

L 8 U 918/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 2973/14
Datum
12.02.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 918/16
Datum
18.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12.02.2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen eines anerkannten Arbeitsunfalles zusteht.

Der 1960 geborene Kläger erlitt am 02.03.2011 in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit als Hausmeister einen Unfall. Er rutschte auf einem ca. 2 m hohen Gerüst aus und stürzte auf einen Betonboden (Unfallanzeige vom 01.04.2011). Der Kläger zog sich dabei rechts eine nicht dislozierte Rippenserienfraktur der 5. bis 9. Rippe lateral sowie der 12. Rippe paravertebral, Frakturen der rechtseitigen Querfortsätze der LWK1 bis LWK4, eine Rumpfprellung sowie eine Thoraxkontusion zu und befand sich vom 02.03.2011 bis 15.03.2011 in den Kliniken Landkreis B. in stationärer Behandlung (Zwischenbericht/Entlassbrief vom 15.03.2011). Eine am 03.03.2011 erfolgte CT-Untersuchung erbrachte nebenbefundlich insbesondere eine Sakralisation des LWK5, Osteochondrosen der mittleren und kaudalen BWS-Segmente, LWK2 bis LWK5 sowie deutliche Iliosakralgelenksarthrosen beidseits (Zwischenbericht / Entlassungsbericht Kliniken Landkreis B. vom 15.03.2011 mit Angabe eines insulinpflichtigen Diabetes). Vom 01.04.2011 bis 22.04.2011 erfolgte in der Rehabilitationsklinik S. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die insbesondere eine gebesserte Symptomatik im Vergleich zur Aufnahme erbrachte (ärztlicher Entlassungsbericht vom 20.04.2011). Eine CT-Untersuchung des Thorax am 13.07.2011 erbrachte einen konsolidierten und mit nur geringer, residueller pleuraler Begleitreaktion bestehenden Zustand nach Rippenserienfraktur rechts, kein Pneumothorax oder Erguss sowie nebenbefundlich nicht suspektes, in erster Linie postentzündlich einzustufendes, vereinzelte Mikronoduli (Bericht Dr. W. vom 13.07.2011). Eine radiologische Untersuchung der Lendenwirbelsäule am 18.07.2011 erbrachte ein regelgerechtes Vorder- und Hinterkantentalignment, keine relevante Wirbelkörperhöhenminderung, diskrete ventrale spondylophytäre Ausziehungen, Osteochondrose L5/S1 sowie Spondylarthrose betont auf Höhe L5/S1 bei nicht auszuschließender Spinalkanalstenose (Bericht Prof. Dr. B. /Dr. M. vom 18.07.2011).

Am 01.06.2011 nahm der Kläger bei fortbestehender Behandlung wegen Rücken- und Rippenschmerzen, die durch Krankengymnastik und manuelle Therapie gebessert werden konnten (Zwischenbericht Dr. S. vom 10.01.2012) seine Arbeit wieder auf (Auskunft des Klägers vom 04.07.2011), die er zwischenzeitlich aufgab. Wegen fortbestehender Schmerzen im Bereich der LWS (Zwischenbericht der Kliniken Landkreis B. vom 12.03.2012) erfolgte in der Zeit vom 02.03.2011 bis 26.03.2011 eine (stationäre) Behandlung des Klägers in den Kliniken des Landkreis B. (EAP). Im hierzu gefertigten Abschlussbericht vom 30.04.2012 teilte Dr. S. insbesondere mit, die weiterhin bestehenden Beschwerden im LWS-Bereich könnten nicht auf die beim Unfall zugezogenen Querfortsatzfrakturen zurückgeführt werden. Nach einem guten Jahr seien die bekannten Frakturen konsolidiert. Die Ursache der jetzigen Beschwerden seien am ehesten auf degenerative Veränderungen der LWS sowie Iliosakralgelenksarthrosen beidseits zurückzuführen. In dem auf eine Untersuchung des Klägers am 19.04.2012 in der BG Klinik T. gefertigten Zwischenbericht vom 25.04.2012 wird insbesondere ausgeführt, die anhaltende Schmerzsymptomatik müsse auf die objektivierbaren degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und den Iliosakralgelenken zurückgeführt werden. Die weitere Behandlung des Klägers ginge zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse. Der Kläger verbleibe arbeitsfähig. Prof. Dr. G. beschreibt in seinem Bericht vom 28.08.2012 ein traumatisches Facettensyndrom als unfallabhängige Folge. Der Beklagte holte daraufhin den ambulanten Untersuchungsbericht mit fachärztlicher Stellungnahme der BG Klinik T. vom 21.01.2013, Prof. Dr. St., ein, der eine komplex-stationäre Rehamaßnahme empfahl, die in der BG Klinik T. vom 23.01.2013 bis 06.02.2013 erfolgte (Befund- und Entlassungsbericht vom 19.02.2013). In dem von der Beklagten veranlassten neurologisch-psychiatrischen Befundbericht vom 01.02.2013 gelangte Prof. Dr. S. (nach einer Untersuchung des Klägers am 31.01.2013) zu der Beurteilung, ein

