

L 10 U 3241/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 2144/15
Datum
25.07.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3241/16
Datum
21.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 25.07.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente streitig.

Der am 1973 geborene Kläger war von Oktober 2000 bis Dezember 2013 als Kernmacher bei der Metallgießerei S. GmbH beschäftigt (vgl. Angaben des Arbeitgebers, Bl. 23 VwA; Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses durch Aufhebungsvertrag zum 31.12.2013, Bl. 357, 562 VwA). Am 19.11.2012 stürzte der Kläger in Ausübung dieser Tätigkeit beim Einstellen einer Maschine von einer Leiter, fiel auf den Rücken und schlug sich den Kopf an (Unfallanzeige, Bl. 23; Bericht des Unfallzeugen C., Bl. 35 VwA). Dabei zog er sich eine Deckplattenimpressionsfraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers (LWK 2) und eine Hinterkopfprellung zu (D-Arztbericht Prof. Dr. E., Chefarzt der Stiftungsklinik W.: Klopfschmerz über der mittleren und unteren LWS, Schwellung am Hinterkopf ohne neurologische Ausfälle, wach, kooperativ, orientiert, Röntgenbefund: muldenförmige Einsenkung der Deckplatte des LWK 2, im CT Bestätigung der Diagnose, Bl. 1 VwA). Die Hinterkopfprellung heilte innerhalb weniger Wochen folgenlos aus und bereitete dem Kläger auch keine Beschwerden mehr (vgl. Zwischenbericht der Stiftungsklinik W. vom 14.12.2012, Bl. 29 VwA; Abschlussbericht der Fachklinik I. vom 14.01.2013: Schmerzangabe (nur) im Rückenbereich, Bl. 57 VwA; D-Arztbericht Prof. Dr. G., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums U. vom 02.01.2013: persistierende Schmerzen im BWS/LWS-Bereich, Bl. 46 VwA). Die LWK 2-Fraktur wurde zunächst konservativ mit Ruhigstellung (zweiwöchige Bettruhe, Bl. 29 VwA) und anschließender vorsichtiger Mobilisation (mit Tragen einer Rückenorthese für sechs Wochen, Bl. 10, 30 VwA) behandelt. Im Laufe der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) in der Fachklinik I. (vom 06.12.2012 bis 27.12.2012, Bericht Bl. 55 ff. VwA) konnten die Rückenschmerzen zunächst gelindert (Aufnahmebefund: Schmerzen im Rückenbereich, vor allem unter Belastung und Bewegung, Schmerzintensität numerische Analog-Skala - NAS - bis 8; Entlassungsbefund: keine Schmerzausstrahlung in die Beine, keine Ruheschmerzen, Angabe von lumbalen Belastungsschmerzen NAS 4 bis 5, Bl. 60 VwA bei vollständiger Absetzung der Schmerzmedikation Bl. 56 VwA) und die Beweglichkeit gesteigert werden (Aufnahmebefund: Beugung der rechten Hüftgelenks ab 60° schmerzhaft, Bl. 59 VwA, Entlassungsbefund: Gehstrecke ein Kilometer, Treppenlaufen über ein Stockwerk möglich, Beugung des rechten Hüftgelenks ab 90° schmerzhaft, Bl. 60 VwA). Wegen anhaltender Schmerzen bei fortschreitender Frakturkonsolidierung (vgl. Röntgenkontrollen vom 02.01.2013: noch abgrenzbare LWK 2-Fraktur, Bl. 46 VwA; vom 19.02.2013: zunehmende Mehrsklerosierung der Impressionsfraktur, Bl. 153 VwA) wurde auf Empfehlung des D-Arztes Prof. Dr. G. (Zwischenbericht, Bl. 86 ff. VwA) am 04.03.2013 operativ eine dorsale Stabilisierung (Matrix L 1 bis L 3) vorgenommen (Behandlungsbericht Prof. Dr. G. vom 06.03.2013: regelrecht eingebrachtes Osteosynthesematerial, periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität - pDMS - allseits intakt, Bl. 104 VwA; CT-Untersuchung vom 05.03.2013: keine postoperativ zunehmende Sinterung, kein Materialbruch oder Lockerungszeichen, intaktes hinteres und vorderes Alignment, Bl. 151 VwA). Aus der anschließend in der Rehaklinik Bad Saulgau durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme (vom 05.04.2013 bis 03.05.2013) wurde der Kläger bei weiterhin beklagten Belastungsschmerzen (NAS 5 bis 8, ohne regelmäßige Schmerzmitteleinnahme, Bl. 162 VwA) und regelhaftem Heilungsverlauf (Röntgenbefund vom 22.04.2013: lockerungsfrei einliegendes Osteosynthesematerial, zunehmende Konsolidierung der LWK 2-Fraktur, Bl. 161 VwA) arbeitsunfähig bei bereits geplanter stufenweiser Wiedereingliederung ab Ende Juni 2013 (ohne dauerhafte Zwangshaltungen der Wirbelsäule, häufiges Bücken und Heben schwerer Lasten, ohne Ersteigen von Leitern und Gerüsten, Bl. 163 VwA) entlassen. Bei weiterer Schmerzbesserung durch eine sich anschließende Erweiterte ambulante Physiotherapie - EAP - (Zwischenbericht Prof. Dr. G. vom 06.06.2013: Schmerzen insgesamt gebessert, seit wenigen Tagen akute Schmerzen im Bereich des Sakrum und lumbalen Bereich, gewertet als akute Lumbago, pDMS intakt, keine radikuläre Symptomatik, Finger-Boden-Abstand 0 cm,

