

L 1 U 2904/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 277/05
Datum
05.05.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 2904/06
Datum
06.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Mai 2006 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Gewährung von Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls vom 1. April 2003.

Der 1980 geborene Kläger, der im Unfallzeitpunkt als Maschinenführer/Laborhelfer tätig war, erlitt am 1. April 2003 auf dem Weg zur Arbeit einen Verkehrsunfall, als er - vermutlich infolge einer Blendung durch die tief stehende Sonne - auf einen Schaufelbagger frontal auffuhr. Der Kläger war in seinem Fahrzeug eingeklemmt. Er zog sich bei dem Unfall eine traumatische Hüftluxation rechts mit Acetabulumfraktur und Interposition eines Fragments in die Pfanne, eine Rippenserienfraktur rechts mit Haematopneumothorax rechts und Schnittwunden an beiden Unterschenkeln praetibial zu (Durchgangsarztbericht des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. B., Stadtklinik B.-B. vom 1. April 2003). Nach kurzer Intensivbehandlung in der Stadtklinik wurde der Kläger noch am Unfalltag in die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik L. verlegt.

Unter dem 1. April 2003 zeigte der Beschäftigungsbetrieb, die K. GmbH, B., den Arbeitsunfall an.

Die Beklagte nahm daraufhin Ermittlungen auf und holte u.a. den Krankheitsbericht des Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik L., vom 2. April 2003 ein, worin neben der Acetabulumfraktur eine Schambeinfraktur rechts, eine dorsale Luxation des rechten Hüftgelenks sowie ein Thoraxtrauma mit Rippenserienfraktur rechts beschrieben wurde. Vom Beschäftigungsbetrieb wurde die Arbeitsplatzbeschreibung vom 17. April 2003 eingeholt. Unter dem 30. April 2003 erstellte Prof. Dr. W. einen Behandlungsbericht für die Zeit des stationären Aufenthalts des Klägers vom 1. bis 30. April 2003, Dr. B. den Nachschaubericht vom 12. Mai 2003 und vom 10. Juli 2003. Darin ist ausgeführt, die letzte ambulante Vorstellung sei am 27. Juni 2003 erfolgt, es habe sich eine deutliche Besserung der subjektiven Beschwerden gezeigt. Er gehe davon aus, dass mit Ablauf des Monats Juli 2003 die Behandlung abgeschlossen werden könne, möglicherweise aber mit einer vorübergehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigendem Maße gerechnet werden müsse.

Am 28. Juli 2003 erfolgte eine persönliche Unterredung eines Mitarbeiters der Beklagten mit dem Kläger in Anwesenheit seiner Lebensgefährtin. In der Besprechungsnotiz vom 1. August 2003 ist ausgeführt, dass der Kläger zum Gehen und Stehen weiterhin eine Gehstütze benötige, das Gangbild sei noch vorsichtig und leicht hinkend. Schmerzbedingt könne der Kläger noch nicht selbst Auto fahren, der Kläger habe auch über ein Unsicherheitsgefühl bzw. Wegknickphänomen im Bereich der rechten Hüfte berichtet.

Der Kläger übersandte unter dem 10. Juli 2003 einen Wegeunfall-Fragebogen sowie u.a. den Beschluss der Staatsanwaltschaft Baden-Baden vom 11. Juni 2003 über die Einstellung des gegen ihn gerichteten Ermittlungsverfahrens nach [§ 170 Abs. 2](#) der Strafprozessordnung.

