

L 10 U 3919/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

10

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 5 U 1132/11

Datum

23.06.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 10 U 3919/14

Datum

24.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.06.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente ab 01.11.2009 streitig.

Der am 1966 geborene Kläger kollidierte am 09.04.2008 auf dem Weg zur Arbeit mit seinem Motorrad mit einem entgegenkommenden PKW und erlitt dabei eine Fraktur des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 und des Brustwirbelkörpers (BWK) 12 sowie eine Prellung des linken Daumens mit Seitenbandverletzung. Die Frakturen wurden im Klinikum L. durch eine dorsale Stabilisierung mit Fixateur intern und der linke Daumen durch Längemann-Ausziehnah und Daumenorthese versorgt. Der postoperative Verlauf war unkompliziert. Nach Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung in der Klinik F. , Bad H. , im April/Mai 2008 begann der Kläger am 30.06.2008 mit einer stufenweisen Wiedereingliederung in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Blechschlosser, wobei am 17.09.2008 wieder Arbeitsfähigkeit eintrat.

Mit Bescheid vom 27.01.2009 gewährte die Beklagte dem Kläger für den Zeitraum vom 17.09.2008 bis 31.10.2009 eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 vom Hundert (v.H.). Grundlage dessen war das Erste Rentengutachten des Prof. Dr. A. , Klinikum L. , der als Unfallfolgen eine osteosynthetisch versorgte BWK12-Fraktur, eine LWK1-Vorderkantenimpression, eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Rotation und eine geringgradige Bewegungseinschränkung bei der Flexion der unteren BWS und LWS sowie eine folgenlos ausgeheilte ulnare Seitenbandverletzung des Daumens links beschrieb, die er mit einer MdE um 10 v.H. bewertete sowie die hierzu eingeholte Stellungnahme der Beratungsärztin Dr. K. , die unter Zugrundelegung des sog. Segmentprinzips eine MdE um 20 v.H. für sechs Monate vorschlug. Der Bescheid vom 27.01.2009 wurde bestandskräftig, nachdem der Kläger den zunächst erhobenen Widerspruch zurücknahm.

Im weiteren Verlauf erfolgte im Rahmen einer stationären Behandlung im Klinikum L. vom 24. bis 27.04.2009 die Metallentfernung. Nach stufenweiser Wiedereingliederung war der Kläger ab 14.07.2009 wieder arbeitsfähig.

Im Dezember 2009 wandte sich der Kläger an die Beklagte und machte anhaltende Schmerzen im Arbeits- und Privatleben geltend. Während seiner Arbeitszeit habe er bereits nach relativ kurzer angespannter Körperhaltung massive Schmerzen im Rückenbereich des verletzten Brust- und Lendenwirbels, weshalb er seine Arbeit kurzzeitig unterbrechen müsse. Auch in seinen Freizeitaktivitäten fühle er sich durch Spannungsschmerzen beeinträchtigt. Die andauernde physiotherapeutische Behandlung bringe nur teilweise eine Verbesserung. Eine wesentliche Besserung des momentanen Zustandes sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zu erwarten.

Am 11.12.2009 stellte sich der Kläger im Klinikum L. vor und klagte über plötzlich neu aufgetretene Kreuzschmerzen. Bei der Untersuchung zeigten sich die Schmerzen im Bereich der oberen LWS lokalisiert und ins Gesäß ausstrahlend. Ein sensomotorisches Defizit fand sich nicht. Die paravertebrale Muskulatur der LWS war beidseits induriert und die Seitneigung war frei. Die Schmerzen verstärkten sich bei der