Schmerzsyndrom im Sinne eines eigenständigen Krankheitsbildes bestehe nicht. Mit Unfallfolgen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet sei nicht zu rechnen. Prof. Dr. S. empfahl bei Arbeitsfähigkeit als Hausmeister die rasche körperliche Aktivierung des Klägers.

Bereits am 30.12.2011 erlitt der Kläger einen weiteren Unfall mit Sturz auf den Rücken (Durchgangsarztbericht Dr. S. vom 10.01.2012). Durchgangsarzt Dr. S. diagnostizierte eine Rückenprellung ohne Prellmarke und Hinweise auf eine knöcherne Verletzung. Er beurteilte den Kläger als weiter arbeitsfähig.

Die Beklagte zog von der AOK U. das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers bei, das u.a. Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen Kreuzschmerz (13.10.2008 bis 05.11.2008), Lumboischialgien (22.11.2001 bis 23.11.2001 und 28.09.1999 bis 09.10.1999) sowie Behandlungen wegen eines Zervikobrachialsyndrom (23.04.2007) und einer Zervikalneuralgie (30.04.2007) auswies.

Die Beklagte holte das neurologische Zusatzgutachten des Prof. Dr. M. vom 08.08.2013 sowie das Zusammenhangsgutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie PD Dr. S. vom 29.04.2014 ein. Prof. Dr. M. gelangte in seinem Zusatzgutachten zu der Beurteilung, auf neurologischem Gebiet lägen ein durch die Rippenfrakturen entwickeltes chronisches Schmerzsyndrom und eine leichte sensible Polyneuropathie mit Sensibilitätsstörungen und Reflexabschwächungen an den Beinen vor. Die Erwerbsfähigkeit sei aufgrund des chronifizierten Schmerzsyndroms und einer damit verbundenen leichten depressiven Entwicklung auf neurologischem Fachgebiet mit einer MdE von 10 v.H. zu werten. PD Dr. S. gelangte in seinem Zusammenhangsgutachten zu der Bewertung, als objektiv krankhafte Veränderung läge ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des thorakolumbalen Übergangs vor, das durch den zugrunde liegenden Ereignisablauf verursacht sei. Die MdE betrage 30 v.H.

Die Beklagte holte zu den Gutachten des Prof. Dr. M. die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. H. vom 23.05.2014 und zum Gutachten des PD Dr. S. die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. V. vom 18.06.2014 ein. Dr. H. gelangte zu der Ansicht, objektivierbare Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet bestünden. Eine leichte Depression lasse sich nicht entnehmen. Unfallunabhängig bestünden erhebliche degenerative Veränderungen insbesondere der BWS und der LWS. Das neurologische Gutachten vom 08.08.2013 überzeuge hinsichtlich der Unfallkausalität und der MdE nicht. Dr. V. gelangte zu der Ansicht, der MdE-Einschätzung im Gutachten von Dr. S. könne nicht zugestimmt werden. Es lägen keine wesentlichen unfallchirurgischen Unfallfolgen vor.

Mit Bescheid vom 26.06.2014 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente wegen des Unfalls vom 02.03.2011 ab.

