L 6 U 1023/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 4014/11
Datum
07.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1023/13
Datum
21.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 7. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt im Wege des Verschlimmerungsverfahrens höhere Verletztenrente.

Der am 26. Februar 1937 geborene, berentete Kläger erlitt am 2. Juli 2007 als ehrenamtlicher Versichertenberater der D. R. Baden-Württemberg einen von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten Wegeunfall. Dabei raste ein LKW im Baustellenbereich ungebremst auf sein Fahrzeug, sein Pkw kam erst in der Mittelleitplanke zum Stehen und seine Rettung dauerte anschließend über eine Stunde. Er erlitt neben einem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 eine Wirbelkörperfraktur des HWK 5, eine Instabilität der Wirbelsäule im Cervicalbereich sowie ein ausgedehntes subdurales Hämatom, das notfallmäßig ausgeräumt wurde. Am 9. Juli 2007 wurde eine Diskektomie (Entfernung des Bandscheibenvorfalls) durchgeführt und am 11. Juli 2007 erfolgte eine Revision der Verplattung (Durchgangsarztbericht vom 4. Juli 2007, Operationsbericht vom 30. Juli 2007, neurologisches Reha-Assessment vom 21. August 2007).

In ihrem Gutachten vom 28. Mai 2008 kam die Neurologin Dr. K., Chefärztin der Neurologie der S. Bad K., zu dem Ergebnis, die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 20 vom Hundert (v.H.). Infolge des Unfalls leide der Kläger an einem chronischen posttraumatischem Kopfschmerz, der sich nach dem operativ entlasteten subduralen Hämatom entwickelt habe. Hierfür sei der Unfall kausal, da in der Anamnese vor dem Unfallereignis Kopfschmerzen fehlten und der Unfallmechanismus, die Stärke des Traumas und die unmittelbare Verletzungsfolge (Subduralhämatom) dies im Sinne der Entstehung belege. Die cervicale Myelopathie (Schädigung des Rückenmarks der Halswirbelsäule - HWS) sei ebenfalls durch das Unfallereignis verursacht worden. Hingegen könne das rechtsbetonte ISG-Syndrom (Schmerzen der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke) mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, sondern müsse angesichts der radiologisch beschriebenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und der bekannten Beinlängendifferenz mit offensichtlich inadäquatem Ausgleich durch Schuhsohleneinlagen allein auf die degenerative Vorerkrankung zurückgeführt werden. Nachdem der Neurologe Priv.-Doz. Dr. R. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme zur Auffassung gelangte, die Bewertung der MdE mit 20 v.H. sei schlüssig, allerdings die bei dem Unfall eingetretene Rückenmarkschädigung nicht hinreichend begründet, holte die Beklagte noch ein fachchirurgisches Gutachten der Chefärztin Prof. Dr. E. des Kreiskrankenhauses R. ein. Sie führte in ihrem Gutachten vom 28. November 2008 aus, die Gesamt-MdE betrage nunmehr unter Berücksichtigung der HWS-Verletzung (Fraktur 5. HWK mit traumatischer Bandscheibenablösung) mit einer MdE von 20 v.H. bei noch schmerzhafter eingeschränkter Beweglichkeit, muskulärem Hartspann und Ausstrahlung in den Nacken sowie in beiden Schultern und unter Mitberücksichtigung der auf neurologischem Fachgebiet vorliegenden Unfallfolgen (posttraumatischer Kopfschmerz) bis auf Weiteres 30 v.H.; die noch bestehenden Lumboischialgien und ISG-Beschwerden seien unfallunabhängig. Die HWS-Beweglichkeit liege bei Vor-/Rückneigen 40-0-0 Grad, Seitneigung 20-0-30 Grad und Drehen 10-0-10 Grad. Der Fingerkuppen-Boden-Abstand liege bei 40 cm, das Ott’sche Zeichen betrage 30/34 cm und das Schober’sche Zeichen 10/12 cm.

