAF Gerät nach Clement Clark habe seinerzeit zu folgendem Ergebnis geführt: Nach Überschreiten des Konvergenznahpunktes durch weitere Annäherung der Duane-Strichfigur sei es beim Kläger nicht zu einem Auseinanderdriften der Sehachsen des rechten und des linken Auges gekommen, wie man es ohne vorangegangene Unfallereignisse im Regelfall der Weitsichtigkeit mit einer früheren Einschränkung der Naheinstellungsfähigkeit beobachte. Vielmehr sei - anstrengungsbedingt - eine Überkreuzung der Sehachsen nach innen, also eine relative Innenschielstellung mit ungekreuzter Doppelbildwahrnehmung eingetreten. Die übersteigerte Ausrichtungsbereitschaft der Augen nach innen, die exzessive Tendenz zu konvergieren, werde durch das unbewusst bleibende Streben nach deutlicherer Abbildung verursacht, bewirke aber eine qualitativ minderwertige, kleinere und verschwommene Wahrnehmung des beidäugig Angeblickten durch Myopisierung mit vorzeitiger Ermüdung der Augen. Man habe bei der damaligen Untersuchung außerdem festgestellt, dass sich der Einwärtstrend bei mehrfachem Angebot von Verschmelzungsobjekten steigere (bis auf über +25°), ohne anschließend wieder vollständig entspannt werden zu können. Dies bedeute, dass die

Innenschielstellung des Klägers unter Belastung nur noch bedingt reversibel sei. Die Ergebnisse der damaligen Mehrfachmessungen verdeutlichten die Überanstrengung durch Myopisierung zusätzlich.

In der Nähe der Sehschärfestimmungen gebe es bislang keine Normen; deshalb empfehle die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, für die gutachterliche Bestimmung Nahsehproben anzubieten, die besonders die Lesefähigkeit berücksichtigten. Dies habe sie bei der damaligen Untersuchung des Klägers getan und Texttafeln fallender Punktgröße zur Prüfung der Akkommodationsleistung über einen längeren Zeitraum verwendet, um die Einschränkung in der Dynamik des Sehverhaltens des Klägers unter Dauerforderungen adäquat berücksichtigen zu können. Fasse man alles zusammen, so habe sich beim Kläger nach dem Unfallereignis ein beidäugiges Kooperationsmuster der an der Naheinstellung beteiligten Faktoren ausgebildet, das unter höherem Energieverbrauch arbeite, die rasche Ermüdung erkläre und die Ursache für die gefährdende Unsicherheit bei Aufgaben im Nahbereich unter Zeitdruck darstelle.

Prof. Dr. B.____ hat ausgeführt, die Angaben des Klägers, er habe vor dem Unfall vom 9. Juni 1994 an keinerlei Sehstörungen gelitten, sei glaubhaft und werde dadurch unterstützt, dass er 1989 den Führerschein Klasse 2 erworben habe und in einem Schützenverein aktiv gewesen sei; Entsprechendes sei auch vom Hausarzt (Dr. W.____) attestiert worden. Es sei auch glaubhaft, dass die vom Kläger berichteten Sehstörungen unmittelbar nach dem Unfall bestanden hätten. Der Kläger leide zusammenfassend an einem wechselseitigen Auftreten von belastungsabhängigen Schwankungen der Sehschärfe mit Verschwommensehen sowohl im Fern- als auch in noch ausgeprägterem Maße im Nahbereich, seltener auch an Doppelbildern, meist jedoch in Verbindung mit Kopfschmerzen. Die Sehstörungen bestünden unvermindert bis jetzt. Es bestehe eine Schwierigkeit in der Bewertung dahingehend, dass die Beschwerden kaum objektivierbar seien. Es gebe jedoch indirekte Hinweise auf deren Glaubhaftigkeit. Dazu gehöre die objektiv nachgewiesene wechselnde Neigung zum Innen- und Außenschielen. Außerdem benutze der Kläger teilweise unwillkürlich in den kritischen Situationen nur noch ein Auge, da einäugig offensichtlich unter Gebrauchsbedingungen eine bessere Sehschärfe zu erzielen sei. Eine Tränenfilmstörung könne man ebenfalls als Hinweis auf das Vorliegen asthenopischer Beschwerden einstufen. Die insgesamt für glaubhaft zu erachtenden Beschwerden werte man als Störungen der Fusion, die dann in zweiter Linie von Akkommodationsschwankungen begleitet sein könnten. Als Fusionsstörung sei die Sachlage (u.a.) auch von Dr. L.____ und Dr. H.____ eingeschätzt worden. Offensichtlich habe beim

Kläger eine geringgradige latente Außenschielstellung bestanden, die er vor dem Unfall mit Hilfe einer normalen Konvergenzinnervation habe überwinden können. Nach dem Trauma sei er nicht mehr in der Lage, über einen längeren Zeitraum anstrengungslos und konstant die erforderliche Konvergenzinnervation zur Bewerkstelligung einer Fusion aufzubringen. Es fehle eine stabile Situation zur Beibehaltung eines beschwerdefreien Sehens, weshalb nach wenigen Minuten wieder Verschwommensehen eintrete. Es lägen eine unfallbedingte Störung der Fusion nach Schädel-Hirn-Trauma und damit verbundene Akkommodationsschwankungen mit Verschwommensehen und intermittierendem Doppelsehen sowie eine Tränenfilmstörung vor; die Sehstörungen des Klägers seien - entgegen der Einschätzung des Dr. W.____ - aller Wahrscheinlichkeit nach Unfallfolge.

