

L 3 U 138/12

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 68 U 414/09
Datum
27.06.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 138/12
Datum
22.05.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Juni 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen, soweit die Beklagte zur Gewährung von Verletztenrente für die Zeit vom 01. September 2008 bis zum 02. November 2010 verurteilt worden ist. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Juni 2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte erstattet dem Kläger 1/10 seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt gegenüber der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 28. Dezember 2007.

Der Kläger, seit November 1996 als Außendienstmonteur für Druckluft- und Vakuumtechnik beschäftigt, beantragte beim Rentenversicherungsträger im September 2007 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Ausweislich einer im Rehabilitationsverfahren beigezogenen Gesamtauskunft der Krankenkasse war der Kläger vom 25. Juni 2007 bis zum 07. Juli 2007 wegen Radikulopathie im Thorakalbereich arbeitsunfähig erkrankt. Als Krankenhausfälle wurden in der Gesamtauskunft eine Krankenhausbehandlung vom 07. bis zum 08. September 2006 wegen Schwindel und Taumel, Migräne ohne Aura sowie vom 12. bis zum 14. September 2006 wegen Spannungskopfschmerz bezeichnet. Als sonstige Leistungen wurden u.a. Massagen vom 21. September bis zum 17. Oktober 2006 und krankengymnastische bzw. physiotherapeutische Behandlung vom 19. April bis zum 10. Mai 2007 benannt. Laut eines im Rehabilitationsverfahren vorgelegten ärztlichen Befundberichts von Dr. W vom 11. September 2007 bestanden beim Kläger die Diagnosen chronisches redzidivierendes Dorsago, Blockierungen der Brustwirbelsäule und Cervicobrachialgie. Als Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen wurden chronische Beschwerden der Brust- und Halswirbelsäule (HWS) mit Blockierungen genannt. Die Beschwerden bestünden seit November 2006 und seien therapieresistent. Im Anschluss wurde eine medizinische Rehabilitation prüfärztlich befürwortet.

Am 28. Dezember 2007 erlitt der Kläger den späterhin von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall, als er während seiner Beschäftigung hochsprang und dabei mit dem Kopf gegen die niedrige Decke schlug, wonach er Kopfschmerzen Schwindel und dann Übelkeit beklagte, vgl. Durchgangsarztbericht von Dres. H u.a. vom 02. Januar 2008. Eine Röntgenuntersuchung erbrachte an der HWS eine Vorderkantenfraktur des zweiten Halswirbelkörpers (HWK) mit geringer Dislokation und keinen Frakturnachweis am Schädel. Der Kläger begab sich sodann in die Weiterbehandlung beim Unfallkrankenhaus Berlin, vgl. Durchgangsarztbericht vom 02. Januar 2008 von Prof. Dr. E. Laut Zwischenbericht von Dr. H vom 10. Januar 2008 stellte sich der Kläger dort nach Beendigung seiner stationären Krankenhausbehandlung im Unfallkrankenhaus B vor und beklagte insgesamt wenig Beschwerden. Er sei mit einem Miami-J-Collar (Halsorthese) versorgt, welcher für mindestens drei Monate getragen werden sollte. Parästhesien im Bereich der oberen Extremitäten bestünden nicht. Dem Kläger seien Analgetika und Magenprotectiva verordnet worden. Gleichzeitig erhalte er eine Verordnung über begleitende Physiotherapie. Laut Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses Berlin - Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie - von Prof. Dr. E u.a. vom 10. Januar 2008 bestanden neben der Diagnose einer HWK-II-Fraktur die Nebendiagnosen einer Spondylosis deformans an den HWK III und IV sowie degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule.

Eine am 12. März 2008 durchgeführte MRT cervikospinal ergab eine Abbruchfraktur von der vorderen/ unteren Randleiste des zweiten HWK. Eine Konsolidierung des Frakturfragments, das minimal nach ventral/ inferior verlagert sei, könne nicht registriert werden. Es zeigten sich nur sehr geringe initiale Zeichen einer Spondylosis deformans bei C3/4, vgl. MRT-Bericht von Prof. Dr. L vom 12. März 2008.

Der Kläger stellte sich am 13. März 2008 zur Befundkontrolle beim Unfallkrankenhaus B vor und schilderte dort anhaltend starke Schmerzen im Bereich der HWS und Schulter linksseitig. Seit zwei Monaten bestünden zusätzlich ein gelegentliches Kribbeln im kleinen Finger der linken Hand, jedoch keine motorischen Ausfälle. Es wurde Druckschmerz über der distalen HWS mit paravertebralem Muskelhartspann eben dort festgestellt, des Weiteren bewegungsabhängiger Schmerz im Bereich des linken Schulterblatts mit lokalem Muskelhartspann in diesem Bereich und lokal druckdolente Triggerpunkten. Die Beweglichkeit des Schultergelenks sei in allen Ebenen frei. Die Kribbelparästhesie im Bereich Digitus 5 bestehe immer noch. Eine Einschränkung im Sinne eines neurologischen Defizites bestehe nicht, vgl. zu alldem Zwischenbericht vom 14. März 2008. Neurochirurgisch wurde der MRT-Befund der HWS vom 12. März 2008 dahingehend bewertet, dass sich eine diskrete Osteochondrose in Höhe des HWK 3/4 mit diskreter Einnehmung des Spinalkanals zeige. Das Myelon werde dabei nicht komprimiert. Ein Bandscheibenvorfall mit Wurzelkompression liege nicht vor, vgl. Arztbrief des Unfallkrankenhauses B - Klinik für Neurochirurgie - von Prof. Dr. M vom 17. März 2008.

Anlässlich einer stationären Krankenhausbehandlung vom 06. bis zum 15. August 2008 im Unfallkrankenhaus B wurde bei der dort am 06. August 2008 durchgeführten MRT der HWS eine im Verlauf in günstiger Stellung knöchern konsolidierte Fraktur der ventralen Grundplatte des HWK II festgestellt. Es bestünden keine Zeichen einer diskoligamentären Instabilität. Bei bekannter Spondylosis deformans am HWK 3/4 mit deutlichem linkslateralem knöchernem Anbau habe sich eine hochgradige Einengung des Neuroforamen mit möglicher Nervenwurzelirritation C4 links gezeigt. Die aktuell geschilderten Beschwerden seien mit dem bildmorphologischen Befund einer Spondylosis deformans der HWK 3/4 vereinbar, vgl. Zwischenbericht vom 15. August 2008.

