

L 8 U 2215/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3848/09
Datum
26.04.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2215/12
Datum
25.10.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. April 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob weitere Gesundheitsstörungen als Folgen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 30.12.2007 festzustellen sind und ob der Klägerin, die vom 10.02.2008 bis 27.10.2008 Verletztengeld bezog und mittlerweile auch eine Rente wegen voller Erwerbsminderung nach den Regelungen des SGB VI bezieht, eine Verletztenrente zu gewähren ist.

Die 1954 in Bosnien-Herzegowina geborene Klägerin war in einem Pflegeheim in U./P. als hauswirtschaftliche Mitarbeiterin beschäftigt. Auf dem Weg zur Arbeit verunfallte sie am 30.12.2007 mit ihrem Pkw. Sie kam ohne Fremdverschulden bei Glätte von der Fahrbahn ab.

Im Rahmen der Erstversorgung im D.-K. S. H. stellte Prof. Dr. S. (vgl. dazu den Durchgangsarztberichts vom 30.12.2007, vgl. Blatt 1 der Verwaltungsakte der Beklagten) eine Keilkompressionsfraktur LWK 2, eine oberflächliche Prellung des rechten Knies sowie eine Bauchdeckenprellung fest. Einen Anhalt für ein Schädel-Hirn-Trauma fand er nicht.

Die Klägerin befand sich daraufhin vom 30.12.2007 bis 17.01.2008 in stationärer Behandlung im D.-K. S. H., wo am 02.01.2008 die Kompressionsfraktur durch offene Reposition und Stabilisierung mittels Fixateur interne von TH 12 bis L 2 operativ versorgt wurde (vgl. dazu den Operationsbericht vom 02.01.2008, Blatt 7 der Verwaltungsakte der Beklagten sowie den Entlassbericht vom 16.01.2008, Blatt 15 bis 17 der Verwaltungsakte der Beklagten). Vom 17.01.2008 bis 03.02.2008 und vom 28.02.2008 bis 27.03.2008 erfolgte auf Kosten der Beklagten eine stationäre Behandlung in der BG-Unfallklinik T. (dazu vgl. den Bericht vom 31.01.2008, Blatt 45, 46 der Verwaltungsakte der Beklagten, den Befund- und Entlassbericht vom 14.02.2008, Blatt 47, 48 der Verwaltungsakte der Beklagten, den Zwischenbericht vom 29.02.2008, Blatt 72, 73 der Verwaltungsakte der Beklagten, den Bericht vom 26.03.2008, Blatt 87, 88 der Verwaltungsakte der Beklagten sowie den Befund- und Entlassbericht vom 31.03.2008, Blatt 110 bis 112 der Verwaltungsakte der Beklagten). Prof. Dr. S. (vgl. dazu den neurologischen Befundbericht vom 12.03.2008, Blatt 98 bis 100 der Verwaltungsakte der Beklagten) fand keine objektiv krankhaften Befunde auf neurologischem Fachgebiet, insbesondere keine Hinweise auf eine Konus/Kauda-Läsion oder auf eine Wurzelschädigung. Auf psychiatrischem Fachgebiet hätten sich keine Hinweise auf eine depressive Störung ergeben. Prof. Dr. W. stellte in seinem Befund- und Entlassbericht vom 31.03.2008 auch neurologische Ausfälle, eine neurologisch-pathologische Läsion oder eine Depression nicht fest.

Eine erste Belastungserprobung brach die Klägerin bereits am ersten Tag (07.04.2008) ab.

Prof. Dr. W. (vgl. dazu den Zwischenbericht vom 10.04.2008, Blatt 118, 119 der Verwaltungsakte der Beklagten) fand bei einer ambulanten Untersuchung, reizlose Narbenverhältnisse, paravertebral deutlich tastbare Verspannungen im Bereich der LWS, ebenso einen deutlichen Druckschmerz sowie Druckschmerzen über BWK XII und LWK I bei peripherer Durchblutung, intakter Motorik und Sensibilität. In seinem Zwischenbericht vom 05.05.2008 (Blatt 163, 164 der Verwaltungsakte der Beklagten) teilte Prof. Dr. W. mit, innerhalb von drei Wochen habe sich keine wesentliche Verbesserung der Schmerz- und Bewegungssituation gezeigt.

Die weitere konservative Behandlung erfolgte im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vom 08.05.2008 bis 29.05.2008 in der BG-Unfallklinik T. (dazu vgl. den Befund- und Entlassbericht vom 17.06.2008, Blatt 187 bis 189 der Verwaltungsakte der Beklagten). Prof. Dr. W. teilte darin mit, in der Computertomographie vom 09.05.2008 habe sich eine deutliche Diskopathie der Bandscheibe von LWK I/BWK XII

gezeigt. Konsiliarärztlich sei ein vorliegendes Kriegstrauma, das keine Folge der Verletzung vom 30.12.2007 sei, festgestellt worden. Dr. K. (neurologischer Befundbericht vom 16.05.2008, Blatt 171 bis 173 der Verwaltungsakte der Beklagten) fand erneut keine neurologischen Ausfälle und insbesondere keine Hinweise auf eine Querschnittssymptomatik.

Prof. Dr. S. (Blatt 200 der Verwaltungsakte der Beklagten) teilte in einem Bericht vom 04.07.2008 u.a. mit, eine Besserung der Beschwerden habe sich seit Entlassung aus der stationären BGSW-Maßnahme nicht ergeben. Peripher sensomotorische Ausfälle fänden sich aber nicht.