Was die Einschätzung der Erwerbsminderung anbelange, habe Prof. Dr. H.____ in seinem Gutachten sehr ausführlich und sauber die immanenten Schwankungen der Akkommodation dokumentiert, die er auf das stattgehabte Schädel-Hirn-Trauma zurückführe. Er räume auch ein, dass eine regelmäßige längerfristige Unterbrechung der Arbeit nach 1 bis 2 Stunden in den meisten Berufen nicht zumutbar sei; unter diesem Aspekt sei die MdE mit 20 v.H. zu gering eingestuft. Die Einschätzung der Prof. Dr. K.____-M.____ - MdE 60 v.H. - wiederum sei völlig subjektiv und werde nicht einmal durch den Versuch, eine Analogie zu ähnlichen Krankheitsbildern zu ziehen, untermauert. Außerdem habe sich die Gutachterin ausschließlich auf nicht objektivierbare Angaben des Klägers gestützt. Sie gehe auch nicht darauf ein, dass es vorliegend um ein Problem der beidäugigen Zusammenarbeit und sekundär damit verbundener Akkommodations- und Visussschwankungen handeln dürfte. Die Gutachterin habe eine ganze Reihe von Messungen der objektiven Refraktion aufgeführt, keine einzige davon jedoch unter medikamentöser Ausschaltung der Naheinstellungsreaktion. Die auf 60 v.H. geschätzte MdE sei willkürlich, sicher voreilig und in jedem Fall zu hoch gegriffen. Die Auffassung des Prof. Dr. L.____ wiederum führe ebenfalls nicht weiter und sei hinfällig, da bei dem Kläger keine eingeschränkte Akkommodation, sondern eine ständig schwankende Akkommodationslage bestehe. Das Krankheitsbild des Klägers sei selten und deshalb in den Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte nicht expressis verbis benannt. Im schlechtesten Fall - der freilich als wahrscheinlich anzusehen sei - , in dem bei einer Fusionsstörung mit sekundärer Akkommodationsstörung keine therapeutische Maßnahme dauerhaft greife, werde eine Volloklusion (vollständiges dauerhaftes Abdecken eines Auges) vorgeschlagen. Die MdE bei funktionellem Verlust eines Auges werde mit 25 v.H. bewertet; indessen bewirke die Volloklusion eines Auges eine zusätzliche äußerlich in Erscheinung tretende Entstellung,

weshalb man die MdE in einem solchen Fall auf 30 v.H. festlege. Nehme man wegen der Anforderungen an das Führen von Kraftfahrzeugen (der Klasse 2) eine besondere berufliche Betroffenheit im Rechtssinne an, werde eine MdE von 40 v.H. vorgeschlagen. Das gelte auch für primäre Akkommodationsschwankungen, die auch nach Volloklusion eines Auges wegen Fusionsstörungen monokular bestehen blieben und weiterhin zu einer Beeinträchtigung führten; ein derartiges Schadensbild sei nach Schädel-Hirn-Trauma zwar denkbar, aber sicher außerordentlich selten. Alles in allem sei eine MdE von 30 v.H. - wegen besonderer beruflicher Betroffenheit auf 40 v.H. erhöht - sachgerecht.

Die Beklagte hält auch nach der Beweiserhebung des Senats an ihrer Auffassung fest und hat (insbesondere) gegen das Gutachten des Prof. Dr. B.____ Einwendungen erhoben. Die Erkrankung des Klägers sei nicht mit Gewissheit erwiesen. Auch die Kausalitätserwägungen des Gutachters seien nicht schlüssig, insbesondere was die Bewertung des Schädel-Hirn-Traumas anbelange, das der Gutachter unzutreffend gewürdigt habe. Außerdem fehle eine Auseinandersetzung mit konkurrierenden Ursachen. Die Bewertung beruhe auf einer Befunderhebung, die sich ausschließlich auf subjektive Angaben des Klägers stütze. Was die MdE-Einschätzung anbelange, habe der Gutachter die Rechtslage verkannt; der Verlust der Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug zu führen, bzw. der Verlust einer Beförderungslizenz erfülle nach der maßgeblichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Voraussetzungen des Merkmals besonderer beruflicher Betroffenheit nicht.

