

## L 8 U 5288/11

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 U 754/10  
Datum  
20.10.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 8 U 5288/11  
Datum  
17.05.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 06.03.2008.

Der im Jahr 1961 geborene, in Ö. wohnhafte Kläger ist ö. Staatsangehöriger. Er ist bei der Firma B. Spedition und Logistik GmbH mit Sitz in W. als LKW-Fernfahrer beschäftigt. Eine Niederlassung in Ö. hat die Firma nicht. Der Kläger fährt hauptsächlich die Strecke Ö. - Italien - Deutschland.

Am 06.03.2008 stürzte der Kläger in Italien beim Öffnen des Schiebeerdeckes zum Entladen vom Sattelanhänger seines LKW auf den Boden (Mitteilung des Klägers an die Deutsche Angestellte Krankenkasse - DAK vom 27.03.2008, Unfallanzeige der B. vom 28.04.2008).

Er begab sich zunächst in P., Italien ins Krankenhaus. Am 07.03.2008 stellte er sich in der Ambulanz für Unfallchirurgie des A.ö. Bezirkskrankenhauses L. vor. Dort gab er an, vom LKW heruntergefallen und sich das Knie verdreht zu haben (Bericht des Dr. N. v. 07.03.2008). Ausweislich eines Arztberichts des Bezirkskrankenhauses L., Ö., vom 14.03.2008 war er dort vom 13.03.2008 bis 15.03.2008 wegen einer lateralen Tibiakopffraktur rechts ohne Dislokation in stationärer Behandlung. Es wurde eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks durchgeführt (OP-Bericht des A.ö. Bezirkskrankenhauses L. v. 13.03.2008). Außerdem erlitt der Kläger Schürfwunden am Knie und Kopf (Unfallanzeige B. v. 28.04.2008).

Auf Nachfrage der Beklagten teilte der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Fa. unter dem 20.05.2008 mit, der Kläger sei vom 07.03.2008 bis einschließlich 25.05.2008 wegen einer lateralen Tibiakopffraktur rechts ohne Dislokation nicht arbeitsfähig. Für diesen Zeitraum zahlte die DAK ihm Verletzengeld aus. Ab 26.05.2008 war der Kläger wieder in Vollzeit als LKW-Fahrer tätig.

Am 30.06.2008 beantragte der Kläger die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Unfalls vom 06.03.2008.

Am 13.10.2008 wurde ein MRT des rechten Hüftgelenks durchgeführt (Befundbericht Dr. A./P. Dr. Le. vom 13.10.2008: kein signifikanter Gelenkerguss, normales Markraumsignal der gelenkbildenden Skelettanteile, kein Hinweis auf eine avasculäre Femurkopfnekrose, als Normvariante kleines Schaltossikel im Bereich des Acetabulumoberrandes).

Am 29.12.2008 stellte der Kläger sich beim Facharzt für Neurochirurgie Dr. M. vor. Dort gab er an, beim Entladen des LKW ausgerutscht zu sein und infolge eines Gleichgewichtsverlusts aus ca. 3,5 Metern in die Tiefe gestürzt zu sein. Den Sturz habe er mit den Beinen abgefangen. Nach anschließender kurzer Benommenheit sei es zu akuten Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und der rechten Leiste und nachfolgender Schwellung des rechten Kniegelenks gekommen. Er sei noch gehfähig gewesen, habe das Kniegelenk mit Franzbranntwein und einer Bandage versorgt und habe versucht, weiter zu arbeiten. Wegen der heftigen Schmerzen habe ihn ein Kollege zu einem Arzt gebracht, der ihn in das Krankenhaus in P. überwiesen habe. Aufgrund sprachlicher Barrieren und langer Wartezeit habe er das Krankenhaus wieder verlassen und sei trotz heftiger Schmerzen mit dem LKW nach Hause gefahren. Die ursprünglich angegebenen Schmerzen in der LWS und der rechten Leiste seien offensichtlich durch Schmerzmittelgabe überdeckt worden. Seither komme es zu wiederkehrenden Schmerzattacken in der LWS, der rechten Leiste und im rechten Bein entsprechend einer pseudoradikulären Symptomatik.

Am 03.11.2008 sei wegen der therapieresistenten Symptomatik ein MRT angefertigt worden, das eine diskrete Keilwirbelbildung vom 12. Brustwirbelkörper (BWK) und stärker ausgeprägt am Lendenwirbelkörper (LWK) I ergeben habe. Beide seien offensichtlich älterer Genese gewesen. Weiterhin bestehe eine Bandscheibenvorwölbung im Segment L1/L2 und ein Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 (Befundbericht Dr. A. v. 03.11.2008). Dr. M. kam zu dem Ergebnis, dass die Veränderungen im Bereich des 12. BWK und des 1. LWK als Folge des Unfalls vom März 2008 zu interpretieren seien.

Die Beklagte beauftragte den Unfallchirurgen Dr. He. mit der Begutachtung des Klägers (Gutachten vom 09.03.2009). Bei der dortigen Untersuchung am 10.10.2008 gab der Kläger ein fiktives Gefühl der Ausstrahlung von ziehenden Schmerzen von der Hüfte rechts zum rechten Kniegelenk an. Schmerzen in der LWS verneinte er. In Ruhe und im Liegen komme es zu einer deutlichen Schmerzlinderung. Weiterhin gab er täglich stechende Schmerzen in der rechten Leiste vor allem beim Aufstehen aus dem Sitzen an. Intensive körperliche Tätigkeit falle ihm aufgrund der Schmerzen schwer. Dr. He. kam nach Auswertung der Erkenntnisse aus den beiden MRT Untersuchungen vom 13.10.2008 und 03.11.2008 zu dem Ergebnis, dass als Unfallfolge eine äußere Schienbeinkopffraktur ohne Dislokation rechtsseitig bestehe. Unfallunabhängig bestehe ein Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1 und ältere vordere Sinterungsfrakturen gering des 12. BWK und stärker ausgeprägt des 1. LWK mit Schmorl'schen Impressionen an der Deckplatte von Th12 und LWK 1. Bis 09.10.2008 bestehe eine MdE von 20, ab 10.10.2008 für die Dauer eines Jahres ebenfalls 20, für die Zeit danach könne die Erwerbsfähigkeit derzeit nicht beurteilt werden.