Dr. K, mit dessen Beauftragung der Kläger sich letztendlich einverstanden erklärt hatte, erstellte für die Beklagte unter dem 17. Februar 2009 aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 11. November 2008 ein schriftliches Gutachten. Dr. K führte aus, wesentliche Unfallfolgen seien eine ausgeheilte Schädelprellung sowie eine knöchern ausgeheilte Fraktur am zweiten HWK ohne wesentliche Verformung oder verbliebene diskoligamentäre Instabilität mit zeitweise bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungsstörungen der HWS. Vom Unfall unabhängige Leiden seien ein chronisches Schmerzsyndrom an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei initialer Osteochondrose und Spondylose im HWK-Segment 3/4 und fortgeschrittener Osteochondrose und Spondylose der Brustwirbelsäule und des Übergangs zur Lendenwirbelsäule bei fortgeschrittener Minderbelastbarkeit mit belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule. Beim Kläger bestehe ein manifester Vorschaden an der Wirbelsäule mit Behandlungsbedürftigkeit, zuletzt im Oktober 2007. Ein angefordertes Ergebnis einer MRT-Untersuchung der Brustwirbelsäule am 15. Oktober 2007 bei seit drei Monaten bestehenden Brustwirbelsäulenbeschwerden bestätige degenerative Veränderungen an den vorderen Randkanten der Brustwirbelkörper bei Bandscheibenvorwölbungen an der unteren Lendenwirbelsäule im Segment L5/S1. Röntgenologisch sei eine fortgeschrittene Osteochondrose und Spondylose an der mittleren bis unteren Brustwirbelsäule bzw. am Übergang zur Lendenwirbelsäule zu beschreiben gewesen. Aufgrund des schon chronischen Leidens sei eine stationäre Reha-Maßnahme im Februar 2008 geplant gewesen, welche dann aufgrund des Unfallereignisses vom 28. Dezember 2007 nicht zum Tragen gekommen sei. Zu bestätigen sei nach alldem eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bis zum 29. August 2008. Seitens der unfallunabhängigen Leiden bestehe weitere Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) seitens der Arbeitsunfallfolgen sei bei Abschluss der Unfallheilbehandlung mit 10 vom Hundert (v.H.) anzusetzen, wobei mit einer wesentlichen Änderung der Unfallfolgen nicht zu rechnen sei.

Mit Bescheid vom 09. April 2009 lehnte die Beklagte eine Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. Dezember 2007 ab. Sie erkannte als Folgen des Arbeitsunfalls an: zeitweise bestehende belastungsabhängige Beschwerden und Bewegungsstörungen der HWS nach knöchern verheiltem Bruch am zweiten HWK ohne wesentliche Verformung oder verbliebene Instabilität der Bandscheiben und betreffenden Bänder. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie nicht an: chronisches Schmerzsyndrom an der Halswirbel-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei beginnender Osteochondrose sowie Spondylose im Segment HWK 3/4 und fortgeschrittener Osteochondrose und Spondylose der Brustwirbelsäule und des Übergangs zur Lendenwirbelsäule bei fortgeschrittener Minderbelastbarkeit mit belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen der gesamten Wirbelsäule. Zur Begründung bezog sie sich auf das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. K.

Der Kläger erhob am 06. Mai 2009 Widerspruch. Zur Begründung verwies er auf seine Beschwerdefreiheit vor dem Unfall. Massive Vorschäden habe es nicht gegeben. Die Veränderungen an der Brustwirbelsäule seien nur sehr zart gewesen. An der HWS habe er vorher gar keine Probleme gehabt. Von einer Einengung des Neuroforamen mit möglicher Nervenwurzelirritation C4 links sei von Prof. Dr. L anlässlich dessen MRT-Untersuchung vom 12. März 2008 nicht die Rede gewesen. Seine freie Gutachterwahl sei nicht anerkannt worden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 09. Juni 2009 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 01. Juli 2009 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Er hat behauptet, seit dem Unfall an einem chronischen Schmerzsyndrom an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei fortgeschrittener Minderbelastbarkeit mit belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen in der gesamten Wirbelsäule zu leiden. Unzutreffend habe sich die Beklagte nur auf sichtbare Schäden, insbesondere eine Fraktur bezogen. Hingegen sei die von ihm erlittene Prellung der Wirbelsäule mit bildgebenden Mitteln nicht nachweisbar. Ihre Auswirkungen seien jedoch durch die behandelnden Ärzte wiederholt diagnostiziert worden. Unberücksichtigt bleibe auch, dass der unfallbedingte Riss des vorderen Längsbandes nur vernarbt sei, was zu einem erheblichen Teil seiner Schmerzzustände führen könne. Das Schmerzleiden habe erst im Rahmen der Nachbehandlung zum Arbeitsunfall begonnen.

Das SG hat Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte eingeholt, so z.B. von Dr. W auf orthopädischem Fachgebiet vom 14. Januar 2010. Dieser berichtet u.a. über den Behandlungszeitraum von Dezember 2006 bis zum 12. Dezember 2007. Als damalige Diagnosen nennt er Cervicobrachialgien, Blockierungen der Hals- und Brustwirbelsäule, Dorsago, Blockierung der Brustwirbelsäule, Zustand nach Morbus Scheuermann, Verdacht auf Bandscheibenvorfall TH6/7. Anamnestisch bestünden seit August 2006 rezidivierende Kopfschmerzen, am 24. Juni 2007 sei der Kläger morgens mit akuten Schmerzen zwischen den Schulterblättern aufgewacht, ohne dass ein EKG einen auffälligen Befund erbracht habe. Zwischenanamnestisch hätten sich die Schulter- und Nackenbeschwerden deutlich gebessert, bevor sie seit Dezember 2006 wieder akut zugenommen hätten, und zwar im Schulter- und Nackenbereich. Dr. W hat seinem Befundbericht u.a. einen MRT-Befund des MRT-CT-Instituts am F vom 16. Oktober 2007 beigefügt, wonach eine MRT der Brustwirbelsäule degenerative Veränderungen an den vorderen Randkanten der Wirbelkörper der mittleren Brustwirbelsäule ergeben habe. Die Veränderungen seien laut MRT-Befund nur sehr zart. Ein Bandscheibenvorfall zeige sich nicht. Es liege keine Beeinträchtigung des Myelons vor.

Das SG hat aufgrund Beweisanordnung vom 20. September 2010 das schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Orthopädie Dr. E vom 18. November 2010 eingeholt. Er hat beim Kläger aufgrund einer ambulanten Untersuchung am 03. November 2010 folgende Diagnosen gestellt: 1. Recidivierende Cephalgien. Tinnitus. 2. Ein HWS-Syndrom mit Hinterkopf-Nacken-Schulderschmerzen und Verspannung auf dem Boden initialer degenerativer Wirbelveränderungen. Verheilte Vorderkantenfraktur HWK 3 mit Blockierung der Kopfgelenke. Cerviko-encephales Syndrom. 3. Arthralgien beider Schultergelenke. 4. Arthralgien beider Ellenbogengelenke. 5. Arthralgien linkes Handgelenk. 6. Ein Brustwirbelsäulensyndrom mit Dorsalgien und Intercostalneuralgien auf dem Boden deutlicher degenerativer Wirbelveränderungen. 7. Ein LWS-Syndrom mit Lumbalgien bei im MRT nachgewiesenen Bandscheibenvorwölbungen mit geringen degenerativen Veränderungen. 8. Ein geringer Senkpreizfuß.