Reklination; der Finger-Bodenabstand betrug 35 cm. Die veranlassten Röntgenaufnahmen des thorakolumbalen Übergangs zeigten keinen Anhalt für eine zunehmende Sinterung und keine neu aufgetretene Fraktur oder vermehrte Kyphose im Vergleich zu den Voraufnahmen. Eingeleitet wurde eine konservative Therapie (krankengymnastische Übungstherapie, Fango, Massage, Ibuprofen und Metamizol-Tropfen als Bedarfsmedikation). Der Kläger wurde weiterhin für arbeitsfähig erachtet (vgl. Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. A. vom 11.12.2009, Bl. 376 VerwA). Nach Durchführung einer Magnetresonanztomographie (MRT) am 08.01.2010 und Wiedervorstellung am 13.01.2010 führte Prof. Dr. A. im Abschlussbericht vom 19.01.2010 (Bl. 390/392 VerwA) aus, die Beschwerden im Bereich der OP-Narbe seien zwischenzeitlich rückläufig, eine radikuläre Symptomatik bestehe nicht, die Wund- und Weichteile seien reizlos und die Narbe sei fest. Über dem BWK12 finde sich noch ein diffuser Druckschmerz. Der Kläger wurde weiterhin für arbeitsfähig erachtet. Wegen der nur noch geringen Restbeschwerden wurde nochmals Krankengymnastik verordnet.

Am 01.03.2010 suchte der Kläger zur Einholung einer Zweitmeinung den Orthopäden Dr. P. auf, der ausweislich seines H-Arzt-Berichts vom selben Tag folgenden Befund erhob: Druck-/Klopfschmerz BWK12, keine radikulären Zeichen, Reklinationsschmerz, kaum Bewegungseinschränkung, Facettensymptomatik Th12 bis L2. Aufgrund der MRT vom Januar 2010 ging er von deutlichen Aktivitätszeichen im Bereich der Hinterkante des LWK1, die noch intakt sei, aus. Aufgrund einer großen Defektzone (mehr als 30% Deckplatteneinbruch) sei die Hinterkante potentiell instabil, da auch in diesem Segment eine deutliche Kyphose bestehe. Er empfahl eine Schmerztherapie und ggf. Akupunktur und eine Bildkontrolle aufgrund einer relativen OP-Indikation (ev. Aufrichtungsspondylodese). Er erachtete den Kläger weiterhin für arbeitsfähig (H-Arzt-Bericht 01.03.2010, Bl. 426 VerwA).

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete sodann Prof. Dr. L., S.-Kliniken H., aufgrund Untersuchung des Klägers vom 22.03.2010 ein Gutachten. Als Unfallfolgen beschrieb er eine Bewegungseinschränkung bei Rotation und Seitneigung im Bereich der BWS und LWS, eine Entfaltungsstörung des Bandscheibenfachs Th12/L1 mit daraus resultierender Bewegungseinschränkung, einen paravertebralen Muskelhartspann im Bereich des thorakolumbalen Übergangs sowie eine verminderte muskuläre Ausdauerleistung der stabilisierenden Rumpfmuskulatur. Die MdE schätzte er ab dem Zeitpunkt seiner Untersuchung mit 10 v.H. ein. Im davor liegenden Zeitraum vom 01.11.2009 bis 21.03.2010 betrage die MdE 20 v.H. Eine Begründung gab Prof. Dr. L. nicht und er legte auch nicht dar, von welchen Befunden er für die Vergangenheit ausging. Hierzu äußerte sich die Beratungsärztin der Beklagten Dr. K. dahingehend, dass seit Ende des Gesamtvergütungszeitraums eine MdE um 10 v.H. vertretbar sei, da sich nach dem sog. Segmentprinzip eine MdE um 5 v.H. errechne.

Am 19.04.2010 stellte sich der Kläger bei Dr. B. vor. Er klagte über Schmerzen im Rücken und gürtelförmige Schmerzen links mehr als rechts. Den Befund dokumentierte Dr. B. im Bereich der BWS wie folgt: reizlose Hautnarbe, gute Beweglichkeit, paravertebraler Druckschmerz beidseits, keine Infektionszeichen, neurologisch komplett unauffällige Reflexe. Die röntgenologische Untersuchung der LWS ergab folgenden Befund: kyphotisch abgeheilte BWK12-Fraktur, Zeichen für knöcherne Konsolidierung, deutliche Höhenminderung des Bandscheibenfachs. Dr. B. schlug eine Verlaufskontrolle mittels MRT und erneutem Röntgenbild in sechs Monaten zur Entscheidung über das weitere Prozedere vor. Den Kläger erachtete er weiterhin arbeitsfähig (vgl. H-Arztbericht vom 19.04.2010, Bl. 433 VerwA).