Im dem Senat vorliegenden Abschlussbericht des Arbeitsamts Aalen über durchgeführte Berufsfindungsmaßnahmen vom 9. Dezember 1997 heißt es, der Kläger sei aufgrund seiner erheblichen Sehstörungen (derzeit) weder den Anforderungen einer beruflichen Neuqualifizierung noch Tätigkeiten unter Wettbewerbsbedingungen gewachsen. Ergänzend ist in der arbeitsamtsärztlichen Stellungnahme der Ärztin Dechandol vom 19. November 1997 ausgeführt, der Kläger, der ausgesprochen zuverlässig und motiviert an der Berufsfindungsmaßnahme teilgenommen habe, habe viele Arbeitspausen benötigt, weil Arbeiten mit Belastung der Augen immer nur kurzfristig möglich gewesen seien und Schmerzen und Sehstörungen zugenommen hätten. Bei einer Vorstellung des Klägers in der Universitätsklinik Heidelberg hätten sich die Akkommodationsstörungen bestätigt und die hieraus resultierenden Kopf- und Augenschmerzen als nachvollziehbar und als nach Schädel-Hirn-Traumata durchaus bekannt erwiesen. Letztendlich habe man die Berufsfindungsmaßnahme deshalb vorzeitig beenden müssen, da derzeit weder

Ausbildungsfähigkeit vorliege noch eine Berufstätigkeit unter Wettbewerbsbedingungen möglich sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers ist begründet. Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, seine Sehstörungen als Folge des Arbeitsunfalls vom 9. Juni 1994 anzuerkennen und zu entschädigen; der Kläger hat darauf Anspruch. Ihm steht Verletztenrente in Höhe von 30. v.H. der Vollrente zu.

Den Beteiligten ist geläufig, nach welchen Rechtsvorschriften (hier insbesondere nach §§ 548, 539 Reichsversicherungsordnung, RVO) sich der geltend gemachte Anspruch richtet, und welche Rechtsgrundsätze für deren Anwendung, insbesondere die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsschaden gelten; der Senat verweist hierfür auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils (§ 153 Abs. 2 SGG). Die Ermittlungen des Senats im Berufungsverfahren haben ergeben, dass die Sehstörungen des Klägers hinreichend wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall vom 9. Juni 1994 zurückzuführen sind und die Erwerbsfähigkeit des Klägers in rentenberechtigendem Grade (30 v.H.) mindern. Dafür sind folgende Erwägungen maßgeblich:

I.

Was (zunächst) den - haftungsausfüllenden - Ursachenzusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsschaden anbelangt, so genügt, wie das Sozialgericht richtig erkannt hat, die bloße Möglichkeit einer kausalen Beziehung nicht; gefordert, aber auch ausreichend, ist vielmehr hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSGE 61, 123, 128). Das ist der Fall, wenn aus medizinischer Sicht mehr für als gegen die Verursachung des Gesundheitsschadens durch den Arbeitsunfall spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Dabei schließt das Vorhandensein einer ruhenden Krankheitsanlage nicht von vornherein und in jedem Fall aus, den Gesundheitsschaden als Unfallfolge einzustufen. Es

kommt dann darauf an, ob der Gesundheitsschaden rechtlich wesentlich allein auf der (nicht versicherten) ruhenden Krankheitsanlage oder rechtlich wesentlich auch auf dem (versicherten) Unfallereignis beruht. Ergibt sich, dass der Gesundheitsschaden rechtlich wesentlich (hinreichend wahrscheinlich) sowohl auf die Krankheitsanlage wie auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist, so gilt, sofern man anlagebedingte und unfallbedingte Schadensanteile nicht abgrenzen kann, das sog. „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Der Gesundheitsschaden ist dann (vorbehaltlich der übrigen gesetzlichen Voraussetzungen, wie einer rentenberechtigenden Erwerbsminderung) durch die gesetzliche Unfallversicherung zu entschädigen. Tritt der Arbeitsunfall jedoch gegenüber der - zum nicht versicherten privaten Lebensrisiko gehörenden - Krankheitsanlage deutlich in den Hintergrund, so hat er keinen rechtlich wesentlichen Ursachenbeitrag geleistet und es entstehen keine Entschädigungsansprüche gegen die gesetzliche Unfallversicherung. Risiken dieser Art muss jeder, sofern er das will, durch private Unfallversicherungen abdecken. Letzteres gilt auch dann, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar war, dass auch jedes andere, alltäglich vorhandene ähnlich gelagerte Ereignis sie hätte auslösen können; dann ist der Unfall lediglich sog. „Gelegenheitsursache“ gewesen, die (ebenfalls) Entschädigungsansprüche nicht trägt.

Hiervon ausgehend ergibt sich aus dem (im Berufungsverfahren) festgestellten medizinischen Sachverhalt, dass im Ergebnis mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den Sehstörungen des Klägers spricht. Diese sind damit rechtlich wesentlich unfallbedingt und - da eine Abgrenzung anlage- und unfallbedingter Gesundheitsschäden vorliegend ausscheidet - nach Maßgabe des Alles-oder-Nichts-Prinzips zu entschädigen, nachdem sie - was noch darzulegen sein wird - die Erwerbsfähigkeit des Klägers in rentenberechtigendem Grade - um 30 v.H. - mindern.