Die zu Punkt 1 (gemeint wohl auch Punkt 2) aufgeführten Gesundheitsstörungen – zusammengefasst als cerviko-encephales Syndrom – seien im Sinne der erstmaligen Entstehung ursächlich auf den Unfall vom 28. Dezember 2007 zurückzuführen. Es sei eine richtungsgebende Verschlimmerung des unfallunabhängigen HWS-Syndroms eingetreten, weil die Kopfgelenkblockierung nach der langen Zeit weiterbestehend sei. Es sei hier ein Beharrungszustand eingetreten. Die vorbestehenden degenerativen Wirbelveränderungen an der HWS seien für einen 42-jährigen als altersüblich einzuschätzen. Die damit verbundene klinische Symptomatik vor dem Ereignis sei ebenfalls als alterstypisch einzuschätzen. Die degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren Brustwirbelsäule seien über das altersübliche Maß hinausgehend gewesen. Sie seien bedingt durch eine durchgemachte Entwicklungsstörung und hätten vor dem Ereignis eine klinische Symptomatik bedingt. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden seitens der Brust- und Lendenwirbelsäule seien als schicksalshafte Verschlimmerung einzuschätzen, wobei ein verstärktes Schmerzempfinden durch das psychische Leiden bedingt sei. Die unfallbedingte MdE nach Ablauf der Behandlungszeit sei mit 20 v.H. einzuschätzen. Es sei ein weiteres Gutachten zur Abklärung der Gesundheitsstörungen des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet erforderlich. Es sei die Frage zu klären, inwieweit die psychischen Störungen des Klägers als unfallbedingt in Zusammenhang mit der festgestellten Dauerblockierung der Kopfgelenke einzuschätzen seien.

Die Beklagte hat eine schriftliche Stellungnahme von Dr. K vom 27. März 2011 vorgelegt, derzufolge zwar zu bedenken sei, dass Blockierungen und muskuläre Verspannungen mit und ohne Kopfschmerzen keinen Unfall voraussetzten, also nicht verletzungstypisch seien. Jedoch könne den Ausführungen von Dr. E letztendlich gefolgt werden, obwohl die Beweisführung bei Betroffenheit der Kopfgelenke sehr schwierig sei. Letztendlich könne von einer unfallbedingten MdE von 20 v.H. ausgegangen werden.

Der Kläger hat zur Untermauerung seines Vorbringens einen Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales – Versorgungsamt – vom 06. Januar 2011 vorgelegt, demzufolge der Grad der Behinderung (GdB) 50 beträgt, und zwar wegen Funktionsbehinderungen der Wirbelsäule, degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, verheiltem Wirbelbruch, Kopfschmerzen, außergewöhnlicher Schmerzreaktion, Ohrgeräusche (Tinnitus) (einschließlich Arbeitsunfallfolgen) sowie wegen Depression und psychischer Störungen, ferner wegen Knorpelschäden am Kniegelenk.

Das SG hat sodann das schriftliche Sachverständigengutachten der Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. F vom 28. September 2011 eingeholt. Dr. F ist aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 28. September 2011 zu folgenden psychiatrisch-psychosomatischen Störungsbildern gelangt: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) 2. Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (F45.30), differentialdiagnostisch Panikstörung (F41.0) 3. Anhaltende affektive (depressive) Störung (F41.0) 4. Verdacht auf abhängig (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung (F60.7)

Keine der vorgenannten Gesundheitsstörungen sei im Sinne der erstmaligen Entstehung oder im Sinne der wesentlichen Verschlimmerung auf den Unfall des Klägers vom 28. Dezember 2007 zurückzuführen. Vielmehr hätten die genannten Gesundheitsstörungen von Beginn an konkurrierend den medizinischen Behandlungsverlauf negativ beeinflusst. Bei Ausschluss von Unfallfolgen aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht könne eine unfallbedingte MdE weder auf dem Gebiet des allgemeinen Erwerbslebens noch der spezifischen Berufssituation bestätigt werden. Betreffs der gutachterlichen Aussagen von Dr. E solle beachtet werden, dass die von ihm im Sinne eines so genannten Cervico-encephalen Syndroms zugeordneten Beschwerden einer Schwindelneigung, eines Tinnitus, eines Hinterkopfschmerzes sowie vegetativer Störungen sich auch krankheitsimmanent den unfallunabhängigen psychiatrischen Störungsbildern einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, respektive depressiven und Angsterkrankung im Sinne vegetativer Angstäquivalente und Angstkorrelate zuordnen lassen und damit unfallfremd eingeschätzt werden müssten. Zudem sei während der aktuellen gutachterlichen Untersuchung vom Kläger ein Schmerzsyndrom im Wesentlichen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule benannt worden, wogegen gelegentliche Hinterkopfschmerzen vom Kläger bereits vor dem Unfallereignis beklagt worden seien und besser hätten toleriert werden können, als die Schmerzempfindungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule. Außerdem sei zu beachten, dass die der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und depressiven und Angsterkrankung immanenten Anspannungssymptome sekundär zu massiven Muskelverspannungen führen könnten, die dann wiederum Blockierungen der Kopfgelenke bewirken könnten. Dabei wäre ohnehin zu diskutieren, warum entsprechende umfassende physiotherapeutische Bemühungen nicht zu einer Deblockierung hätten führen können. Zudem seien Medikamentennebenwirkungen und Interaktionen bei den hohen Dosierungen zu beachten.

Der Kläger ist dem Gutachten von Dr. F mit einer insgesamt 44 Punkte umfassenden Stellungnahme entgegen getreten. Das Sozialgericht hat hierzu die ergänzende Stellungnahme von Dr. F vom 23. November 2011 eingeholt, in welcher sie bei ihrer bisherigen Einschätzung geblieben ist. Sie hat u.a. ausgeführt, ein cerviko-encephales Syndrom auf der Grundlage einer angenommenen Dauerblockierung der Kopfgelenke stelle eine diagnostische Zuordnung dar, die nicht durch ein radiologisch gesichertes morphologisches Substrat objektiviert werden könne. Durch die unverändert fortgesetzte Schmerztherapie und den Einsatz nebenwirkungsbelastender Schmerzmittel müsse der Kläger zwangsläufig in einer Organfixierung seiner Beschwerden verstärkt bleiben, anstatt in suffiziente psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung überführt werden zu können.

Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 23. Dezember 2011 die Sachverständige Dr. F wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Das SG hat das Ablehnungsgesuch mit Beschluss vom 07. Februar 2012 abgelehnt. Die hiergegen gerichtete Beschwerde des Klägers vom 16. Februar 2012 hat der 2. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 19. März 2012 – L 2 SF 24/12 B – zurückgewiesen.

Der Kläger hat eine Stellungnahme der ihn vom 17. März bis zum 17. Dezember 2011 verhaltenstherapeutisch behandelnden Dipl.-Psych. B vom 06. Februar 2012 vorgelegt.