Am 13. August 2003 stellte sich der Kläger erneut in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vor. Prof. Dr. W. berichtete unter dem 14. August 2003 über ein andauerndes Belastungs- und Bewegungsdefizit sowie eine Bewegungseinschränkung mit knarrendem Geräusch im Bereich der rechten Hüfte. Den Röntgenbefund beschrieb er als beginnende Coxarthrose mit Hüftgelenksverschmälerung und osteophytären Randaufbauten rechts, reizlos einliegendes Osteosynthesematerial sowie achsen- und gelenkgerechte Rekonstruktion. Der Kläger wurde vom 25. August bis 1. Oktober 2003 zum stationären Heilverfahren aufgenommen. Im Bericht vom 7. Oktober 2003 berichtete

Prof. Dr. W. über einen Zustand nach Polytrauma mit Acetabulumfraktur und traumatischer Hüftluxation rechts, eine Hüftkopfteilnekrose sowie ein andauerndes Belastungs- und Bewegungsdefizit der rechten Hüfte. Der Kläger belaste das rechte Bein voll, allerdings sei weiterhin eine Gehstütze erforderlich. Er klage über belastungsabhängige Schmerzen sowie ein schabendes Gelenkgeräusch und ein Bewegungsdefizit. Der Kläger könne seine letzte Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr verrichten, eine Umsetzung auf einen überwiegend sitzenden Arbeitsplatz sei erforderlich. Ein weiterer stationärer Aufenthalt erfolgte vom 3. bis 20. November 2003. Unter intensiver Ergo- und Physiotherapie sei es zu keiner Veränderung der Beschwerdesystematik gekommen. Der Kläger benötige weiter einen Stock und sei nur in seinem Zimmer ohne Gehhilfe mobil. Eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß sei zu erwarten (Bericht Prof. Dr. W. vom 27. November 2003).

Die Beklagte schaltete den Beratungsarzt Dr. B. in das Verfahren ein. Unter dem 7. Januar 2004 gab er u.a. an, er erwarte eine MdE von 30 bis 40 v.H. Auf Nachfrage der Beklagten zum Inhalt des Durchgangsarztberichts teilte Dr. B. unter dem 8. Januar 2004 mit, man habe keine Bewusstlosigkeit beim Kläger festgestellt, es bestehe lediglich für das Unfallgeschehen eine Erinnerungslücke. Hinweise auf eine Halswirbelsäulen- (HWS-)Distorsion seien den vorliegenden Erstbefunden nicht zu entnehmen. Zur diagnostischen Abklärung und Sicherung sei primär eine computertomographische Untersuchung der HWS, Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt worden, die keine Knochenverletzung erbracht habe. Da der Kläger allerdings noch am Unfalltag nach L. verlegt worden sei, sei der weitere Verlauf einer eventuellen HWS-Distorsion nicht beurteilbar.

Im Krankheitsbericht vom 28. Januar 2004 führte Prof. Dr. W. im Rahmen der Heilverlaufskontrolle aus, der Kläger laufe nach wie vor an einem Unterarmgehstock mit hinkendem Gangbild. Es bestünden erhebliche Belastungsschmerzen aufgrund der Arthrose im Bereich des Gelenks.

Nach einer Arbeitserprobung/beruflichen Eignungsabklärung beim CJD M. bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 26. März 2004 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teilnahmekosten Reintegrationsmaßnahme vom 29. März bis 13. August 2004 beim CJD M., Übergangsgeld täglich 26,01 EUR, Beiträge zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung, Fahrten zwischen Wohn- und Maßnahmeort). Dagegen erhob der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 28. April 2004 Widerspruch. Im Rahmen der beruflichen Eignungsabklärung wurde festgestellt, dass der Kläger in allen Fachbereichen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis unterdurchschnittliche Leistungsergebnisse erzielt habe. Die Leistungen hätten auch bis zum Ende der Maßnahme trotz intensivem Unterricht nicht wesentlich verbessert werden können. Dies habe weniger mit der Motivation des Klägers, als vielmehr mit dem fehlenden intellektuellen Hintergrund zu tun. Eine Ausbildung komme deshalb auch nach längerer vorhergehender Rehabvorbereitung nicht in Betracht. Der Kläger habe diese Einschätzung der Fachdienste bestätigt und sich selbst als "Praktiker" beschrieben (Vermerk über die persönliche Unterredung mit dem Versicherten, dem Berufshelfer der Beklagten sowie einem Vertreter des CJD M. am 19. März 2004). Während der Maßnahme beim CJM absolvierte der Kläger drei Praktika. Die dort übertragenen Aufgaben konnten bis auf körperlich schwere Arbeiten vom Kläger ausgeübt werden. Als ihm schwerere Aufgaben angeboten wurden, hat er nicht das CJM oder den Praktikumsbetrieb über die gesundheitlichen Einschränkungen informiert, sondern hat den Arzt aufgesucht und sich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen lassen. Der Kläger war vom 5. bis 6. August 2004 und vom 9. August bis 12. September 2004 arbeitsunfähig erkrankt.