Seitrotation nur endgradig eingeschränkt, aktuelle keine Schmerzmedikation, Bl. 219 VwA) nahm der Kläger ab 01.07.2013 an einer Belastungserprobung teil (Bl. 225 VwA), die er jedoch nach wenigen Tagen schmerzbedingt abbrach (Bl. 234 VwA, Beschwerden durch Tragen der Arbeitsschuhe und im Stehen, Bl. 236 VwA, Schmerzen im Bereich des Gesäßes, ausstrahlend in den proximalen Oberschenkel, Bl. 249 VwA). Bei einer schmerztherapeutischen Vorstellung am 11.07.2013 (Bericht Dr. H. , stellvertretender Sektionsleiter Schmerztherapie, Universitätsklinikum Ulm, Bl. 254 ff. VwA) wurde eine Schmerzaggravation aufgrund erheblicher psychischer Belastungsfaktoren (Auszug der Ehefrau mit den gemeinsamen drei Kindern vor zwei Wochen) bei beklagten Schmerzen in unterschiedlichen Körperregionen (oberer LWS-Bereich, Druckgefühl im Brustkorb, rezidivierende Kopfschmerzen, Bl. 265) gesehen und ein Antidepressivum (Cymbalta) verordnet. Weitere Röntgenkontrollen (am 27.06.13, Prof. Dr. B. , Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums U.: weiter kein Nachweis einer zunehmenden Sinterung bei konstanter zentraler Wirbelkörperhöhe, intaktes Osteosynthesematerial ohne Lockerungszeichen, regelrechtes Vorder- und Hinterkanten-Alignment, Bl. 268 VwA; am 30.10.2013, Prof. Dr. B. , Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums U.: unverändert einliegendes Fremdmaterial ohne Lockerungszeichen, keine progrediente Sinterung, erhaltenes ventrales und dorsales Alignment, Bl. 446 VwA) und ein Kontroll-CT (am 14.08.2013, Bericht Dr. S. , Bundeswehrkrankenhaus U.: regelrecht einliegendes Osteosynthesematerial ohne Hinweise auf Materialbruch/ -lockerung, ohne Hinweis auf eine Bandscheibenprotrusion bzw. Degeneration der Facettengelenke LWK 4/5 und LWK5/SWK1, Bl. 332 VwA) erbrachten keine neuen pathologischen Befunde. Wegen weiterhin beklagter Schmerzen (Bericht Prof. Dr. S. , Ärztlicher Direktor der BG Klinik T. vom 10.10.2013: dumpfe Beschwerden auf Höhe der Fraktur, lokaler Druckschmerz über dem einliegenden Fixateur, Bl. 359 VwA; Zwischenbericht Prof. Dr. G. vom 31.10.2013: Schmerzen im Bereich der LWS in beide Ileosakralgelenke ausstrahlend, Bl. 401 VwA) wurde am 14.01.2014 das einliegende Metall komplikationslos entfernt (Bericht Prof. Dr. G. vom 20.01.2014: postoperativ freifunktionelle Mobilisierung, kein Klopf- oder Druckschmerz über der LWS provozierbar, pDMS intakt, Kraftgrade 5/5, Bl. 544 VwA, Bericht Prof. Dr. G. vom 22.01.2014: reizlose Narbenverhältnisse, pDMS intakt, kein neurologisches Defizit, Bl. 456 VwA), die Heilbehandlung zum 28.01.2014 beendet (Abschlussbericht Prof. Dr. F. vom 28.01.2014: Narben reizfrei, Finger-Boden-Abstand - FBA -: 20 cm, Reklination eingeschränkt und gering schmerzhaft, Seitneigung gering schmerzhaft eingeschränkt, Rotation gering schmerzhaft, pDMS aller vier Extremitäten intakt, Bl. 493 f. VwA, D-Arzt Mitteilung Prof. Dr. F. , Arbeitsfähigkeit ab 29.01.2014, Bl. 462 VwA) und die Verletztengeldzahlung mit Ablauf des 28.01.2014 eingestellt (Bl. 586 VwA). Die verbleibende MdE schätzte Prof. Dr. F. als behandelnder Arzt zunächst mit um 10 bis 20 vom Hundert (v. H.) ein. In dem nachfolgend von ihm erstatteten Rentengutachten (Untersuchung am 24.06.2014) beschrieb er als Unfallfolgen ein chronisches radikuläres Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel und schmerzbedingter Bewegungseinschränkung (vgl. Messdaten Bl. 643 VwA, CT-Befund vom 26.06.2014: alte Deckplattenimpressionsfraktur mit dezenter Minderung der vorderen Höhenkante, keine relevante Knickkyphose, keine degenerativen Veränderungen, keine zunehmende Sinterung, Bl. 639 VwA) und folgerte hieraus eine MdE um 15 v. H.