Prof. Dr. W. (vgl. dazu den ambulanten Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme vom 19.08.2008, Blatt 225 bis 228 der Verwaltungsakte der Beklagten) stellte bei seiner ambulanten Untersuchung fest, dass bei der Klägerin ausgeprägte Schmerzen mit einer Berührungsempfindlichkeit der Haut bestünden. Zudem habe die Klägerin Beschwerden im Bereich der unteren Thoraxapertur entlang der Rippen nach vorne ausstrahlend geäußert. Ein adäquates Korrelat könne aus chirurgischer Sicht für das Beschwerdebild nicht gefunden werden. Im Rahmen der klinischen und radiologischen Untersuchung könne festgestellt werden, dass der Fixateur interne entfernt werden könne, um sämtliche Schmerzursachen auszuschalten.

Die Entfernung der Fixateurs interne am LWK I bis III erfolgte am 27.08.2008 in der BG-Unfallklinik T. (dazu vgl. den Zwischenbericht vom 10.09.2008, Blatt 242, 243 der Verwaltungsakte der Beklagten, den Zwischenbericht vom 30.09.2008, Blatt 265, 266 der Verwaltungsakte der Beklagten sowie den Abschlussbericht vom 12.11.2008, Blatt 299 bis 301 der Verwaltungsakte der Beklagten). Die Klägerin habe zwar über eine Schwindelsymptomatik sowie Schmerzen im Bereich der HWS geklagt. Die Unfallfolgen seien jedoch medizinisch austherapiert. Die Klägerin wurde als vollschichtig arbeitsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen, sie habe sich jedoch hinsichtlich der Aufnahme ihrer Arbeitstätigkeit nicht motiviert gezeigt. Nach einer stationären Behandlung bis zum 12.09.2008 trat die Klägerin eine ab dem 06.10.2008 geplante Belastungserprobung nicht an (Blatt 275 der Verwaltungsakte der Beklagten).

Dr. R., Neurologe und Psychiater, teilte mit Schreiben vom 10.12.2008 mit (Blatt 325, 326 der Verwaltungsakte der Beklagten), das rechte Bein der Klägerin sei taub, außerdem habe sie Schmerzen im Bereich der HWS und Schwindel. Sie sei kaum gehfähig. Eine endogene Depression liege sicher nicht vor, vom Verlauf her sei eine somatoforme Schmerzstörung wahrscheinlicher.

Der von der Beklagten mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragte Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. R. (Gutachten vom 05.03.2009, Blatt 374 bis 387 der Verwaltungsakte der Beklagten, und ergänzende Stellungnahme vom 22.05.2009, Blatt 414, 415 der Verwaltungsakte der Beklagten) führte aus, dass als objektivierbare Unfallfolgen eine fest knöcherne Ausheilung einer LWK 1-Fraktur in gutem Wiederaufrichtungsgrad ohne neurologische segmentbezogene Ausfallerscheinungen und ohne wesentliche, reaktiv degenerative Veränderung sowie ein Zustand nach folgenlos ausgeheilter Prellung des rechten Kniegelenks und des rechtseitigen Brustkorbes festzustellen seien. Außerdem bestünden unfallunabhängig altersentsprechend mittelgradige, degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule mit beginnenden arthrotischen Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke. Die zunehmende Schmerzhaftigkeit im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in den gesamten Rumpf resultiere nicht aus dem in guter Stellung knöchern fest verheilten Bruch des 1. LWK. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der dargebotenen Symptomatik und dem objektivierbaren Folgezustand der dem Gutachten zugrunde liegenden Verletzungen. Gestützt auf die vorausgegangenen neurologischen Untersuchungen ergebe sich kein Hinweis auf eine generalisierte neurologische Grunderkrankung. Die MdE betrage ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit (28.10.2008) betrage auf Dauer 10 %.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. S. ein Gutachten (Blatt 391 bis 397 der Verwaltungsakte der Beklagten) sowie Dipl.-Psychologin S. eine psychologische Zusatzbegutachtung (Blatt 398 bis 401 der Verwaltungsakte der Beklagten). Prof. Dr. S. beschrieb in seinem Gutachten vom 26.03.2009 eine durch Beschwerdeausgestaltung erschwerte neurologische Untersuchung. So sei zunächst von der Klägerin eine vollständige Lähmung beider Hände demonstriert worden. Erst nach mehrfacher Aufforderung sei minimale Kraft beim Faustschluss entfaltet worden. Hinweise für umschriebene Kraftminderungen oder Ganglähmungen hätten sich nicht gefunden. Es habe sich auch kein Hinweis auf eine Konus/Caudaläsion oder eine Wurzelschädigung ergeben. Die von der Klägerin beklagten Gefühlsstörungen - eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung auf der Streckseite des rechten Oberschenkels sowie ein Taubheitsgefühl für die Fingerkuppen des 3. und 4. Fingers rechts - seien den erlittenen Verletzungen nicht zuzuordnen. Dies werde durch die elektrophysiologische Untersuchung bestätigt. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestünden bis auf ein reduziertes affektives Schwingungsvermögen und Beschwerdeausgestaltung keine Auffälligkeiten, insbesondere würden sich keine Hinweise auf eine unfallabhängige psychische Gesundheitsstörung ergeben. Bei der psychologischen Untersuchung hätten sich Defizite der Merkfähigkeit sowie eine Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt. Die Defizite seien bei fehlender Hirnbeteiligung beim Unfall unfallunabhängig. Es ergäben sich auch keine sonstigen Hinweise auf eine unfallbedingte psychiatrische Gesundheitsstörung.

Mit Bescheid vom 24.06.2009 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 30.12.2007 als Arbeitsunfall an, lehnte aber die Gewährung einer Rente ab. Die Unfallverletzungen (in guter Stellung knöchern fest verheilte Bruch des 1. Lendenwirbelkörpers ohne neurologische Ausfallerscheinungen, Prellung des rechten Kniegelenks, der Bauchdecke und des Brustkorbes) seien ohne wesentliche Folgen ausgeheilt. Nicht im Zusammenhang mit dem Unfall stünden: Verschleißbedingte Veränderungen der HWS mit Osteochondrose und vorderen Spondylophyten, verschleißbedingte Veränderungen der BWS mit Osteochondrose und vorderen Spondylophyten, rechts-konvexe Seitverbiegung der BWS, links-konvexe Seitverbiegung der LWS, Osteochondrose und vorderen Spondylophyten an allen Lendenwirbelkörpern, Schmerzen im Bereich der HWS, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Kraftminderung beider Hände, Defizite in der Merkfähigkeit, Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, Taubheitsgefühl an den Fingerkuppen des 3. und 4. Fingers rechts, beklagte Gefühlsstörungen am rechten Bein.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch vom 27.07.2009 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.10.2009 zurück.

