

L 8 U 3471/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 11 U 1370/10

Datum

26.06.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 3471/13

Datum

22.08.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26.06.2013 und der Bescheid der Beklagten vom 10.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.03.2010 abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. zu gewähren.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger höhere Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalls am 25.04.2007 zusteht.

Der 1965 geborene Kläger verunglückte am 25.04.2007 auf der Rückfahrt vom TÜV zu seinem landwirtschaftlichen Betrieb mit seinem Schlepper. Hierbei zog er sich ein Polytrauma zu, bestehend aus 1. einem stumpfen Thoraxtrauma mit Rippenserienfrakturen beidseits (rechts: erste Rippe paravertebral, vierte bis achte Rippe lateral, links: erste Rippe paravertebral, die übrigen dorsal bis dorsolateral), Hämatothorax beidseits, Lungencontusion beidseits, Spannungspneumothorax rechts, 2. einem Wirbelsäulentrauma mit instabiler Fraktur der Brustwirbelkörper (BWK) 7 und 8, Dornfortsatzfraktur der BWK 1 und 7-10, multiple Querfortsatzfrakturen und einer stabilen Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 sowie 3. einem stumpfen Bauchtrauma mit einem subkapsulären Milzhämatom und 4. einer Querfraktur in der mittleren Grundphalanx der Zehe 5 links (Zwischenbericht S.-B. K. vom 25.05.2007).

Der Kläger wurde stationär vom 25.04.2007 bis 24.05.2007 im S.-B. K. zunächst unter maschineller Beatmung und intensiver Überwachung behandelt. Am 27.04.2007 erfolgte die operative dorsale Stabilisierung der BWK-Frakturen und am 07.05.2007 wurde die Zehenfraktur links mit Spickdrahtosteosynthese versorgt (Zwischenbericht S.-B. K. vom 25.05.2007). Anschlussheilbehandlung erfolgte in der B.-Klinik vom 25.05. bis 22.06.2007 (Abschlussbericht B.-K. vom 22.06.2007), danach erhielt der Kläger erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), die vom 16.07.2007 bis 17.08.2007 - nach Verlängerung - erfolgte (EAP-Abschlussberichte des S.-B. K. vom 26.07.2007 und 16.08.2007). Nach Abschluss der Therapie zeigte sich die Beweglichkeit im Bereich der unteren Extremitäten frei, die Beweglichkeit der Wirbelsäule hatte sich im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich gebessert; der Kläger gab an, deutlich weniger Schmerzen zu haben, insbesondere seitens der Atmung und der pulmonalen Belastbarkeit habe sich der Zustand subjektiv deutlich gebessert (EAP-Abschlussbericht vom 16.08.2007). Eine Reha-Maßnahme wurde vom 18.08. bis 29.09.2007 in der M. K. in B. K. durchgeführt, aus der der Kläger als arbeitsunfähig entlassen wurde. Bei der Entlassung klagte der Kläger noch über Schmerzen im thorakolumbalen Übergang als im wesentlichen bestehende Dauerschmerzsymptomatik und bei Schmerzverstärkung nach Mehrbelastung wie längerem Gehen und gegen Abend. Intermittierend komme es noch zu einschließender Schmerzsymptomatik in die LWS, öfters komme es zu Kribbelparästhesien in beiden Unterschenkeln (Entlassungsbericht der M. K. B. K. vom 15.10.2007). Der Kläger erhielt erneut EAP ab 24.10.2007 (Genehmigungen der Beklagten vom 29.10.2007 und 02.11.2007). Bei der Untersuchung des Klägers am 13.12.2007 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BG-Klinik) klagte der Kläger über Schmerzen beim tiefen Einatmen und unter Belastung, weshalb die Entfernung des Fixateur intern vorgeschlagen wurde (Bericht der BG-Klinik vom 19.12.2007). Die Metallentfernung wurde am 24.01.2008 während der stationären Behandlung des Klägers vom 23.01. bis 16.02.2008 in der BG-Klinik vorgenommen, aus der der Kläger als arbeitsfähig ab 01.03.2008 entlassen wurde (Entlassungsbericht vom 28.02.2008). Aufgrund der Vorstellung des Klägers am 08.04.2008 in der BG-Klinik wurde die Arbeitsfähigkeit des Klägers als selbstständiger Landwirt verneint und wegen der noch festzustellenden erheblichen Folgezustände eine weitergehende diagnostische Abklärung sowie die Durchführung einer komplexen stationären Rehabilitation (KSR) empfohlen (Zwischenbericht BG Klinik vom 10.04.2008). Nach Durchführung der stationären Behandlung vom 17.04. bis 14.05.2008 in der BG-Klinik wurde der Kläger als weiter

arbeitsunfähig beurteilt und die stufenweise berufliche Wiedereingliederung ab 19.05.2008 empfohlen (Entlassungsbericht BG Klinik vom 23.05.2008). Die berufliche Wiedereingliederung wurde abgebrochen, da sich der Kläger nur für allenfalls 1 Stunde arbeitsfähig erwies (Zwischenbericht BG-Klinik vom 04.08.2008) und u.a. über eine Schmerzverstärkung bei tiefer Inspiration, häufigerer Miktion und nicht mehr so große Urin-Portionen wie früher klagte (Zwischenberichte der BG-Klinik vom 03.06.2008, 17.06.2008, 11.07.2008, 17.08.2008, 26.09.2008, 17.10.2008 sowie Verlaufsberichte über Schmerztherapie der BG-Klinik vom 15.10.2008). Es wurde die Einleitung eines Rentenverfahrens oder eine Umschulungsmaßnahme empfohlen (Zwischenbericht vom 26.09.2008).