Am 13.10.2008 rief ein Mitarbeiter von Dr. He. bei der Beklagten an und bat um Abklärung von Beschwerden in der LWS und der Hüfte, die der Kläger bei der Untersuchung angegeben habe. Das könne heimatnah in Ö. stattfinden.

Auf Nachfrage der Beklagten nahm Dr. He. am 26.06.2009 ergänzend dahingehend Stellung, dass nach seiner Auffassung beim Kläger über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen bestünden, weil er täglich Schmerzen im rechten Knie mit Ausstrahlung in die rechte Hüfte habe. Die Verletzungsfolgen der Schienbeinkopffraktur und der älteren traumatischen Kompressionsfraktur der Vorderkante des 1. LWK und gering auch des 12. BWK führten zu Schmerzen in der täglichen Arbeit über das normale Maß hinaus. Es sei ausschließlich der persönlichen charakterlichen Einstellung des Klägers zu verdanken, dass er noch keine Einschränkung seiner Erwerbstätigkeit zu verzeichnen habe.

Der beratende Arzt der Beklagten Priv. Doz. Dr. Ho. nahm im Juli 2009 dahingehend Stellung, dass dem Gutachter nicht zu folgen sei. Es bestehe eine MdE von 10.

Die Beklagte zog ein Vorerkrankungsverzeichnis der DAK vom 10.08.2009, das seit Beginn der Mitgliedschaft am 08.11.1999 leer war.

Der Beklagte legte die Röntgenaufnahme von Dr. He. vom 10.10.2008 und den Befundbericht vom 03.11.2008 Prof. Dr. P. zur Abgabe einer beratungsärztlichen Stellungnahme vor. Er teilte mit, dass ca. 8 Monate nach dem Unfall noch ein Knochenmarködem zu erkennen sein müsse. Das werde im Bericht vom 03.11.2008 nicht beschrieben. Die Knochenstruktur der frakturierten Wirbelkörper erscheine im Röntgenbild vom 10.10.2008 bereits vollständig konsolidiert. Es fänden sich kleine Randkantenausziehungen ventral als Abstützung. Die Befunde sprächen am ehesten für alte Kompressionsfrakturen und nicht für Frakturen, die durch den Unfall am 06.03.2008 entstanden seien.

Mit Bescheid vom 11.09.2009 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.03.2008 ab. Bei der Entscheidung berücksichtigte sie folgende Unfallfolgen: Knöchern fest verheilte Bruch des rechten Schienbeinkopfes mit Belastungsschmerzhaftigkeit des Kniegelenks sowie subjektiven Restbeschwerden. Vom Unfall unabhängig bestehe ein Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1, Schmorl'sche Impressionen an der Deckplatte Th12 und LWK 1, Kompressionsbrüche BWK 12 und LWK 1.

Dagegen wandte sich der Kläger mit Widerspruch vom 18.10.2008, mit dem er die Anerkennung eines chronischen LWS-Schmerzsyndroms bei Zustand nach Sturz vom LKW aus 3,5 m Höhe, eine Fraktur des 12. BWK und des 1. LWK als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 40 begehrte. Er vertrat die Auffassung, dass ihm von Seiten der LWS eine MdE von 20 und von Seiten des Kniegelenks eine MdE von ebenfalls 20, insgesamt also 40 zustehe. Es habe ein adäquates Trauma vorgelegen, so dass dies zu berücksichtigen sei. Dazu legte er ein neurochirurgisches Fachgutachten des Dr. M. vom 30.07.2009 für ein Versicherungs- und Schadensbüro vor. Bei der dortigen Untersuchung am 29.12.2008 gab der Kläger an, unter belastungsabhängigen Schmerzen in der oberen LWS und unteren BWS zu leiden. Aufgrund der vorliegenden Bildgebung, einer sorgfältigen Anamnese ergebe sich aus neurochirurgischer Sicht ein Kausalzusammenhang der Wirbelbrüche mit dem Vorfall vom 06.03.2008. Der Bandscheibenvorfall sei mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal. Er legte weiterhin eine Befundnachricht des Radiologen Dr. Ka. vom 30.10.2009 über ein MRT der LWS vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.12.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule seien vor dem 06.03.2008 entstanden.