Unfallunabhängig besteht beim Kläger eine Ischämische Kardiomyopathie mit hochgradig reduzierter links-ventrikulärer Pumpfunktion (Bl. 17 VwA, bestätigt durch die klägerischen Angaben Bl. 658 VwA), weshalb er bereits zwei Myokardinfarkte (2008 und Mai 2012) erlitt und 2012 eine ICD-Implantation (Defibrillator) vorgenommen wurde.

Mit Bescheid vom 26.11.2014 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Verletztenrente unter Verweis auf eine nicht um wenigstens 20 v. H. geminderte MdE ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch, den der Kläger mit eingeschränkten Wiederherstellungsmöglichkeiten - bei noch einliegendem Osteosynthesematerial - und zu berücksichtigenden Vorerkrankungen begründete, wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2015 zurück.

Am 23.07.2015 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben, seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und dahingehend ergänzt, dass seit dem Unfall lumbale Rückschmerzen bestünden und er weder die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Metallgießer noch seinen ursprünglich erlernten Beruf als Koch ausüben könne.

Die Beklagte hat im Verfahren einen D-Arztbericht des Dr. H. vom 02.10.2015 vorgelegt (Diagnose: nicht unfallbedingte lumbale Chondrose - lumbale Myotendinose besonders am lumbosacralen Übergang mit Ansatzendinose an der spina dorsalis, Röntgenbefund: leichte Höhenminderung von LWK 2 bei intakter dorsaler Kante, keine Fehlstatik, Verschmälerung der präsakralen Bandscheibe, Bl. 43 SG-Akte).

Mit Gerichtsbescheid vom 25.07.2016 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass unter Verweis auf die gutachterlichen Feststellungen von Prof. Dr. F. die erlittene Deckplattenimpressionsfraktur ohne statisch wirksamen Achsknick ausgeheilt sei und eine Bandscheibenschädigung nicht bestehe, weshalb - auch unter Berücksichtigung der damit regelmäßig einhergehenden Schmerzen - eine MdE von unter 10 v. H. vorliege. Soweit Prof. Dr. F. darüber hinaus vom Vorliegen eines Schmerzsyndroms ausgegangen sei, fehle es hierfür an nachvollziehbaren Befunden.