Am 02.11.2009 hat die Klägerin beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben. Sie sei bis zum Verkehrsunfall gesund und beschwerdefrei gewesen. Körperlich und psychisch habe sie sich in bester Verfassung befunden. Aufgrund des Unfalls sei sie auch heute noch massiv eingeschränkt und habe erhebliche Schmerzen. Es liege kein Nervenleiden vor. Sämtliche Einschränkungen des Bewegungsapparates stammten aus dem Verkehrsunfall.

Das SG hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung der die Klägerin behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen. Wegen des

Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 31 und 65 der SG-Akte Bezug genommen.

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. S. hat dem SG mit Schreiben vom 25.02.2010 mitgeteilt, er habe die Klägerin nur einmalig am 10.11.2009 gesehen. Es habe ein LWK-1-Fraktur vorgelegen, wie operativ versorgt. Aktuell bestünden zunehmende Schmerzen an der WS, sodass regelmäßig Schmerzmittel eingenommen würden. Des Weiteren habe in diesem Jahr eine Rehabilitationsmaßnahme stattgefunden. Zur schmerztherapeutischen Weiterbehandlung habe er die Klägerin überweisen und eine Wiedervorstellung angeboten, die Klägerin aber seither nicht wieder behandelt.

Dr. S., Arzt für Allgemeinmedizin, hat dem SG am 28.07.2010 geschrieben, er habe die Klägerin zuletzt am 26.11.2001 wegen eines WS-Syndroms behandelt. Eine orthopädische Behandlung der Klägerin vor dem 30.12.2007 sei ihm nicht bekannt.

Darüber hinaus hat das SG bei der Krankenkasse der Klägerin, der AOK H., das Vorerkrankungsverzeichnis vom 24.02.2010 beigezogen (dazu vgl. Blatt 28 bis 30 der SG-Akte), das als Zeiten der Arbeitsunfähigkeit der Klägerin u.a. die Zeiträume - 11.09.1995 bis 29.09.1995 (Brustwirbelsäulensyndrom; Halswirbelsäulensyndrom), - 09.07.1997 bis 18.07.1997 (LWS-Syndrom), - 20.09.1999 bis 24.09.1999 (HWS-Syndrom) und - 26.11.01 bis 30.11.01 (Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens) ausweist.

Die Beklagte hat ein Gutachten des MDK, Dr. H., vom 09.06.2010 vorgelegt (dazu vgl. Blatt 38 bis 42 der SG-Akte), der eine LWK-1 Keilkompressionsfraktur sowie eine oberflächliche Prellungen des rechten Knies sowie eine Bauchdeckenprellung benennt und die Auffassung, die Unfallfolgen seien medizinisch austherapiert, als nicht haltbar bezeichnet. Eine schwerwiegende Distorsion der HWS müsse bei einem Unfall, der zu einer LWK-Fraktur geführt habe, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorausgesetzt werden. Diese unfallbezogene Symptomatik habe über den 28.10.2008 angedauert und sei nicht austherapiert.

Die Klägerin hat weitere ärztliche Unterlagen vorgelegt (dazu vgl. Blatt 44 bis 52 der SG-Akte), einen Bericht von Dr. D. vom 24.10.2005, einen Bericht des Arztes für Innere Medizin S. vom 14.07.1997, einen Bericht von Prof. Dr. S. vom 26.10.2004, einen Bericht von Dr. F. vom 22.08.2003, einen Bericht von Dr. K. vom 27.05.2003 sowie einen Bericht von Dr. K. vom 08.05.2002.

Darüber hinaus hat das SG bildgebendes Material bei der Beklagten, Dr. S. und dem D.-K. S. H. beigezogen.

Des Weiteren hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachtens bei Prof. Dr. C ... Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 89 bis 102 der SG-Akte Bezug genommen. Der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin Prof. Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 07.11.201 ausgeführt, bei der Klägerin liege an der HWS nach klinischem Befund eine nahezu vollständig aufgehobene Beweglichkeit in sämtlichen Bewegungsebenen vor (Seite 10 des Gutachtens = Blatt 98 der SG-Akte). Röntgenologisch habe sich eine leichte Fehlstellung in Form einer Kyphosierung zwischen dem 5. bis 7. HWK gezeigt. Unfallfolgen seien diesbezüglich nicht erkennbar. Im Bereich der LWS bestünden als Unfallfolgen nach klinischem Befund eine senkrecht verlaufende reizlose Narbe im oberen LWS-Bereich nach operativer Stabilisierung eines Bruchs des 2. LWK mit Fixateur intern und nachfolgender Metallentfernung, eine Verhärtung der paravertebralen Muskulatur im Narbenbereich und eine anteilig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS. Der klinische Befund entspreche dem röntgenologischen Befund eines vollständig und fest in funktionell unbedeutender Fehlstellung verheilten Bruchs des 2. LWK mit Aufhebung der Beweglichkeit zwischen dem 1. und 2. LWK. Neurologische Ausfallerscheinungen seien nicht zu konstatieren und seien auch zu keinem Zeitpunkt als Unfallfolge festgestellt worden. Hinweise für eine Reizung der aus diesem Bewegungssegment entspringenden Lendennerven habe er weder in Form von Gefühlsstörungen, noch in Form von motorischen Schwächen im Bereich der unteren Extremitäten feststellen können. Es liege eine erhebliche Diskrepanz zwischen der dargebotenen Symptomatik und den objektivierbaren Folgen des Ereignisses vom 30.12.2007 vor. Das dargebotene Beschwerdebild sei mit den Unfallfolgen weder objektivierbar, noch begründbar. Man könne sich während des gesamten Untersuchungsganges des Eindrucks einer Verdeutlichungstendenz nicht erwehren. Die MdE betrage ab dem 28.10.2008 auf Dauer 10 %.