Dagegen erhob der Kläger am 26.02.2010 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Das SG holte ein chirurgisches Gutachten des Dr. Be. vom 28.06.2010 ein. Bei der dortigen Untersuchung im Juni 2010 gab der Kläger an, er habe nach dem Unfall zunächst gedacht, er habe sich das Becken gebrochen, weil er Schmerzen in der rechten Leiste gehabt habe, die ihm jetzt immer noch weh tue. Nach dem Unfall sei er in das Krankenhaus gekommen. Dort habe er lange warten müssen und dabei das Gefühl gehabt, dass sein Knie immer weniger weh tue. Er habe die Firma angerufen und es habe ihn jemand abgeholt und nach Hause gefahren. Auf der Fahrt sei das Knie immer dicker geworden. Morgens sei man in L. angekommen und dort habe er sich in der Ambulanz vorgestellt. Bei Belastung schwellte ihm das rechte Knie an. Bei längerem Sitzen habe er Rückenschmerzen. Er habe einen gefederten Fahrersitz im LKW, der für den Rücken gut sei. Seine Nichte, die Physiotherapeutin sei, massiere ihn regelmäßig, sonst finde keine Behandlung statt. Der Kläger legte eine CD mit den MRT Bildern vom 13.10.2008 (Hüfte), 03.11.2008 (LWS und unterster BWK) und 30.10.2009 (LWS) vor. Dr. Be. kam zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Befunde des Dr. He. von einem folgenlos ausgeheilten Zustand nach Schienbeinkopffraktur schon im Oktober 2008 ausgegangen werden könne. Bei der Arthroskopie seien außer einer Bruchlinie im Gelenknorpel des hinteren äußeren Schienbeinkopfbereichs keine weitergehenden Verletzungen des Gelenknorpels festgestellt worden. Deshalb sei auch wegen der Verletzungsschwere die Prognose gut. In den MRT Bildern sei ein Körperschaden der rechten Hüfte im engeren Sinne nicht zu erkennen. Ein Sturz aus 3 bis 4 Metern sei grundsätzlich geeignet, eine Wirbelkörperverletzung hervorzurufen. Für eine traumatische Wirbelsäulenverletzung spreche auch das leere

Vorerkrankungsverzeichnis. Das Fehlen eines Knochenmarksödems acht Monate nach dem Unfall spreche nicht gegen einen Unfallzusammenhang, weil solche Ödeme nach fünf bis sechs Monaten nicht mehr nachweisbar seien. Eine Wirbelkörperfraktur sei aber sehr schmerzhaft, allenfalls osteoporotische Sinterungen von Wirbelkörpern könnten schmerzlos sein, weil der Sinterungsprozess sehr langsam ablaufe. Eine Deckplattenimpressionsfraktur eines oder gar zweier Wirbel könne bei der Primärbehandlung von Unfallverletzten übersehen werden, wenn andere Verletzungen im Vordergrund der Behandlungsbedürftigkeit seien, wenn lange Zeiten der Bettruhe einzuhalten seien oder wenn z.B. bei schlechtem Allgemeinzustand lange Zeit intensivmedizinische Therapie erforderlich sei. Der Kläger habe sich zwar noch in Italien Schmerzmittel gekauft und diese auch auf der Rückfahrt nach L. schon genommen gehabt. Danach habe er das rechte Knie und damit auch die Wirbelsäule mit Gehstützen teilentlastet. Spätestens nach Abschluss der Behandlung des Knies im Mai 2008 hätten Rückenbeschwerden aufgrund der Wirbelkörperverletzung bestehen müssen. Anlässlich der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. He. am 10.10.2008 habe der Kläger keine Rückenschmerzen, sondern nur Schmerzen im Bereich des Beckens und der rechten Hüfte angegeben. Die Kernspintomographie-Bilder zeigten keine typischen Unfallverletzungen, sie zeigen vielmehr das typische Erscheinungsbild einer Scheuermann'schen Erkrankung des BWS-LWS-Übergangs, die bis zu dem Ereignis am 06.03.2008 ohne Krankheitserscheinungen war. Derzeit führe diese Erkrankung auch zu keinen Beschwerden und funktionellen Beeinträchtigungen. An der rechten Hüfte bestünden Schmerzen und auch eine Bewegungseinschränkung, für die die Ursache nicht klar sei. Dr. M. gehe insofern von einem Zusammenhang mit den Frakturen des BWK 12 und LWK 1 aus. Die derzeit noch vorhandenen Schmerzen an der Innenseite des rechten Knies seien ebenfalls nicht unfallbedingt, weil der Unfallschaden an der Knieaußenseite eingetreten sei. Der Kläger habe eine leichte O-Bein-Stellung an beiden Beinen. Die MdE betrage bis 31.10.2008 10 v.H danach unter 10 v.H.

Der Kläger legte eine gutachterliche Stellungnahme des Chirurgen und Sporttraumatologen Dr. Schw. vom 17.06.2009 und einen Untersuchungsbefund vom 22.05.2010 vor, der von einem Ursachenzusammenhang zwischen der Fraktur des 12. BWK und 1. LWK und dem Unfall vom 06.03.2008 ausging.