Mit Bescheid vom 21. Januar 2009 gewährte die Beklagte dem Kläger daraufhin eine Verletztenrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 100 v.H. für die Zeit vom 3. Juli 2007 bis 31. August 2007, von 50 v.H. für die Zeit vom 1. September 2007 bis 15. Oktober 2007, von 40 v.H. für die Zeit vom 16. Oktober 2007 bis 6. Mai 2008 sowie ab dem 7. Mai 2008 von 30 v.H. Als Unfallfolgen wurden eine schmerzhafte, erheblich eingeschränkte Beweglichkeit der HWS mit Muskelhartspann im Nacken-Schulter-Bereich, Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Armes und der rechten Hand, wiederkehrende Kopfschmerzen bei Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma mit operativ

entlasteter Subduraleinblutung, diskoligamentärer Instabilität des 5./6. Halswirbelkörpers nach Wirbelkörperfraktur des HWK 5 mit noch einliegender Osteosyntheseplatte und folgenlos ausgeheilte Beckenprellung festgestellt (Bl. 522 V-Akte).

Der dagegen mit der Begründung eingelegte Widerspruch, erst im Juni 2008 in der Lage gewesen zu sein, die ehrenamtliche Tätigkeit wieder aufzunehmen, blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 16. April 2009).

In dem dagegen beim Sozialgericht Freiburg (SG) geführten Klageverfahren (S 17 U 2473/09) legte der Kläger einen Bericht des Universitätsklinikums Freiburg, Abteilung Neurologie, von Prof. Dr. H. über die Untersuchung vom 23. März 2010 vor, wonach sich elektrophysiologisch kein Hinweis auf eine Affektion der Wurzel C5 oder C6 oder eine obere Plexusaffektion rechts gefunden habe. Die Beteiligten schlossen nach Einholung eines orthopädisch-traumatologischen Gutachtens bei Dr. O. (u.a. vorbestehend außerordentlich schwere Einschränkungen durch fast vollständige Einsteifung der BWS durch knöcherne Überbrückungen im Rahmen des M. Forestiers sowie subtotale Einsteifung der LWS bei degenerativen Veränderungen; die Gesamt-MdE betrage dauerhaft 30 v.H.) am 27. Juli 2010/3. August 2010 einen Vergleich des Inhalts, dass als weitere Unfallfolgen Nackenschmerzen mit rezidivierender C6-Reizsymptomatik nach operativer Stabilisierung einer diskoligamentären traumatischen Instabilität HWK 5/6 sowie ein posttraumatischer Kopfschmerz nach Kraniotomie und Entlastung eines akuten subduralen Hämatoms anerkannt wurden und sich die Beklagte verpflichtete, eine Rente nach einer MdE von 50 v.H. für die Zeit vom 16. Oktober 2007 bis 31. März 2008 und 100 v.H. für die Zeit vom 1. April 2008 bis 6. Mai 2008 zu leisten, Im Übrigen sei der Rechtsstreit erledigt. Mit Bescheid vom 25. August 2010 bewilligte die Beklagte die Verletztenrente entsprechend dem im Klageverfahren geschlossenen Vergleich und stellte weiterhin fest, ab dem 7. Mai 2008 werde die Rente nach einer MdE von 30 v.H. gewährt.