Am 04.05.2010 suchte der Kläger in der Klinik Markgröningen die Dres. R. und S. auf, die aufgrund des erhobenen Befundes (unauffälliges Gangbild, Gangvaria demonstrierbar, Klopfschmerz im Operationsgebiet mit beidseitigem Muskelhartspann paravertebral, Schmerzen beim Vornüberbeugen, Inklination mit Fingerbodenabstand mehr als 30 cm eingeschränkt, keine sensomotorischen Defizite, Reflexstatus unauffällig, seitengleich lebhaft auslösbar) ein konservatives Vorgehen mit intensiver Krankengymnastik empfahlen. Für den Fall, dass die Beschwerden sich massiv verschlechterten oder konservativ nicht beherrschbar seien, käme als einzige operative Option eine Wiederaufrichtungsspondylodese Th10 bis L2 in Frage. Von einem operativen Vorgehen sei bei der aktuellen Beschwerdesymptomatik allerdings eher abzusehen. Den Kläger erachteten sie für arbeitsfähig (Verlaufsbericht vom 04.05.2010, Bl. 482 VerwA).

Mit Bescheid vom 20.07.2010 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraums mit der Begründung ab, über den 31.10.2009 hinaus bedingten die Unfallfolgen keine MdE in einem rentenberechtigenden Grade. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch, mit dem er geltend machte, dass das Metall möglicherweise zur Unzeit entfernt worden sei und nach Mehrheitsmeinung der von ihm aufgesuchten Ärzte ein erneuter operativer Eingriff sinnvoll sei. Im Bereich des Rückens sei eine deutliche Veränderung eingetreten; seine Wirbelsäule bilde einen deutlichen Buckel und die Brust habe die Form einer Trichterbrust.

Am 06.08.2010 stellte sich der Kläger im K. Stuttgart bei Prof. Dr. K. und am 19.08.2010 im Klinikum Karlsbad-Langensteinbach bei Prof. Dr. H. vor. Prof. Dr. K. intensivierte aufgrund des erhobenen Befundes (reizlose Haut- und Narbenverhältnisse, nahezu freie Beweglichkeit der Lenden- und Brustwirbelsäule, Fehlen eines sensomotorischen Defizits) und der vom Kläger beklagten erheblichen Schmerzen die Schmerzmedikation und empfahl eine schmerztherapeutische Untersuchung (vgl. Durchgangsarztbericht vom 06.08.2010, Bl. 484 VerwA). Prof. Dr. H. erhob klinisch im Wesentlichen unauffällige Befunde (kein Klopfschmerz im Bereich der gesamten Wirbelsäule bei reizfreien Narben, Fußbodenabstand 20 cm, differenzierte Gangbilder demonstrierbar, Lasègue beidseits negativ, volle Kraftgrade bei der neurologisch orientierten Untersuchung der unteren Extremitäten, Reflexstatus seitengleich auslösbar, keine pathologischen Reflexe) und ging nach Auswertung der Hypomochleonaufnahme auf Höhe von BWK12 von einer stabilen Wirbelsäulensituation und einer leichten Kyphosierung im thorakolumbalen Übergang aus (Arztbrief vom 23.08.2010, Bl. 513 VerwA).

Die Beklagte holte eine neuerliche beratungsärztliche Stellungnahme der Dr. K. ein, die keine weitere Behandlung für erforderlich erachtete. Alle vom Kläger innerhalb kürzester Zeit besuchten Wirbelsäulenchirurgen seien sich einig, dass ein stabil verheilter Bruch mit leichter Kyphosierung im Bereich TH11/12 vorliege. Mit Widerspruchsbescheid vom 24.02.2011 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 20.07.2010 zurück.