Hiergegen legte der Kläger am 01.07.2014 Widerspruch ein, mit dem er geltend machte, er leide in Folge des Unfalles an Schmerzen in der Wirbelsäule im Bereich der Rippenbrüche. Eine Polyneuropathie sei nicht auf den Diabetes mellitus zurückzuführen. Der Kläger legte medizinische Unterlagen vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.08.2014 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 26.06.2014 zurück. Den Gutachten von Prof. Dr. M. und PD Dr. S. könne nicht gefolgt werden. Es lägen zusammenfassend keine Untersuchungsbefunde vor, die dafür sprechen, dass die geklagten Beschwerden Folge des Unfalls vom 02.03.2011 seien. Die Unfallfolgen seien verheilt. Weitere Behandlungsmaßnahmen seien nicht erforderlich. Eine messbare MdE liege außerdem nicht vor.

Hiergegen erhob der Kläger am 17.09.2014 Klage beim Sozialgericht Ulm. Der Kläger machte zur Begründung geltend, entgegen der Ansicht der der Beklagten seien die seit dem Unfall aufgetretene Schmerzen Unfallfolge. Zeitlich vor dem Unfall liegende Schmerzen bezögen sich auf andere Bereiche. Es liege die Vermutung nahe, dass die Beklagte sich hinaus reden wolle. Er könne nur mit äußerst starken Schmerzmitteln leben. Trotz der Medikamente leide er unter sehr starken Schmerzen, die sein ganzes Leben stark belasteten. Der Kläger legte das Attest der Ärzte für Allgemeinmedizin Dr. S./Dr. W. vom 13.10.2014 vor.

Das SG holte (von Amts wegen) das nervenärztliche Gutachten von Prof. Dr. W. vom 31.12.2014 ein. Prof. Dr. W. diagnostizierte in seinem Gutachten ein chronisches Schmerzsyndrom nach Rippenfrakturen 5. bis 9. Rippe rechts sowie 12 Rippe rechts und Frakturen der rechtsseitigen Querfortsätze LWK1 bis LWK4 und Thoraxkontusion sowie einen Diabetes mellitus Typ 2. Er gelangte zu der Bewertung, beim Kläger bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom, bedingt durch Irritation der Intercostalnerven nach Rippenserienfraktur der 5. bis 9. Rippe sowie der 12. Rippe rechts mit daraus zusätzlich resultierender thorakaler Myotendinose und Fehlhaltung. Das chronische Schmerzsyndrom sei gänzlich durch den Arbeitsunfall am 02.03.2011 verursacht worden. Prof. Dr. W. schätzte die MdE auf 20 v.H. ein.

Die Beklagte trat dem Gutachten von Prof. Dr. W. unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 26.03.2015 entgegen. Hierzu holte das SG die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 14.07.2015 ein, in der er der Stellungnahme von Prof. Dr. S. entgegentrat und an seinen Bewertungen festhielt. Der Kläger verteidigte das Gutachten von Prof. Dr. W. mit ergänzender Stellungnahme (Schriftsätze seines Prozessbevollmächtigten vom 05.08.2015 und 18.08.2015).

Mit Urteil vom 12.02.2016 verurteilte das SG die Beklagte, dem Kläger ab 01.06.2011 eine Verletztenrente aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 02.03.2011 nach einer MdE von 20 % zu gewähren. Es führte zur Begründung aus, nach Auffassung der Kammer liege beim Kläger aufgrund des Arbeitsunfalls vom 02.03.2011 ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der Brustwirbelsäule vor. Diese Einschätzung beruhe auf dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten von Prof. Dr. W. ... Zudem decke sich sein Gutachten mit den Verwaltungsgutachten. Die Einwendungen der Beklagten unter Bezug auf Prof. Dr. S. ändere nichts an der Auffassung der Kammer. Dessen Kritik sei nicht sachlicher Natur, sondern ersichtlich auf eine Negierung des klägerischen Anspruches um jeden Preis gerichtet. Das vorliegende chronische Schmerzsyndrom führe zu einer MdE von 20 %.

Gegen das der Beklagten am 04.03.2016 zugestellte Urteil richtet sich die von der Beklagten am 09.03.2016 eingelegte Berufung. Die Beklagte hat zur Begründung unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. vom 25.04.2016 geltend gemacht, ein unfallbedingtes chronisches Schmerzsyndrom sei nicht nachgewiesen. Belastbare Tatsachen, welche den (subjektiven) Beschwerdevortrag des Klägers objektivieren könnten, seien nicht nachgewiesen. Die mittlerweile 5 Jahre nach dem Ereignis immer noch geklagten Beschwerden ließen sich nicht auf die seinerzeitige Rippenfraktur zurückführen. Unfallfolgen auf chirurgischem bzw. neurologischem Fachgebiet seien nämlich unstreitig längst folgenlos verheilt, weshalb die angegebenen Schmerzen nicht auf einen unfallbedingten körperlichen Dauerschaden zurückgeführt werden könnten. Darüber hinaus bestünden ernstliche Zweifel daran, dass überhaupt eine

erhebliche bzw. wesentliche und damit rentenberechtigende Schmerzsymptomatik vorliege.