Das SG holte auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. La. vom 24.11.2010 ein. Dort gab der Kläger an, dass er bei Ankunft im L. am 07.03.2008 eigentlich generalisierte Schmerzen im Knie, Oberschenkel, Hüfte und Rücken gehabt habe. Durch die Konzentration auf das Knie habe er die Hüfte eigentlich nicht mehr wahrgenommen. Später habe er Schmerzen in der linken Leiste gehabt, so dass seine Frau von Prostatabeschwerden ausgegangen sei. Jetzt habe er Missempfindungen über das Kreuz in das rechte Bein. Anfangs habe er Erektions- und Miktionsstörungen gehabt, die aber vollständig abgeklungen seien. Schmerzen in der rechten Leiste habe er morgens immer noch, sie besserten sich aber im Laufe des Tages. Dr. La. stellte eine Läsion des Nervus ileo hypogastricus rechts, eine Meralgia parästhetica rechts und einen Hinweis auf einen sensiblen Ausfall der Nervenwurzel Th 12 rechts fest. Der Nervus hypogastricus sei von den Nervenwurzeln Th12 und L1 aufgebaut. Die Meralgia parästhetica gehe auf eine Irritation des äußeren Oberschenkelnervs (Nervus femoralis superficialis) zurück, der ebenfalls von der Nervenwurzel L1 gespeist sei. Es lägen damit Störungen vor, die auf spinale Nervenwurzel zu beziehen seien, die im unmittelbaren Bereich der vorgeschädigten, aber bis zum Unfall symptomfreien Wirbelkörperveränderungen L1 bis Th12 sich befänden. Bei den erst spät durchgeführten Untersuchungen der LWS und unteren BWS seien Hinweise auf eine Beschädigung der Nervenwurzeln wie eine raumfordernde Bedrängung durch Bandscheibenvorfälle nicht darstellbar gewesen. Grundsätzlich bestehe aber die Möglichkeit, dass in diesem vorgeschädigten Bereich durch Zerrung der Nervenwurzeln, nachfolgend Schwellungen und Blutungen eine Läsion dieser Nervenwurzeln im Bereich der vorgeschädigten Wirbelsäulenabschnitte zugefügt worden sei, die nicht mehr bildgebend nachweisbar gewesen sei. Der neurologische Defekt sei jedoch eindeutig. Die Hüftgelenkschmerzen seien durch die Schädigung des Nervus ileo hypogastricus erklärbar, weil Missempfindungen in diesem Bereich subjektiv auf das Hüftgelenk projizierbar seien. Die Miktionsbeschwerden, die auch nicht dokumentiert seien, seien dadurch allerdings nicht erklärbar. Bei frischen Läsionen des Nervus ileo hypogastricus könne es zu einer Schwäche der Bauchdeckenmuskulatur knapp oberhalb der Leiste kommen, die aber rückbildungsfähig sei, weil dieses Muskelgebiet auch von anderen Nerven versorgt werde. Bei bleibenden Schäden der genannten Nerven handele es sich nur um sensible Ausfälle, die Missempfindungen, leichte Schmerzen und Beschwerden verursachen könnten, aber mit keiner Beeinträchtigung der Muskeln oder des Skeletts verbunden seien. Die Nervenläsionen seien im Hinblick auf die durchgehende Schilderung des Klägers, dass er zunächst Schmerzen in der Hüfte gehabt habe und dann die Kniebeschwerden in den Vordergrund getreten seien, mit großer Wahrscheinlichkeit in wesentlicher Weise durch den Unfall verursacht worden. Es sei nicht völlig auszuschließen, dass sich die Nervenläsion allmählich im Laufe der Zeit eingestellt habe. Das vorliegende Trauma gehe jedoch über eine Gelegenheitsursache hinaus. Da der Kläger bei alltäglichen Tätigkeiten einschließlich Sport (Skifahren) niemals Beschwerden bemerkt habe und die Schmerzen nach dem Sturz am 06.03.2008 schlagartig eingesetzt hätten, sei doch dieses Trauma in wesentlicher Weise Grund für den nunmehrigen Defekt. Bis 31.10.2008 sei diese Nervenverletzung mit einer MdE von 10, danach mit unter 10 (in Ö.: MdE 5) einzustufen. Die Folgen überschritten sich nicht mit den Folgen der Knieverletzung, so dass bis 31.10.2008 eine MdE von 20 vorliege.

Die Beklagte trat dem Gutachten entgegen.

Das SG holte von Amts wegen ein Gutachten des Neurologen Priv. Doz. Dr. Fu. vom 10.01.2011 ein. Bei der dortigen Untersuchung gab der Kläger an, schon vor dem 06.03.2008 bei Langstreckenfahrten und Unterkühlungen immer wieder Rückenbeschwerden gehabt zu haben. Sein Hausarzt habe Wirbelblockaden festgestellt und ihm Massagen verordnet. Dort verneinte der Kläger Störungen der Miktions- und Sexualfunktion nach dem Unfall. Ab Herbst 2008 sei es zu zunehmenden Rückenschmerzen gekommen. Priv. Doz. Dr. Fu. kam zu dem Ergebnis, dass es beim Unfall zu einem folgenlos verheilten, sehr leichten Schädel-Hirn-Trauma Grad I gekommen sei. Ein Zusammenhang der beschriebenen sensiblen Beeinträchtigungen mit dem Unfallereignis vom 06.03.2008 könne nicht wahrscheinlich gemacht werden. Es bestehe eine sensible L5-Radikulopathie rechts durch rechts medio-lateralen Bandscheibenvorfall mit rechts intraforaminärem L5-Wurzelkontakt. Für eine vorliegende sensible C8-Radikulopathie ungeklärter Ätiologie sei eine Unfallkausalität nicht wahrscheinlich zu machen. Dieser Befund - mit dem aufgrund der Voruntersuchungen nicht zu rechnen gewesen sei - sei zu Lasten der Krankenversicherung abklärungsbedürftig. Es bestehe unfallunabhängig weiterhin ein haltungs- und belastungsabhängiges Schmerzsyndrom des thorakolumbalen Übergangs durch Morbus Scheuermann mit Keilwirbelbildung und Schmorl'schen Knoten an der Deckplatte L1 und weniger Th12, eine geringfügige mediane Bandscheibenprotrusion L1/2 ohne Wurzel- oder Konus-/Caudakontakt. Die Leistenschmerzen rechts könne er neurologisch nicht zuordnen, bei der klinischen Sensibilitätsprüfung seien hier keine eindeutigen Normabweichungen feststellbar, es bestünden keine zuzuordnenden Lokoregionären Begrenzungen. Differenzialdiagnostisch könne hier ein unfallunabhängiges Nervus ilioinguinalis-Syndrom oder eine Leistenhernie bestehen. Er sehe keinen Hinweis auf eine Meralgia parästhetica rechts. Die sensiblen Ausfälle im Bereich des rechten Beins könne er klar einer sensiblen L5-Radikulopathie durch lumbosakralen Bandscheibenvorfall zuordnen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 06.03.2008 und den Rückenschmerzen könne nicht hergestellt werden, weil