Die Beklagte stellte dem Kläger einen Berufshelfer zur Weiterführung seines landwirtschaftlichen Betriebs. Der Kläger nahm an einer von der Beklagten genehmigten Berufsfindungsmaßnahme im Berufsförderungswerk B. W. vom 20.10. bis 07.11.2008 und anschließend an einem Reha-Vorbereitungslehrgang vom 23.03.2009 bis 30.06.2009 zur Umschulung auf den Beruf des Industriekaufmanns teil. Anschließend erfolgte die Ausbildung zum Industriekaufmann im Berufsförderungswerk B. W. auf Kosten der Beklagten (Bescheid der Beklagten über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 20.02.2009, Berufsförderungswerk B. W. vom 16.12.2008, Zeugnis über Ausbildung zum Industriekaufmann des Berufsförderungswerks B. W. vom 30.06.2011). Die Beklagte gewährte Verletztengeld und während der beruflichen Rehamaßnahme ab 23.03.2009 Übergangsgeld.

Das auf Veranlassung der Beklagten von Dr. P. eingeholte orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten vom 28.12.2008 beschreibt als Unfallfolgen eine rechtsbetonte, in Fehlstellung verheilte Rippenserienfraktur mit eingeschränkter Atemexkursion, ohne subjektive Atemnot-Syndromen, jedoch bisweilen atemabhängiger Schmerzsymptomatik, in Fehlstellung verheilte BWK 7- und BWK 8-Fraktur mit bisegmentalem kyphotischen Knickwinkel von 21° und eingeschränkter Entfaltbarkeit der Brustwirbelsäule (BWS), eine in Keilform verheilte stabile LWK 1-Fraktur mit bisegmentalem kyphotischen Knickwinkel von 8° ohne periphere Wurzelreizzeichen der unteren Gliedmaßen, verheiltes ehemaliges stumpfes Bauchtrauma und in guter Stellung knöchern verheilte ehemalige Kleinzehefraktur links ohne Funktionseinschränkung. Die verbliebene chronische Schmerzsymptomatik, peripher verbliebenes sensibles Wurzelreizsyndrom C6 rechts, verbliebene Gefühlsstörungen in den Dermatomen BWK 6 bis BWK 8 beidseits und verbliebene sensible Störungen im Innervationsbereich des Nervus peronäus sowie Gefühlsstörungen der Fußaußenrandseite und Fußsohle links, verbliebene Sensibilitätsstörungen der rechten Wange im Innervationsbereich des zweiten Trigeminusastes rechts ohne weitere motorische Ausfälle, ohne zentral motorische spastische Paresen, ohne periphere motorische schlaffe Paresen mit erhaltener seitengleicher Muskelkraft der oberen und unteren Gliedmaßen, ohne Nervendehnungszeichen ergäben auf orthopädischem Gebiet eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab 01.03.2008 um 30 v.H.

Das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. S. vom 05.05.2009, gestützt auf das Gutachten der Dipl.-Psychologin S. vom 30.04.2009, gibt als Beschwerdevorbringen des Klägers u.a. wieder, die Atmung sei durch Schmerzen beeinträchtigt, er müsse nicht häufiger Wasserlassen, ein geringer Urinabgang beim Husten oder Nießen liege vor. Nach Prof. Dr. S. seien die geklagten Gefühlsstörungen am rechten Arm und am linken Unterschenkel keinem Nervenversorgungsgebiet zuordenbar. Die Teilschädigung des zweiten Trigeminusastes sei Unfallfolge, obwohl keine Fraktur des Mittelgesichts vorgelegen habe. Ebenso seien die Gefühlsstörungen in den Dermatomen BWK 6 bis BWK 8 Unfallfolge. Eine Teilschädigung des Nervus peronäus links sei nicht mehr nachzuvollziehen. Der elektrophysiologische Befund spreche eher für eine unfallunabhängige Polyneuropathie. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestünden keine Unfallfolgen. Die unfallbedingte MdE auf neurologischem Fachgebiet betrage 20 v.H. ab 01.03.2008, aktuell 10 v.H. Dr. P. schätzte daraufhin die Gesamt-MdE vom 01.03.2008 bis 23.12.2008 mit 40 v.H., ab 24.12.2008 bis auf weiteres auf 30 v.H. ein (Stellungnahme vom 24.06.2009).

Mit Bescheid vom 10.07.2009 gewährte die Beklagte dem Kläger Verletztenrente als vorläufige Entschädigung ab 23.03.2009, dem Tag nach Ende des Anspruchs auf Verletztengeld, nach einer MdE um 30 v.H. bis auf weiteres. Der hiergegen ohne weitere Begründung eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 24.03.2010 zurückgewiesen.

Zur Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit holte die Beklagte das orthopädische Gutachten von Dr. M. vom 12.04.2010, der die unfallbedingte MdE weiterhin auf 30 v.H. einschätzte, und das neurologische Gutachten von Dr. K. vom 27.08.2010, der weiterhin auf neurologischem Gebiet die MdE mit 10 v.H. annahm, ein.

Am 18.10.2010 erlitt der Kläger auf dem Rückweg vom Berufsförderungswerk B. W. einen Auffahrunfall mit seinem Pkw, da ein anderer Pkw auf das Heck seines Fahrzeuges aufprallte. Am Unfalltag wurde eine Distorsion der Wirbelsäule bei Vorschädigung diagnostiziert (Durchgangsarztbericht von Dr. R. vom 19.10.2010). Aus der stationären Behandlung vom 18.10.2010 bis 22.10.2010 in der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses F. wurde der Kläger unter der Diagnose HWS-Distorsion mit unspezifischen Veränderungen vorbestehender diffuser Gefühlsstörungen ohne Nachweis einer frischen Fraktur oder Luxation der HWS entlassen (Zwischenbericht der Chirurgischen Klinik F. vom 26.10.2010). Ausbildungsunfähigkeit bestand bis einschließlich 09.12.2010 (Mitteilung des Berufsförderungswerks B. W. vom 06.12.2010).