Das SG hat die ergänzende Stellungnahme von Dr. E vom 20. Februar 2012 eingeholt. Darin führt er aus, zwar könne dem nicht gefolgt werden, wenn Dr. F die gesamten vom Kläger beschriebenen Symptome als unfallfremde psychopathologische Erscheinungen subsummiere. Korrekt sei jedoch die Aussage, dass ein cervico-encephales Syndrom nicht bildgebend objektiviert werden könne. Dass hinsichtlich der vorgehenden Untersuchungen keine derartigen Befunde erhoben worden seien, sei nicht verwunderlich. Der Kläger sei nicht manualtherapeutisch untersucht worden. Es seien die Blockierungen der Kopfgelenke nie festgestellt worden. Die über lange Zeit bestehende Blockierung der Kopfgelenke sei aber ausgehend von der schweren Verletzung der HWS und der Notwendigkeit einer ruhigstellenden Stabilisierung über drei Monate mit einer Halsorthese durchaus erklärt. Bei der manualtherapeutischen Untersuchung im September 2010 seien eine Blockierung der Kopfgelenke und eine Blockierung bei HWK 2/3 nachgewiesen. Die unteren Segmente seien frei beweglich mit Druckschmerzen der Facettengelenke gewesen. Nach den anamnestischen Angaben des Klägers bei der Begutachtung im September 2011 hätten die Symptome eines cervico-encephalen Syndroms nicht mehr bestanden. Es könne davon ausgegangen werden, dass die intensive langanhaltende physiotherapeutische Behandlung hier zu einer Besserung geführt habe. Insofern dürfte zu diesem Zeitpunkt und auf Weiteres eine Einschätzung der Unfallfolgen nun mit einer MdE mit 10 v.H. gerechtfertigt sein.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 27. Juni 2012 unter Aufhebung des Bescheids vom 09. April 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09. Juni 2009 verurteilt, dem Kläger infolge des Unfalls vom 28. Dezember 2007 eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. bis zum Ende des Monats September 2011 zu gewähren. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, es sei von einer MdE von 20 v.H. bis zur Begutachtung bei Dr. F auszugehen. Es liege zwar beim Kläger eine unfallunabhängige somatoforme Schmerzstörung vor, welche aber noch nicht die Blockade in dem konkreten Bereich der Kopfgelenke einschließlich des damit einhergehenden cervico-encephalen Syndroms erkläre. Es sei daher hinreichend wahrscheinlich, dass der Unfall dieses ebenso ausgelöst habe, wie die Fraktur des HWK. Ab dem Begutachtungszeitpunkt bei Dr. F habe der Kläger Beschwerden aufgrund der Blockade nicht mehr geschildert. Sofern er angegeben habe, er sei lediglich danach gefragt worden, wo die Schmerzen am Schlimmsten seien, so ändere dies nichts daran, dass die bei Dr. E noch angegebenen typischen Symptome nicht mehr derart im Vordergrund gestanden hätten, dass sie eine rentenberechtigende MdE gerechtfertigt hätten.

Die Beteiligten haben gegen das ihnen am 10. bzw. 11. Juli 2012 zugestellte Urteil am 17. Juli 2012 (die Beklagte) und am 26. Juli 2012 (der Kläger) Berufung eingelegt.

Der Kläger hat zur Begründung ausgeführt, es bestehe keine tragfähige Beweisgrundlage für die Annahme des SG, dass die fraglichen Symptome zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. F nicht mehr im Vordergrund gestanden hätten. Zudem habe das SG es fehlerhaft abgelehnt, die Sachverständige Dr. F in der mündlichen Verhandlung zu hören.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Juni 2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 09. April 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 09. Juni 2009 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. Dezember 2007 über das Ende des Monats September 2011 hinaus eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. zu gewähren und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. Juni 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen, soweit die Beklagte zur Gewährung von Verletztenrente für den Zeitraum vom 01. September 2008 bis zum 02. November 2010 verurteilt worden ist, ferner die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Es sei darauf hinzuweisen, dass sich der Befund bei der klinischen Untersuchung durch Dr. K Ende des Jahres 2008 noch deutlich besser als bei der Untersuchung durch Dr. E dargestellt habe. Von daher seien die Feststellungen von Dr. E anlässlich seiner Begutachtung am 02. November 2010 als Befundverschlimmerung anzusehen, welche auch erst ab ihrem Nachweis für die Bemessung der MdE erheblich werden könnten.

Zwischenzeitlich hatte der Kläger im Mai 2009 beim Rentenversicherungsträger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung beantragt. Der Rentenversicherungsträger lehnte die Rente mit Bescheid vom 14. Mai 2010 ab. Im folgenden Widerspruchsverfahren erstellte der Facharzt für Psychiatrie Dr. Kam 01. April 2010 ein Gutachten und kam zu den Diagnosen "anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Wirbelsäulensyndrom und Anpassungsstörung". Der Kläger durchlief unter den Diagnosen "anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Panikstörung, Cervikalsyndrom, infolge degenerativer Veränderungen bzw. Zustand nach HWS-Stauchungstrauma mit Vorderkantenabbruch zweiten HWK, rezidivierenden Brustwirbelsäulenbeschwerden mit Blockierungen und Tinnitus aurium" eine stationäre Rehabilitation bei der B Klinik B vom 29. Juni 2010 bis zum 10. August 2010, vgl. ärztlicher Entlassungsbericht vom 23. August 2010. Sodann wies der Rentenversicherungsträger den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 2011 als unbegründet zurück. Der Kläger verfolgte sein Rentenbegehren mit der am 20. Januar 2011 zum SG erhobenen Klage zum Aktenzeichen S 176 R 443/11 weiter. Das SG holte u.a. das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 31. Oktober 2012 ein. Dieser stellte beim Kläger folgende Krankheiten fest:

1. Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom 2. Spannungskopfschmerz 3. Ohrgeräusch (Tinnitus beidseits) 4. Degenerative Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen.

Der Sachverständige führte aus, zeitlicher Ausgangspunkt für die anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 31. Oktober 2012 festzustellende depressive und Schmerzsymptomatik sei die Zeit nach dem Unfall im Dezember 2007. Der Unfall selbst werde als psychisch nicht besonders belastend geschildert, belastend seien dann nach Darstellung des Klägers die daran anknüpfenden Schmerzen. Mögliche weitere psychosoziale Belastungsfaktoren, die Auswirkungen auf die Schmerzentwicklung gehabt haben könnten, berichte der Kläger nicht, was diese allerdings nicht objektiv ausschließe. Die Frage, inwieweit ein kausaler Zusammenhang zwischen den heute angegebenen Schmerzen und dem Unfall bestehe, bleibe offen und sei nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Die Diagnose einer depressiven Episode schließe bei alledem eine solche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, weil die psychische Überlagerung der Schmerzen

bereits durch die depressive Störung hinreichend erklärt sei. Die Medikation mit Opioiden solle überdacht werden. Mehrere der vom Kläger berichteten Beschwerden seien darauf verdächtig, Nebenwirkungen oder Entzugserscheinungen der langjährig durchgeführten Opioid-Medikation zu sein, wie z.B. die subjektiv vermehrte Müdigkeit, eine zeitweilige (heute nicht ersichtliche) Vergesslichkeit oder Konzentrationsminderung und das zeitweilig vermehrte Schwitzen. Zudem könnten diese Substanzen eine depressive Störung hervorrufen oder verschlimmern. Außerdem seien Opiode bei im Wesentlichen seelisch veranlassten oder überlagerten Schmerzen erfahrungsgemäß nicht besonders wirksam. Insofern überrasche es nicht, dass der Kläger trotz fortgesetzter Opioid-Medikation angebe, nicht schmerzfrei zu sein. Insofern sei es aber auch nicht erforderlich, dass er diese Mittel trotzdem einnehme und dabei die vorgenannten Nebenwirkungen in Kauf nehme. Der Kläger sei bei näher bezeichneten qualitativen Leistungseinschränkungen noch für die volle übliche Arbeitszeit von mindestens acht Stunden täglich belastbar.