der Kläger bereits zuvor immer wieder Rückenbeschwerden gehabt habe und zwischen März und Oktober 2008 in den zur Verfügung stehenden Unterlagen keine Beschwerden in diesem Bereich dokumentiert seien. Der Bandscheibenvorfall L5/S1 sei nicht Unfallfolge. Das haltungsabhängige Schmerzsyndrom des Rückens sei für ein Morbus Scheuermann typisch und wäre mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis am 06.03.2008 in der gleichen Intensität eingetreten. Dafür spreche, dass der Kläger schon zuvor bei längeren Fahrten Beschwerden gehabt habe und die Verschlimmerung erst mit einem halbjährlichen Abstand zum Unfallereignis aufgetreten sei. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 26.05.2008 habe auf neurologischem Fachgebiet keine Minderung der Erwerbsfähigkeit mehr vorgelegen. Die Folgen des sehr leichten Schädel-Hirn-Traumas hätten höchstens zwei Wochen vorgelegen. Hinsichtlich der traumatischen Erklärung der Frakturen im LWK 1 und BWK 12 sei er den Ausführungen von Dr. Be. gefolgt, weil diese in sich schlüssig seien. Die von Dr. La. angenommene Zerrung von Nervenwurzeln, nachfolgenden Schwellungen und Blutungen, die zu Läsionen geführt hätten, sei rein spekulativ. Sensible Beeinträchtigungen im Versorgungsbereich des Nervus iliohypogastricus und eine Meralgie parästhetica seien kein typischer Befund nach Kompressionsfrakturen von BWK 12 und LWK 1. Ein Bauchtrauma, das eine Schädigung des Nervus iliohypogastricus auslösen könne, habe der Kläger nicht geschildert. Darüber hinaus habe er die Beeinträchtigungen des Nervus hypogastricus bei seiner Untersuchung nicht nachvollziehen können. Eine Meralgie parästhetica sei durch eine Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis durch die rechtwinklige Verlaufsänderung des Nerven bei dem Durchtritt durch den Leistenkanal möglich. Ein entsprechendes Trauma habe aber nicht stattgefunden. Die Ausführungen des Dr. La. könnten insofern nicht nachvollzogen werden.

Auf Antrag des Klägers holte das SG nach [§ 109 SGG](#) eine ergänzende Stellungnahme des Dr. La. vom 16.05.2011 ein. Er wies darauf hin, dass in der Untersuchung von Dr. Fu. eine Sensibilitätsprüfung der Leiste und des Genitals nicht auftauche. Er selbst habe bei seiner Untersuchung eine sensible Radikulopathie L5 nicht finden können. Dr. Fu. habe bei der Zuordnung der Dermatome und der Versorgung der peripheren Nerven einen Fehler gemacht. Ein isolierter Ischiasnervenwurzel ausfall L5 erzeuge an der Oberschenkelaußenseite keinen Ausfall und keine unangenehme Missempfindung, weil dieser Bereich auch von der Nervenwurzel L4 und S1 mitversorgt werde. Der in dem Gutachten beschriebene Befund an der Außenseite des rechten Oberschenkels mit Berührungsparästhesien sei typisch für eine Läsion des Nervus femoris lateralis superficialis. Die Meralgia parästhetica werde durch eine Läsion des Nervus femoralis lateralis superficialis ausgelöst und zeichne sich durch eine Abschwächung des Hautgefühls an der Außenseite des Oberschenkels und durch eine Wahrnehmung von Empfindungen als unangenehm aus. Es könnten auch spontane Missempfindungen z.B. durch Kleidung ausgelöst werden. Es sei zutreffend, dass es viele Möglichkeiten gebe, dass dieser Nerv irritiert oder verletzt werde, weil an der Leistenbeuge bei Durchtritt dieses Nerven ein Knick um fast 90° bestehe. Die Meralgia parästhetica entstehe spontan in der Regel beidseits symmetrisch und könne durch bestimmte Arbeiten provoziert werden, bei denen die Bauchmuskulatur angespannt werde. Ein einseitiges Auftreten der Meralgia parästhetica sei ungewöhnlich. Da der Kläger aber von 3 bis 3,5 Metern abgestürzt sei und mit dem rechten Kniegelenk aufgeprallt sei, sei es naheliegend, diesen Sturz mit Muskelanspannung bzw. als Ursache dieses Ausfalles zu betrachten. Der Kläger habe entsprechend primär einen Schmerz in der Leiste verspürt und deshalb an eine Beckenverletzung gedacht. Es könne insofern dahingestellt bleiben, ob die Läsion des Nerven an der Leiste oder am Rücken eingetreten sei. Die Läsion des Nervus ileo hypogastricus sei aber im Rücken entstanden, weil dort wegen der Vorschädigung ein locus minoris resistenciae bestehe, d.h. eine Stelle, an der durch den Vorschaden leicht eine Verletzung entstehen könne.

Der Kläger legte eine Stellungnahme - ohne Datum - des Dr. M. - ohne Datum - zum Gutachten von Priv. Doz. Dr. Fu. und der ergänzenden Stellungnahme von Dr. La. vor.