Am 24.03.2011 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Heilbronn (SG) Klage erhoben und die Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. geltend gemacht.

Das SG hat bildgebendes Material sowie medizinische Unterlagen von den behandelnden Ärzten beigezogen und das Gutachten des Facharztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. V. aufgrund Untersuchung des Klägers im Oktober 2011 eingeholt. Der Sachverständige hat als Unfallfolgen knöchern fest durchbaute ehemalige Deckenplattenkompressionsfrakturen des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbels ohne wesentliche Achsendeformität in der Frontalebene, eine mäßiggradige keilförmige Deformierung des 12. Brustwirbels schwerpunktmäßig zur Vorderkantenseite hin mit daraus resultierendem Achsenknick der Wirbelsäule im betroffenen Segment mit

Konvexität zur Rückseite hin von ca. 15 Grad, einen diskret bis leichtgradig ausgeprägten Durchhang der Deckplatte des 1. Lendenwirbels ohne wesentliche Auswirkung auf die Achsenstellung sowie überwiegend durchschnittlich ausgeprägte Bewegungsradien des Achsen- bzw. Rumpfskeletts ohne sichere Hinweise auf neurologische Ausfallserscheinungen beschrieben und unter Zugrundelegung des sog. Segmentprinzips die MdE bis zur Entfernung des Metallimplantats mit 15 v.H. und danach mit weniger als 10 v.H. eingeschätzt.

Auf Antrag des Klägers gemäß § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG darüber hinaus das Gutachten des PD Dr. A., Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Querschnittsgelähmte und Rheumatologie am Klinikum B., eingeholt, der den Kläger im September 2012 untersucht hat. Der Sachverständige hat als Unfallfolgen ein in kyphotischer Defektheilung (Kyphosewinkel 20 Grad) verbliebener Bruch des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbelkörpers mit funktioneller Instabilität bei Zerstörung des hinteren Zuggurtungsapparates sowie eine folgenlos ausgeheilte Bandverletzung am rechten Daumen beschrieben. Die ein Jahr nach dem Unfall aufgetretene Verschlimmerung der Beschwerden sei auf die Metallentfernung und die damit klinisch relevant gewordene Instabilität der hinteren Zuggurtung der Wirbelsäule zurückzuführen. Bis zur Metallentfernung sei die Fraktur in korrekter Position eingestellt gewesen. Diese habe danach ihre Position wieder verloren und sei nunmehr in einer instabilen Fehlposition verheilt. Die MdE hat der Sachverständige mit 20 v.H. eingeschätzt.

Gegen diese Beurteilung hat sich die Beklagte unter Vorlage einer Stellungnahme ihrer Beratungsärztin Dr. H. gewandt, die bei einer Achsabweichung von 14 Grad keinen nennenswerten Achsenknick gesehen hat. Relevant für die Bemessung der MdE sei, dass es nicht zu einer Instabilität des Bewegungssegments gekommen sei. Beim Kläger liege vielmehr eine stabile Ausheilung, eine gute Funktion und eher geringe Beschwerden vor, wodurch eine MdE um 20 v.H. nicht gerechtfertigt sei. Hierzu hat sich der Sachverständige PD Dr. A. ergänzend geäußert und an seiner Auffassung festgehalten, worauf die Beklagte die weitere Stellungnahme der Beratungsärztin Dr. H. vorgelegt hat, die darauf hingewiesen hat, dass die Fraktur nach der Metallentfernung zwar nachgesintert sei, der Korrekturverlust inzwischen aber verheilt sei und keine Instabilität, sondern ein Endzustand vorliege.