Das SG hat daraufhin die Klage mit Urteil vom 26.04.2012 abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 24.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.10.2009 sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Ihr stehe kein Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 30.12.2007 zu. Die Kammer sei zu der Auffassung gelangt, dass bei der Klägerin auch keine weiteren Unfallfolgen festzustellen und über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus keine unfallbedingte MdE von mindestens 20 v.H. verblieben seien. Dies folge aus den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von Dr. R. und Prof. Dr. S. sowie aus dem im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten von Prof. Dr. C ... Bei der Klägerin seien als Folgen des Arbeitsunfalls vom 30.12.2007 ein vollständig und fest in funktionell unbedeutender Fehlstellung verheilte Bruch des 2. Lendenwirbelkörpers mit Aufhebung der Beweglichkeit zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbelkörper senkrecht, eine verlaufende reizlose Narbe im oberen Lendenwirbelsäulenbereich nach operativer Stabilisierung eines Bruchs des 2. Lendenwirbelkörpers mit Fixateur intern und nachfolgender Metallentfernung, eine Verhärtung der paravertebralen Muskulatur im Narbenbereich und eine anteilig eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule festzustellen. Die darüber hinausgehenden Beschwerden der Klägerin seien nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Die bestehenden Unfallfolgen bedingten aber nur eine MdE von 10 %. Ein Zusammenhang der Beschwerden der Klägerin auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet in Gestalt von Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Kraftminderung beider Hände, Defizite in der Merkfähigkeit, Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, Taubheitsgefühl an den Fingerkuppen des 3. und 4. Fingers rechts und Gefühlsstörungen am rechten Bein mit dem Arbeitsunfall vom 30.12.2007 sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Neurologische Ausfallerscheinungen, die den erlittenen Verletzungen zugeordnet werden könnten, lägen nicht vor. Nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. S. seien in den vom Bruch des 2. LWK gegebenenfalls betroffenen Dermatomen TH10 bis L2 auch bei segmentweiser Untersuchung keine Gefühlsstörungen zu eruieren. Auch die im Nachgang zum Arbeitsunfall durchgeführten neurologischen Untersuchungen seien allesamt insofern negativ gewesen. Es ergäben sich keine Hinweise für eine Konus/Caudaläsion oder für eine Wurzelschädigung. Auch die beklagten Gefühlsstörungen am rechten Bein, der rechten Hand und den Fingern der rechten Hand seien den erlittenen Verletzungen nicht zuzuordnen. Hinsichtlich der Gefühlsstörungen an der rechten Hand erscheine ein Unfallzusammenhang auch deshalb nicht wahrscheinlich, da sich die Klägerin bereits am 03.12.2007 und damit unmittelbar vor dem Arbeitsunfall vom 30.12.2007 wegen Sensibilitätsstörungen der Hände in ärztlicher Behandlung befunden habe. Auch auf psychiatrischem Fachgebiet lägen keine Gesundheitsstörungen vor, die wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 30.12.2007 zurückzuführen seien. Auch insoweit werde den Ausführungen des Prof. Dr. S. und der Dipl.-Psych. S. gefolgt. Die psychologische Untersuchung habe Defizite der Merkfähigkeit sowie eine Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit ergeben. Diese

seien jedoch, ebenso wie die von der Klägerin angegebene Schwindelsymptomatik und die Kopfschmerzen bei fehlender Hirnbeteiligung als unfallunabhängig zu werten. Ausweislich des Durchgangsarztberichts vom 30.12.2007 habe kein Anhalt für ein Schädel-Hirn-Trauma bestanden.

Gegen das ihrem Bevollmächtigten am 02.05.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 25.05.2012 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt. Ihr Ehemann habe gravierende Beeinträchtigungen vor dem Unfallereignis nicht geschildert. Ihr Gesundheitszustand habe sich erst nach dem Unfall gravierend verschlechtert. Sie benutze einen Gehwagen und liege meistens im Bett, die Haushaltstätigkeit habe der Ehemann übernommen.

Mit Schreiben vom 25.07.2012 hat die Klägerin u.a. darauf hingewiesen, dass es verwundere, wenn z.B. zunächst noch von einer ausgeprägten Schmerzhaftigkeit und Bewegungseinschränkung nach LWK-I-Impressionsfraktur gesprochen werde, dann aber nach Telefonaten die Verantwortung nicht schnell genug an die Krankenkasse abgegeben werden könne. Es falle auf, dass letztmals im November 2011 Behandlungen im Bereich der WS erfolgt seien, der Unfall aber im Jahr 2007 stattgefunden habe. Auch wenn im Jahr 2003 eine Behandlung wegen Radikulopathie dokumentiert sei, sei jedenfalls eine Verstärkung solcher Beeinträchtigungen durch den Unfall nicht ansatzweise thematisiert worden (Schreiben vom 22.08.2009). Arbeitsunfähigkeit sei langfristig bedingt; durch den Unfall seien erhebliche Auswirkungen auf psychiatrischem Fachgebiet ausgelöst worden. Prof. Dr. S. habe festgestellt, dass die affektive Schwingungsfähigkeit eingeschränkt sei (Schreiben vom 22.10.2012).