Mit Urteil vom 20.10.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die unstreitigen durch den Unfall vom 06.03.2008 verursachten Schäden im Bereich des rechten Knies nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit des Klägers nicht mit einer MdE von wenigstens 20 zu beurteilen seien. Das Knie sei bei Abschluss der Behandlung im Krankenhaus L. am 08.05.2008 völlig reizfrei und voll belastbar gewesen. Bei der Untersuchung am 10.10.2008 sei es frei beweglich, aber schmerzhaft gewesen. Die vom Kläger berichtete schmerzhafte Schwellneigung, die beim Skifahren auftrete, bedinge keine MdE von wenigstens 20. Weitere durch den Unfall verursachte Gesundheitsstörungen, insbesondere die von Dr. He. in die Beurteilung einbezogenen Beschwerden an Wirbelsäule und Hüften des Klägers, seien nicht mit der hinreichenden Sicherheit festzustellen. Eine kausale Verknüpfung des Bandscheibenvorfalles im Bereich L5/S1 mit dem Unfall vom 06.03.2008 werde von keinem der Ärzte angenommen, von Dr. M. und Priv.-Doz. Dr. Fu. sogar ausdrücklich verneint. Die Wirbelsäulenschäden im thorako-lumbalen Übergang seien ebenfalls nicht Unfallfolge. Die Kammer schloss sich insofern den Bewertungen von Dr. Be. und Dr. Fu. an. Sofern Dr. M. davon ausgehe, dass diese Beschwerden durch die genommenen Schmerzmittel verdeckt worden seien, könne diese Bewertung im Hinblick auf die bereits im Mai 2008 beendete Behandlung des Kniegelenks und die erstmalige Schilderung der Beschwerden im Rücken nach der Begutachtung am 10.10.2008 nicht nachvollzogen werden. Auch hinsichtlich der Beschwerden an Hüfte bzw. Leiste fehle es an einem wahrscheinlichen Unfallzusammenhang. Das Gutachten des Dr. La. sei nicht schlüssig. Er habe selbst dargelegt, dass sich eine Schädigung der den Nervus ileo hypogastricus und des Nervus femoralis superficialis versorgenden Nervenwurzeln in den durchgeführten Untersuchungen der LWS nicht habe darstellen lassen. Zur Begründung des Kausalzusammenhangs habe er deshalb allein auf die grundsätzlich bestehende Möglichkeit einer Zerrung von Nervenwurzel im vorgeschädigten Bereich L1 und Th12 mit nachfolgenden Schwellungen, Blutungen und Auftreten einer Nervenläsion verwiesen. Die bloße Möglichkeit genüge aber nicht für die Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 03.11.2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 01.12.2011 eingelegte Berufung des Klägers. Zur Begründung führt er aus, im Streit sei das Vorliegen von Gesundheitsschäden und deren ursächlicher Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall vom 06.03.2008 sowie die Höhe der MdE der Unfallfolgen. Auch Dr. He. habe nicht sicher beurteilen können, wie hoch die MdE mehr als ein Jahr nach dem Unfall zu bewerten sei. Insofern werde die Einholung eines orthopädischen Sachverständigengutachtens angeregt. Die Angaben von Dr. He. seien diskrepant, weil er einmal die Frakturen im BWK 12 und LWK 1 als unfallbedingt, ein anderes Mal als unfallabhängig bezeichne. Die Schlussfolgerung von Dr. Be. , dass er keine Beschwerden in der Wirbelsäule gehabt habe und deshalb diese nicht unfallbedingt sein könnten, sei nicht nachvollziehbar, weil er schon durch Dr. He. als überobligationsmäßig arbeitend und zäh, den Schmerz ignorierend dargestellt werde. Auch sei es nicht zutreffend, dass er nach Ende der Behandlung des Knies schmerzfrei gewesen sei. Vielmehr ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. He. , dass er noch im Oktober täglich 50mg Voltaren eingenommen habe. Im Hinblick auf das leere Vorerkrankungsverzeichnis sei auch fraglich, ob die bei Dr. Fu. angegebenen Rückenbeschwerden mehr als nur sich selbst limitierende Befindlichkeitsstörungen gewesen seien. Insofern bestehe durchaus eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für einen Ursachenzusammenhang zwischen den Frakturen des BWK 12 und LWK 1 und dem Unfall vom 06.03.2008. Betreffend die neurologischen Störungen nimmt der Kläger im Wesentlichen auf das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme von Dr. La. Bezug. Da andere Ursachen für die von ihm festgestellte Schädigung der Nerven ausschieden, sei eine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs

anzunehmen. Der behauptete Vorschaden Morbus Scheuermann sei jedenfalls nicht wesentlich für die Verursachung der neurologischen Gesundheitsschäden.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20.10.2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11.09.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.12.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, unter Anerkennung einer Fraktur des LWK 1, des BWK 12 sowie Nervenläsionen des Nervus ileo hypogastricus und einer Meralgia parästhetica rechts als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 06.03.2008 Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem angefochtenen Urteil an.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf einen Band Verwaltungsakten der Beklagten, einen Band Akten des Sozialgerichts Mannheim sowie die beim Senat angefallene Akte.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, aber unbegründet. Über die örtliche Zuständigkeit des SG und des LSG hat der Senat nicht mehr zu befinden, [§§ 98 SGG, 17a Abs. 5](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG).

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist neben der Leistungsklage auf Verletztenrente auch die Verpflichtungsklage auf Anerkennung weiterer Gesundheitsschäden als Folge seines Arbeitsunfalls vom 06.03.2008. Der klägerische Antrag war insofern nach seinem wirklichen Begehren sachdienlich auszulegen, [§§ 103, 106 Abs. 1 SGG](#). Der Kläger hat schon seit dem Erstantrag im Verwaltungsverfahren durchgehend das Vorliegen weiterer Folgen des Unfalls vom 06.03.2008 in der Wirbelsäule und der rechten Hüfte vorgetragen und damit zum Ausdruck gebracht, dass es ihm in diesem Verfahren nicht um die Gewährung einer Verletztenrente allein wegen der bereits anerkannten Unfallfolgen, sondern um die Berücksichtigung weiterer Gesundheitsschäden bei der Bemessung der MdE und damit um die Anerkennung derselben als Folge des Arbeitsunfalls vom 06.03.2008 geht. Die Beklagte hat darüber auch in den angefochtenen Bescheiden entschieden. Die Verpflichtungsklage ist damit auch zulässig.