Das SG hat sodann das Gutachten des Prof. Dr. C., Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Klinikum M., eingeholt, der den Kläger im März 2014 untersucht hat. Der Sachverständige hat als Unfallfolge eine reizlose 16 cm lange senkrecht verlaufende Narbe nach operativer Behandlung von Brüchen des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbels und nachfolgender Metallentfernung, Verspannungen und Verhärtungen der paravertebralen Muskulatur im Narbenbereich sowie eine anteilige Bewegungseinschränkung beschrieben. Radiologisch hätten sich unter vorderer Höhenminderung vollständig und fest verheilte Brüche des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbels gezeigt, wobei der durch die Verheilung in Fehlstellung bedingte Kyphosewinkel etwas mehr als 20 Grad betrage. Hinweise auf eine pathologische Instabilität hat der Sachverständige nicht gesehen. Er ist demnach von einer stabilen Ausheilung ausgegangen und hat die MdE im Hinblick auf das Fehlen wesentlicher Funktionseinschränkungen mit 10 v.H. bewertet.

Mit Urteil vom 23.06.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat sich dabei auf die Gutachten des Dr. V. und des Prof. Dr. C. gestützt und ausführlich unter Heranziehung der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., S. 442) begründet, dass eine MdE um 20 v.H. dann in Betracht komme, wenn neben einem stabilen Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung ein statisch wirksamer Achsenknick vorliegt oder ein instabiler Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung vorhanden ist. Beides sei beim Kläger nicht zu bejahen. Denn der beim Kläger vorliegende Achsenknick sei in diesem Sinne nicht statisch wirksam und eine Instabilität sei - wie Prof. Dr. C. überzeugend und PD Dr. A. widerlegend dargelegt habe - zu verneinen. Schließlich ergebe sich auch unter Anwendung des sog. Segmentprinzips nach Weber und Wimmer keine MdE um 20 v.H.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 18.08.2014 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.09.2014 beim SG Berufung eingelegt. Er hat das von Prof. Dr. M., Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Krankenhaus St. E. in R., für das Landgericht Stuttgart in dem vom Kläger gegen das Klinikum L. geführten Schadensersatzprozess (20 O 145/13) erstattete Gutachten vom 18.02.2014 vorgelegt, hieraus auszugsweise zitiert und geltend gemacht, Prof. Dr. M. gehe ebenso wie der Sachverständige PD Dr. A. von einer Instabilität aus. Auf den Hinweis, dass Prof. Dr. M. eine Instabilität auf Seite 32 seines Gutachtens ausdrücklich verneine, hat der Kläger die Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Landgerichts vom 03.02.2015 vorgelegt und geltend gemacht, Prof. Dr. M. gehe im Rahmen seiner Ausführungen an mehreren Stellen von einem Korrekturverlust und einer Instabilität aus.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.06.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2011 zu verurteilen, ihm ab 01.11.2009 Verletztenrente nach einer MdE um zumindest 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise Prof. Dr. M. als Zeugen darüber zu vernehmen, dass als sichere Folgen des Wegeunfalls vom 09.04.2008 ein in kyphotischer Defektheilung verbliebener Bruch des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbelkörpers mit funktioneller Instabilität bei Zerstörung des hinteren Zuggurtungsapparates mit statisch negativ wirksamem Achsenknick verblieben ist, der mit einer MdE um 20 v.H. zu bewerten ist sowie hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig. Insbesondere stehe auch das Gutachten des Prof. Dr. M. nicht in Widerspruch zu den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. C. ... Denn Prof. Dr. M. gehe ausweislich seines Gutachtens (Seite 32) davon aus, dass die Funktionsaufnahmen eine relevante Instabilität im betroffenen Wirbelsäulenabschnitt nicht nachweisen. Auch dem Protokoll des Landgerichts Stuttgart vom 03.02.2015 sei nicht zu entnehmen, dass Prof. Dr. M. von einer Instabilität ausgehe.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die gemäß § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung des Klägers, über die

der Senat nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheidet, ist zulässig; die Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2011 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht wegen der Folgen des am 09.04.2008 erlittenen Arbeitsunfalls ab 01.11.2009 Verletztenrente nicht zu. Denn die Unfallfolgen rechtfertigen nicht die Bemessung mit einer rentenberechtigenden MdE um wenigstens 20 v.H.