Am 3. Dezember 2010 beantragte der Kläger aufgrund einer Verschlechterung der Beschwerden eine Überprüfung der anerkannten MdE und legte hierzu den Bericht vom 26. März 2010 von Dr. Krause über das letzte CT der HWS vor (ausgeprägte spondylophytäre Brückenbildung zwischen den Halswirbeln vom HWK 2 bis HWK 7, auch der mit einer ventralen Osteosyntheseplatte verschraubte HWK 5 und 6 sei weitestgehend knöchern durchbaut ohne Nachweis einer Stenose des Wirbelkanals). Die Nachbegutachtung durch Prof. Dr. S. vom 22. Februar 2011 ergab keine Progredienz der degenerativen Prozesse der angrenzenden Wirbelkörper, Abnahme der Bandscheibenfachhöhe oder vermehrte Sklerosierung im Bereich der Facettengelenke. Die Beweglichkeit der HWS habe 40/0/20 Grad bei der Rotation von Drehen links/rechts, für die Neigungsbewegung Vor- und Rückneigen 20/0/0 Grad und für die Seitneigung rechts/links 5/0/10 Grad bei einem Kinn-Jugulum-Abstand von 3 cm betragen. Der Kläger habe ein normales Gangbild gezeigt, orthopädische Hilfsmittel würden nicht benutzt und das Ablegen der Körperbekleidung gelinge selbständig ohne Mühe unter Einsatz beider oberer Extremitäten. Der Vergleich der aktuellen Röntgenbilder von 2010 dokumentiere keine weiteren unfallbedingten degenerativen Veränderungen der angrenzenden Wirbelgelenke und zeige auch keine Zunahme der Verschleißzeichen. Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet sei keine Änderung eingetreten, sondern es bestehe weiterhin eine MdE von 20 v.H. In seinem neurologischen Gutachten vom 21. Februar 2011 führte Prof. Dr. H. vom P.-K. Bad K. aus, unfallbedingt leide der Kläger noch an rechtsbetonten, jetzt leicht gebesserten Cervicobrachialgien, am ehesten im Rahmen der cervicalen Myelopathie nach traumatischem Bandscheibenvorfall HWK 5/6 und Wirbelkörperfraktur HWK 5, einem postkonstitutionellen Kopfschmerz und einer latenten Armparese, die aber funktionell nicht relevant sei. Auch auf neurologischem Gebiet betrage die MdE weiterhin 20 v.H.

Gestützt hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 13. April 2011 den Antrag auf Rentenerhöhung vom 3. Dezember 2010 mit der Begründung ab, eine wesentliche Änderung in den dem Bescheid vom 25. August 2010 zugrunde liegenden Verhältnissen sei nicht eingetreten, was die Nachuntersuchungen bestätigt hätten.

Den dagegen mit der Begründung eingelegten Widerspruch, der Kläger sei gezwungen gewesen, die Einnahme von Schmerzmitteln drastisch zu reduzieren, was nun aber ständige Schmerzen zur Folge habe, blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 30. Juni 2011). Zur Begründung führte die Beklagte ergänzend aus, die geltend gemachten Schmerzen seien bereits bei den Unfallfolgen berücksichtigt worden und eine Zunahme der Funktionsbeeinträchtigungen habe im Rahmen der aktuellen Begutachtungen nicht festgestellt werden können.

Dagegen hat der Kläger erneut am 27. Juli 2011 Klage beim SG erhoben und nunmehr geltend gemacht, er müsse sehr starke Schmerzmittel einnehmen, es sei daher eine Verschlimmerung in den Unfallfolgen eingetreten.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte als sachverständigen Zeugen gehört und den Kläger anschließend orthopädisch begutachten lassen.

Der Neurochirurg Dr. W. hat angegeben, der Kläger habe ihn nur einmalig am 13. Oktober 2010 aufgesucht und man habe damals eine CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration in HWK 4/5 durchgeführt, wodurch es unmittelbar zu einem Absinken der Schmerzstärke gekommen sei. Der Kläger leide an einer chronischen Lumbago bei Iliosacralgelenkssyndrom rechts. Der Orthopäde Dr. K. hat über eine subjektive Zunahme der Schmerzen seit 2006 berichtet, die auch durch den klinischen Untersuchungsbefund bestätigt werde. Bereits 2006 habe eine Rotationseinschränkung der HWS jeweils bis 30 Grad mit muskulärem Hartspann und Sensibilitätsstörungen C6 rechts bestanden. Die Beweglichkeit und Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule sei weiter reduziert, so dass die MdE jetzt auf seinem Fachgebiet mit 30 v.H. eingeschätzt werden müsse.

Hierzu legte die Beklagte eine ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 31. Mai 2012 vor, wonach die bei seiner Untersuchung nicht vorliegende CT-Aufnahme aus 2010 eine ausgeprägte Osteochondrose mit Spondylophyten sowie multisegmentalen Spondylsoen über die gesamte HWS zeige. Ein Zusammenhang zwischen diesem multisegmentalen Aufbrauch und den Unfallfolgen sei nicht wahrscheinlich, dieser folge vielmehr inneren Ursachen und sei nicht durch die Versteifung des Segments C5/6 verursacht worden.