Der Senat hat die ergänzende Stellungnahme von Dr. F vom 20. Juni 2013 eingeholt, in welcher sie sich auf den im erstinstanzlichen Verfahren vom Kläger vorgelegten Punktekatalog bezogen hat. Von ihrer bisherigen Einschätzung ist sie nicht abgerückt.

Der Senat hat sodann das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W vom 17. Dezember 2013 eingeholt. Dieser hat nach einer Untersuchung des Klägers am 12. Dezember 2013 bei diesem folgende Gesundheitsstörungen festgestellt: a) Zustand nach knöchern konsolidierter HWK-2-Fraktur (stabil) ohne Mitbeteiligung von nervalen Strukturen. b) Beginnende degenerative Veränderung HWK 3/4. c) Beginnende degenerative Veränderung der mittleren Brustwirbelsäule. d) Zustand nach juveniler Aufbaustörung (Morbus Scheuermann) Brustwirbelsäule. e) Senk-Spreizfuß (ohne Krankheitswert).

Auf nicht-orthopädischem Fachgebiet hat er folgende Probleme benannt: a) Polyarthralgien ohne organisches Korrelat. b) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung. c) Somatoforme autonome Funktionsstörung des kardio-vaskulären Systems. d) Anhaltende affektive depressive Störung. e) Verdacht auf abhängige Persönlichkeitsstörung.

Die nervenärztlichen Erkrankungen seien dem Gutachten von Dr. F entnommen worden. Der Zustand nach HWK-2-Fraktur mit möglichen regionalen Cervicocephalgien und umschriebenen Bewegungsstörungen sei dem Unfall zuzuordnen und mit einer MdE von 10 v.H. zu bemessen. Alle anderen Probleme einschließlich der psychosomatischen Veränderungen seien ausschließlich anlageinduziert. Der Unfall habe diesbezüglich keinen verschlimmernden, messbaren Einfluss. Ein so genanntes cervico-encephales Syndrom als Grundlage einer traumatologischen Einschätzung für die Festlegung einer MdE sei nicht zu sehen, schon gar nicht, wenn hierunter somatoforme als manualtherapeutische Probleme bzw. Funktionsstörungen subsummiert würden. Der Behandlungsverlauf sei innerhalb des ersten Jahres dezidiert und in einer hohen diagnostischen Frequenz verfolgt worden. Insofern sei begründet davon auszugehen, dass die unfallbedingte, stabile HWK-2-Fraktur nach dem 31. August 2008 keine substanzialen Schäden auf orthopädisch-traumatologischem oder nervenärztlichem Gebiet hinterlassen habe. Mit dem letzten MRT vom 06. August 2008 sei eine komplette knöcherne Konsolidierung ohne morphologische Folgeerscheinungen der angrenzenden Segmente nachgewiesen worden. Auch habe ausgeschlossen werden können, dass es zu Reaktionen an den nervalen Strukturen gekommen sei.

Der Kläger hat den Sachverständigen Dr. W mit Schriftsatz vom 10. Januar 2014 wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Der Senat hat das Ablehnungsgesuch mit Beschluss vom 27. Februar 2014 zurückgewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten, die Verwaltungsakten der Beklagten, die Rentenakten und die Rehabilitationsakten der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg sowie die Gerichtsakten des Sozialgerichts Berlin zum Rentenrechtsstreit S 176 R 443/11 verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid ist, soweit die Beklagte nicht rechtskräftig zur Zahlung einer Verletztenrente verurteilt worden ist, rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht. Er hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente aus der hierfür einzig in Betracht zu ziehenden Anspruchgrundlage aus [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) über den September 2011 hinaus.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Diese Voraussetzungen liegen letztlich insgesamt nicht vor. Zwar erlitt der Kläger einen Arbeitsunfall. Die bei ihm festgestellten Funktionseinbußen und krankhaften Veränderungen "infolge" des Arbeitsunfalls begründen jedoch keine rentenberechtigende MdE - mangels Stützrententatbestands - von mindestens 20 v.H.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a. a. O.). Ob der Gesundheitsschaden eines

Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Hieran gemessen geht der Senat nach den bindenden Feststellungen des insofern nicht angefochtenen und mithin bestandskräftig gewordenen Bescheids der Beklagten vom 09. April 2009 vom Vorliegen eines Arbeitsunfalls einschließlich der oben angesprochenen haftungsbegründenden Kausalität aus. Der Kläger zog sich hiernach am 28. Dezember 2007 in Ausübung seiner versicherten Beschäftigung eine HWK-II-Fraktur zu, welche konservativ mit einer Halsorthese versorgt werden musste.

Es besteht auch eine haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem Unfall und beim Kläger - allerdings nur - in Form eines Zustands nach HWK-II-Fraktur verbliebenen Unfallfolgen.

Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" - vgl. [§§ 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) - das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Versicherungsfalls bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt und wird auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt, dass beim Kläger infolge des unstreitigen Arbeitsunfalls vom 28. Dezember 2007 als Unfallfolge ein Zustand nach HWK-II-Fraktur fortbesteht, vgl. das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W vom 17. Dezember 2013. Weitere vom Ereignis vom 28. Dezember 2007 herrührende Unfallfolgen bestehen nicht.

Zunächst überzeugt es den Senat nicht, wenn Dr. E in seinem für das Sozialgericht erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten vom 18. November 2010 neben einer verheilten HWK-Vorderkantenfraktur auch eine Blockierung der Kopfgelenke, ein HWS-Syndrom mit Hinterkopf-Nacken-Schulterschmerzen und Verspannung auf dem Boden initialer degenerativer Wirbelveränderungen, zusammengefasst als cerviko-encephales Syndrom, im Sinne der erstmaligen Entstehung ursächlich auf den Unfall vom 28. Dezember 2007 zurückführt, wobei eine richtungsgebende Verschlimmerung des unfallunabhängigen HWS-Syndroms eingetreten sei, weil die Kopfgelenkblockierung nach der langen Zeit weiterbestehend sei. Diese These lässt sich auch eingedenk der von der Beklagten vorgelegten schriftlichen Stellungnahme von Dr. K vom 27. März 2011 letztlich nicht aufrecht erhalten, derzufolge zwar zu bedenken sei, dass Blockierungen und muskuläre Verspannungen mit und ohne Kopfschmerzen keinen Unfall voraussetzten, also nicht verletzungstypisch seien, weshalb letztlich nur unter Rückstellung von Bedenken den Ausführungen von Dr. E letztlich gefolgt werden könne. Denn bereits Dr. Fhat in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 23. November 2011 plausibel darauf hingewiesen, dass ein cerviko-encephales Syndrom auf der Grundlage einer angenommenen Dauerblockierung der Kopfgelenke eine diagnostische Zuordnung darstellt, die nicht durch ein radiologisch gesichertes morphologisches Substrat objektiviert werden kann.