Am 15.08.2016 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt, sein Vorbringen aus dem Widerspruchs- und Klageverfahren wiederholt (Schmerzzustände, einliegende Pedikelschrauben) und geltend gemacht, dass bei ihm ein instabiler Wirbelkörperbruch vorliege, der eine MdE um 20 v. H. rechtfertige

Der Kläger beantragt (Antrag vom 22.12.2016, teilweise sachdienlich gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Ulm vom 25.07.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 26.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.06.2015 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19.11.2012 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die

vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 26.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2015 mit dem die Beklagte den Antrag des Klägers auf Gewährung von Verletztenrente ablehnte. Hiergegen wendet sich der Kläger zulässigerweise mit seiner kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (BSG, Urteil vom 31.10.2007, B 2 U 4/06 R, SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5).

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 26.11.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.06.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente. Denn die gesundheitlichen Folgen des von ihm am 19.11.2012 erlittenen Arbeitsunfalls - von einem solchen Versicherungsfall gehen die Beteiligten und das SG unter Darlegung der entsprechenden rechtlichen Grundlagen zu Recht aus und auch der Senat hat keinerlei Zweifel daran, dass sich der Kläger die Deckplattenimpressionfraktur des LWK 2 und eine Hinterkopfprellung durch den Sturz von der Leiter auf den Boden bei Ausübung seiner versicherten Tätigkeit zuzog - rechtfertigen nicht die Bemessung mit einer rentenberechtigenden MdE um 20 v. H.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach § 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, B 2 U 14/03 R in SozR 4-2700 § 56 Nr. 1): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Unter Beachtung dieser Grundsätze vermag auch der Senat - wie bereits das SG - keine unfallbedingten Folgen festzustellen, die eine MdE um 20 v. H. rechtfertigen.

Hinsichtlich der unfallbedingten Hinterkopfprellung geht der Senat davon aus, dass diese folgenlos ausgeheilt ist. Die vom D-Arzt Prof. Dr. E. am Unfalltag beschriebene Schwellung am Hinterkopf - ohne neurologische Ausfälle - wurde in keiner nachfolgenden ärztlichen Dokumentation mehr erwähnt. Insbesondere dem Zwischenbericht von Prof. Dr. E. nach Beendigung des circa dreiwöchigen akutstationären Aufenthaltes in der Stiftungsklinik W. lassen sich keine entsprechenden Befunde oder Diagnosen mehr entnehmen (Bl. 29 VwA). Im Übrigen hat der Kläger auch zu keinem Zeitpunkt anhaltende Beschwerden wegen der erlittenen Hinterkopfprellung beklagt.

Als Folgen des vom Kläger am 19.11.2012 erlittenen Arbeitsunfalls sind subjektive Beschwerden bei leichtgradiger Bewegungseinschränkung im Bruchbereich des LWK 2 verblieben, wie dies die Beklagte ihrer Beurteilung auch zu Grunde gelegt hat. Diese sind nach den oben dargelegten Grundsätzen auf Grund der von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze nicht mit einer MdE um 20 v.H. zu bemessen. Nach dem vom Senat bei der Bemessung der MdE regelmäßig zu Grunde gelegten Werk von Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 465 f. beträgt die MdE 1. für einen stabil verheilten Wirbelbruch, ohne oder mit nur geringer Fehlstatik (Keilwirbel (10°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung unter 10 v. H., 2. für einen stabil verheilten Wirbelbruch mit leichtem Achsenknick (Keilwirbel 10° bis (0°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit mäßiger segmentbezogener Funktionsstörung 10 v. H., 3. für einen stabil verheilten Wirbelbruch mit statisch wirksamem Achsenknick (Keilwirbel) 25°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit deutlicher segmentbezogener Funktionsstörung oder für einen verheilten Wirbelbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität (muskulär teilkompensiert) oder bei Versteifung von zwei Segmenten der LWS (einschließlich BWK12/ LWK1) oder der HWS (unterhalb HWK 2) 20 v. H.