Auch der Sachverständige Prof. Dr. S. ist in seinem Gutachten vom 24. September 2012 zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht objektivierbar sei. Vielmehr sei die schmerzhafte, erhebliche Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule Folge anlagebedingter, degenerativer Veränderungen und nicht durch die Unfallfolgen wesentlich beeinflusst worden. Die Gesamt-MdE betrage weiter 30 v.H. Neben der unverändert fortbestehenden erheblichen, rechtsbetont schmerzhaften Bewegungseinschränkung der gesamten HWS fänden sich auch solche der übrigen Wirbelsäule bei Veränderungen im Sinne eines Morbus Forestier ohne aktuelle Zeichen einer Nervenwurzelreizsymptomatik. Das Segment C5/6 sei durch das Knochenspaninterponat und die

ventrale Verplattung unverändert stabil einsegmental versteift, wobei die röntgenologische Leere zwischen C4/5 klinisch nicht beeinträchtigend in Erscheinung treten könne, da das Segment durch den Morbus Forestier durch die überbrückenden spangenbildenden degenerativen Veränderungen ebenfalls versteift sei. Bei dem Ausmaß der anlagebedingten degenerativen Veränderungen an der gesamten Wirbelsäule seien belastungsabhängig vorübergehend auftretende Reizerscheinungen mit Schmerzzuständen nicht auszuschließen. Auch in den aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen lasse sich gegenüber den Voraufnahmen vom März 2010 wie dem klinischen Befund vom 22. Januar 2011 keine wesentliche Befundveränderung erkennen. Die HWS-Beweglichkeit liege bei Seitwärtsdrehung 35-0-20 Grad, Seitwärtsneigung 5-0-10 Grad und Vor- und Rückneigung 20-0-0 Grad, wobei der Kinnspitze-Brustbein-Abstand 3/5 cm betrage. Der Fingerkuppen-Boden-Abstand liege bei 35 cm, das Ott'sche Zeichen betrage 29/30/32 cm und das Schober'sche Zeichen 10/13 cm.

Nach vorangegangener Anhörung hat das SG die Klage daraufhin mit Gerichtsbescheid vom 7. Februar 2013 mit der Begründung abgewiesen, allein die anlagebedingte Erkrankung erkläre das Auftreten belastungsabhängiger Reizerscheinungen mit Schmerzzuständen, wie dies der Sachverständige Dr. S. überzeugend ausgeführt habe. In den Unfallfolgen selbst sei aber keine wesentliche Befundveränderung erkennbar. Das unfallbedingt instabile Segment C5/6, das durch operative Maßnahmen stabil versteift worden sei, lasse eine Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen nicht erkennen. An den Armen bestehe beidseits eine altersgemäße Muskulatur mit normalem Muskeltonus ohne Minderung des Umfangs. Eine verschlimmerte Funktionsbeeinträchtigung sei nicht objektivierbar. Die auf orthopädischem-chirurgischem Gebiet vorliegenden Unfallfolgen seien unverändert mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten.