Dies hat dann auch zunächst schon Dr. E in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Februar 2012 eingeräumt. Darin führt er selbst aus, dass ein cervico-encephales Syndrom nicht bildgebend objektiviert werden kann. Dr. E rückt vor diesem Hintergrund von einer Zurechnung von über den 28. September 2011 hinausgehenden Beschwerden im Hals-Nacken-Schulterbereich ab, und zwar eingedenk des Umstands, dass die anamnестischen Angaben des Klägers bei der von Dr. F vorgenommenen Begutachtung am 28. September 2011 nun gerade in die entgegen gesetzte Richtung weisen. Dr. F führt nämlich in diesem Zusammenhang überzeugend aus, dass während der aktuellen gutachterlichen Untersuchung vom Kläger ein Schmerzsyndrom im Wesentlichen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule benannt wurde, wogegen gelegentliche Hinterkopfschmerzen vom Kläger bereits vor dem Unfallereignis beklagt wurden und besser hätten toleriert werden können als die Schmerzempfindungen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule.

Inkonsequent erscheint es indes nun, dass Dr. E für seine Annahme persistierender unfallbedingter Hals-Nacken-Schulterbeschwerden für die Zeit vor der Untersuchung durch Dr. F weiterhin festhalten will, obwohl er selbst zugesteht, dass hinsichtlich der vorgehenden Untersuchungen keine entsprechenden Befunde erhoben wurden, weil der Kläger nicht manualtherapeutisch untersucht worden sei. Dr. E weist zutreffend darauf hin, dass - trotz hoher Untersuchungs- und Behandlungsdichte - Blockierungen der Kopfgelenke nie festgestellt wurden. So ist - entgegen der dann dennoch fortbestehenden Annahme Dr. Es - eine unfallbedingte Blockierung der Kopfgelenke gerade noch nicht schlüssig erklärbar, indem allein schon von der Schwere der Verletzung der HWS und von der Notwendigkeit einer ruhigstellenden Stabilisierung über drei Monate mit einer Halsorthese ausgegangen wird. Der Verweis auf eine - fast drei Jahre nach dem Unfall - bei einer manualtherapeutischen Untersuchung im September 2010 festgestellte Blockierung der Kopfgelenke bzw. bei HWK 2/3 reicht für die Annahme einer Unfallursächlichkeit nicht einmal ansatzweise aus. Eben hierzu ist zudem darauf hinzuweisen, dass - wie Dr. F in ihrem für das SG erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten vom 28. September 2011 nachvollziehbar ausführt - betreffs der gutachterlichen Aussagen von Dr. E zu beachten ist, dass die von ihm im Sinne eines so genannten cervico-encephalen Syndroms zugeordneten Beschwerden (Schwindelneigung, Tinnitus, Hinterkopfschmerz, vegetative Störungen) sich auch krankheitsimmanent den unfallunabhängigen psychiatrischen Störungsbildern einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. einer depressiven und Angsterkrankung im Sinne vegetativer Angstäquivalente und Angstkorrelate zuordnen lassen und damit unfallfremd eingeschätzt werden müssen. Auf die fehlende Spezifik der genannten Beschwerden wies bereits Dr. K zuletzt auch in seiner im sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegten ergänzenden Stellungnahme vom 27. März 2011 hin. Dr. W weist bei alledem in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 17. Dezember 2013 überzeugend darauf hin, dass manualtherapeutische Ansätze nicht Grundlage von gutachterlichen Bewertungen und schon gar nicht im traumatologischen Verfahren sind, was daran liegt, dass derartige Funktionsstörungen mannigfaltige Ursachen haben und regelmäßig auch ohne jeglichen äußeren Einfluss auftauchen. Sie sind mithin nur Bestandteil von Behandlungen in der alltäglichen orthopädischen/ manualtherapeutischen Praxis, wobei sich bei Wirbelkörperverletzungen derartige Diagnostiken als auch Behandlungstechniken ohnehin verbieten.

Möglicherweise die fehlende Durchschlagskraft seiner eigenen Argumentation vor Augen hat Dr. E eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung gefordert, mit welcher dann jedoch insbesondere auch kein Zusammenhang zwischen beim Kläger bestehenden psychischen Leiden mit dem Unfall aufgedeckt worden ist. Dr. F ist aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 28. September 2011 zu etlichen psychiatrisch-psychosomatischen Störungsbildern - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems (F45.30), differentialdiagnostisch Panikstörung (F41.0), anhaltende affektive (depressive) Störung (F41.0) und Verdacht auf abhängig (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung (F60.7) - gelangt, ohne jedoch auch nur eine der vorgenannten Gesundheitsstörungen im Sinne der erstmaligen Entstehung oder im Sinne der wesentlichen Verschlimmerung auf den Unfall des Klägers vom 28. Dezember 2007 zurückführen zu können. Dr. F geht lediglich davon aus, dass die genannten Gesundheitsstörungen von Beginn an konkurrierend den medizinischen Behandlungsverlauf negativ beeinflussten. Konsequenter weist sie darauf hin, dass bei Ausschluss von Unfallfolgen aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht eine unfallbedingte MdE weder auf dem Gebiet des allgemeinen Erwerbslebens noch der spezifischen Berufssituation bestätigt werden kann. Schlüssig fährt sie fort, dass die der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und depressiven und Angsterkrankung immanenten Anspannungssymptome sekundär zu massiven Muskelverspannungen führen können, die dann wiederum Blockierungen der Kopfgelenke bewirken können. Sie wirft dabei nachvollziehbar die Frage auf, warum entsprechende umfassende physiotherapeutische Bemühungen nicht zu einer Deblockierung führen konnten. Soweit Dr. E nun in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Februar 2012 ausführt, dass dem nicht gefolgt werden könne, wenn Dr. F die gesamten vom Kläger beschriebenen Symptome als unfallfremde psychopathologisches Erscheinungen subsummiere, kommt dem kein entscheidendes Gewicht zu, nachdem Dr. E selbst nun einmal eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung gefordert hatte, weil sein Fachgebiet (Orthopädie) bei der Vielschichtigkeit der vorliegenden medizinischen Zusammenhänge eben nicht ausgereicht hat.

Soweit der Kläger dem Gutachten von Dr. F mit einer insgesamt 44 Punkte umfassenden Stellungnahme entgegen getreten ist, stellt dies die Überzeugungskraft des Gutachtens nicht in Frage. Der Senat hat hierzu die ergänzende Stellungnahme von Dr. F vom 20. Juni 2013 eingeholt, in welcher sie sich auf den im erstinstanzlichen Verfahren vom Kläger vorgelegten Punktekatalog bezogen hat. Nach alledem hat der Senat keine Zweifel, dass die Sachverständige die Angaben des Klägers bei der Begutachtung im schriftlichen Sachverständigengutachten so wiedergegeben hat, wie der Kläger sie gegenüber der Sachverständigen gemacht hatte. Auf die Vielzahl der im 44-Punkte-Katalog enthaltenen Vorhalten und Bezeichnungen ist die Sachverständige zu Recht nicht inhaltlich eingegangen. Im Wesentlichen handelt es sich um Vorhaltungen. Im Übrigen rügt er lediglich die von der Sachverständigen vorgenommenen Schlussfolgerungen bzw. Hypothesen und nimmt bestenfalls eine Beweiswürdigung vor, ohne zudem eine Erheblichkeit für die hier maßgebliche Zusammenhängefrage erkennen zu lassen. Auch die im klägerischen Schriftsatz vom 15. August 2013 enthaltenen Anmerkungen stehen der Richtigkeit des Gutachtens bei der hier maßgeblichen Zusammenhängefrage nicht entgegen.