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26.04.2012 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 24.06.2009 in der Gestalt der Widerspruchsbescheids vom 05.10.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalles vom 30.12.2007 unter Anerkennung von Schmerzen im Bereich der HWS, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit, Kraftminderung beider Hände, Defizite der Merkfähigkeit, Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, Taubheitsgefühl an den Fingerkuppen des 3. Und 4. Fingers rechts, Gefühlsstörung am rechten Bein sowie psychiatrischer unfallbedingter Erkrankung, insbesondere einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Verletztenrente nach einer MdE von 100 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegen getreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Übereinstimmend seien die ärztlichen Sachverständigen zu dem Ergebnis gekommen, dass die festgestellte Unfallverletzung ohne wesentliche Folgen ausgeheilt sei und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vom 30.12.2007 bis 27.10.2008 bestanden habe mit Verletztengeldanspruch vom 10.02.2008 bis 27.10.2008. Ein Anspruch auf Heilbehandlung wegen der Unfallfolgen habe bis zum 27.09.2008 bestanden. Darüber hinaus bedürften die Unfallfolgen keiner Heilbehandlung mehr; die Behandlung sei abgeschlossen. Auch ein Anspruch auf Rente wegen der Unfallfolgen bestehe nicht, da die Unfallverletzung keine Folgen hinterlassen hätten, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigender Höhe bedingen.

Die Beklagte hat verschiedene Berichte vorgelegt (vgl. dazu Blatt 42 bis 50 der Senatsakte). Dr. S. (Bericht vom 08.11.2011, Blatt 42 der Senatsakte) empfahl eine Klärung dahingehend, inwieweit die rezidivierenden LWS-Beschwerden als Folgeproblematik des Arbeitsunfalles anzusehen seien. Ein Zwischenbericht der BG-Klinik Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., Dr. B., vom 21.12.2011 (Blatt 43, 44 der Senatsakte) weist darauf hin, dass kein fokales neurologisches Defizit bestehe. Die Klägerin sei schmerzgeplagt und habe einen deutlichen Druckschmerz im Bereich der unteren LWS; Lasègue-Test sei beiderseits negativ. Es wurde eine neurologische Untersuchung empfohlen. Ein neurologischer Befundbericht von Prof. Dr. S. vom 17.01.2012 (Blatt 45 bis 47 der Senatsakte) gibt an, dass auf neurologischem Fachgebiet weiterhin kein krankhafter Befund zu erheben sei. Weder klinisch noch elektrophysiologisch ergäben sich Hinweise auf eine Rückenmarks- oder Wurzelschädigung. Ein weiterer Zwischenbericht von Dr. B. vom 14.03.2012 (Blatt 48, 49 der Senatsakte) teilt mit, dass weder unfallchirurgisch noch neurologisch ein Zusammenhang zwischen den jetzigen Beschwerden (Schmerzen im Bereich der WS, Ausstrahlung in die Beine, Schmerzen im Nacken, Kraftlosigkeit der Beine sowie Gefühlsstörungen in den Unterschenkeln, Schwindel bei Kopfdrehung, Schmerzen im Bereich der HWS, sie könne nur am Rollator laufen) und dem Unfallereignis 2007 festzustellen sei. der Neuro-Status sei vollkommen regelhaft. Nativradiologisch wie auch kernspintomografisch zeigten sich keine Anhaltspunkte für Sekundärschäden. Der radiologische Bericht von Dr. S. vom 21.10.2011 (Blatt 50 der Senatsakte) beschreibt eine Fehllagerung der LWS mit Hyperlordose, Sakralisation des letzten Lumbalwirbels, mäßige Foramenstenose L5/S1 linksbetont, Zustand nach älterem Deckenplatteneinbruch L2 und L3 mit Hernierung der Bandscheibe und beginnender Keilwirbelbildung von L2, kein Prolaps und kein Sequester.

Die Klägerin hat einen Bericht von Dr. S. vom 08.11.2011 (Blatt 60 = 64 der Senatsakte) vorgelegt sowie einen Bescheid der Deutschen Rentenversicherung B. (Blatt 61 = 65 der Senatsakte), in dem der Klägerin eine Rente wegen voller Erwerbsminderung über den 31.01.2012 hinaus bis 31.05.2020 (Erreichung der Regelaltersgrenze) zuerkannt wird. Außerdem hat die Klägerin erneut das Leistungsverzeichnis der AOK vorgelegt (Blatt 68 bis 72 der Senatsakte).

Die Sach- und Rechtslage wurde am 19.12.2012 mit den Beteiligten im Rahmen eines Erörterungstermins besprochen. In der Folge hat der Senat Gutachten des ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (Gutachten Dr. G., Blatt 93 bis 95 der Senatsakte, Gutachten Dr. G., Blatt 96 bis 98 der Senatsakte), Unterlagen des Landratsamts S. H. (Blatt 99 der Senatsakte) Gutachten der Deutschen Rentenversicherung B. (Gutachten Dr. G., Blatt 102 bis 111 der Senatsakte sowie Gutachten Dr. G., Blatt 112 bis 121 der Senatsakte) und Gutachten der Pflegekasse (Gutachten S. vom 21.12.2012, Blatt 124 bis 133 der Senatsakte, Gutachten G. vom 02.03.2012, Blatt 134 bis 141 der Senatsakte, Gutachten G. vom 08.03.2011, Blatt 143 bis 151 der Senatsakte, Gutachten G. vom 01.09.2010, Blatt 152 bis 160 der Senatsakte, Gutachten O. vom 29.03.2010, Blatt 162 bis 168 der Senatsakte) beigezogen.

Hierzu hat die Klägerin vorgetragen (Schreiben vom 08.02.2013), die Schlussfolgerungen der Rentengutachter seien nicht nachzuvollziehen. Während einerseits von Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, werde andererseits geschildert, dass sinnvolle Therapiemaßnahmen nicht bestünden. Die dort geschilderte dissoziative Störung bestätige eine krankhafte Fehlverarbeitung im Bewegungsapparat.