Der Kläger erhob am 26.04.2010 vor dem Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage mit dem Begehren, ihm Verletztenrente nach einer MdE um 50 v.H. zu gewähren. Vorgelegt wurde u.a. ein Gutachtensauszug ohne Datum und Verfasserangabe (Bl. 21-34 der SG-Akte).

Das SG hörte den Allgemeinmediziner Dr. L. schriftlich als sachverständigen Zeugen (Aussage vom 09.02.2012), der weitere Arztberichte vorlegte (u.a. den BGSW-Bericht der S. Neurologie B. K. vom 13.01.2012). Außerdem holte es das orthopädische Gutachten von Dr. K. vom 19.07.2012 mit Ergänzung vom 06.12.2012 ein, der einschließlich der neurologischen Ausfallerscheinungen (Hypästhesie im Versorgungsgebiet des zweiten Trigeminusastes, multiokuläre Gefügestörungen mit Hypästhesie und Hypalgesie BWK 3 bis BWK 8 beidseits) eine unfallbedingte MdE von 30 v.H. annahm, und die weitere ergänzende Stellungnahme von Dr. K. vom 21.02.2013 zu den Einwendungen des Klägers vom 21.01.2013. Außerdem zog das SG von Dr. L. weitere seit Februar 2012 angefallene Arztbriefe bei (u.a. Bericht der R. Klinik vom 12.07.2012).

Mit Urteil vom 26.06.2013 wies das SG die Klage ab. Die Folgen des Unfalls vom 25.04.2007 begründeten eine Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H., der Folgeunfall vom 18.10.2010 habe nicht zu einer dauerhaften Schädigung geführt, wonach die MdE zu erhöhen wäre. Das SG stützt sich hierbei auf die Gutachten von Dr. K., Dr. P., Prof. Dr. S., Dr. M. und Dr. K. ...

Gegen das dem Klägerbevollmächtigten am 10.07.2013 zugestellte Urteil hat der Kläger am Montag, den 12.08.2013 Berufung beim

Landessozialgericht eingelegt. Mit Schriftsatz vom 14.03.2014 hat der Kläger über seinen Prozessbevollmächtigten die Berufung begründet. Er verweist auf seine vor dem SG erhobenen Einwendungen im Schreiben vom 21.01.2013 und macht geltend, seine Funktionsbeeinträchtigungen der Brust- und Lendenwirbelsäule seien nicht zutreffend bewertet. Gleiches gelte für das linke Kniegelenk und die Gesundheitsstörungen an der Halswirbelsäule als Folgen des Folgeunfall vom 18.10.2010. Des Weiteren seien durch Atemnot dokumentierte Einschränkungen der Lunge und urologische Gesundheitsstörungen gegeben, weshalb die Einholung eines pneumologischen und urologischen Zusatzgutachtens erforderlich sei.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 26.06.2013 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 10.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.03.2010 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 50 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf die übereinstimmenden Gutachten, die eine unfallbedingte MdE von 30 v.H. als zutreffend ansähen. Das SG habe die Klägerargumente zutreffend mit dem Ergebnis gewürdigt, dass das Klagebegehren nicht begründet sei.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des SG beigezogen. Auf diese Unterlagen und die vor dem Senat angefallene Akte wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig.

Die Berufung ist jedoch nur teilweise begründet. Der Kläger hat Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. Der streitgegenständliche Bescheid der Beklagten vom 10.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.03.2010 ist insoweit rechtswidrig. Der Bescheid und das angefochtene Urteil waren daher insoweit abzuändern. Ein Anspruch auf höhere Verletztenrente nach einer MdE um 50 v.H. steht dem Kläger dagegen nicht zu. Insoweit war die Berufung zurückzuweisen.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1 SGB VII](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vmhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)). Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vmhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Nach diesen Grundsätzen ist die dem Kläger ursprünglich als vorläufige Entschädigung gewährte und derzeit weiter geleistete Verletztenrente mit Ablauf des dritten Unfalljahres ab April 2010 eine Rente auf unbestimmte Zeit, denn eine anderweitige Verwaltungsentscheidung über die Verletztenrente ist in dem Dreijahreszeitraum nicht getroffen worden.

Für die Beurteilung der Kausalität (haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung sowie der Beweismaßstab der - überwiegenden - Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG 15.02.2005 - [B 2 U 1/04 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache erforderlich (BSG [SozR 4-2700 § 8 Nr. 12](#)).

Ob die Verursachung eines Gesundheitsschadens oder des Todes eines Versicherten "durch" einen Arbeitsunfall festgestellt werden kann, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - letztlich danach, ob das Unfallereignis selbst und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache die wesentliche Bedingung für den Eintritt der Schädigung bildet (st. Rspr. des BSG; vgl. stellvertretend [BSGE 63, 277](#), 278 = [SozR 2200 § 548 Nr 91 m.w.N.](#)). Welcher Umstand entweder für den Eintritt eines Arbeitsunfalls für den Eintritt des Schadens als wesentlich angesehen werden muss, ist durch eine wertende Betrachtung aller in Frage kommenden Umstände zu ermitteln. Die einzelnen Bedingungen müssen gegeneinander abgewogen werden; ob eine von ihnen wesentlich den Erfolg mit bewirkt hat, ist anhand ihrer Qualität zu entscheiden. Auf eine zeitliche Reihenfolge oder die Quantität kommt es nicht an. Zur Bewertung der Qualität einer bestimmten Bedingung hat die Rechtsprechung (vgl. etwa [BSGE 59, 193](#), 195 = [SozR 2200 § 548 Nr. 77 m.w.N.](#)) vielfach auf die Auffassung des "täglichen" oder "praktischen" Lebens abgestellt. Es kommt bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. [BSGE 66, 156](#), 158 = [SozR 3-2200 § 553 Nr. 1 m.w.N.](#)). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm - hier der [§§ 27, 56 SGB VII](#) - zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG 09.12.2003 - [B 2 U 8/03 R](#) -, [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1 m.w.N.](#)).