Im Ausgangspunkt steht nach den Feststellungen des Durchgangsarztes Prof. Dr. L. _____, der unmittelbar nach dem Unfallereignis in seinem Bericht vom 10. Juni 1994 neben einer (unwesentlichen) Platzwunde über der Nasenwurzel eine Schädelprellung, eine commotio cerebri sowie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule mit Distorsion diagnostizierte, fest, dass der Kläger einen hinreichend erheblichen Unfall und nicht lediglich einen mehr oder weniger belanglosen Sturz erlitten hat. Fest steht weiter, dass der Kläger unter Sehstörungen leidet, die (ebenfalls) durchaus erhebliche Beschwerden bereiten. Das tritt in den dem Senat vorliegenden augenärztlichen Gutachten und (urkundenbeweislich verwertbaren) ärztlichen Befundberichten überzeugend hervor.

So erachtete bereits der Neurologe Dr. K._____ (Bericht vom 5. Oktober 1994) die Beschwerden des Klägers für glaubhaft. Der Augenarzt Dr. L.____ führte in seinem Bericht vom 6. Dezember 1994 aus, der Kläger habe bei dem Unfall eine Schädigung der sensorischen Fusion erlitten, was mit den angegebenen Beschwerden, die von Asthenopien oder Bildverzerrungen bis hin zu manifesten Doppelbildern reichten, korreliere. Auch die Dres. M.____-T._____ (Neurologin) und Sch._____ (Augenarzt) bestätigten die Sehstörungen des Klägers in ihren im Verwaltungsverfahren eingeholten und vom Senat urkundenbeweislich verwertbaren Gutachten vom 21. Februar bzw. 29. März 1995. Gleiches gilt für die im gerichtlichen Verfahren erhobenen Gutachten des Prof. Dr. H._____ vom 18. August 1997 (Gutachten nach § 109 SGG) und der Prof. Dr. K.____-M._____ vom 11. Februar 2000 sowie des Prof. Dr. B._____ vom 12. April 2002.

Prof. Dr. H._____ diagnostizierte für beide Augen eine geringe Akkommodationsschwäche, Akkommodationsschwankungen, eine reduzierte Akkommodationsgeschwindigkeit, eine Tränenfilmstörung, cataracta subcapsularis posterior incipens und Weit- und Stabsichtigkeit. Bei der Erhebung der Sehschärfe fiel dem Gutachter für Nähe und Ferne zunehmendes Verschwommensehen auf, wobei er diese Sehstörungen beim Leseversuch reproduzieren konnte. Außerdem korrelierte die Neigung zum Verschwommensehen an beiden Augen mit der subjektiv gemessenen Akkommodationsschwäche und den Befunden der objektiven Akkommodometrie sowie der beidseits gemessenen reduzierten Naheinstellungsfähigkeit. Verglichen mit dem im Verwaltungsverfahren erhobenen augenärztlichen Gutachten des Prof. Dr. D._____ fand Prof. Dr. H._____ bei seiner Untersuchung zusätzlich eine subjektive Akkommodationsschwäche, die er mittels Infrarot-Video-Pupillographie objektivieren konnte. Prof. Dr. K.____-M._____ hat nach einer Reihe von (auch zeitlich gestaffelten) Untersuchungen eine beidseits nicht auskorrigierbare latente Weitsichtigkeit, eine Störung der sensomotorischen Zusammenarbeit beider Augen, und zwar eine beidseits eingeschränkte Fähigkeit zu variabler, distanzgerechter Akkommodation, sowie ein beidseits beeinträchtigtes Augenmuskelgewicht aufgrund unterschiedlichen Funktionsausmaßes der Vertikalmotoren festgestellt. Schließlich hat auch Prof. Dr. L._____ im Gutachten vom 17. Juli 2001 neben den objektiven Befunden das subjektive Beschwerdebild des Klägers als glaubhaft anerkannt. Das vom Senat erhobene Aktengutachten des Prof. Dr. B._____ bekräftigt und untermauert diesen Befund weiter, zumal sich (auch) dieser - entgegen dem Vorbringen der Beklagten - keineswegs mit den Angaben des Klägers begnügt, sondern die Beschwerdeschilderungen

nach medizinischen Maßstäben fachkundig und kritisch gewürdigt und mit Blick auf (objektive) indirekte Glaubhaftigkeitshinweise - wie etwa die objektiv nachgewiesene wechselnde Neigung zum Innen- und Außenschielen oder die Tränenfilmstörung - als zutreffend bewertet hat.