Der Senat geht dabei - wie bereits das SG - davon aus, dass der erlittene Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung selbst stabil, ohne statisch wirksamen Achsenknick und ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung verheilt ist und damit unter Berücksichtigung der verbliebenen Bewegungseinschränkungen eine MdE von unter 10 v. H. bedingt. Für diese Bewertung stützt sich der Senat auf die gutachterlichen Ausführungen von Prof. Dr. F., der bei der Untersuchung des Klägers am 24.06.2014 lediglich eine gering reduzierte Beweglichkeit der Wirbelsäule, insbesondere der Flexion (bei langsamer Ausführung und unter Schmerzen voll erhaltener Bewegungsumfang, Bl. 639 VwA) feststellen konnte (FBA: 20 cm, uneingeschränkte Beweglichkeit beim Bücken: Ott 30/33 cm, Schober

10/13 cm, uneingeschränkte seitliche Bewegungen: Seitneigen 30-0-30°, Drehen im Sitzen 30-0-30°, Bl. 643 VwA) sowie auf den entsprechenden radiologischen Befund, in dem eine alte Deckplattenimpressionsfraktur ventral rechts lateral mit dezenter Höhenminderung der Vorderkante, ohne relevante Knickkyphose, ohne degenerative Veränderung, ohne zunehmende Sinterung (CT-LWS vom 06.06.2014, Bl. 639 VwA) beschrieben wurde, so dass der Wirbelkörperbruch als stabil verheilt, ohne eine relevante Fehlstatik und ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörungen einzuordnen ist. Gestützt werden die gutachterlichen Ausführungen durch weitere Befunderhebungen im Nachgang der am 14.01.2014 durchgeführten Metallentfernung (freier Abschlussbericht Prof. Dr. F. , vom 28.01.2014: FBA: 20 cm, Reklination eingeschränkt, Seitneigung gering schmerzhaft eingeschränkt, Bl. 493 VwA, Nachschaubericht Prof. Dr. F. vom 22.02.2014: Zehen- und Hackengang möglich, FBA: 10 cm, Beweglichkeit frei, Bl. 504 VwA, D-Arztbericht Dr. H. vom 01.10.2015, leichte Höhenminderung von LWK 2 bei intakter dorsaler Kante, keine Fehlstatik, Verschmälerung der präsakralen Bandscheibe, Bl. 43 SG-Akte).

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren wiederholt vorträgt, dass eine zusätzliche Stabilisierung des Wirbelkörpers durch das nachträgliche Einbringen von zwei Pedikelschrauben erforderlich war und dieser Umstand im Gutachten von Prof. Dr. F. nicht berücksichtigt worden sei, führt dies zu keiner abweichenden Bewertung. Zum einen wurde die Stabilisierungsoperation ausschließlich wegen der beklagten Schmerzen und nicht wegen eines gestörten Heilungsprozesses im Frakturbereich vorgenommen. Bereits vor der Stabilisierungsoperation zeigte sich in den regelmäßigen Röntgenkontrollen eine zunehmende Mehrsklerosierung der Impressionsfraktur von LWK 2 im Sinne einer fortschreitenden Frakturkonsolidierung (Befund vom 19.02.2013, Bl. 153 VwA) ohne Anhalt für eine zunehmende Sinterung (Befund vom 02.01.2013, Bl. 155 VwA) bei unverändert ventraler Höhenminderung, intakter Hinterkante, erhaltenem Alignment und harmonischer Höhe der Bandscheibenfächer (Befund vom 25.01.2013, Bl. 156 VwA). Eine etwaige Instabilität des Wirbelkörpers wurde hingegen zu keinem Zeitpunkt von den behandelnden Ärzten beschrieben oder vermutet, so dass allein die OP-Indikation zur Stabilisierung keine höhere MdE-Bewertung rechtfertigt. Zum anderen ergaben sich auch postoperativ keine Anzeichen für ein instabiles Heilgeschehen des Wirbelkörperbruchs. Nach dem regelrechten und im Verlauf komplikationslosen Einbringen der Pedikelschrauben (vgl. OP-Bericht, Bl. 103 ff. VwA, Zwischenbericht Prof. Dr. G. , Bl. 139 VwA) zeigten sich in den Kontrolluntersuchungen keine Hinweise auf eine zunehmende Sinterung bei intaktem hinteren und vorderen Alignment (Röntgenbefund vom 22.03.2013, Bl. 151 VwA, vom 27.06.2013, Bl. 269 VwA, CT-LWS vom 14.08.2013, Bl. 332 VwA) und zunehmender Konsolidierung der LWK 2-Fraktur (Röntgenbefund vom 22.04.2012, Bl. 161 VwA). Beim eingebrachten Material ergaben sich im Verlauf weder Hinweise auf einen Materialbruch noch auf Lockerungszeichen (Röntgenbefund vom 22.03.2013 Bl. 151 VwA, vom 22.04.2013, Bl. 161 VwA, vom 27.07.2013, Bl. 268 VwA, CT-LWS vom 14.08.2013, Bl. 332 VwA). Ebenso wenig ergaben sich Anhaltspunkte für eine Bandscheibenprotrusion, eine Einengung der abgehenden Nervenwurzeln oder arthrotische Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule (Bericht Dr. D. , Bl. 332 VwA). Zum anderen wurde das Osteosynthesematerial, worauf die Beklagte bereits im Widerspruchsbescheid vom 26.06.2015 zutreffend hinwies, bereits am 14.01.2014 nach vollständiger Durchbauung der LWK 2-Fraktur (Zwischenbericht Dr. H. , Bl. 358 VwA) komplikationslos entfernt (OP-Bericht, Bl. 548 VwA, Behandlungsbericht Prof. Dr. G. , Bl. 544 ff. VwA), so dass auch eine dauerhafte Versteifung von zwei Segmenten der LWS nicht vorliegt. Die vorübergehende Gewährung von Verletztenrente wegen zeitweiser Fixierung durch die Pedikelschrauben kommt bereits deshalb nicht in Betracht, weil das Osteosynthesematerial noch während des laufenden Bezuges von Verletzengeld (Ende am 28.01.2014) entfernt wurde und der streitige Anspruch auf Verletztenrente erst danach beginnen würde (§ 75 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII). Zudem wurde bei der stationären Aufnahme am 13.01.2014 zur Metallentfernung eine freie Beweglichkeit der LWS - bei noch einliegendem Osteosynthesematerial - dokumentiert (Bericht Prof. Dr. G. , Bl. 544 VwA).