Nach diesen Grundsätzen sind die beim Kläger diagnostizierten ausgeheilten Wirbelkörperbrüche der BWS und der ausgeheilte Bruch des LWK 1, die knöchern verheilte Rippenserienfraktur, das ausgeheilte Milzhämatom und die ausgeheilte Kleinzehenfraktur links Unfallfolgen, was zwischen den Beteiligten unstreitig ist.

Die Auswirkungen dieser Gesundheitsstörungen bedingen nach Auffassung des Senats eine MdE um 40 v.H.

Die MdE 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 SGB VII). Die Bemessung der MdE ist die Feststellung von Tatsachen, die das Gericht gemäß § 128 Abs 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S 36 mwN). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind 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 (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder 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 geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb 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 aaO; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Nach den Erfahrungssätzen der unfallmedizinischen Literatur (vgl. u.a. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, S. 441 ff) ergibt ein isolierter Wirbelkörperbruch ohne Bandscheibenbeteiligung sowie ein stabiler Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung, aber mit weitgehend erhaltener Bandscheibenmasse (Fallgruppe 1) eine MdE von unter 10 v.H., ein Wirbelkörperbruch Fallgruppe 1 mit statisch wirksamen Achsenknick eine MdE um 10-20 v.H., ein instabiler Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung in der Fallgruppe 2 (mit Aufspaltung der Bandscheibenmasse, erloschenem Spannungszustand des Bandscheibengewebes, Zerreißen in rückseitigen Abschnitten, Umwandlungen der Bandscheibenmasse et cetera) eine MdE um 20 v.H., ein Wirbelkörperbruch Fallgruppe 2 mit statisch wirksamen Achsenknick eine MdE um 20-30 v.H. Querfortsatz- und Dornfortsatzfrakturen der Wirbelkörper bedingen keine MdE (vgl. u.a. Mehrhoff/Eckernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage, S. 162).

Nach diesen Maßstäben ist die von allen sich gutachterlich äussernden Ärzten übereinstimmend angenommene MdE um 30 v.H. wegen der funktionellen Beeinträchtigungen durch die Wirbelkörperfrakturen für den Senat nachvollziehbar. Die Wirbelkörperbrüche der Brustwirbelsäule rechtfertigen nach dem von verschiedenen Ärzten erhobenen jeweils weitgehend gleichen Befund eine (Teil-)MdE um 30 v.H. Die Dornfortsatz- und Querfortsatzfrakturen der BWK 1 und 7-10 sind knöchern ausgeheilt und bedingen keine relevante Funktionsbeeinträchtigung, weshalb sie nach den MdE-Bewertungsgrundsätzen keine MdE begründen. Die mit Bandscheibenbeteiligung eingetretenen Frakturen der BWK 7 und 8 sind knöchern stabil ausgeheilt unter weitgehender Erhaltung der Bandscheibenmasse. Die keilförmige Deformierung der Wirbelkörper bewirkt jedoch nach Dr. P. und nach Dr. K. einen statisch wirksamen Achsenknick über drei Wirbelkörpersegmente um 21° (Dr. P., Gutachtenseite 15) bzw. 23° (Dr. K., Gutachten vom 19.07.2012, Seite 24). Unter Mitberücksichtigung der den Dermatomen 7 und 8 zuzuordnenden Gefühlsstörungen aufgrund der Teilschädigung der Intercostalnerven BWK 6 bis BWK 8, wie Prof. Dr. S. beschreibt, ist die unfallbedingte Beeinträchtigung der Brustwirbelsäule durch die beiden integrierend berücksichtigten Wirbelkörperbrüche mit einer MdE um 30 v.H. angemessen bewertet. Im Bewertungsrahmen 10 bis 20 v.H. für Wirbelkörperbrüche mit Bandscheibenbeteiligung sind die damit einhergehenden üblichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen berücksichtigt, wobei Dr. K. von einem anhaltendem Thorakalsyndrom ausgeht. Über diese in den pauschalen Ansätzen enthaltenen Beeinträchtigungen hinausgehende funktionelle Einschränkungen werden in den Gutachten nicht beschrieben. Diese Einschätzung wird durch Anwendung des Segmentprinzips nicht widerlegt, das zum Vergleich der aus der Verletzungsarttabelle gewonnenen Ergebnisse - ohne schematische Übernahme der aus dem Segmentprinzip ermittelten MdE - herangezogen werden kann (vgl. Schönberger u.a., a.a.O. S. 444). Der im Hinblick auf die Gesamtbeweglichkeit der Wirbelsäule angegebene Anteil für das Wirbelkörpersegment BWK 6/7 von 2,5%, für BWK 7/8 von 1,8% und das Segment BWK 8/9 mit 1,8% - wegen der diagnostizierten Wirbelsäulendeformation mit kyphotischen Fehlstellung mit dem Faktor 2 multipliziert ($2 \times 2,5 + 2 \times 1,8 + 2 \times 1,8$) - ergibt rechnerisch zwar nur einen Wert von 12,2%. Das Segmentprinzip wird aber wegen der alleinigen Berücksichtigung radiologischer und biomechanischer Kriterien kritisiert (so Schönberger u.a., Seite 444); vorliegend wird der errechnete MdE-Wert von "12" v.H. der von den Ärzten beschriebenen Schmerzsymptomatik aus den chronischen Thorakalsyndromen und den neurologischen Ausfallerscheinungen zweier Wirbelkörpersegmente nicht gerecht.