Bei alledem spricht auch nichts gegen die inhaltliche Verwertbarkeit der von Dr. F im Rahmen ihres Begutachtungsauftrags abgegebenen Einschätzungen und Stellungnahmen. Der Kläger hat zwar mit Schriftsatz vom 23. Dezember 2011 die Sachverständige wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Das SG hat das Ablehnungsgesuch jedoch mit Beschluss vom 07. Februar 2012 abgelehnt, und die hiergegen gerichtete Beschwerde des Klägers vom 16. Februar 2012 hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg mit Beschluss vom 19. März 2012 - L 2 SF 24/12 B - unanfechtbar zurückgewiesen.

Die Richtigkeit des von Dr. F auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet erzielten Ergebnisses wird auch nicht etwa durch das im sozialgerichtlichen Verfahren S 176 R 443/11 eingeholte schriftliche Sachverständigengutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. M vom 31. Oktober 2012 in Frage gestellt. Dieser stellte beim Kläger - im Übrigen ohne Kenntnis des schriftlichen Sachverständigengutachtens von Dr. F - mit einer leichten depressive Episode mit somatischem Syndrom, Spannungskopfschmerz,

Ohrgeräusch (Tinnitus beidseits) und degenerativen Verschleißerscheinungen der Wirbelsäule und Rückenschmerzen im Wesentlichen die gleichen Störungsbilder beim Kläger fest wie Dr. F. Dabei schließt bei Dr. M die Diagnose einer depressiven Episode mit somatischem Syndrom diejenige einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur deshalb aus, weil die psychische Überlagerung der Schmerzen bereits durch die depressive Störung hinreichend erklärt ist. Soweit Dr. M als zeitlichen Ausgangspunkt für die anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 31. Oktober 2012 festzustellende depressive und Schmerzsymptomatik die Zeit nach dem Unfall im Dezember 2007 ausmacht, wobei nicht der Unfall selbst als psychisch belastend, sondern nach Darstellung des Klägers die daran anknüpfenden Schmerzen als besonders belastend geschildert werden, reicht dies nicht für die Annahme eines nach den Maßstäben der gesetzlichen Unfallversicherung bestehenden Zusammenhangs aus. Zwar führt Dr. M im Folgenden weiter aus, mögliche weitere psychosoziale Belastungsfaktoren, die Auswirkungen auf die Schmerzentwicklung gehabt haben könnten, berichte der Kläger nicht, was diese allerdings nicht objektiv ausschließe. Für deren Vorliegen sprechen nicht nur die anamnестischen Angaben des Klägers bei der Begutachtung durch Dr. Fr, sondern u. a. auch bei der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung durch Dr. K im Rentenverfahren. Die Frage, inwieweit ein kausaler Zusammenhang zwischen den heute angegebenen Schmerzen und dem Unfall besteht, lässt Dr. M jedoch nun ausdrücklich offen.

Das von Dr. F auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet erzielte Begutachtungsergebnis zur Zusammenhangsfrage wird durch Dr. W auf orthopädischem Fachgebiet bestätigt, vgl. nochmals das vom Senat eingeholte schriftliche Sachverständigengutachten vom 17. Dezember 2013. Soweit Dr. W beim Kläger einen Zustand nach knöchern konsolidierter HWK-II-Fraktur (stabil) ohne Mitbeteiligung von nervalen Strukturen, beginnende degenerative Veränderung HWK 3/4, beginnende degenerative Veränderung der mittleren Brustwirbelsäule, einen Zustand nach juveniler Aufbaustörung (Morbus Scheuermann) der Brustwirbelsäule und Senk-Spreizfuß (ohne Krankheitswert) sowie auf nicht-orthopädischem Fachgebiet Polyarthralgien ohne organisches Korrelat, anhaltende, somatoforme Schmerzstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung des kardio-vaskulären Systems, anhaltende affektive depressive Störung und Verdacht auf abhängige Persönlichkeitsstörung festgestellt hat, hat er nachvollziehbar bis auf den Zustand nach knöchern konsolidierter HWK-II-Fraktur keine der vorgenannten Erkrankungen auf den Arbeitsunfall vom 28. Dezember 2007 zurückführen können. Bzgl. der nervenärztlichen Erkrankungen verweist er auf das Gutachten von Dr. F. Schlüssig gelangt er im Übrigen zum Ergebnis, dass allein der Zustand nach HWK-II-Fraktur mit möglichen regionalen Cervicocephalgien und umschriebenen Bewegungsstörungen dem Unfall zuzuordnen ist. Alle anderen Probleme einschließlich der psychosomatischen Veränderungen bezeichnet er plausibel als ausschließlich anlageinduziert, ohne dass der Unfall diesbezüglich einen verschlimmernden, messbaren Einfluss hatte. Ein so genanntes cervico-encephales Syndrom als Grundlage einer traumatologischen Einschätzung für die Festlegung einer MdE erkennt er insbesondere nicht, soweit Dr. E hierunter somatoforme als manualtherapeutische Probleme bzw. Funktionsstörungen subsummiert. Hierfür ist noch einmal auf die obigen Ausführungen zu verweisen. Schlüssig weist Dr. W hierzu darauf hin, dass der Behandlungsverlauf innerhalb des ersten Jahres dezidiert und in einer hohen diagnostischen Frequenz verfolgt wurde, weshalb begründet davon auszugehen ist, dass die unfallbedingte, stabile HWK-II-Fraktur nach dem 31. August 2008 keinen substanzialen Schaden auf orthopädisch-traumatologischem oder nervenärztlichem Gebiet hinterließ. Zutreffend verweist er darauf, dass mit dem letzten MRT vom 06. August 2008 eine komplette knöcherne Konsolidierung ohne morphologische Folgeerscheinungen der angrenzenden Segmente nachgewiesen wurde, wobei auch ausgeschlossen werden konnte, dass es zu Reaktionen an den nervalen Strukturen kam. Alle vorherigen Untersuchungen ergaben keine neurologischen Auffälligkeiten oder Störungen. Dies wird durch das im Rentenverfahren eingeholte schriftliche Sachverständigengutachten von Dr. M bestätigt. Dieser fand zu keinem Zeitpunkt Hinweise auf neurologische Ausfälle oder neuropathologische Schmerzen. In der Tat waren die vom Kläger fortdauernd beklagten Beschwerden ohne neurologischen Befund geblieben, vgl. neurologischen Befundbericht von Dr. D vom 04. Juni 2008.