Soweit der Kläger anhaltende und weiter zunehmende Schmerzzustände beklagt und hierauf einen Anspruch auf Verletztenrente stützen will, folgt der Senat dem im Ergebnis nicht. Die üblicherweise mit einer körperlich fassbaren Gewebeschädigung - hier mit der Deckplattenimpressionsfraktur des LWK 2 - verbundenen Schmerzen sind als Begleitsymptomatik in den Bewertungstabellen für die jeweilige Schädigung bereits berücksichtigt (Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 231) und rechtfertigen daher keine zusätzliche MdE. Darüber hinaus gehende außergewöhnliche Schmerzzustände, die eine höhere MdE rechtfertigen könnten, sieht der Senat hingegen bereits als nicht nachgewiesen an.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob neben der versicherten Ursache weitere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinn (erste Stufe) zum Gesundheitsschaden beitrugen. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können; sie müssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 60](#)). Nur hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung sowie der schädigenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#) mit weiteren Ausführungen zur Begründung); hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#) in [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#) in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#) in [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)). Kann ein

behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze vermag der Senat bereits nicht festzustellen, dass der Kläger an außergewöhnlichen Schmerzzuständen leidet. Insbesondere stellt das von Prof. Dr. F. in seinem Gutachten beschriebene chronische radikuläre Schmerzsyndrom keinen solchen Zustand dar.

In seinem Bericht zum Abschluss der Heilbehandlung dokumentierte Prof. Dr. F. auf Grund der Untersuchung am 28.01.2014 (Bl. 493 f. VwA) die Reklination, die Seitneigung und die Rotation als gering schmerzhaft eingeschränkt. Er hielt den zwischenzeitlich arbeitslosen Kläger für arbeitsfähig (Bl. 462 VwA). Drei Wochen später, am 20.02.2014, gab der Kläger gegenüber Prof. Dr. F. lediglich noch Schmerzen bei Belastung und längerem Sitzen, jedoch keinen Nachtschmerz an (Nachschaubericht Bl. 504 VwA). Prof. Dr. F. dokumentierte eine freie Beweglichkeit und lediglich einen Klopfschmerz über dem LWS-Bereich, Schmerzen bei Rotationsbewegung und endgradiger Seitneigung. Für eine dauerhafte Schmerztherapie sah er keinen Anlass (Physiotherapie und Schmerzmedikation bei Bedarf) und er ging von weiter bestehender Arbeitsfähigkeit aus. Auch in seinem Gutachten sah er eine schmerzbedingt nur gering reduzierte Belastbarkeit (insbesondere in der Flexion). Im Ergebnis beschreibt Prof. Dr. F. zwar schmerzbedingte Einschränkungen, deren Ausmaß aber als gering. Ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom lässt sich hieraus nicht ableiten.