Das SG hat die rechtlichen Grundlagen des geltend gemachten Anspruchs auf Verletztenrente ([§ 56 Abs. 1](#) des Siebten Buches des Sozialgesetzbuchs - SGB VII) und die Maßstäbe, nach denen die MdE zu bemessen ist, im Einzelnen dargelegt und ist gestützt auf die Gutachten des Dr. V. und des Prof. Dr. C. zutreffend davon ausgegangen, dass für die Bemessung der MdE maßgeblich die Schäden im Bereich des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbelkörpers zu beurteilen und zu bewerten sind. Insoweit hat es unter Heranziehung der unfallmedizinischen Literatur (insbes. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.) und gestützt auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. C. im Einzelnen dargelegt, unter welchen Voraussetzungen derartige Schädigungen einerseits mit einer MdE um 10 bis 20 v.H. bewertet werden (stabiler Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung und statisch wirksamem Achsenknick) bzw. andererseits die Bemessung mit einer rentenberechtigenden MdE um wenigstens 20 v.H. rechtfertigen (instabiler Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung und statisch wirksamem Achsenknick). Zutreffend hat es auf der Grundlage der überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. C. die beiden Fallgruppen dann abgegrenzt und begründet, dass eine MdE um 20 v.H. nicht erreicht wird, weil es beim Kläger nicht zu einem statisch wirksamen Achsenknick gekommen ist und insbesondere - entgegen der Ansicht des Sachverständigen PD Dr. A. - eine Instabilität im betroffenen Bewegungssegment schon angesichts der klinischen Befundsituation nicht verblieben ist. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen vollumfänglich an, sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Zu ergänzen sind die Ausführungen des SG insoweit, als auch auf der Grundlage des Gutachtens von Prof. Dr. L. ein weitergehender Anspruch auf Verletztenrente zu verneinen ist. Denn seine für die Vergangenheit (Zeitraum vor der Untersuchung am 22.03.2010) abgegebene Beurteilung einer MdE um 20 v.H. überzeugt nicht. Für den Zeitpunkt seiner Untersuchung beurteilte Prof. Dr. L. die MdE in Übereinstimmung mit Dr. V. und Prof. Dr. C. mit 10 v.H. Aus welchen Gründen er bis zum Tag vor der Untersuchung eine MdE um 20 v.H. annahm, erschließt sich nicht. Eine Begründung gab der Gutachter nicht, Befunde für die Vergangenheit führte er in seinem Gutachten nicht an. Eine Verbesserung des Funktionszustandes gerade zum Zeitpunkt der Untersuchung ist nicht erkennbar und wird vom Kläger auch nicht behauptet. Dem entsprechend ist die Annahme einer MdE um 20 v.H. für die Zeit vor der Untersuchung nicht nachvollziehbar. Der Senat schließt sich insoweit vielmehr der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. zum Gutachten von Prof. Dr. L. an.