Die multiplen Querfortsatzfrakturen der Lendenwirbelsäule und die knöchern stabil ausgeheilte Fraktur des LWK 1 mit Bandscheibenbeteiligung, aber mangels statisch wirksamen Achsenknicks ohne Gefügestörung des betroffenen Segments und bei weitgehend erhaltener Bandscheibenmasse (Fallgruppe 1), begründet nach den genannten Bewertungsgrundsätzen keine unfallbedingte MdE. Eine Erhöhung der durch die BWK-Frakturen verursachte (Teil-)MdE für die unfallbedingte Wirbelsäulenverletzung scheidet somit aus. Bei der MdE-Bewertung der aus dem Organsystem der Wirbelsäule folgenden Funktionsbeeinträchtigungen ist aber weiter beachtlich, dass nach dem röntgenologischen Befund von Dr. K. eine spangenbildende Abstützreaktion zwischen LWK 1 und 2 lateral eingesetzt hat und auch bei Höhenminderung LWK 1 eine Abstützreaktion bei BWK 12/L1 erfolgt ist. Einerseits sollen reaktive Abstützvorgänge und Spangenbildung positiv im Sinne einer Stabilisierung zu betrachten sein, andererseits begründen diese Versteifungen vergleichbar einer Ankylose eine zusätzliche Beeinträchtigung für die Gesamtbeweglichkeit der Wirbelsäule. Je tiefer das betroffene Segment sitzt, umso stärker wirkt sich die Bewegungseinschränkung aus, da weniger Bewegungssegmente zur Kompensation heran stehen - so Schönberger u.a., Seite 441 einerseits und Seite 442 andererseits -. Die Bewegungssegmente BWK12/L1 bzw. L1/2 sitzen tiefer als die betroffenen Wirbelkörper BWK 7 und 8 und nach der Segmentbeurteilung ist der Anteil an der Gesamtbeweglichkeit der Wirbelsäule mit 3,6 % und 3,3 % deutlich höher. Eine Kompensation der unfallbedingten Fehlstatik an den BWK 7 und 8 ist hierdurch erschwert und wirkt sich zusätzlich nachteilig für die BWK-Frakturen aus. Darüber hinaus sind vorliegend von Dr. K. unfallunabhängige degenerative Veränderungen an den nachfolgenden LWS-Segmenten, insbesondere Black Disk bei L3/4, kleiner Bandscheibenvorfall bei L4/5 und L5/S1, beschrieben, die die Kompensationsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigen. Dass es sich um unfallvorbestehende Einschränkungen, also um zu berücksichtigende Vorschäden, handelt, die bei der MdE-Bemessung angemessen als eingeschränkte Kompensationsfähigkeit zu berücksichtigen sind, ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. P., der jedenfalls einen Bandscheibenvorfall bei L4/5 und eine Protrusion bei L5/S1 als unfallvorbestehend beschreibt. Diese zusätzlichen funktionellen Zusammenhänge bei mehreren Wirbelkörperfrakturen, die von den Gutachtern nicht hinreichend beachtet

worden sind, rechtfertigen in der gebotenen Gesamtbetrachtung entgegen der vom Sitzungsvertreter der Beklagten geäußerten Rechtsauffassung die Teil-MdE von 30 v.H. für die Wirbelsäulenverletzung auf jeden Fall.

Die von den Sachverständigen weiter als Unfallfolge beschriebene Teilschädigung des zweiten Trigeminiastes ist nicht erhöhend für die angenommene unfallbedingte MdE zu berücksichtigen. Eine einseitige, wenig störende Gesichtsnervenlähmung rechtfertigt nach den unfallversicherungsrechtlichen Bewertungsgrundsätzen eine MdE um 10 v.H. (Mehrhoft/Eckernkamp/Wich a.a.O., Seite 150). Vorliegend handelt es sich ausweislich des Gutachtens von Prof. Dr. S. nur um eine Teilschädigung des Nervus maxillaris, die ohne motorische Ausfälle und nur mit einer verminderten Berührungswahrnehmung einhergeht. Das weitergehende Beschwerdevorbringen des Klägers war in der Untersuchung nicht reproduzierbar. Gefühlsstörungen im Gesichtsbereich ohne Funktionsbehinderung der Muskulatur begründen nach den Bewertungsgrundsätzen keine MdE um mindestens 10 v.H.

Die von Prof. Dr. S. und im neurologischen Gutachten von Dr. K. angegebene MdE um 10 v.H. "auf neurologischem Gebiet" erfasst unterschiedliche organische funktionelle Auswirkungen, nämlich eine Beeinträchtigung des Gesichtsnervs einerseits und der Intercostalnerven andererseits, was den allgemeinen Bewertungsgrundsätzen widerspricht. Der Senat macht sich daher diese MdE-Einschätzung nicht zu eigen. Eine - unfallbedingte - Schädigung des Peroneusnervs konnten Prof. Dr. S. und Dr. K. nicht nachweisen. Die Auswirkungen der Läsion der Intercostalnerven ist außerdem in der Teil-MdE um 30 v.H. für die BWK-Frakturen bereits eingeflossen.

Dagegen ist von den orthopädischen/unfallchirurgischen Sachverständigen die Funktionsbeeinträchtigung aufgrund der unfallbedingten Rippenserienfraktur unzutreffend als nicht relevant für die MdE-Bemessung eingestuft worden. An diese ärztliche MdE-Bewertung ist der Senat nicht gebunden, denn der diesbezügliche medizinische Befund und seine funktionelle Auswirkung ist von den Sachverständigen übereinstimmend dargelegt worden. Insofern ist die hieraus resultierende MdE eine vom Senat zu beantwortende Rechtsfrage. Unter Berücksichtigung der unfallversicherungsrechtlichen Bewertungsgrundsätze schätzt der Senat die aus den Rippenserienfrakturen resultierende gesundheitliche Folge mit einer Teil-MdE um 10 v.H. ein.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.02.2012 weist Dr. K. zutreffend darauf hin, dass Rippenfrakturen im Allgemeinen folgenlos ausheilen und keine MdE verursachen, was mit den unfallversicherungsrechtlichen Bewertungsgrundsätzen übereinstimmt. Danach sind verheilte Brüche der Rippen, des Schlüsselbeins, des Schulterblatts oder des Brustbeins ohne oder mit geringer Verschiebung und ohne Leistungsstörung mit einer MdE um 0 v.H. bewertet (vgl. u.a. Mehrhoff u.a. a.a.O., Seite 161). Soweit Dr. K. jedoch Hinweise auf eine Funktionsstörung der Lunge nach der Komplexverletzung des Thorax verneint, ist dies für den Senat wenig überzeugend. Die Zusammenhangsdiskussion von Dr. K. ist insofern nicht ganz stimmig. Er beschreibt eine durch mäßige/leichte Rippenfehlstellung verursachte verringerter Atembreite, ebenso wie Dr. P., misst diesem Umstand aber faktisch und ohne nähere Begründung keine Bedeutung zu.