Gegen den am 8. Februar 2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 7. März 2013 Berufung mit der Begründung eingelegt, das SG habe nicht ausreichend berücksichtigt, dass er chronischer Schmerzpatient sei. Teilweise hätten die erstinstanzlichen Gutachter die Schmerzproblematik zutreffend erkannt, allerdings diese fälschlicherweise auf den Morbus Forestier zurückgeführt. 2010 sei er wegen Dauerschmerzen im Universitätsklinikum in der Abteilung Traumatologie untersucht worden. Bei diesen Untersuchungen sei festgestellt worden, dass das Bandscheibenfach C4/5 leer sei. Durch bloßes Anlegen eines Korsetts und einer CT-gesteuerten Facettenblockade in das leere Bandscheibenfach C4/5 sei eine fast zehntätige Schmerzfreiheit erreicht worden. Dieses Ergebnis sei nicht denkbar, wenn Ursache die anlagebedingte Erkrankung sei. Aus dem Befundbericht der Dr. W. vom 19. Oktober 2010 gehe vielmehr hervor, dass die Schmerzen auf die fehlende Bandscheibe zurückzuführen seien. Es sei auch die Notwendigkeit gesehen worden, im Rahmen einer erneuten Operation die in den Segmenten C5/6 vorhandene Platte zu entfernen und die Segmente C4/5 neu zu positionieren. Hiervon habe er allerdings aufgrund des damit verbundenen Risikos einer Lähmung Abstand genommen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 7. Februar 2013 sowie den Bescheid vom 13. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juni 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Bescheid vom 25. August 2010 abzuändern und dem Kläger eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 40 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die 2010 durchgeführte Facettenblockade von dem Sachverständigen Prof. Dr. S. berücksichtigt worden sei und dieser ausgeführt habe, dass sich die Leere im Bandscheibenfach C4/C5 klinisch nicht auswirken könne, da das Segment aufgrund des unfallunabhängigen Morbus Forestier durch degenerative Veränderungen bereits versteift sei. Der Sachverständige habe auf die überbrückenden spangengebenden degenerativen Veränderungen hingewiesen, die zu einer Versteifung des Segments geführt hätten. Er habe weiter ausgeführt, dass bei dem Ausmaß der anlagebedingten degenerativen Veränderungen belastungsabhängig vorübergehend auftretende Reizerscheinungen mit Schmerzzuständen nicht auszuschließen seien. Die Unfallfolgen seien daher korrekt festgestellt worden und es sei nicht zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen gekommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringen der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten und die beigezogene Akte S 17 U 2473/09 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere statthafte Berufung (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG) ist nicht begründet.

Rechtsgrundlage für die von dem Kläger begehrte Neufeststellung der MdE ist § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Dabei liegt eine wesentliche Änderung vor, soweit der Verwaltungsakt nach dem nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so erlassen werden dürfte, wie er ergangen ist. Die Änderung muss sich mithin nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Die Vorschrift des § 48 SGB X wird für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung durch § 73 Abs. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) spezifisch ergänzt. Danach ist eine Änderung i.S. des § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X hinsichtlich der Feststellung der Höhe der MdE nur wesentlich, wenn sie mehr als fünf v.H. beträgt. Im Falle einer solchen Änderung ist der Verwaltungsakt aufzuheben und durch eine zutreffende Bewertung zu ersetzen (BSG SozR 1300 § 48 Nr. 29). Die Feststellung einer wesentlichen Änderung setzt einen Vergleich der Sach- und Rechtslage bei Erlass des aufzuhebenden Verwaltungsakts und zum Zeitpunkt der Überprüfung, d.h. grundsätzlich bei Erlass der letzten Verwaltungsentscheidung betreffend die Aufhebung voraus (BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 - B 2 U 25/11 R - NZS 2013, 464).

Der Anwendung des § 48 SGB X steht dabei insbesondere nicht der beim Sozialgericht Freiburg am 27. Juli 2010/3. August 2010 geschlossene Vergleich (S 17 U 2473/09) entgegen, der über die zwischenzeitliche Erhöhung der MdE hinaus auch die Weitergewährung der Rente nach einer Gesamt-MdE von 30 v.H. zum Inhalt hatte. Denn der Vergleich kann nur den Streitgegenstand regeln, der ihm durch den Lebenssachverhalt, also hier die Funktionseinschränkungen zum Zeitpunkt des Vergleichsabschlusses, d.h. den gegenwärtigen