Was die ursächliche Verknüpfung dieses Beschwerdebildes mit dem Arbeitsunfall vom 9. Juni 1994 anbelangt, spricht nach dem Ergebnis der im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme alles in allem mehr für als gegen einen Unfallzusammenhang. Insoweit stellte Prof. Dr. H. _____ in seinem auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG erhobenen Gutachten vom 18. August 1997 freilich (zunächst) nur die einen Entschädigungsanspruch (noch) nicht tragende Möglichkeit eines Unfallzusammenhangs fest: Die in Rede stehenden Gesundheitsstörungen seien nach Traumata, insbesondere nach Schädelhirntraumata, beschrieben; nach Literaturangaben sei als Ursache für Akkommodationsschwäche und Akkommodationsschwankungen an beiden Augen eine Fehlregulation der Akkommodation durch den Arbeitsunfall denkbar und ein Zusammenhang der Beschwerden des Klägers mit der bei dem Arbeitsunfall erlittenen Gehirnerschütterung und dem Schleudertrauma der Halswirbelsäule mit Distorsion sei daher durchaus möglich. Außerdem stellte der Gutachter einen - für sich allein ebenfalls noch nicht ausreichenden, aber immerhin bestehenden - zeitlichen Zusammenhang zwischen den Schmerzen im Augenbereich bzw. den Kopfschmerzen und dem Arbeitsunfall her, nachdem die Schmerzen Folge der Akkommodationsschwankungen im Nah- und Fernbereich seien und seit dem Arbeitsunfall bestünden. Auch Dr. Sch. _____ bejahte in seinem von der Beklagten erhobenen (urkundenbeweislich verwertbaren) Gutachten vom 29. März 1995 (immerhin) die Möglichkeit eines Unfallzusammenhangs, wenn er ausführt, es sei denkbar, dass das Dekompensieren der Selbstregulierung der latenten Weitsichtigkeit durch die Unfallbelastung (commotio cerebri) erst eingetreten oder verstärkt worden sei und der Kläger seine latente Weitsichtigkeit ohne den Unfall noch länger beschwerdefrei hätte kompensieren können. Entsprechendes gilt (etwa) für den (ebenfalls urkundenbeweislich verwertbaren) Arztbericht des Dr. L. _____ vom 6. Dezember 1994, der ausführt, bei dem Unfall habe es eine Schädigung der sensorischen Fusion gegeben, was mit den Beschwerden des Klägers korreliere.

Die damit dokumentierte Möglichkeit eines ursächlichen Unfallzusammenhangs verdichtet sich zur im Rechtssinne hinreichenden Wahrscheinlichkeit, wenn man die weiteren gutachterlichen Erkenntnisse hinzunimmt. So wurde der Unfallzusammenhang zunächst im

vom Kläger vorgelegten und urkundenbeweislich verwertbaren Befundbericht des Dr. H.____ (Städtisches Krankenhaus M.____-B_____) vom 19. August 1998 befürwortet, wenn es darin heißt, die Beeinträchtigung der Akkommodationsbreite und die Verlangsamung der Akkommodationsgeschwindigkeit seien in Zusammenhang mit der vorliegenden geringgradigen Blickfolgesaccadierung in horizontaler Richtung als Ausdruck einer pontinen Hirnstammschädigung als Folge des Halswirbelsäulenschleudertraumas im Juni 1994 zu bewerten. Eine (rechtlich wesentliche) ursächliche Beziehung zwischen Unfall und Sehstörungen ist außerdem im vom Senat erhobenen Gutachten der Prof. Dr. K.____-M.____ klar postuliert und im (ebenfalls von Amts wegen erhobenen) Gutachten des Prof. Dr. B.____ bekräftigt worden.

Prof. Dr. K.____-M.____ hat den Kläger eingehenden Untersuchungen unterzogen und ist auf deren Grundlage zu der Einschätzung gelangt, dass die festgestellten Sehstörungen auf dem Unfall beruhen, nachdem der Kläger trotz der - auch von Prof. Dr. K.____-M.____ berücksichtigten anlagebedingten Weitsichtigkeit - vor dem Unfall ohne Auflagen, also ohne Gläserausgleich, zum Führen von Omnibussen geeignet und 5 mal Schützenkönig gewesen sei. Diese Befundtatsachen sind durch amtsärztliche Gesundheitszeugnisse (vom 15. April 1992 einerseits bzw. vom 30. Mai 1995) und durch Urkunden belegt. Die Schlussfolgerung der Gutachterin, man könne deshalb mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass der Kläger ohne das Unfallereignis im 33. Lebensjahr jetzt im Alter von 38 Jahren durch die latente Weitsichtigkeit praktisch noch keine Einschränkungen im Nahbereich zu gewärtigen hätte, ist damit nachvollziehbar und überzeugend.