Darüber hinaus hat der Senat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung von Dr. R. als sachverständigen Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 174 bis 189 der Senatsakte Bezug genommen. Dr. R. von der Praxis für Neurologie und Psychiatrie im Klinikum am W. hat dem Senat unter dem Datum des 05.03.2013 geschrieben, die Klägerin habe sich zuletzt am 23.09.2010 vorgestellt, zuvor sei sie im Jahr 2009 dreimal, im Jahr 2008 zweimal in der Sprechstunde gewesen. Vom 18.11.2009 bis 02.01.2010 habe sich die Klägerin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am D. in stationärer Behandlung befunden; von dort sei an erster Stelle eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach instabiler LWK 1 Kompressionsfraktur mitgeteilt worden. An zweiter Stelle sei eine mittelgradige depressive Episode genannt worden. Beigelegt war ein Bericht vom 10.12.2008, in dem eine Simulation und Aggravation nicht sicher ausgeschlossen werden konnte.

Hierzu hat die Klägerin mit Schreiben vom 18.03.2013, die Beklagte mit Schreiben vom 09.04.2013, Stellung genommen.

Der Senat hat daraufhin ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. S. eingeholt. Wegen des Inhalts und Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf Blatt 196 bis 306 der Senatsakte Bezug genommen. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. S. hat in seinem Gutachten aufgrund einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 17.06.2013 ausgeführt, bei der Klägerin könne eine somatoforme Schmerzstörung erwogen werden, daneben seien andere (psychogene) Mechanismen für die geklagten Beschwerden nicht ausgeschlossen. Es sei zwar möglich, dass die aktuellen Beschwerden erst nach dem Unfall aufgetreten seien, doch ergäben sich keine medizinischen Gesichtspunkte dafür, dass die Beschwerden durch den Unfall vom 30.12.2007 verursacht seien. Die Befunde auf nervenärztlichem Fachgebiet seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zu beziehen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) auch insgesamt zulässige Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte ([§§ 153 Abs. 1 124 Abs. 2 SGG](#)), ist unbegründet.

Gegenstand der vorliegenden kombinierten Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage ([§§ 54 Abs. 1, Abs. 5, 55 SGG](#)) ist der Bescheid der Beklagten vom 24.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.10.2009, mit dem die Beklagte die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt hat, ist nicht rechtswidrig, die Klägerin wird dadurch nicht in ihren Rechten verletzt. Sie hat keinen Anspruch auf Feststellung der im Klageantrag genannten Erkrankungen als Folgen des Arbeitsunfalles vom 30.12.2007 sowie auf Gewährung einer Verletztenrente. Denn der Senat kann das Vorliegen derartiger auf den Unfall zurückgehender Gesundheitsstörung nicht feststellen.

Anspruchsgrundlage für das Begehren auf Anerkennung von Unfallfolgen ist [§ 102 SGB VII](#). Danach haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge (oder eines Versicherungsfalls), wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalls oder infolge der Erfüllung eines Tatbestands des [§ 11 SGB VII](#) rechtlich wesentlich verursacht wird (ausführlich hierzu BSG 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#), [BSGE 108, 274](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 = juris RdNr. 15 ff.). Der Tatbestand des [§ 102 SGB VII](#) setzt voraus, dass der Versicherte einen Versicherungsfall und, soweit die Feststellung von Unfallfolgen begehrt wird, weitere Gesundheitsschäden erlitten hat, die im Wesentlichen durch den Gesundheitserstschaden verursacht oder einen (u.U. nur behaupteten) Versicherungsfall aufgrund besonderer Zurechnungsnormen zuzurechnen sind.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) 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 und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#) -).

Bei dem Unfall der Klägerin am 30.12.2007 handelte es sich um einen solchen Arbeitsunfall in Form eines Wegeunfalles i.S.d. [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#); entsprechend hat die Beklagte diesen Unfall als Arbeitsunfall anerkannt. Dies ist weder zwischen den Beteiligten streitig noch konnte der Senat abweichende Anhaltspunkt finden.

Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalls i.S.d. [§ 8 SGB VII](#), wenn sie durch den Arbeitsunfall wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grds. das "objektive", d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters gegebene Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Arbeitsunfall wesentlich verursacht worden ist. Ob ein Gesundheitsschaden dem Arbeitsunfall als Unfallfolge im engeren Sinne zuzurechnen ist (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (st. Rspr., vgl. stellvertretend BSG 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#), [BSGE 108, 274](#) = SozR 4-2700 § 11 Nr. 1 = juris RdNr. 28 ff. m.w.N.). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als i.S.d. Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die

versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte - konkrete und klar definierte (BSG 09.05.2006, [a.a.O.](#)) - Gesundheitsstörung müssen i.S. eines Vollbeweises erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG 30.04.1985, [2 RU 43/84](#), SozR 2200 § 555a Nr. 1 = juris). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG 09.05.2006, [a.a.O.](#), auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlicher Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Wie auch bei der Feststellung organischer Verletzungsfolgen ist Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern (BSG 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = juris RdNr. 22). Das BSG hat (a.a.O.) weiter klargestellt, dass die Gesundheitsstörung aufgrund eines der üblichen Diagnosesysteme und unter Verwendung der dortigen Schlüssel und Bezeichnungen erfolgen muss, damit die Feststellung nachvollziehbar ist (z.B. ICD-10 = Zehnte Revision der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO, vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen, herausgegeben und weiterentwickelt, Stand 2013; DSM-IV-TR = Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung mit Textrevision, deutsche Bearbeitung von Saß/Wittchen/Zaudig/Houben, 2003). Begründete Abweichungen von diesen Diagnosesystemen aufgrund ihres Alters und des zwischenzeitlichen wissenschaftlichen Fortschritts sind damit aber nicht ausgeschlossen.