Bereits im Zwischenbericht der B.-Klinik vom 29.05.2007 wird eine Belastungsdyspnoe des Klägers angegeben. Aufgrund der erlittenen Lungenkontusion und des Hämatothorax fand sich zwar bei seitengleich belüfteter Lunge ein noch im Mai 2007 andauernder Thoraxkompressionsschmerz (Zwischenbericht der S.-B.-K. vom 25.05.2007), der in der Folge nicht mehr angegeben wurde. Dagegen werden Atembeschwerden in den folgenden Arztberichten in unterschiedlicher Ausprägung genannt. Vereinzelt sind in den Behandlungsberichten Atembeschwerden als Beschwerdevorbringen des Klägers bzw. als Befund aufgeführt. Im Abschlussbericht der S.-B. K. vom 26.07.2007 wird der Kläger als auffällig rasch dyspnoeisch unter Belastung beschrieben, dagegen waren bei der Behandlung im August die Atemexkursionen nicht eingeschränkt (Bericht der M. K. B. K. vom 22.08.2007). Letztlich haben aber sowohl Dr. P. wie auch Dr. K. die in Fehlstellung verheilten Rippenserienfraktur links und rechts in ihren Gutachten dargestellt, die nach Dr. K. zu einer mäßigen Fehlstellung im ehemaligen Frakturbereich rechts und zu einer leichtgradigen glockenförmigen Deformation links führte und was eine eingeschränkten Atemexkursion bedingt. Auch Dr. M. beschreibt die rechts betonte Thoraxdeformation mit eingeschränkter Atembreite. Die bei Dr. P. und bei Dr. K. unterschiedlich gemessene Atembreite (bei Dr. P. 5 cm, bei Dr. K. 3 bzw. 4 cm, Gutachtenseite 14 u.25) ist jedoch mit einer dauerhaften Atembeschränkung verbunden, die nicht auf die abgeheilten und nur vorübergehend bestehenden Beschwerden der Lungenkontusion oder des Hämatothorax zurückzuführen ist. Davon gehen die orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Gutachter Dr. P., Dr. M. und Dr. K. aus. Dr. P. gibt an, der Kläger habe subjektiv keine Atemnotsymptome, jedoch bestehe eine atemabhängige Schmerzsymptomatik hinsichtlich der Rippenfrakturen. Dagegen wird sowohl von Prof. Dr. S. als auch im Gutachten von Dr. K. vom 27.08.2010 eine Atembeeinträchtigung durch Schmerzen bzw. Atemnot bei Anstrengung als Beschwerdevorbringen des Klägers wiedergegeben, was mit den erhobenen Befunden der BG Klinik (Bericht vom 19.12.2007: bei tiefer Einatmung Schmerzen, die unter Belastung zunehmen; Bericht vom 03.06.2008: Schmerzverstärkung bei tiefer Inspiration) und der S.-B. K. (Abschlussbericht vom 13.01.2012: Kurzatmigkeit beim Treppensteigen schon nach einem Stockwerk) übereinstimmt. Auch Dr. K. beschreibt in seinem Gutachten vom 19.07.2012 eine bei der Untersuchung erkennbare Atemnot des Klägers bei Umwandbewegungen und körperlicher Anstrengung mit Schmerzen beim Ein- und Ausatmen. Keiner der genannten Gutachter berichtet über Ausgestaltungstendenzen. Im psychologischen Gutachten von Diplom-Psychologin S. werden Verdeutlichungstendenzen ausgeschlossen, auch Prof. Dr. S. verneint Aggravation. Eine Kompression des Lungengewebes wird von keinem der Sachverständigen beschrieben. Der Abschlussbericht der B.-Klinik vom 22.06.2007 enthält den internistischen Untersuchungsbefund, dass die Lunge physikalisch frei war.

Soweit der Kläger daher schmerzbedingt das ihm faktisch zur Verfügung stehende Atemvolumen nicht ausnutzen kann, erachtet der Senat in Anwendung von MdE-Bewertungsgrundsätzen der unfallversicherungsrechtlichen Literatur für vergleichbare Gesundheitsstörungen die schmerzbedingten Atembeschwerden des Klägers mit einer MdE um 10 v.H. angemessen berücksichtigt. Eine leichte Bronchitis wird mit einer MdE um 10-20 v.H., eine Lungenerweiterung ohne Katarrh mit Kurzatmigkeit mit einer MdE um 30-50 v.H. (vgl. Mehrhoff u.a., a.a.O. Seite 161), eine Silikose mit klinischem Normalbefund bei geringen Beschwerden mit einer MdE um 10 v.H. (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 1017) bewertet. Vorliegend sind keine obstruktiven Lungenbeeinträchtigungen, wie bei der Staublunge oder durch Schleimbildung gestörte Bronchien, vorhanden. Eine direkte restriktive Beeinträchtigung der Lunge durch in das Lungengewebe hineinragende knöcherne Anteile der Rippenfrakturen ist ebenso wenig röntgenologisch belegt. Das Ausmaß der Kurzatmigkeit ist auch durch das unfallunabhängige Körpergewicht des Klägers (109 kg bei Körpergröße von 174 cm, so Dr. K.) - ein Unfallzusammenhang ist entgegen dem Kläger nicht deshalb gegeben, weil die Gewichtszunahme angeblich nach dem Unfall erfolgt sein soll -, das als veränderlicher Faktor zu berücksichtigen ist, mitbedingt, weshalb bei wertender Betrachtung die unfallbedingte Beeinträchtigung eine noch messbare MdE darstellt.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist eine Kniegelenksverletzung als Unfallfolge nicht mit der erforderlichen hinreichenden