Soweit der Kläger die eingelegte Berufung damit begründet, es liege eine (funktionsrelevante) Instabilität vor, was sich aus den näher zitierten Ausführungen in dem vorgelegten Gutachten des Prof. Dr. M. ergebe, trifft dies nicht zu. Eine im Rahmen der MdE-Bewertung zu berücksichtigende, also funktionell relevante Instabilität ist definiert als abnorme Beweglichkeit, also Beweglichkeit in unphysiologischer Richtung oder Überbeweglichkeit in physiologischer Richtung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Im Gegensatz zu der vom Kläger vertretenen Ansicht hat Prof. Dr. M. auf Seite 32 seines Gutachtens gerade ausgeführt, dass sich mit den vorliegenden Funktionsaufnahmen keine relevante Instabilität im betroffenen Wirbelsäulenabschnitt nachweisen lasse und dies als Begründung dafür herangezogen, weshalb nach wie vor auch keine Indikation für eine weitere Operation im Sinne einer ventralen Stabilisierung bestehe. Entsprechend hätten sich - so Prof. Dr. M. weiter - auch praktisch alle vom Kläger hinzugezogenen Ärzte zurückhaltend hinsichtlich einer ventralen Stabilisierung geäußert. Mit den vom Kläger zitierten Ausführungen in dem vorgelegten Gutachten, wonach es im Anschluss an die Implantatentfernung wieder zu einer Zunahme der Knickbildung und Deformierung der Wirbelsäule gekommen sei, wobei Ursache für das Nachgeben der verletzten Strukturen im Wesentlichen die Verletzung der Bandscheibe zwischen dem 12. Brustwirbelkörper und dem 1. Lendenwirbelkörper sei, beschreibt Prof. Dr. M. gerade keine pathologische Instabilität in dem betroffenen Bewegungssegmenten, sondern lediglich den Korrekturverlust nach Entfernung des Implantats. Entsprechend legte Prof. Dr. M. auf Seite 32 seines Gutachtens auch dar, dass der aktuelle Befund der Wirbelsäule gegenüber dem unmittelbar postoperativ erzielten Ergebnis zwar (als Folge der Implantatentfernung) eine Zunahme der Keilwirbelbildung für den 12. Brustwirbel und den 1. Lendenwirbel zeige, was zu einer leichten lokalen Knickbildung führe, die mit 14 Grad praktisch der Ausgangssituation entspreche, sich mit den Funktionsaufnahmen aber eine relevante Instabilität im betroffenen Wirbelsäulenabschnitt nicht nachweisen lasse. Prof. Dr. M. ist in seinem Gutachten entgegen der Behauptung des Klägers damit nicht von einer relevanten Instabilität ausgegangen.

Die Auffassung des Klägers findet schließlich auch keine Stütze in den Ausführungen des Prof. Dr. M. ausweislich der vom Kläger nachfolgend vorgelegten Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Landgerichts Stuttgart vom 03.02.2015. Soweit der Kläger die behauptete Instabilität wiederum aus den Ausführungen des Prof. Dr. M. zu dem eingetretenen Korrekturverlust herzuleiten versucht, verkennt er, dass dieser gerade nicht mit einer fortbestehenden Instabilität in den betroffenen Bewegungssegmenten gleichzusetzen ist, sondern die Folgen der Metallentfernung beschreibt (vgl. Seite 31 des Gutachtens, u.a.: "... Zunahme der Knickbildung und es wurde die Deformierung der Wirbelsäule wie zum Zeitpunkt unmittelbar nach dem Unfall wieder erreicht."), wobei nachfolgend eine knöcherne Konsolidierung eingetreten ist (so übereinstimmend Dr. V. und Prof. Dr. C.). Soweit der Kläger auf Ausführungen von Prof. Dr. M. verweist, wonach die Weichteile nach der Heilung nicht mehr so stabil seien wie vorher, belegt dies keine Instabilität i.S. einer funktionellen Einschränkung, wie sie für die Bemessung der MdE allein von Bedeutung ist. Insoweit hat Prof. Dr. M. in seinem Gutachten auf Seite 31 unten ausgeführt, dass der vernarbte Bandapparat die physiologische Zuggurtungswirkung nicht mehr entfalten können, dass aber diese eingeschränkte Funktion der vernarbten hinteren Bänder nur dann zu einem Problem werde, wenn die ventrale Säule keine ausreichende Abstützreaktion mehr entfalten könne. Eine solche Situation hat Prof. Dr. M. dann ausdrücklich verneint. Dem entspricht es, wenn der Sachverständige dann auf Seite 32 des Gutachtens eine relevante Instabilität verneint. Im Ergebnis geht somit Prof. Dr. M. von einer "gewissen Instabilität" aus (so seine Wortwahl auf Seite 5 der Niederschrift), der er aber mangels funktioneller Auswirkung (s. die dargestellten Ausführungen von Seite 31 seines Gutachtens) keine Relevanz (keine "relevante Instabilität", so Seite 32 des Gutachtens) zumisst.