Ausgehend von derart festgestellten Gesundheitsstörungen haben Versicherte gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB VII](#) Anspruch auf Entschädigungsleistungen u. a. in Form von Heilbehandlung ([§ 27 SGB VII](#)) oder Geldleistungen (Verletztengeld [§ 45 SGB VII](#) und Rente [§ 56 SGB VII](#)). 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 % gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#)). Bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls 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 ([§ 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII](#)).

Vorliegend ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass bei der Klägerin keine weiteren Unfallfolgen festzustellen sind und über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus keine unfallbedingte MdE von mindestens 20 v.H. verblieben ist.

Mit der Feststellung der Beklagten eines in guter Stellung knöchern fest verheilten Bruchs des 1. LWK ohne neurologische Ausfallerscheinungen sowie einer Prellung des rechten Kniegelenks, der Bauchdecke und des Brustkorbes sind die Unfallfolgen umfassend und abschließend zutreffend benannt. Dies konnte der Senat anhand der aus dem Verwaltungsverfahren stammenden und im Wege des Urkundsbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. R. und Prof. Dr. S. sowie der im SG- bzw. im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten von Prof. Dr. C. und Dr. S. feststellen.

Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet hat Dr. R. als Unfallfolge eine Fraktur des 1. LWK angegeben. Dr. C. hat in seinem Gutachten eine reizlose Narbe in der oberen LWS nach operativer Stabilisierung eines Kompressionsbruchs des 2. LWK und nachfolgender Metallentfernung, eine Verhärtung der paravertabralen Muskulatur im Narbenbereich, eine anteilige Bewegungseinschränkung und einen unter funktionell unbedeutender Fehlstellung vollständig und fest verheilten Bruch des 2. LWK mit Versteifung des Bewegungssegments zwischen dem 1. und 2. Lendenwirbel festgestellt.

Eine HWS-Erkrankung oder deren Verschlechterung in Folge des Unfalles konnte ebenfalls von keinem der Gutachter bestätigt werden. Vielmehr besteht hier der Verdacht, dass unfallunabhängig und bereits zuvor derartige Beschwerden bestanden hatten. Denn insoweit lassen sich der Übersicht der AOK (Blatt 28 bis 30 der SG-Alte) schon im Jahr 1999 HWS-Beschwerden, 2001 Rückenbeschwerden im Sinne einer Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, entnehmen. Auch Dr. J. hat am 29.04.2008 (Blatt 133 der Verwaltungsakte der Beklagten) ausgeführt, dass die Klägerin am 03.12.2007 wegen rückenbedingter Erkrankungen in Behandlung war. Etwas anderes lässt sich auch nicht dem MDK-Gutachten von Dr. H. entnehmen, denn auch dieser kann nur angeben, es müsse beim Unfall zu einer HWS-Einwirkung gekommen sein; weder er noch die behandelnden Ärzte konnten aber nach dem Unfall noch im Verlauf der Behandlung eine solche feststellen, ebenso wenig die Gutachter.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet hat Dr. R. - fachfremd - zwar eine reaktive Depression als Folge eines Kriegstraumas angegeben. Prof. Dr. S. konnte dagegen Gesundheitsstörungen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet nicht feststellen. Auch Dr. S. hat keine Erkrankungen auf diesem Fachgebiet feststellen können, vielmehr lediglich den Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung angegeben.

Keiner der Gutachter konnte die von der Klägerin angegebenen Schmerzen im Bereich der HWS, den Schwindel, die Kopfschmerzen, die Übelkeit, die Kraftminderung beider Hände, die Taubheitsgefühl an den Fingerkuppen des 3. und 4. Fingers rechts, die Gefühlsstörung am

rechten Bein sowie psychiatrische Erkrankung objektivieren bzw. auf das Unfallereignis zurückführen.

Hinsichtlich der von der Klägerin angegebenen neurologischen Ausfälle bzw. Beeinträchtigungen (so Kraftminderung beider Hände, die Defizite der Merkfähigkeit, die Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit, die Taubheitsgefühl an den Fingerkuppen des 3. und 4. Fingers rechts, die Gefühlsstörung am rechten Bein) konnten die Gutachter ein organisch-neurologisches Korrelat weder klinisch noch apparativ feststellen. Dem entspricht auch, dass es - entgegen der zuletzt bei Dr. S. getätigten Aussage - beim Unfallgeschehen weder zu einer Kopfverletzung gekommen war - der Durchgangsarztbericht hat ein Schädel-Hirn-Trauma ausgeschlossen und Kopfverletzungen auch nicht feststellen können -, noch dass in den folgenden Krankenhausaufenthalten neurologische Ausfälle, gar eine Konus/Caudaläsion oder Wurzelschädigung, feststellbar waren. Neurologische Ausfallerscheinungen, die den erlittenen Verletzungen zugeordnet werden könnten, liegen nicht vor. Auch wenn Dr. R. von einem tauben rechten Bein spricht, konnten weder bei der Begutachtung durch Prof. Dr. C. noch bei der Untersuchung durch Prof. Dr. S. - dort auch bei segmentweiser Untersuchung - weder neurologische Ausfälle festgestellt oder Gefühlsstörungen erhoben werden. Auch die nach dem Unfall durchgeführten neurologischen Untersuchungen waren allesamt insofern negativ. Ebenso können die angegebenen Gefühlsstörungen am rechten Bein, der rechten Hand und den Fingern der rechten Hand den beim Unfall erlittenen Verletzungen nicht zugeordnet werden. Hinsichtlich der Gefühlsstörungen an der rechten Hand erscheint - wie das SG zutreffend ausgeführt hat - ein Unfallzusammenhang auch deshalb nicht wahrscheinlich, da sich die Klägerin - ausweislich der Angaben von Dr. J. vom 29.04.2008 - bereits am 03.12.2007 und damit unmittelbar vor dem Arbeitsunfall vom 30.12.2007 wegen Sensibilitätsstörungen der Hände in ärztlicher Behandlung befunden hatte.