Wahrscheinlichkeit belegt. Eine Verletzung des Kniegelenks wurde am Unfalltag nicht diagnostiziert (Durchgangsarztbericht Dr. T. vom 25.04.2007). Auch in der Folgezeit sind vom Kläger geklagte Kniegelenksbeschwerden den beigezogenen Arztunterlagen nicht zu entnehmen. Solche wurden erstmals im Oktober 2008 bei unauffälligem Kniegelenksbefund geklagt (Zwischenbericht der BG-Klinik vom 17.10.2008). Entsprechende Kniegelenksbefunde wurden während der stationären und ambulanten Behandlungen des Klägers in verschiedenen Kliniken nicht erhoben. Dr. P. gibt in seinem Gutachten vom 28.12.2008 hinsichtlich der unteren Extremitäten einen unauffälligen Kniegelenksbefund wieder mit normgerechten und seitengleicher Beweglichkeit der Kniee bei der Funktionsprüfung. Soweit der Kläger geltend macht, eine Knieschädigung sei bei der Untersuchung nach dem Unfall übersehen worden, ist dies wenig überzeugend. Die Diagnose der Fraktur der Kleinzehe setzt eine Untersuchung der unteren Extremitäten voraus. Auch sonst ergeben sich keine Anknüpfungstatsachen für eine unfallbedingte Kniegelenksverletzung.

Eine Beeinträchtigung der Miktions ist keine Unfallfolge. Eine entsprechende Gesundheitsstörung lässt sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückführen. Ausdrücklich sind Miktionsbeschwerden des Klägers erstmals ein Jahr nach dem Unfall im Bericht der BG-Klinik vom 03.06.2008 angegeben. Lediglich im Abschlussbericht der B.-Klinik vom 22.06.2007 werden zum vegetativen Befund ohne nähere Differenzierung und weitergehende Angaben "Stuhlgang und Wasserlassen nahezu ungestört" beschrieben, was als Folge der Bettlägerigkeit und der Umstände einer stationären Behandlung nicht ungewöhnlich ist und nicht zwingend auf eine urologisch zu beurteilende Gesundheitsstörung hinweist. Im Entlassungsbericht der M. K. vom 15.10.2007 werden Stuhlgang und Miktions als unauffällig erwähnt. Nach dem Befundbericht von Prof. Dr. S. vom 24.05.2008 hatte der Kläger bei der Untersuchung auf Frage zu seinen vegetativen Beschwerden angegeben, Verdauung und Wasserlassen seien ungestört. Er "denke", er müsse die Blase aber öfter entleeren als früher. Urinabgang beim Husten und Niesen wurde verneint. Hierzu im Widerspruch ist bei der ein Jahr später erfolgten gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. S. (Gutachten vom 05.05.2009) zur Blasenfunktion angegeben worden, dass der Kläger nicht häufiger Wasserlassen müsse, jedoch beim Husten/Niesen ein geringer Urinabgang zu verzeichnen sei. Auch bei Dr. K. wird eine Drang- und Stressinkontinenz angegeben, die auch danach bei anderen Untersuchungen als Beschwerdevorbringen dokumentiert ist. Die von der R. Klinik veranlasste Vorstellung beim Urologen im Mai 2010 ergab keinen pathologischen Befund, eine Medikation war nicht angezeigt (Bericht der R. Klinik vom 20.07.2011). In dem vom Kläger dem SG vorgelegten undatierten, den Aussteller nicht erkennen lassenden Arztbericht (Bl. 21-34 der SG-Akte) wird auf eine urologische Untersuchung des Klägers verwiesen, wonach sich urologisch keine Ursache für die geschilderten Beschwerden des Klägers hat finden lassen. Bei dem Arztbrief handelt es sich zur Überzeugung des Senats um einen Bericht der BG-Klinik, denn in dem vorgelegten Auszug wird eine stationäre Behandlung vom 17.04. bis 14.05.2008 "in unserem Hause" erwähnt, die in der BG-Klinik stattfand. Außerdem muss der Bericht nach dem Zeitpunkt der darin erwähnten Aufnahme der Arbeitsbelastungsmaßnahme am 19.05.2008 verfasst worden sein. Die in diesem Bericht vorgeschlagene neurologische Abklärung der geltend gemachten Miktionsbeschwerden ergab keine weiterführenden Hinweise auf eine Unfallverletzung. Eine durch die Unfallwirkung verursachte neurologisch zu beurteilende Gesundheitsstörung mit Auswirkung auf die Blasenfunktion wird in den neurologischen Gutachten von Prof. Dr. S. und von Dr. K. nicht diagnostiziert. Auch in der S. Neurologie, wo der Kläger vom 28.11.2011 bis 16.01.2012 stationär behandelt wurde, ist trotz der vegetativen Anamnese mit Urge-Inkontinenz ein neurologisch unauffälliger Befund erhoben worden (Bericht S. Neurologie, B. K., vom 13.01.2012). Weder ist eine die Beschwerden des Klägers erklärende unfallbedingte Verletzung der Niere, der Blase oder der Harnableiter medizinisch belegt noch ist der dargestellte Beschwerdeverlauf mit einer unfallbedingten Verletzung der Harnwegsorgane vereinbar. Darüber hinaus rechtfertigen ein "Harnträufeln" bzw. ein nur "geringer Urinabgang" beim Husten/Niesen keine MdE um mindestens 10 v.H. (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 983: Blasenkatarrh/Blasensschwäche leichten Grades: MdE 10-20 v.H.; Blaseninkontinenz mit nächtlichem Einnässen MdE 10-20 v.H.).