Im Auftrag der Beklagten erstellte unter dem 1. Juni 2004 Prof. Dr. Pf., Direktor der Unfallchirurgischen Abteilung des Städtischen Klinikums K., das Erste Rentengutachten. Als Diagnosen sind darin aufgeführt eine Dashboardverletzung der rechten Hüfte mit Acetabulumfraktur und traumatischer Hüftluxation rechts, eine Rippenserienfraktur rechts 5. bis 8. Rippe mit Haematopneumothorax rechts sowie Schnittwunden beider Unterschenkel praetibial. Als Unfallfolgen beschrieb er neben radiologischen Befunden (insbesondere deutliche Coxarthrose rechtes Hüftgelenk mit Gelenkspaltverschmälerung und osteophytärer Randausziehung am Pfannenerker, knöchern konsolidierte Rippenfrakturen) eine postoperative und posttraumatische Narbenbildung, eine Gebrauchsminderung des rechten Beins mit Bewegungseinschränkung der rechten Hüfte, ein Taubheitsgefühl am Oberschenkel rechts dorso-lateralseitig sowie glaubhaft subjektive Beschwerden. Die MdE schätzte er ab 29. März 2004 (Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit) mit 30 v.H. fortlaufend ein.

Mit Bescheid vom 12. Juli 2004 bewilligte die Beklagte Rente als vorläufige Entschädigung ab 29. März 2004 bis auf weiteres nach einer MdE um 30 v.H. und erkannte als Unfallfolgen im Bereich des rechten Beins/der rechten Hüfte an: Bewegungseinschränkung der Hüfte, Beinlängenverkürzung, allgemein herabgesetzte Gebrauchs- und Belastungsfähigkeit der Hüfte und des Beines mit Störung des Gangbilds, Hüftgelenksarthrose mit Gelenkverschmälerung sowie mit Knochenneubildung in Form von Randausziehungen am Pfannenerker, Muskelminderung am Bein, Taubheitsgefühl im Bereich des Oberschenkels; reizlose Narbenbildung im Bereich der Hüfte und des Schienbeinkopfes sowie medizinisch erklärbare subjektive Beschwerden nach einer Verdrehung der Hüfte mit einem weitgehend knöchern fest verheilten Bruch der Gelenkpfanne des Hüftgelenks und noch reizlos einliegendem Fremdmaterial. Als sonstige Unfallfolgen wurden aufgeführt: weitere reizlose Narben im Bereich des rechten Brustkorbs nach Drainagenversorgung sowie im Bereich des linken Unterschenkels. Die Brüche der Rippen 5 bis 8 im rechten Körperbereich seien, ohne wesentliche Folgen zu hinterlassen, ausgeheilt.

Auch gegen diesen Bescheid legte der Kläger durch seinen Bevollmächtigten unter dem 10. August 2004 Widerspruch ein.