In ihrer vom Kläger vorgelegten (und urkundenbeweislich verwertbaren) ergänzenden Stellungnahme vom 11. Oktober 2001 hat die Gutachterin an dieser Einschätzung auch in Kenntnis des Gutachtens des Prof. Dr. L.____ festgehalten. Dessen Gutachten, das in erster Linie wegen der im bisherigen Verfahren stark divergierenden MdE-Einschätzungen notwendig geworden ist, stellt den Unfallzusammenhang im Übrigen nicht in Abrede. Prof. Dr. L.____ trifft hierzu letztendlich keine dezidierte Aussage, sondern vertritt (lediglich) die Auffassung, es lasse sich retrospektiv nicht nachvollziehen, inwieweit man die Sehstörungen des Klägers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 9. Juni 1994 zurückführen könne.

Schließlich hat auch Prof. Dr. B.____ nach sorgfältiger Analyse und Bewertung der vorliegenden ärztlichen Erkenntnisse den (hinreichend wahrscheinlichen) Unfallzusammenhang bestätigt. Er hält den Kläger nach dem Unfalltrauma für außerstande, über einen längeren Zeitraum anstrengungslos und konstant die erforderliche Konvergenzinnervation zur Bewerkstellung einer Fusion aufzubringen, weil eine stabile Situation zur Beibehaltung eines beschwerdefreien Sehens fehlt und deshalb nach wenigen Minuten wieder Verschwommensehen eintritt. Diese Beschwerden sind - so Prof. Dr. B.____ - aller Wahrscheinlichkeit nach Unfallfolge. Davon ist auch der Senat gestützt auf den Inbegriff der ihm für diesen außergewöhnlich schwierigen medizinischen Sachverhalt vermittelten gutachterlichen Erkenntnisse überzeugt. Die Einwendungen der Beklagten tragen eine andere Sicht der Dinge nicht. Prof. Dr. B.____ hat die Kausalitätsfrage sorgfältig geprüft und seine auf alle bislang erhobenen Befunde und keineswegs ausschließlich auf Angaben des Klägers gegründete Einschätzung schlüssig begründet.

Dass der Kläger (unstreitig) an einer latenten Weitsichtigkeit als angeborener Krankheitsanlage litt, schneidet den Ursachenzusammenhang zwischen Unfall und Sehstörungen nicht ab. Auch insoweit folgt der Senat den Erkenntnissen (insbesondere) der Prof. Dr. K.____-M.____ in deren Gutachten vom 11. Februar 2000 (mit urkundenbeweislich verwertbarer ergänzender Stellungnahme vom 11. Oktober 2001). Insbesondere kann man den Unfall angesichts des (nicht zuletzt) vom Durchgangsarzt Prof. Dr. L.____ dokumentierten Hergangs und der von diesem diagnostizierten unmittelbaren Unfallfolgen nicht als Gelegenheitsursache im oben beschriebenen Sinne einstufen. Dass die nach dem Unfall aufgetretenen Sehstörungen rechtlich wesentlich allein der latenten Weitsichtigkeit des Klägers zuzuordnen seien, lässt sich angesichts der eingehend und nachvollziehbar begründeten Erkenntnisse im Gutachten der Prof. Dr. K.____-M.____ nicht feststellen; dafür gegeben die insoweit auch nicht weiter belegten Einschätzungen des Dr. W.____ in den von der Beklagten erhobenen gutachterlichen Stellungnahmen nach Aktenlage vom 2. Mai 1995 und vom 29. Dezember 1997 nichts Ausschlaggebendes her, zumal Dr. W.____ den Kläger, im Unterschied zu Prof. Dr. K.____-M.____, nicht untersucht hat. Dessen letztgenannte Stellungnahme setzt sich schwerpunktmäßig im Übrigen (nur) mit der Frage der Erwerbsminderung auseinander. Nimmt man alles zusammen, so mag der Ursachenzusammenhang zwischen den Sehstörungen des Klägers und dem Arbeitsunfall vom 9. Juni 1994 sicherlich nicht völlig zweifelsfrei feststehen. Das ist aber auch nicht notwendig,

nachdem insoweit hinreichende Wahrscheinlichkeit genügt und die daran zu stellenden rechtlichen Anforderungen vom festgestellten Sachverhalt ausgefüllt sind.

Die Ergebnisse der vom Arbeitsamt Aalen durchgeführten Berufsfindungsmaßnahmen, die im darüber erstellten (urkundenbeweislich verwertbaren) Abschlussbericht vom 9. Dezember 1997 und der (ebenfalls urkundenbeweislich verwertbaren) arbeitsamtsärztlichen Stellungnahme der Ärztin Dechandol vom 19. November 1997 festgehalten sind, runden das dem Senat präsentierte Bild ab. Danach zeigte sich der Kläger aufgrund seiner erheblichen Sehstörungen bzw. Kopf- und Augenschmerzen (seinerzeit) weder den Anforderungen einer beruflichen Neuqualifizierung noch Tätigkeiten unter Wettbewerbsbedingungen gewachsen, obgleich er ausgesprochen zuverlässig und motiviert an der Berufsfindungsmaßnahme teilgenommen hatte.

II.

Der Senat ist auch der Auffassung, dass die unfallbedingten Sehstörungen des Klägers dessen Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Grade (30 v.H.) mindern.