Den Antrag des Klägers, Prof. Dr. M. als Zeugen zu vernehmen, lehnt der Senat ab.

Soweit Prof. Dr. M. sich dazu äußern soll, dass der vom Kläger unfallbedingt erlittene Bruch des 12. Brustwirbels und des 1. Lendenwirbelkörpers in kyphotischer Stellung verheilt ist, ist dessen Vernehmung schon deshalb nicht erforderlich, weil dies aufgrund der

vorliegenden Gutachten bereits feststeht und zwischen den Beteiligten im Übrigen auch nicht streitig ist.

Soweit Prof. Dr. M. im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit als Sachverständiger für das Landgericht Stuttgart eine funktionelle Instabilität bei Zerstörung des hinteren Zuggurtungsapparates bestätigen soll, stehen seine gegenteiligen Feststellungen als Sachverständiger (keine funktionell relevante Instabilität) aufgrund seiner oben dargelegten Äußerungen im Gutachten und in der Verhandlung vor dem Landgericht fest, so dass eine nochmalige Bekundung als Zeuge über die von ihm als Sachverständiger für das Landgericht Stuttgart erhobenen, im Gutachten dokumentierten und vom Kläger mit dem Gutachten in das vorliegende Verfahren eingeführten Befunde überflüssig ist. Der Senat legt eben diese Befunde seiner Beurteilung zugrunde und unterstellt somit entsprechende Bekundungen des Prof. Dr. M. als wahr. Dass der Kläger die Ausführungen von Prof. Dr. M. missversteht, ändert an den von Prof. Dr. M. tatsächlich dokumentierten Befunden nichts.

Soweit Prof. Dr. M. aufgrund seiner Tätigkeit für das Landgericht Stuttgart bestätigen soll, dass beim Kläger ein negativ wirksamer Achsenknick vorliegt, ergibt sich die Feststellung eines Achsenknicks bereits aus seinem Gutachten (s. Seite 32: Knickbildung von 14 Grad) und steht aufgrund der vom SG durchgeführten Sachaufklärung, insbesondere aufgrund des Gutachtens von Prof. Dr. C. fest und wird von der Beklagten auch gar nicht bestritten. In Bezug auf die Frage, ob dieser Achsenknick "negativ wirksam" ist, also funktionelle Auswirkungen hat, hat der Kläger noch nicht einmal behauptet, dass Prof. Dr. M. hierzu im Rahmen seiner Tätigkeit für das Landgericht Befunde erhoben hat. Diese Frage ist nicht Gegenstand des ihm gestellten Beweisthemas gewesen (s. hierzu Seite 2 des Gutachtens) und weder in seinem Gutachten noch in seiner Vernehmung finden sich Angaben hierzu. Ohnehin ist die Beurteilung der funktionellen Auswirkungen einer Achsabweichung, im vorliegenden Fall in Bezug auf die Bewertung der MdE, keine dem Zeugenbeweis zugängliche Tatsache, sondern - wie die Ausführungen von Prof. Dr. C. auf Seite 18 f. seines Gutachtens zu den maßgeblichen Beurteilungskriterien und Bewertungen zeigen - grundsätzlich durch Sachverständigenbeweis zu klären. Letzteres ist hier erfolgt. Auch soweit der Kläger Prof. Dr. M. als Zeuge zur Höhe der MdE vernehmen lassen will, ist dies kein Gegenstand einer Zeugenvernehmung, sondern eine Frage der richterlichen Schätzung, wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat.

Die Berufung des Klägers kann nach alledem keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich und sind vom Kläger - trotz des ausdrücklich gestellten Antrags - auch nicht dargelegt worden.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-05