Mit Schreiben vom 10. September 2004 führte die Beklagte aus, dass für den Kläger grundsätzlich Tätigkeiten auf Hilfs- und Anlernenebene in Betracht kämen, berücksichtige man die Unfallfolgen und den persönlichen Werdegang. Nach dem Ergebnis der Reintegrationsmaßnahme könne der Kläger grundsätzlich eine angelernte Tätigkeit, z.B. in den Bereichen Service, Verkauf oder Kasse aufnehmen. Man wolle ihn auch weiter bei der beruflichen Wiedereingliederung unterstützen und ihn deshalb zu einer Arbeitsplatzvermittlungsmaßnahme des Landesverbandes Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften in H. anmelden. Auch sei man grundsätzlich zur Zahlung eines Eingliederungszuschusses an einen potentiellen Arbeitgeber bereit und, soweit erforderlich, zur Übernahme der Kosten für erforderliche kurzzeitige Schulungen oder Kurse. Es werde angefragt, ob sich damit der Widerspruch vom 28. April 2004 erledigt habe. Hinsichtlich der Zahlung des Übergangsgeldes habe ein Anspruch während der Zeit der Reintegrationsmaßnahme vom 29. März bis 13. August 2004 bestanden. Darüber hinaus würden Entgeltersatzleistungen nicht erbracht. Es werde angefragt, ob damit auch der Widerspruch vom 10. August 2004 seine Erledigung gefunden habe.

Eine Stellungnahme des Bevollmächtigten erfolgte nicht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Dezember 2004 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten die Widersprüche zurück. Zur

Begründung wurde ausgeführt, Grundlage des Bescheids vom 26. März 2004 habe das Ergebnis der Arbeitserprobung gebildet. Danach sei der Kläger für eine Ausbildung nicht geeignet. Vielmehr habe sich auch der Kläger mit einer Reintegrationsmaßnahme, verbunden mit Praktika, einverstanden erklärt. Es hätten gute Aussichten bestanden, auf diesem Weg eine Wiedereingliederung zu ermöglichen. Wegen Erkrankungszeiten während der Maßnahme sei dies aber nicht erfolgt. Dem Bescheid vom 12. Juli 2004 liege das schlüssige Gutachten von Prof. Dr. Pf. zugrunde, dem sich die Beklagte angeschlossen habe.

Dagegen hat der Kläger durch seinen Bevollmächtigten am 24. Januar 2005 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben, ohne diese zu begründen. Durch das weitere Klageverfahren um die Höhe des Grads der Behinderung (GdB) nach dem Schwerbehindertenrecht (Az.: S 3 SB 3014/04) ist dem SG bekannt geworden, dass am 14. Mai 2005 eine Implantation einer Hüft-TEP erfolgt sei. Das SG hat daraufhin die Beklagte zur Vervollständigung der Unterlagen aufgefordert. Diese hat am 20. Mai 2005 u.a. den Entlassungsbericht vom 14. Mai 2005 über die vom 4. bis 25. März 2005 erfolgte stationäre Heilbehandlung in der Klinik F./R. Kliniken, W. (Dr. F., Arzt für Orthopädie) übersandt sowie die Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. B. vom 13. April 2005, wonach eine Nachbegutachtung erst bei der Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit angemessen sei.

Mit Bescheid vom 27. Januar 2006 hat die Beklagte ab 1. Februar 2006 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 30 v.H. festgestellt. Dem hat das SG übersandte Zweite Rentengutachten vom 6. Dezember 2005 des Dr. B. mit dem radiologischen Zusatzgutachten des PD Dr. F. vom 16. Januar 2006 zugrunde gelegt.

Mit Schriftsatz vom 14. März 2006 hat die Beklagte ergänzend ausgeführt, berücksichtige man den Umstand, dass nach den Feststellungen von Dr. B. und Dr. R. eine sehr gute Beweglichkeit des Hüftgelenks vorliege, sei die MdE mit 30 v.H. nach den anerkannten Bewertungsmaßstäben sehr großzügig bemessen. Eine MdE um mehr als 30 v.H. sei aber in keinem Fall vorstellbar.