Für die Ermittlung der MdE gilt das Prinzip der abstrakten Schadensberechnung, wofür die folgenden Rechtsgrundsätze maßgeblich sind (vgl. etwa Gitter, Sozialrecht, S. 213 ff.): Entschädigt wird nach dem Unterschied der auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Erwerbsmöglichkeiten vor und nach dem Arbeitsunfall. Die individuelle Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor dem Unfall ist zu ermitteln und rechnerisch mit 100 v.H. zu bewerten, und zwar auch dann, wenn der Verletzte bereits vorgeschädigt und infolgedessen nicht mehr voll erwerbsfähig war. Der vor dem Unfall bestehenden Erwerbsfähigkeit wird das nach dem Unfall verbliebene Ausmaß der Erwerbsfähigkeit als Vergleichswert gegenübergestellt. Die Differenz beider Werte ergibt die MdE.

Die Beurteilung des Grades der MdE ist eine Rechtsfrage, die freilich nur mit Hilfe medizinischer Gutachter zu entscheiden ist. Die Feststellung der MdE beruht auf einer Schätzung, wobei es besondere Schwierigkeiten namentlich bei Kopfverletzungen gibt, wenn - was nicht selten der Fall ist - die Auffassungen der medizinischen Gutachter (erheblich) voneinander abweichen. So ist es auch hier, weshalb der Senat die nach Sachlage gebotenen zusätzlichen Ermittlungen angestellt hat. Weitere Aufklärungsmaßnahmen sind angesichts der

nunmehr vorliegenden Gutachten indessen nicht zu ergreifen, da Weiterführendes nicht mehr zu erwarten ist. Der Senat muss seine Schätzungsentscheidung vielmehr aus dem Inbegriff der ihm vermittelten medizinischen Erkenntnisse treffen, wobei diese Erkenntnisse ihm helfen, ohne die Schätzungsentscheidung bindend festzulegen (vgl. bereits BSGE 4, 147); letzteres gilt in entsprechender Weise auch für allgemeine medizinische Empfehlungen, hier etwa der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft oder des Berufsverbands der Augenärzte, auf die Prof. Dr. L. ____ in seinem Gutachten vom 17. Juli 2001 abgestellt hat. Empfehlungen dieser Art tragen zu einer gleichmäßigen MdE-Einschätzung bei, entbinden jedoch nicht davon, die Verhältnisse des jeweiligen Einzelfalles umfassend zu würdigen. Das gilt vor allem für solche Fälle, die - wie hier - derart selten sind, dass sie in den einschlägigen Regelwerken nicht bzw. nicht hinreichend berücksichtigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 2. Mai 2001, B 2 U 24/00 R, Breith. 2001, 788-790).

Hiervon ausgehend hält der Senat vorliegend dafür, dass die Sehstörungen des Klägers mit einer MdE unterhalb des rentenberechtigenden Grades von 20 v.H. nicht angemessen und zutreffend bewertet sind, eine MdE von 60 v.H. oder gar darüber aber, ebenso wie eine MdE von 40 v.H., sicher zu hoch greift. Hierfür stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die Zusammenschau der Vorschläge, die Prof. Dr. H. ____, Prof. Dr. K. ____-M. ____ und Prof. Dr. B. ____ unterbreitet haben, während er den Einschätzungen des Dr. W. ____ in dessen Stellungnahmen nach Aktenlage vom 2. Mai 1995 und vom 29. Dezember 1997 und des Prof. Dr. L. ____ im Gutachten vom 17. Juli 2001 im Ergebnis nicht folgen kann.

Danach kommt es nicht in Betracht, eine unfallbedingte Erwerbsminderung letztendlich völlig auszuschließen (Prof. Dr. L. ____) oder nur mit 5 bis 10 v.H. (Dr. W. ____) anzusetzen. Dass letzteres - so Dr. W. ____ - im Regelfall bei Akkommodationslähmungen angebracht sei, besagt für den vorliegenden Fall wenig, wobei hinzukommt, dass die Auffassung des Dr. W. ____ (in der Stellungnahme vom 2. Mai 1995), der Kläger könne Kraftfahrzeuge aller Art führen, der gegenteiligen Einschätzung des Staatlichen Gesundheitsamts im amtsärztlichen Zeugnis vom 30. Mai 1995 widerspricht. Sicher ist es richtig, dass der Kläger an einer Akkommodationslähmung nicht leidet. Indessen ist es nicht zulässig, daraus auf eine unter 5 bis 10 v.H. liegende MdE zu schließen. Denn das spezifische Beschwerdebild des Klägers ist nach den überzeugenden Feststellungen der Prof. Dr. K. ____-M. ____ und des Prof. Dr. B. ____, die als solche auch von anderen Ärzten und Gutachtern im Kern geteilt und auch von Prof. Dr. L. ____ nicht in Abrede gestellt werden, dadurch gekennzeichnet, dass die Sicht um