Auch vom Vorliegen einer auf das Unfallgeschehen zurückzuführenden psychischen Erkrankung konnte sich der Senat nicht überzeugen. Denn keiner der Gutachter konnte hier eine entsprechende Diagnose stellen oder einen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen herstellen. Soweit Dr. R. eine reaktive Depression angegeben hat, hat er darauf verwiesen, dass es sich um ein Kriegstrauma in Folge der Kriegeinwirkungen im Heimatland der Klägerin handele. Umstände, die diese Reaktion oder deren Verschlimmerung in den Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen rücken, konnte der Senat aber auf Grundlage der vorliegenden Berichte, auch des behandelnden Hausarztes, und Gutachten nicht feststellen; insbesondere konnte keiner der Gutachter dem Senat Anhaltspunkte für das Vorliegen einer auf das Unfallgeschehen zurückzuführenden posttraumatischen Belastungsreaktion, geschweige denn eine Belastungsstörung darlegen.

Gleiches gilt für die von der Klägerin angegebenen Schmerzen, den Schwindel, die Kopfschmerzen und die Übelkeit. Zwar hat die Untersuchung bei Prof. Dr. S. und Dipl. Psych. S. Defizite der Merkfähigkeit sowie eine Verlangsamung in der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit ergeben. Auch hier konnte der Senat in Folge der Gutachten von Prof. Dr. S. und Dr. S. - soweit diese Gesundheitsstörungen überhaupt objektiviert bzw. festgestellt werden konnte (Dr. G. konnte in seinem Gutachten für die Rentenversicherung, Blatt 107 der Senatsakte, ein altersentsprechend normales Gedächtnis und eine entsprechende Merkfähigkeit beschreiben, auch Dr. S. konnte diese Defizite nicht feststellen) - einen Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen nicht feststellen.

Damit konnte der Senat keine über die im Bescheid getroffenen Feststellungen hinausgehenden Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen feststellen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den im Berufungsverfahren beigezogenen Gutachten. Das Gutachten des Dr. G. (arbeitsamtsärztliches Gutachten vom 10.11.2009, Blatt 97, 98 der Senatsakte) hat die Klägerin noch als vollschichtig leistungsfähig und eine psychische Problematik in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im kulturfremden Raum, leichte depressive Episode, im Vordergrund gesehen. Sein Gutachten vom 17.05.2010 sieht die Klägerin dagegen nur unter drei Stunden leistungsfähig. Hierzu verweist Dr. G. insbesondere auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach instabiler LWK-1-Kompressionsfraktur und eine mittelgradige depressive Episode. Diese konnten aber die schlüssigen Gutachten von Prof. Dr. S. und Dr. S. nicht verifizieren bzw. dem Unfallgeschehen zuordnen. Aus den von Dr. G. erstellten Gutachten für die deutsche Rentenversicherung B. vom 09.08.2010 (Blatt 112 bis 121 der Senatsakte) und 22.11.2011 (Blatt 102 bis 111 der Senatsakte) ergeben sich zwar die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung, einer konversionsneurotischen Störung sowie einer ängstlichen Persönlichkeit, jedoch konnte Dr. S. ein solches nicht sicher feststellen als er lediglich den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung darstellen konnte. Es ergibt sich aber aus den Gutachten von Dr. G. auch ein massives demonstratives auf Rentengewährung gerichtetes Verhalten. Dieses konnte der Senat im Kern auch anderen Gutachten (z.B. Dr. C. und Dr. S.) oder Berichten (z.B. Dr. R.) sowie vielen ärztlichen Berichten entnehmen. Insbesondere konnte Dr. G. die Klägerin in unbeobachteten Momenten, ohne dass sie sich auf den angeblich benötigten Rollator wesentlich stützen musste, zügig und selbstständig sich bewegen sehen, während sie - wie auch bei anderen Gutachtern vorgeführt - bei der gezielten neurologischen Untersuchung nicht mitgewirkt hat. Daher konnte sich der Senat - insbesondere auch vor dem Hintergrund einer fehlenden regelmäßigen fachärztlichen schmerztherapeutischen, neurologisch-psychiatrischen Behandlung und angesichts der Gutachten von Dr. S. und Prof. Dr. S. - nicht davon überzeugen, dass eine auf den Unfall zurückzuführende oder durch diesen verschlimmerte Erkrankung psychisch-neurologischer Art vorliegt. Auch aus den beigezogenen Pflegegutachten lässt sich nichts entnehmen, was im Hinblick auf das vorliegende Rentenbegehren weitere Feststellungen erlaubte.

Soweit die Klägerin in der Berufung und unter Hinweis auf ihren Ehemann ausführt, vor dem Unfall gesund und beschwerdefrei gewesen zu sein, so konnte der Senat dem keinen Glauben schenken. Denn gerade die vorgelegten ärztlichen Berichte (z.B. Dr. J.) und auch die Auskünfte der AOK weisen darauf hin, dass die Klägerin wegen Beschwerden der Hände und des Rückens sogar noch Anfang Dezember 2007 in ärztlicher Behandlung war.

Die bestehenden Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet sind, wie Dr. R. und Prof. Dr. C. sowie das SG zu Recht ausgeführt haben, mit einer MdE um 10 v.H. ausreichend und umfassend bemessen. Dies entspricht der gängigen Literatur, nach der entsprechend dem vorliegend anzuwendenden Segmentprinzip bei einer Betroffenheit des Segmentes L1/2 mit Ankylose eine MdE um 10 v.H. anzunehmen sei (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 443 f), entspricht aber auch den in den Gutachten festgestellten Folgen des Gesundheitsschadens. Damit liegen auch die Voraussetzungen einer Verletztenrente nicht vor. Dass die Klägerin Leistungen der Pflegestufe I sowie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung bezieht, steht dem nicht entgegen.

Waren daher weder weitere Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen anzuerkennen und hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Verletztenrente, war die Berufung zurückzuweisen.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-10-30