Mit Gerichtsbescheid vom 5. Mai 2006 hat das SG die Klage abgewiesen, gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von Dr. B. und Dr. R. ... Es sei angesichts eines konkretisierten Klageantrags und der fehlenden Klagebegründung auch nicht ersichtlich, welches Klagebegehren hinsichtlich des angefochtenen Bescheids vom 26. März 2004, mit dem Reintegrationsmaßnahmen bewilligt worden seien, weiter verfolgt werde.

Gegen den am 15. Mai 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 8. Juni 2006 Berufung eingelegt, ohne diese zu begründen. Das Gericht hat am 15. Februar 2007 einen Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage durchgeführt. Darin hat der Bevollmächtigte des Klägers die Berufung insoweit zurückgenommen, als sie sich gegen den Bescheid vom 26. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Dezember 2004 (Bewilligung von Reintegrationsmaßnahmen) gerichtet hat. Er hat zur Begründung der Berufung weiter ausgeführt, nicht alle Unfallfolgen, unter denen der Kläger leide, seien in den noch angefochtenen Entscheidungen aufgeführt und bei der Bemessung der MdE berücksichtigt worden. Er hat weiter das nervenärztliche Privatgutachten des Dr. Dr. B. vom 3. März 2007 vorgelegt.

Der Kläger beantragt, sinngemäß gefasst,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. Mai 2006 aufzuheben und den Bescheid vom 12. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23. Dezember 2007 sowie den Bescheid vom 27. Januar 2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente nach einer MdE um 60 v.H. ab 1. April 2003 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise ein Gutachten auf chirurgischem und nervenärztlichem Fachgebiet einzuholen.

Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidungen und trägt weiter vor, dass der Inhalt des vorgelegten Privatgutachtens nicht überzeugend sei und keinen Anlass zu einer abweichenden Bewertung der Unfallfolgen gebe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungs- und Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet. Dem Kläger steht Verletztenrente allenfalls nach einer MdE um 30 v.H. zu.

Gegenstand des Verfahrens ist nach [§ 96 SGG](#) auch der Bescheid vom 27. Januar 2006, mit dem die Beklagte anstelle der vorläufigen eine Dauerrente nach einer MdE um 30 v.H. bewilligte.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)).

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vorhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen sind, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern ([§ 56 Abs. 1](#) Sätze 2 und [3 SGB VII](#)). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ([BSGE 1, 174, 178](#); BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Als Folge eines Unfalls sind

Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht ([BSGE 58, 80, 82](#); [61, 127, 129](#); BSG, Urt. v. 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285, 286](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. [BSGE 63, 277, 278](#)). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auflösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220, 222](#); BSG, Urt. v. 2. Mai 2001 - [B 2 U 18/00 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. [BSGE 6, 70, 72](#); BSG [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Nach diesem Maßstab steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass die im Rentenbescheid vom 27. Januar 2006 aufgeführten Unfallfolgen die beim Kläger bestehenden und auf den Unfall zurückführbaren Erkrankungen vollständig und umfassend beschreiben. Danach bestehen beim Kläger als Folgen des Arbeitsunfalls vom 1. April 2003 im Bereich des rechten Beins bzw. der rechten Hüfte noch eine Bewegungseinschränkung im rechten Hüftgelenk, eine allgemein herabgesetzte Gebrauchsfähigkeit und Belastungsfähigkeit der Hüfte und des Beines, eine Muskelminderung am Oberschenkel, ein Taubheitsgefühl im Bereich des Oberschenkels, eine reizlose Narbenbildung im Bereich der Hüfte und des Schienbeinkopfs sowie medizinisch erklärbare subjektive Beschwerden nach einer Verdrehung der Hüfte mit in achsengerechter Stellung knöchern verheiltem Oberschenkelbruch und nachfolgend teilprothetischer Versorgung des Hüftgelenks. Ansonsten liegen als Unfallfolgen noch reizlose Narben im Bereich des rechten Brustkorbs sowie des linken Unterschenkels und Brüche der Rippen 5 bis 8 rechts, folgenlos verheilt.