Die so ausgelegte Klage ist unbegründet. Dem Kläger steht weder die Anerkennung weiterer Gesundheitsschäden als Folge des Unfalls vom 06.03.2008 noch die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Unfalls zu. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Sowohl die Beklagte als auch das SG sind zutreffend von einer Versicherung des Klägers in seiner Tätigkeit in Italien am 06.03.2008 in der gesetzlichen Unfallversicherung ausgegangen, [§§ 2 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII), 4 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV).

Das SG hat die Grundsätze für die Gewährung einer Verletztenrente nach [§ 56 SGB VII](#) ebenso zutreffend dargestellt wie die Grundsätze zur Beurteilung eines Arbeitsunfalls als wesentliche Ursache für eine vorliegende Gesundheitsstörung. Es hat auch die Tatsachen zutreffend festgestellt und sie den Kategorien des SGB VII zugeordnet. Der Senat macht sich diese Ausführungen zur Vermeidung von Wiederholungen nach erneuter Überprüfung zu eigen, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Im Hinblick auf das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren ist ergänzend Folgendes auszuführen:

Es ist weitgehend unstrittig und von der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden auch festgestellt, dass beim Kläger als Folgen des Unfalls Beschwerden im Bereich des Knies wegen der Tibiakopffraktur vorliegen. Diese Beschwerden bedingen nach den zutreffenden Ausführungen des SG und auch der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden keine MdE von wenigstens 20 v.H. über das Ende der Arbeitsunfähigkeit am 25.5.2008 hinaus. Sowohl der Abschlussbericht des Krankenhauses L. als auch das Gutachten des Dr. He. aufgrund der Untersuchung am 10.10.2008 sprechen für eine schnell knöchern verheilte Fraktur, die im Oktober bei Belastung noch zu einer Schwellneigung mit Schmerzen im Kniegelenk führte. Eine Bewegungseinschränkung, Instabilität oder Reizung des Kniegelenks über die Schwellneigung hinaus bestand nicht mehr. Außergewöhnliche Schmerzen ergeben sich anhand der Befunde des Dr. He. nicht. Er begründet seine Einschätzung mit einer MdE von 20 v.H. mit Schmerzen in Hüfte, Rücken und Knien, ohne dass sich aus seiner Beschreibung besondere Schmerzen im Knie selbst ergeben, die über das übliche Maß acht Monate nach dem Unfall hinausgehen und eine Funktionsbeeinträchtigung beim Kläger auslösen konnten. Der Kläger selbst beschrieb sich insofern nur noch als beim Skifahren behindert. Das genügt aber nicht für eine MdE von wenigstens 20 v.H. wie das SG zutreffend ausgeführt hat. Soweit Dr. He. von vom Knie in die Hüfte ausstrahlenden Schmerzen ausgeht, ist diese Annahme durch die Gutachten von Dr. La. und Priv.-Doz. Dr. Fu. widerlegt, die die Beschwerden in den Hüften in Zusammenhang mit Nervenschädigung in der Wirbelsäule und nicht mit den Folgen der Knieverletzung bringen.

Die Frakturen im Bereich des BWK 12 und des LWK 1 sind nicht Unfallfolge. Davon gehen mit Ausnahme von Dr. M. und Dr. Schw. alle behandelnden und begutachtenden Ärzte aus. Zwar sprechen für einen Ursachenzusammenhang zwischen den Frakturen und dem Unfall vom 06.03.2008 die Geeignetheit des vom Kläger geschilderten Unfallereignisses und auch fehlende Arbeitsunfähigkeitszeiten des Klägers wegen Rückenbeschwerden seit 1999. Dagegen spricht nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. Be., denen sich sowohl Dr. He. als auch Priv. Doz. Dr. Fu. und im Ergebnis auch Dr. La. angeschlossen haben, die Tatsache, dass der Kläger weder bei der ersten Untersuchung im Krankenhaus L. noch bei den folgenden Untersuchungen oder gegenüber seinem Hausarzt Dr. Fa. bis zur Untersuchung durch Dr. He. am 10.10.2008 überhaupt irgendwelche Beschwerden in der Wirbelsäule angegeben hat. Dafür spricht auch, dass bereits am 13.10.2008 ein MRT der Hüfte aber erst im November 2008 ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt wurde, die in Zusammenschau mit den routinemäßig bei Dr. He. durchgeführten Röntgenbildern schließlich zur Diagnose der Frakturen geführt hat. Soweit der Kläger unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen von Dr. M. darauf hinweist, dass die Schmerzen im Rücken durch die Schmerzmittelaufnahme wegen der Kniebeschwerden überdeckt worden seien, ist dieser Vortrag nicht nachvollziehbar. Nach den überzeugenden Ausführungen des Dr. Be. ist eine akute Wirbelkörperfraktur an zwei Wirbelkörper sehr schmerzhaft. Der Kläger selbst hat aber angegeben, dass er zunächst - d.h. vor Einnahme jeglicher Schmerzmittel - Schmerzen in der Hüfte und im Knie gehabt habe. Schmerzen im Rücken hat er überhaupt nicht angegeben. Auch im weiteren Verlauf, als der Kläger seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, hat er zwar Schmerzen in der Hüfte, nicht aber im Rücken

angegeben. Es ist dem Senat nicht nachvollziehbar, warum die Schmerzen in der Hüfte nicht, wohl aber diejenigen im Rücken durch die Schmerzmittel überdeckt gewesen sein sollen. Insofern ist der von Dr. Be. und im Ergebnis auch von Dr. He. und Dr. La. angenommene Verlauf, dass es beim Kläger im Rahmen einer Scheuermann'schen Erkrankung, also einer Entwicklungsstörung im Bereich der Wirbelsäule zur Ausbildung sog. Schmorl'scher Knoten am BWK 12 und LWK 1 gekommen ist, die bis zum Unfall keine oder jedenfalls keine Beschwerden verursacht haben, die zu Arbeitsunfähigkeit führten, sehr viel wahrscheinlicher. Auch nach dem Unfall ist es nicht zur Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Beschwerden im Rücken gekommen. Die hierauf zurückzuführende Schmerzsymptomatik ist nach den überzeugenden Darlegungen von Dr. Be. nicht zeitnah zum Unfall, spätestens jedoch nach Abschluss der Behandlung mit Teilentlastung durch die verordnete Gehstützen im Mai 2008, dokumentiert, was aber bei einer unfallbedingten Exazerbation der Rücken-/Hüftschmerzen zu erwarten gewesen wäre.