Gesundheitszustand, vorgegeben wird. Daraus folgt gerade im Sozialrecht der beschränkte Regelungscharakter eines solchen Vergleichs. Durch den Vergleich soll lediglich eine Rücknahme nach § 45 SGB X (so auch Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 10. Aufl. 2012, § 101 Rz. 15a; Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 1. September 1999 - L 8 U 23/99 - NZS 2000, 259) bzw. eine Überprüfung nach § 44 SGB X ausgeschlossen werden (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 9. Juni 2011 - L 10 R 3494/08 - juris), nicht aber eine Neufeststellung nach § 48 SGB X. Wenn sich nämlich der medizinische Lebenssachverhalt - wie häufig - wesentlich ändert, ist der Beklagte sogar nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X verpflichtet, dies mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen. Wollten sich die Vertragspartner dieser rechtlichen Verpflichtung begeben, so müsste demzufolge aufgrund des Regel-Ausnahme-Verhältnisses sogar eine entsprechende Klausel in den Vergleich aufgenommen werden, dass keine Abänderung nach § 48 SGB X, sondern nur die Vertragsanpassung nach § 59 SGB X möglich ist, wobei dann weiter zu prüfen wäre, ob die Vertragsparteien überhaupt gesetzliche Pflichten in einem Vergleich abbedingen können. Dem steht nämlich aus Sicht des Senats bereits die Vorschrift des § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB X entgegen, wonach die Behörde nur anstatt eines ansonsten zu erlassenden Verwaltungsakts einen öffentlich-rechtlichen Vertrag schließen kann. Die Behörde darf daher im Vertrag nicht mehr regeln, als ihr an Verwaltungsaktbefugnis zukommt. Durch Verwaltungsakt kann sie aber nicht die Anwendbarkeit des § 48 SGB X ausschließen. Es wird daher zumindest in einem Vergleich in den üblichen durch Verwaltungsakt geregelten Materien - wie vorliegend bei der Feststellung der Rentenhöhe - konkludent die Anwendung des eine Anpassung eines Vergleichsvertrages regelnden § 59 SGB X abbedungen, wenn - wie vorliegend - nichts dafür spricht, dass der Einigung eine höhere Bestandskraft zukommen soll (Steinwedel in Kasseler Kommentar, SGB X, § 48 Rz. 12). Das entspricht auch dem Regelungswillen der Parteien, die nämlich nur eine Einigung über den gegenwärtigen Gesundheitszustand erzielen, aber keine Regelung für die Zukunft treffen und sich insbesondere nicht des Rechts begeben wollen, auf Änderungen durch Herabsetzung oder - wie vorliegend - durch Neufeststellungsantrag zu reagieren. Wenn man dem Vergleich die Bedeutung zumessen wollte, dass sich seine Abänderung nur nach § 59 SGB X richten könnte, hätte das aber zur Folge, dass jeder Neufeststellungsantrag ausgeschlossen wäre und die Parteien ohne die Filterfunktion des Verwaltungsverfahrens eine gerichtliche Klärung der Anpassung und Kündigung vornehmen müssten, was überdies auf besondere Fälle beschränkt wäre und im Ermessen stünde. Das widerspräche auch der jahrzehntelangen Praxis in der Sozialgerichtsbarkeit.