Die vom Kläger im Berufungsverfahren weiter vorgetragenen Beschwerden können nicht mit der gebotenen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf den angeschuldigten Unfall zurückgeführt werden bzw. sind, soweit es um psychische Unfallfolgen geht, schon nicht nachgewiesen.

Soweit vorgebracht wird, es lägen nunmehr auch Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule vor, die auf den Unfall zurückzuführen seien, und dazu auf das Ärztliche Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. G. vom 5. März 2007 verwiesen wird, vermochte das Gericht hierin weder den erforderlichen Nachweis einer unfallbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule noch Anlass für weitere Sachverhaltsermittlungen von Amts wegen zu erkennen. Dr. G. führt in seinem Attest aus, beim Kläger bestünden seit dem Unfall eine Neuralgie von der rechten Flanke bis in die rechte Ferse; darüber hinaus bestehe auch eine Sensibilitätsstörung vom rechten Becken bis in den rechten Oberschenkel, wobei die rechte Oberschenkelmuskulatur mit Verkrampfungen und Funktionsstörungen bei jeder Belastung reagiere. Aus diesen Ausführungen kann das Gericht die behaupteten Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule nicht nachvollziehen. Darüber hinaus ergibt sich weder aus dem Durchgangsarztbericht noch den nachfolgenden ärztlichen Berichten eine Verletzung an der Wirbelsäule. Zwar hat Dr. H. in seinem Nachschaubericht vom 16. Juli 2004 im Rahmen der Kontrolluntersuchung des Klägers Rückenschmerzen bei Beckentiefstand rechts beschrieben und einen Beckenschiefstand um 1,5 cm. Allerdings hat die durchgeführte radiologische Untersuchung weder eine Asymmetrie oder Dysplasie im Bereich der Wirbelkörper, noch traumatische Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule erkennen lassen. Sollten sich die vorgetragenen Rückenbeschwerden des Klägers durch die Beinlängendifferenz erklären lassen, so ist nur ergänzend darauf hinzuweisen, dass diese durch eine geeignete orthopädische Ausgleichsversorgung klinisch ausgeglichen werden kann (vgl. Bericht des Prof. Dr. W. vom 11. Oktober 2004) und damit jedenfalls nicht dauerhafter, funktioneller Natur und für die Bemessung der MdE von Bedeutung sind. Nicht zuletzt weist der Senat darauf hin, dass nicht nachgewiesen ist, dass diese Beschwerden auch nach der Implantation der Hüftprothese noch fortbestehen.

Soweit Dr. G. neurologische Beschwerden beschrieben hat, sind dorsolaterale Sensibilitätsstörungen als Unfallfolgen berücksichtigt ("Taubheitsgefühl im Bereich des rechten Oberschenkels"), ebenso die verminderte Belastbarkeit des rechten Beins.

Soweit der Kläger geltend macht, es lägen auf psychiatrischem Fachgebiet ebenfalls Unfallfolgen vor, insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung oder Belastungsreaktion, und sich dafür auf das Privatgutachten von Dr. Dr. B. beruft, vermochte weder der Vortrag noch der Inhalt des Privatgutachtens den Senat zu überzeugen.

Dem gesamten Akteninhalt ist nach Auffassung des Senats nichts zu entnehmen, was Anlass zur Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung oder Belastungsreaktion geben würde, an deren Nachweis keine geringeren Anforderungen zu stellen sind als an das Vorliegen organisch-funktioneller Unfallfolgen. Denn die genannten Grundlagen der Theorie der wesentlichen Bedingung gelten für alle als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und damit auch für psychische Störungen (so zuletzt ausdrücklich BSG vom 9.5.2005 - [B 2 U 1/05 R](#) mit zahlreichen Nachweisen).

Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund von ihnen ist somit die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und die seine Erwerbsfähigkeit mindern (BSG vom 9.5.2005 [a.a.O.](#) unter Verweis auf BSG vom 29. Januar 1986 - [9b RU 56/84](#) und BSG vom 19. August 2003 - [B 2 U 50/02 R](#) -). Angesichts der zahlreichen in Betracht kommenden Erkrankungen und möglicher Schulenstreite sollte diese Feststellung nicht nur begründet sein, sondern aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (z.B. ICD-10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO aus dem Jahre 1989, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt; DSM-IV = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahre 1994, deutsche Bearbeitung

herausgegeben von Saß/Wittchen/Zaudig, 3. Aufl 2001).

Nach dem Diagnoseschlüssel ICD 10 (F 43.1) entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freundlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Woche bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Berücksichtigt man dem gegenüber die Ausführungen von Dr. Dr. B., die seiner Diagnose "Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung" zugrunde lagen, vermögen diese nicht mit der gebotenen Sicherheit das derzeitige oder ehemalige Vorliegen einer solchen psychischen Erkrankung zu beweisen. Dr. Dr. B. hat im Wesentlichen aufgrund der einmaligen Angaben des Klägers in der Begutachtungssituation die genannte Diagnose abgeleitet. Die vom Sohn des Gutachters zu den Akten gereichte Bestätigung vom 5. März 2007, die drei Konsultationen des Klägers ca. 1 ½ Jahre nach dem Unfall bestätigt, aber weder Diagnosen noch sonstige Krankheitsbeschreibungen enthält, ist nicht geeignet, retrospektive Beurteilungen des Gutachters zu stützen.

Es sind auch keine ärztlichen Unterlagen aktenkundig, auf die Dr. Dr. B. seine Beurteilung hätte anderweitig stützen können. Keiner der ärztlichen Stellungnahmen sind Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass schwerwiegendere psychische Erkrankungen, wie sie eine posttraumatische Belastungsstörung darstellen würde, vorliegen würden oder jedenfalls der Verdacht bestehe, dass eine psychische Erkrankung vorliegt. Dies wäre, auch wenn es sich vorwiegend um unfallchirurgische oder orthopädische Gutachten bzw. Stellungnahmen handelt, allerdings zu erwarten gewesen, hätte tatsächlich eine relevante psychische Beeinträchtigung bestanden.

Dr. Dr. B. hat darüber hinaus nicht dargestellt, warum er abweichend von den Vorbeurteilungen, insbesondere auch den Ausführungen der Diplom-Psychologin des CJD M. vom März 2004, die keinerlei psychische Auffälligkeiten mitgeteilt hat, zur Diagnose einer inzwischen abgeklungenen posttraumatischen Belastungsstörung kommt.

Dr. Dr. B. hat weiter unterlassen, eine Begründung dafür zu liefern, warum beim Kläger bei - seinen Ausführungen nach - unverändertem psychischem Zustand (Kläger träumt weiterhin vom Unfallereignis, ist depressiv herabgestimmt) lediglich ein Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung vorliegen soll. Desgleichen fehlt eine nachvollziehbare Begründung für die von ihm weiter vorgeschlagene Abstufung der MdE im Zeitraum vom 1. April 2004 bis 31. März 2005, vom 1. April 2005 bis 31. März 2006 und vom 1. April bis 31. Oktober 2006 (MdE 60 v.H., 40 v.H. und 20 v.H.).