Es kann dahingestellt bleiben, ob beim Kläger eine Läsion des Nervus ileo hypogastricus und einer Meralgia parästhetica vorliegt, wie Dr. La. ausführt. Jedenfalls besteht keine hinreichende Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen diesen Beschwerden und dem Unfall vom 06.03.2008. Dr. La. führt die von ihm und auch von Priv. Doz. Dr. Fu. festgestellte Empfindungsstörung am rechten Oberschenkel auf eine sog. Meralgia parästhetica zurück, die entweder auf einer Schädigung des Nervs im Bereich der Leiste oder im Bereich des thorako-lumbalen Übergangs beruhe, und meint, diese Schädigung sei Folge des Unfalls. Das führt er auf die Schilderung des Klägers zurück, dass er unmittelbar nach dem Unfall Schmerzen in der Hüfte gehabt habe, so dass er eine Verletzung des Beckens angenommen habe. Dr. La. führt insofern aus, dass es möglicherweise zu einer Läsion der Nerven im vorgeschädigten Bereich BWK 12, LWK 1 als locus minoris resistenciae gekommen sei, die aber im MRT nicht mehr nachweisbar gewesen sei. Diese Möglichkeit genügt aber - wie das SG ausführlich und zutreffend dargestellt hat - nicht zur Annahme einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Unfallzusammenhangs. Gegen einen Unfallzusammenhang spricht insofern, dass der Kläger selbst angegeben hat, dass die Schmerzen in der Hüfte nachgelassen hätten und dann Schmerzen im rechten Knie aufgetreten seien, also Schmerzen in der Hüfte nur kurz aufgetreten seien. Erst Dr. La. hat bei seiner Untersuchung vom 28.10.2010, also zweieinhalb Jahre nach dem Unfall, die Missempfindungen am rechten Oberschenkel beschrieben.

Die Schmerzen an der rechten Leiste lassen sich nach den überzeugenden Ausführungen von Priv. Doz. Dr. Fu. nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 06.03.2008 zurückführen. Dr. La. führt insofern einen locus minoris resistenciae im Bereich von BWK 12 und LWK 1 an und meint, es sei zu einer sensiblen Schädigung des Leistenerven in diesem Bereich gekommen, der als Schmerz im Bereich der rechten Leiste wahrgenommen werde. Auch insofern schildert er aber lediglich die Möglichkeit eines Geschehensablaufs, ohne die hinreichende Wahrscheinlichkeit insofern zu belegen. Auch insofern ist erstmals durch Dr. He. aufgrund seiner Untersuchung am 10.10.2008 ein Schmerz in der rechten Hüfte dokumentiert worden. Als Alternativursache für die von Dr. La. angenommene Läsion des Nervus ileo hypogastricus - entgegen Priv. Doz. Dr. Fu. , der überhaupt keine neurologische Erklärung für die Hüftbeschwerden finden konnte - ist die unfallunabhängig bestehende Fraktur der beiden Wirbelkörper anzusehen, wie auch Dr. La. einräumt. Der zeitliche Ablauf (erstmalige Dokumentation im Oktober 2008) spricht insofern auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Kläger am 06.03.2008 in seinem gesundheitlichen Zustand mit Schmorl'schen Knoten am BWK 12 und LWK 1 versichert war, für eine unfallunabhängige Ursache. Ein hinreichend wahrscheinlicher Ursachenzusammenhang besteht auch bei unterstellter Richtigkeit der Diagnose von Dr. La. nicht.

Alternativ erwägt Dr. La. eine Schädigung des Leistenerven aufgrund einer Muskelanspannung während des Unfalls. Gleichzeitig führt er aber aus, dass entsprechende Erscheinungen in der Regel beidseitig auftreten. Es ist nicht nachvollziehbar, warum es bei der Muskelanspannung im Rahmen des Unfalls, bei dem der Kläger nach eigenen Angaben neben der Fraktur des Tibiakopfes im rechten Bein auch Schürfwunden am linken Arm und an der linken Seite des Kopfes erlitten hat, isoliert nur auf einer Seite zu einer Schädigung des Leistenerven gekommen sein soll. Gegen die Annahme einer einseitigen Meralgia parästhetica spricht auch, dass der Kläger selbst bei Dr. La. angegeben hat, vorübergehend auch an der linken Leiste Beschwerden gehabt zu haben, so dass seine Ehefrau sich zur Annahme von Prostatabeschwerden veranlasst gesehen habe.

Die Folgen des von Priv. Doz. Dr. Fu. festgestellten sehr leichten Schädel-Hirn-Traumas sind nach seinen überzeugenden Ausführungen innerhalb von zwei Wochen vollständig ausgeheilt und bestanden deshalb jedenfalls nicht über den 26.05.2008 hinaus. Gegen diese Einschätzung hat sich der Kläger in seiner Berufungsbegründung auch nicht gewandt.

Die Berufung des Klägers war deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-05-29