Auch Prof. Dr. F. selbst misst den Schmerzzuständen keine rentenrelevante Bedeutung zu. Selbst wenn man somit zugunsten des Klägers von unfallbedingten, mit der MdE für die strukturelle Schädigung der LWS nicht gänzlich erfassten Schmerzzuständen ausgeht, würden diese in Anbetracht der von Prof. Dr. F. beschriebenen geringen Funktionseinschränkungen keine MdE um 20 v. H. rechtfertigen, sondern - wie von Prof. Dr. F. angenommen - allenfalls 15 v.H. Soweit der Kläger darauf hinweist, dass ihm sein Hausarzt wegen der anhaltenden Beschwerden eine Erhöhung der Schmerzmitteldosis und Massagen empfohlen habe, rechtfertigt dies keine höhere Bewertung, denn die bloße ärztliche Empfehlung einer Medikamenteneinnahme oder einer physiotherapeutischen Behandlung lässt keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der MdE und die damit verbundenen funktionellen Einschränkungen zu. Die Schmerzen beim Aufstehen aus der Sitzposition und beim Bücken mit der Schmerzausstrahlung in den linken Oberschenkel waren bereits bei der Begutachtung durch Prof. Dr. F. bekannt und wurden bei der MdE-Bewertung entsprechend berücksichtigt (vgl. Beschwerdeangaben des Klägers, Bl. 638 VwA).

Im Übrigen vermag der Senat auch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass die beklagten Schmerzzustände im naturwissenschaftlichen Sinn gerade auf die erlittene LWK 2-Fraktur zurückzuführen sind. Gegenüber Prof. Dr. G. gab der Kläger am 06.06.2013 - neben den, zwischenzeitlich gebesserten weiterbestehenden Schmerzen "tief lumbal" - akut am letzten Wochenende aufgetretene Schmerzen im Bereich des Sakrum und im lumbalen Bereich an. Mitte Juli 2013 beschrieb er Prof. Dr. G. Schmerzen im Bereich des Gesäßes mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel (vgl. Bl. 219, 249 VwA). Dieser Bereich - Sakrum und untere LWS - war aber vom Unfall nicht betroffen. Entsprechend ordnete Prof. Dr. G. diese Schmerzsymptomatik im Verhältnis zur stattgehabten Fraktur als neu akut aufgetretene Beschwerdesymptomatik und damit unabhängig von den gebesserten unfallbedingten Beschwerden ein. Auch Prof. Dr. F. führte im November 2014 (Bl. 646 VwA) die damals seit zwei Wochen bestehenden Schmerzen "im Bereich der LWS" auf eine Blockade des linksseitigen Iliosakralgelenks zurück. Einen Zusammenhang mit dem hier in Rede stehenden Unfall sah er nicht und verwies den Kläger auf eine Heilbehandlung zu Lasten der Krankenkasse. Schließlich diagnostizierte Dr. H. im Oktober 2015 (Bl. 43 SG-Akte) eine unfallunabhängige lumbale Chondrose (lumbale Myotendinose besonders am lumbo-sakralen Übergang). Röntgenologisch zeigte sich unverändert eine leichte Höhenminderung des LWK 2 bei intakter dorsaler Kante ohne Fehlstatik, die von Unfall nicht tangierte präsakrale Bandscheibe wies hingegen eine Verschmälerung auf. Dem entsprechend führte Dr. H. die geklagten Beschwerden auf die lumbale Chondrose zurück. Beim Kläger liegen somit unfallunabhängige Gesundheitsstörungen gerade im lumbo-sakralen Bereich vor, die die vom Kläger gegenüber Prof. Dr. F. bei der gutachterlichen Untersuchung beschriebenen Beschwerden, insbesondere die Ausstrahlung in das linke Bein (vgl. die Beschwerdeschilderung gegenüber Dr. G.), hinreichend erklären.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-03-16