Vergleichsmaßstab, ob sich die Verhältnisse geändert haben, ist und muss der in Ausführung des Vergleichs ergangene Ausführungsbescheid vom 25. August 2010 sein (so auch Urteil des Senats vom 24. Oktober 2013 - L 6 SB 5459/11, zur Veröffentlichung in juris vorgesehen), denn andernfalls liefe das Neufeststellungsverfahren in Ermangelung einer überprüfbaren Verwaltungsentscheidung ins Leere. Zwar wird in der noch zum alten § 96 SGG ergangenen Rechtsprechung einem solchen, ohne eigenen Entscheidungsspielraum lediglich eine Verpflichtung nachvollziehenden Ausführungsbescheid in der Regel kein Regelungscharakter und damit keine Verwaltungsaktqualität im Sinne des § 31 SGB X beigemessen (so BSG, Beschluss vom 18. September 2003 - B 9 V 82/02 B - juris) und soll dies anders nur bei unter selbständiger Feststellung weiterer Merkmale oder Leistungen getroffenen Ausführungsbescheiden sein (vgl. BSG, Urteil vom 6. Mai 2010 - B 13 R 16/09 R - juris). Eine solche zusätzliche von dem Ausführungsbescheid getroffene Regelung besteht vorliegend darin, dass die aus der höheren MdE resultierende Rente noch berechnet werden musste und dem Kläger nur der verbleibende Zahlbetrag überwiesen wurde, was der Senat der Berechnung auf Blatt 2 des Bescheides entnimmt. Eine Regelung ist aber darüber hinaus aus Sicht des Senats auch darin zu sehen, dass der Ausführungsbescheid den Vergleich richtig umsetzt, mit der Folge, dass jeder Ausführungsbescheid Regelungscharakter hat (so auch Waschull in Nomos-Kommentar, SGB X, § 31 Rz. 68). Dafür spricht der äußere Schein des Ausführungsbescheides, der Regelungswille der Beklagten und auch der Empfängerhorizont. Deswegen muss der Kläger, falls die Beklagte dieser Verpflichtung nicht nachkommt, auch die Möglichkeit der Überprüfung des Ausführungsbescheides haben. Das hat andererseits zur Folge, dass sich der Vergleich durch den Erlass des Ausführungsbescheides analog § 39 Abs. 2 SGB X auf andere Weise erledigt hat. Daher ist es auch Verwaltungspraxis, dass erst der den Vergleich umsetzende Verwaltungsakt Vollstreckungsgrundlage ist, die Beklagte damit ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommt und bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen eine Unfallrente nach der festgestellten MdE gewährt.

Ausgehend hiervon hat die Beklagte und ihr folgend das SG in Auswertung des eingeholten Gerichtsgutachten von Prof. Dr. S., der sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. W. und Dr. K. sowie der im Wege des Urkundsbeweises verwertbaren Verwaltungsgutachten von Prof. Dr. S. und Prof. Dr. H. zu Recht festgestellt, dass eine wesentliche Änderung im Vergleich zu dem hier maßgebenden Bescheid vom 25. August 2010 nicht eingetreten ist. Hierbei handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung, da eine durch Verwaltungsakt getroffene Regelung in rechtlicher Hinsicht über den Zeitpunkt seiner Bekanntgabe hinaus Wirkungen erzeugt (BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 - B 2 U 25/11 R - NZS 2013, 464). Da der Verwaltungsakt vom 25. August 2010 eine Rente auf unbestimmte Zeit bewilligt hat, hat er eine solche Dauerwirkung.

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. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. zum Folgenden LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. August 2012 - L 3 U 15/10 - juris): 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 - juris).

Hiervon ausgehend bestehen keine Anhaltspunkte, dass bei dem Kläger eine über 30 v.H. hinausgehende MdE vorliegt, welche sich mit auf den Unfall beziehungsweise den dadurch erlittenen Gesundheitserstschaden zurückführbaren Funktionsbeeinträchtigungen begründen ließe. Auch unter Berücksichtigung des Berufungsvorbringens konnte sich der Senat nicht davon überzeugen, dass eine Änderung in den

rechtlichen Verhältnissen vorliegt, wie ein Vergleich der zu den hier maßgeblichen Zeitpunkten bestehenden Unfallfolgen ergibt. Bei der Prüfung einer wesentlichen Änderung von Unfallfolgen kommt es nämlich zum einen auf die zum Zeitpunkt der letzten bindend gewordene Feststellung tatsächlich bestehenden gesundheitlichen Verhältnisse an, die ursächlich auf dem Unfall beruhen. Diese sind des Weiteren mit den bestehenden unfallbedingten Gesundheitsverhältnissen zu vergleichen, die zum Zeitpunkt des Erlasses des Aufhebungsbescheids vorgelegen haben (BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 - B 2 U 25/11 R - NZS 2013, 464).