Dr. W schließt sich des Weiteren ausdrücklich der als Erstes von Dr. K – vgl. nochmals sein unter dem 17. Februar 2009 aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 11. November 2008 für die Beklagte erstelltes schriftliches Gutachten - geäußerten Auffassung an. Dr. K führte dort aus, dass wesentliche Unfallfolgen eine ausgeheilte Schädelprellung sowie eine knöchern ausgeheilte Fraktur am zweiten HWK ohne wesentliche Verformung oder verbliebene diskoligamentäre Instabilität mit zweitweise bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungsstörungen der HWS sind, wohingegen vom Unfall unabhängige Leiden ein chronisches Schmerzsyndrom an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule bei initialer Osteochondrose und Spondylose im Segment HWK 3/4 und fortgeschrittener Osteochondrose und Spondylose der Brustwirbelsäule und des Übergangs zur Lendenwirbelsäule bei fortgeschrittener Minderbelastbarkeit mit belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule sind. Bereits Dr. K wies nachvollziehbar auf den beim Kläger bestehenden manifesten Vorschaden an der Wirbelsäule mit Behandlungsbedürftigkeit, zuletzt im Oktober 2007, hin. Ein angefordertes Ergebnis einer MRT-Untersuchung der Brustwirbelsäule am 15. Oktober 2007 bei seit drei Monaten bestehenden Brustwirbelsäulenbeschwerden bestätigte degenerative Veränderungen an den vorderen Randkanten der Brustwirbelkörper bei Bandscheibenvorwölbungen an der unteren Lendenwirbelsäule im Segment L5/S1. Röntgenologisch wurde eine fortgeschrittene Osteochondrose und Spondylose an der mittleren bis unteren Brustwirbelsäule bzw. am Übergang zur Lendenwirbelsäule beschrieben. Aufgrund des schon chronischen Leidens war, hierauf wies Dr. K in Übereinstimmung mit dem Inhalt der dem Senat vorliegenden Reha-Akten der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg hin, eine stationäre Reha-Maßnahme im Februar 2008 geplant gewesen, welche dann aufgrund des Unfallereignisses vom 28. Dezember 2007 nicht zum Tragen kam. In diesem Zusammenhang ist u.a. auch auf den für die Zeit vor dem Unfall aussagekräftigen Befundbericht vom 14. Januar 2010 des den Kläger behandelnden Orthopäden Dr. W zu verweisen. Dieser berichtet u.a. über den Behandlungszeitraum von Dezember 2006 bis zum 12. Dezember 2007. Als damalige Diagnosen nennt er Cervicobrachialgien, Blockierungen der Hals- und Brustwirbelsäule, Dorsago, Blockierung der Brustwirbelsäule, Zustand nach Morbus Scheuermann, Verdacht auf Bandscheibenvorfall TH6/7. Anamnестisch bestanden seit August 2006 rezidivierende Kopfschmerzen, am 24. Juni 2007 war der Kläger morgens mit akuten Schmerzen zwischen den Schulterblättern aufgewacht, ohne dass ein EKG einen auffälligen Befund erbracht hatte. Zwischenanamnестisch hatten sich die Schulter- und Nackenbeschwerden deutlich gebessert, bevor sie seit Dezember 2006 wieder akut zunahmen, und zwar im Schulter- und Nackenbereich. Mithin hatten sich bereits im Vorfeld des Unfalls klinisch deutlich Einschränkungen und Schmerzen im Schulter-Nackengebiet gezeigt, welche eine Zuordnung eben solcher Beschwerden zum hier angeschuldigten Unfall noch unwahrscheinlicher erscheinen lassen. Soweit Dr. W seinem Befundbericht u.a. einen MRT-Befund des MRT-CT-Instituts am F am 16. Oktober 2007 beigefügt, wonach eine MRT der Brustwirbelsäule degenerative Veränderungen an den vorderen Randkanten der Wirbelkörper der mittleren Brustwirbelsäule ergab, die Veränderungen nur sehr zart waren und sich ein Bandscheibenvorfall nicht zeigte, steht dies der Annahme eines bereits vor dem Unfall bestehenden klinisch manifesten Vorschadens an der HWS gerade nicht entgegen.

Gegen die Verwertbarkeit des schriftlichen Sachverständigengutachtens von Dr. W bestehen keine rechtlichen Bedenken. Der Kläger hat den Sachverständigen Dr. W zwar mit Schriftsatz vom 10. Januar 2014 wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Der Senat hat das Ablehnungsgesuch mit Beschluss vom 27. Februar 2014 jedoch unanfechtbar zurückgewiesen.

Da sich letztlich über den Zustand nach HWK-II-Fraktur keine hinausgehenden Erkrankungen auf den Unfall zurückführen lassen, kommt eine rentenberechtigende MdE von mehr als 10 v.H. nicht in Betracht.

Erst soweit sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII](#) werden bei der Bemessung der MdE Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: 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 (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rn. 18).

Hieran gemessen liegt nichts für eine rentenberechtigende MdE aufgrund der festgestellten Unfallfolgen vor. Allein der Zustand nach HWK-II-Fraktur mit möglichen regionalen Cervicocephalgien und umschriebenen Bewegungsstörungen ist dem Unfall zuzuordnen und mit einer MdE von 10 v.H. zu bemessen, vgl. nochmals schriftliches Sachverständigengutachten von Dr. W vom 17. Dezember 2013. Mit dieser Einschätzung steht Dr. W letztlich auch mit derjenigen von Dr. K aus dessen für die Beklagte erstatteten Gutachten vom 17. Februar 2009 überein. Dr. K führte darin plausibel aus, dass ausgehend von den wesentlichen Unfallfolgen (ausgeheilte Schädelprellung, knöchern ausgeheilte Fraktur am zweiten HWK ohne wesentliche Verformung oder verbliebene diskoligamentäre Instabilität mit zweitweise bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden und Bewegungsstörungen der HWS) die MdE seitens der Arbeitsunfallfolgen bei Abschluss der Unfallheilbehandlung mit 10 v.H. anzusetzen ist, wobei mit einer wesentlichen Änderung der Unfallfolgen nicht zu rechnen ist. Soweit Dr. K in seiner weiteren, dem SG vorgelegten Stellungnahme vom 27. März 2011 von dieser Einschätzung - allerdings auch nur unter der wie gezeigt unzutreffenden Prämisse von Dr. E, dass ein cervico-encephalen Syndroms unfallbedingt sei - zu einer höheren MdE gelangt, trifft diese - zumal nur mit Vorbehalten zum Ausdruck gebrachte - Einschätzung nach dem zuvor Gesagten eben nicht zu. Schließlich ist Dr. E selbst ebenfalls von einer MdE-Einschätzung von mehr als 10 v.H. abgerückt, vgl. nochmals dessen ergänzende Stellungnahme vom 20. Februar 2012. Anhaltspunkte dafür, dass mit der Einschätzung der MdE auf höchstens 10 v.H. zu Lasten des Klägers vom einschlägigen unfallmedizinischen Kriterien abgewichen wird, bestehen nicht. Vielmehr wird dort bei einem isolierten Wirbelkörperbruch - wie hier - mit einer stabilen Ausheilung ohne Bandscheibenbeteiligung die MdE grundsätzlich sogar nur mit unter 10 v.H. angegeben (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.3.2.8, S. 442).

Nach alldem ist die zulässige Berufung der Beklagten begründet. Das SG hat die Beklagte, soweit sie sich gegen die im angefochtenen Urteil ausgesprochene Verurteilung zur Zahlung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. Dezember 2007 für die Zeit vom 01. September 2008 bis zum 02. November 2010 wendet, zu Unrecht verurteilt. Der Kläger hatte - wie gezeigt - auch in der Zeit vor dem 03. November 2010 keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-07-02