Der Unfall vom 18.10.2010 begründet ebenso wenig eine weitere MdE-relevante Gesundheitsstörung. Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalles auch die Gesundheitsschäden oder der Tod von Versicherten infolge der Durchführung einer Heilbehandlung, Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben oder einer Maßnahme nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung einschließlich der dazu notwendigen Wege. Demgemäß ist der am 18.10.2010 erlittene Auffahrunfall des Klägers auf dem Rückweg vom Berufsförderungswerk B. W. auf einem versicherten Weg geschehen und hieraus erwachsene gesundheitliche Folgen sind mittelbare Folgen des die Teilhabemaßnahme veranlassenden Versicherungsfalles vom 25.04.2007.

Der Kläger zog sich am 19.10.2010 eine Distorsion der Halswirbelsäule bei Vorschädigung (Durchgangsarztbericht Dr. R. vom 19.10.2010) mit unspezifischen Veränderungen vorbestehender diffuser Gefühlsstörungen (Bericht Dr. R., Krankenhaus F., vom 26.10.2010) zu. Nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit/Ausbildungsfähigkeit ab 09.12.2010 lag nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. K. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 06.12.2012 seitens der Halswirbelsäule eine MdE von unter 10 v.H. vor. Ein Cervical-Syndrom bestand bereits vor dem Unfall, was Dr. K. der Magnetresonanztomographie-Aufnahme aus dem Jahr 2008 entnimmt. Die Aufnahme der HWS nach dem Unfall ergab weder mikrostrukturelle noch makrostrukturelle Verletzungen, insbesondere Ödeme in Folge Weichteilzerrung oder strukturelle Verletzungen auf der Basis erkannter bone-bruise-Phänomene waren nicht nachweisbar. Dies stimmt mit dem von der R. Klinik erhobenen Befund über ein, bei der sich der Kläger am 20.07.2011 zur Verlaufskontrolle vorgestellt hatte. Die Beschwerden hinsichtlich des Wegeunfalls hatten sich danach vollständig zurückgebildet (Bericht der R. Klinik vom 20.07.2011). Nach der schlüssigen Darlegung von Dr. K. ist das danach aufgetretene Zervikal-Syndrom nicht mehr mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18.10.2010 zu beziehen. Entgegen der Auffassung des Klägers ist es auch nicht auf den Unfall am 25.04.2007 zurückzuführen, denn das von Dr. P. als Unfallfolge beschriebene sensible Wurzelreizsyndrom C6 - ohne unfallbedingte strukturelle Schäden an dem Halswirbelkörper - war in der Folge abgeklungen.

Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet sind ebenfalls nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit festzustellen. Prof. Dr. S. erhob keinen psychiatrisch belangvollen Befund, was sich aus seinem Gutachten vom 05.05.2009 ergibt. Diplom-Psychologin S. beurteilt den Kläger als nicht depressiv, aber belastet durch die Schmerzen (Bericht vom 05.05.2008). Der vom SG als sachverständiger Zeuge gehörte Allgemeinmediziner Dr. L. berichtete unter dem 09.02.2012 den Behandlungsverlauf und unter Vorlage ihm zugegangener Arztbriefe die ihm mitgeteilten Befunde. Eine spezifische psychiatrische Diagnose wird weder von Dr. L. noch in den vorgelegten Arztbriefen genannt. Auf eine schmerztherapeutische Behandlung wird hingewiesen. Sie ergibt sich aus dem Abschlussbericht der S. Neurologie, B. K., vom 13.01.2012, danach befindet sich der Kläger in regelmäßiger schmerztherapeutischer Behandlung, Psychotherapie, Physiotherapie mit manueller Therapie sowie Massagen. Der in diesem Abschlussbericht wiedergegebene neuropsychologische und psychische Befund führt keine Auffälligkeiten auf. Die Schmerzsymptomatik ist mit der Berücksichtigung des Thorakalsyndroms bei Bewertung der Brustwirbelkörper-Frakturen erfasst.

Unter Berücksichtigung der Teil-MdE von 30 v.H für die Wirbelkörperbrüche und der Teil-MdE von 10 v.H. für die schmerzbedingten

Atembeschwerden durch die Rippenfrakturen ergibt sich eine unfallbedingte Gesamt-MdE um 40 v.H.

Der Senat hat ebenso wie das Sozialgericht keine Veranlassung zu weiteren Ermittlungen gesehen. Eine ergänzende Anhörung von Dr. K. hat der Kläger zuletzt nicht mehr beantragt. Zu den Einwendungen des Klägers hat Dr. K. unter dem 21.02.2013 erschöpfend ergänzend Stellung genommen.

Ebenso wenig bedurfte es aus Sicht des Senats der weiteren gutachtlichen Aufklärung auf lungenfachärztlichem oder urologischem Fachgebiet. Der Kläger ist lungenfachärztlich und urologisch, wie oben dargestellt, untersucht worden. Anhaltspunkte für eine im Zusammenhang mit dem Unfall entstandene Gesundheitsstörung auf diesen fachärztlichen Gebieten ergeben sich nicht. Der Senat hat sich daher auch nicht veranlasst gesehen, die vom Beklagtenvertreter im Termin für den Fall, dass der Senat eine Lungenfunktionsstörung annimmt, angeregte lungenfachärztliche Begutachtung anzuordnen. Die Atembeschwerden des Klägers sind unfallchirurgisch als schmerzbedingt aus Rippenfehlstellung und Thorakalsyndrom überzeugend gutachterlich begründet worden. Eine weitere Beweisaufnahme war für den Senat daher entbehrlich. Seinen angekündigten und noch nicht näher konkretisierten Antrag nach [§ 109 SGG](#) aus dem Schriftsatz zur Berufungsbegründung hat der Kläger im Termin ausdrücklich nicht mehr gestellt.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-08-27