Da es bereits am Nachweis eines entsprechenden Krankheitsbildes fehlt, soll nur ergänzend darauf hingewiesen werden, dass auch die weiteren Ausführungen von Dr. Dr. B. nicht zu überzeugen vermochten. Denn er hat weiter ausgeführt, dass der Kläger als konstitutionell hypersensible und sensitive Persönlichkeit mit erhöhter Eindrucksfähigkeit und Aufwühlbarkeit anzusehen sei. Er hat es allerdings unterlassen, bei seinen folgenden Ausführungen danach zu differenzieren, ob die von ihm beschriebene gedrückte Grundstimmung des Klägers - deren Qualifikation als Ausdruck einer posttraumatischen Belastungsstörung insoweit unterstellt - im Wesentlichen auf diese vorbestehenden Persönlichkeitsstrukturen oder tatsächlich auf das angeschuldigte Unfallereignis zurückzuführen ist. Er hat lediglich beiläufig ausgeführt, dass klar differenziert werden müsse zwischen einer klassischen posttraumatischen Belastungsstörung, der konstitutionellen Sensitivität und vor allem auch der im Rahmen des Heilungsverlaufs aufgetretenen depressiven Symptomatik, die zum Teil bedingt sei durch einen Wegfall der früheren Erlebnisfunktion mit reaktiven depressiven Verstimmungszuständen. Gerade auf diese wichtige Unterscheidung ist er jedoch nicht eingegangen, sondern hat die bestehenden Gesundheitsstörungen ohne weitere Differenzierung, aber auch ohne weitere Begründung, als im Wesentlichen unfallbedingt behandelt und seiner MdE-Einschätzung zugrunde gelegt. Damit hat er in seiner Beurteilung wesentliche Elemente der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre unbeachtet gelassen, seine Schlussfolgerungen sind daher auch insoweit nicht überzeugend.

Den Ausführungen von Dr. Dr. B. ist daher insgesamt nicht zu folgen. Sie legen wegen der aufgezeigten Mängel auch keine Begutachtung von Amts wegen nahe. Psychische Unfallfolgen sind deshalb, über die im Rentenbescheid erfassten "medizinisch erklärbare subjektive Beschwerden nach einer Verdrehung der Hüfte mit in achsengerechter Stellung knöchern verheiltem Oberschenkelbruch und nachfolgend teilprothetischer Versorgung des Hüftgelenks" nicht nachgewiesen.

Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26. Juni 1985 - [2 RU 60/84](#) -, in: SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.; BSG, Urt. vom 19. Dezember 2000 - [B 2 U 49/99 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - [2 BU 101/89](#) -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Berücksichtigt man die nachgewiesenen Unfallfolgen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet, so sind diese mit einer MdE um 30 v.H. angemessen, aber auch ausreichend bewertet. Soweit der Kläger meint, es sei eine MdE um wenigstens 60 v.H. angemessen, kann dem unter Berücksichtigung der anerkannten unfallversicherungsrechtlichen Bewertungsgrundsätze nicht gefolgt werden. Beim Kläger lagen

nach den Ausführungen von Dr. R. vom 22. Februar 2006 sowie den Berichten des Dr. B. vom 6. Dezember 2005 und 19. Januar 2006 im Bereich der rechten Hüfte ein sehr gutes Frühergebnis und eine sehr gute Beweglichkeit nach der Implantation der Hüftprothese vor. Dr. B. beschrieb weiter reizlose Narbenverhältnisse, eine freie Beweglichkeit, keinen Trochanter-Klopfschmerz, keinen Leistendruckschmerz und keinen Rotationsschmerz (Bericht vom 19. Januar 2006). Nach dem im Meßblatt zum Bericht vom 6. Dezember 2005 mitgeteilten Bewegungsmaßen rechts (Streckung/Beugung 0-0-120, Abspreizen/Anführen 20-0-20, Drehung Hüftgelenk 90 Grad gebeugt 20-0-10, gestreckt 20-0-0-) sind in Übereinstimmung mit den Bewertungsgrundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003 S. 656: Bewegungseinschränkung eines Hüftgelenks bei Streckung/Beugung mit 0-30-90: MdE 20 v.H.) auch unter Berücksichtigung der weiteren Unfallfolgen die funktionellen Auswirkungen mit einer MdE um 30 v.H. ausreichend bewertet. Die vom Kläger begehrte MdE um 60 v.H. lässt sich nicht begründen.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 162 SGG](#) nicht gegeben sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-09-03