so unschärfer wird, je mehr sich der Kläger anstrengt und dass die im Ausmaß für beide Augen unterschiedliche Herabsetzung der Sehschärfe, vor allem in den verschiedenen Nahdistanzen, eine gefährdende Orientierungsunsicherheit und rasche Ermüdung bei längerfristigen Tätigkeiten bewirkt. Präzisierend hat Prof. Dr. K.____-M.____ dies in ihrer (urkundenbeweislich verwertbaren) Stellungnahme vom 11. Oktober 2001 dahingehend konkretisiert, dass beim Kläger die sichere Verknüpfung von Fokuswechsel und Ausrichtungsänderungen der Augen durch unterschiedliche An- und Entspannung der Ziliarmuskeln, die das Linsenspiel dirigierten, empfindlich gestört sei, weshalb er die geklagten Doppelbilder nach Überanstrengung durch Arbeiten am PC und in verschiedenen Nahdistanzen wahrnehme.

Freilich trägt das die von Prof. Dr. K.____-M.____ vorgeschlagene MdE von 60 v.H. nicht. Dabei handelt es sich - wie Prof. Dr. B.____ in seinem speziell (auch) zur MdE-Einschätzung erhobenen - Gutachten klar und überzeugend dargelegt hat, um eine durch nichts zu begründende subjektive Schätzung. Auch angesichts der Bedeutung visueller Kontrolle im Arbeitsleben greift Prof. Dr. K.____-M.____ zu hoch, wenn sie annimmt, dem Kläger seien nunmehr nahezu 2/3 der auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Erwerbsmöglichkeiten verschlossen; dabei stellt sie ersichtlich zu sehr auf Büro- bzw. Verwaltungstätigkeiten ab. Der Kläger muss sich darüber im klaren sein, dass sich gerade die Festlegung der MdE an objektivierbaren Vorgaben - in der einschlägigen Rentenliteratur und der obergerichtlichen Rechtsprechung - ausgerichtet werden muss und eine alle Versicherte im Wesentlichen gleich behandelnde Praxis zu gewährleisten hat. Diesen Anforderungen kann die Einschätzung der Prof. Dr. K.____-M.____ nicht genügen. Prof. Dr. B.____ hat das in Auseinandersetzung mit deren Gutachten schlüssig und überzeugend begründet, zumal es dort an einer zur Wahrung der Gleichbehandlung vorliegend besonders naheliegenden Analogie zu ähnlichen Krankheitsbildern fehlt. Letztere hat Prof. Dr. B.____ hingegen in seiner eingehenden Diskussion der (hier besonders komplexen) MdE-Problematik hergestellt und für den Senat schlüssig begründet, weshalb die von Prof. Dr. H.____ in dessen Gutachten befürwortete MdE von 20 v.H. zu niedrig, die Einschätzung der Prof. Dr. K.____-M.____ zu hoch und die an den bereits erwähnten Regelwerken ausgerichtete Einschätzung des Prof. Dr. L.____ hier nicht tragfähig ist. Es überzeugt den Senat, für die Bewertung des vorliegenden Beschwerdebildes im Ausgangspunkt die rentenrechtlichen Maßstäbe heranzuziehen, die für den funktionellen Verlust eines Auges entwickelt worden sind. Danach beträgt die MdE bei unkomplizierter einseitiger Erblindung und uneingeschränktem Sehvermögen des zweiten

Auges 25 v.H., und 30 v.H., wenn sowohl Komplikationen vorliegen als auch zumindest wahrscheinliche Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt /Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl., S. 353). Dass hier letzteres gilt und damit eine MdE von 30 v.H. anzunehmen ist, tritt im Gutachten des Prof. Dr. B. ____ schlüssig und überzeugend hervor.

Eine weitere Erhöhung der MdE ist indessen aus Rechtsgründen nicht möglich. Insoweit weist die Beklagte mit Recht darauf hin, dass Prof. Dr. B. ____ die Rechtslage bei Anwendung des § 581 Abs. 2 RVO (jetzt: § 56 Abs. 2 Satz 3 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch, SGB VII) verkannt hat. Denn die Voraussetzungen dieser Vorschrift („besondere berufliche Betroffenheit“) können nur bei Versicherten vorliegen, die einen sehr spezifischen Beruf mit einem relativ engen Bereich ausüben; dabei geht es im Besonderen um künstlerische und schöpferische Berufe (wie Geiger, Konzertpianisten oder Tänzer - vgl. etwa BSGE 4, 294; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 18; BSG Breith 1971, 910; KassKomm-Ricke, SGB VII, § 56 Rn. 29 ff.). Das Führen von Kraftfahrzeugen (auch der - früheren - Klasse 2) trägt eine Anwendung der genannten Bestimmung nicht.

Das Urteil des Sozialgerichts erweist sich damit nach den Ergebnissen der im Berufungsverfahren angestellten Ermittlungen als unrichtig, weshalb die Berufung des Klägers Erfolg hat. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht erfüllt sind.