In den Unfallfolgen, die zuletzt im Ausführungsbescheid vom 25. August 2010 zusätzlich anerkannt wurden, nämlich den Nackenschmerzen mit rezidivierender C6-Reizsymptomatik nach operativer Stabilisierung einer diskoligamentären traumatischen Instabilität HWK 5/6, macht der Kläger, nachdem die Bewegungsmaße und damit die funktionellen Einschränkungen im Wesentlichen unverändert geblieben sind, eine Verschlimmerung der Schmerzsymptomatik geltend, die er auf die Leere des Bandscheibenfachs C4/5 zurückführt. Hierzu hat sich bereits der Sachverständige Prof. Dr. S. nachvollziehbar dahingehend geäußert, dass die Beeinträchtigungen der Wirbelsäule über die einsegmentale Versteifung in C5/6 hinaus zum einen anlagebedingt sind, zum anderen die allein röntgenologisch imponierende Leere zwischen C4/5 aufgrund der überbrückenden spangenbildenden degenerativen Versteifung klinisch beeinträchtigend nicht in Erscheinung treten kann. Die Richtigkeit dieser Einschätzung wird aus Sicht des Senats gerade durch die sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. W. und Dr. K. bestätigt. Denn bereits 2006, also ein Jahr vor dem stattgehabten Unfall, hat die HWS eine Rotationseinschränkung von 30 Grad bei Druckschmerzhaftigkeit und muskulärem Hartspann sowie einer Sensibilitätsstörung C6 rechts aufgewiesen. Seitdem sind auch die degenerativen Veränderungen ober- und unterhalb des versteiften Segments weiter fortgeschritten, was der Senat der Auskunft von Dr. K. entnimmt. Wieso dann die Verschlimmerung der Schmerzen allein den Unfallfolgen anzulasten sein soll, beantwortet Dr. K. nicht und ist auch angesichts der mitgeteilten Befunde nicht nachvollziehbar. Bei der Schmerzbehandlung bei Dr. W. standen keinesfalls die Unfallfolgen im Vordergrund, sondern eine chronische Lumbago, was der Senat den beigefügten Arztberichten vom 6. Februar 2008 und 19. Oktober 2010 entnimmt. Danach waren die Behandlungen im Interdisziplinären Schmerzzentrum ausdrücklich wegen der ischalgieformen Schmerzen erforderlich, nur nebenbefundlich wird die posttraumatische Instabilität als Unfallfolge erwähnt und bezüglich HWK 4/5 gar keine Diagnose gestellt. Deswegen ist und kann die Facettengelenksinfiltration nicht wegen Schmerzen in HWK 4/5 durchgeführt worden sein, da es insoweit bereits an einer richtungsweisenden Diagnose fehlt, was auch in Übereinstimmung mit der Bewertung von Prof. Dr. S. steht, wonach HWK 4/5 klinisch beeinträchtigend nicht in Erscheinung treten kann. Die Facettengelenksinfiltration ist des Weiteren eine minimal-invasive, gezielte Schmerztherapie an den kleinen Wirbelgelenken im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule (vgl. u.a. Information des Radiologiezentrums München, abrufbar über www.radiologie-muc.de/leistungen). Sie sollte bei Schmerzsyndromen eingesetzt werden, die sicher durch die Irritation der kleinen Wirbelgelenke hervor gerufen werden, nämlich Facettengelenksarthrosen, die die häufigste Ursache gut lokalisierbarer Rückenschmerzen darstellen, oder Entzündungen der kleinen Wirbelgelenke, wie sie im Rahmen von Arthrosen, aber auch chronisch entzündlichen Erkrankungen vorkommen (z.B. Rheuma). Allein aus dem Umstand, dass bei dem Kläger eine Facettengelenksinfiltration in HWK 4/5 durchgeführt wurde, lässt sich mithin nichts für den Streitgegenstand und insbesondere nicht herleiten, dass die geltend gemachten Schmerzen auf die fehlende Bandscheibe zurückzuführen sind. In diesem Zusammenhang hat auch Prof. Dr. S. zutreffend darauf verwiesen, dass die ausgeprägte Osteochondrose mit Spondylophyten sowie multisegmentalen Spondylsoen über die gesamte HWS einen multisegmentalen Aufbrauch zeigt, was gerade dagegen spricht, dass ein Zusammenhang mit der Versteifung des Segments C5/6 besteht, dieser vielmehr inneren Ursachen folgt.

Die Berufung ist daher zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf § 193 Abs. 1 SGG beruht.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2014-04-11