Der Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 12.02.2016 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid vom 26.06.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.08.2014 abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hat unter Bezug auf sein erstinstanzliches Vorbringen zur Begründung ausgeführt, die Ansicht der Beklagten sei unzutreffend. Es sei nicht zutreffend, dass Prof. Dr. W. davon ausgegangen sei, dass degenerative Veränderungen der mittleren und kaudalen BWS-Segmente nicht vorlägen. Er habe sich mit den Auffassungen von Dr. H. und Prof. Dr. S. im Einzelnen und ausführlich auseinandergesetzt und nach einer ausführlichen Untersuchung nachvollziehbar dargelegt, weshalb er zu einem positiven Befund komme. Die insoweit festgestellten Schmerzen ließen sich gerade nicht auf degenerative Veränderungen zurückführen. Prof. Dr. W. gehe von einem positiv provozierbaren Schmerzbefund aus. Die fehlenden neurologischen Defizite bedeuteten nicht, dass keine Schmerzsymptomatik vorliege. Aufgrund der Provokationsempfindlichkeit an typischen Stellen sei von einem positiv provozierbaren Schmerzbefund auszugehen. Damit sei auch die Annahme von Dr. H., der gerichtlich bestellte Sachverständige habe einfach die subjektiven Beschwerden übernommen, nicht zutreffend. Das angefochtene Urteil sei nicht zu beanstanden. Vorsorglich werde beantragt, Prof. Dr. W. zu den Angaben des Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 25.04.2016 zu hören.

Der Senat hat zunächst Prof. Dr. G. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt, der nach Durchsicht der Akten Unterlagen und Vorgutachten - mangels ausreichender Kompetenz - die Einholung eines Gutachtens von einem geeigneten Sachverständigen angeregt und u.a. als Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Wi. vorgeschlagen hat. Entsprechend dem Vorschlag hat der Senat daraufhin Prof. Dr. Dr. Wi. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Prof. Dr. Dr. Wi. gelangte in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 16.03.2017 zusammenfassend zu der Beurteilung, ein unfallbedingtes Schmerzsyndrom wäre letztlich nur dann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, wenn sich Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzsyndrom aufgrund einer zusätzlichen Schädigung von Nerven ergeben, was grundsätzlich möglich erscheine. Aufgrund der Untersuchungsbefunde seien hier jedoch erhebliche Zweifel zu äußern. Als Folgen des Unfalls vom 02.03.2011 bestünden beim Kläger Restbeschwerden in Form rechtzeitiger Rückenschmerzen nach ausgedehnten Rippenserien- bzw. Querfortsatzfrakturen im Sinne einer Verschlechterung einer radiologisch bereits vorbestandenen, stark ausgeprägten Krankheitsanlage mit massiven degenerativen Veränderungen im Bereich der Brustwirbelsäule. Ein an einem lokalen Punkt reproduzierbarer Schmerz im Bereich der Rippen sei nicht hinreichend wahrscheinlich dem Unfall zuzurechnen. Die MdE sei mit 10 bis 20 v.H. zu bewerten, dies in Abhängigkeit davon, welchen Anteil der degenerativen Vorerkrankung zugerechnet werde. Der Grund für die Anerkennung einer messbaren MdE sei in der doch erheblichen Schmerzmedikation zu sehen, die offensichtlich vor dem Unfallereignis nicht vorgelegen habe. Die definitive Bewertung des Verschlimmerungsanteils sollte von unfallchirurgisch-orthopädischer Seite anhand der Würdigung der bildgebenden Unterlagen vorgenommen werden.

Die Beklagte trat dem Gutachten von Prof. Dr. Dr. Wi. entgegen (Schriftsatz vom 10.04.2017). Der Kläger hat sich durch seinen Prozessbevollmächtigten zum Gutachten von Prof. Dr. W. mit Schriftsatz vom 26.04.2017 geäußert und eine MdE von 20 v.H. weiterhin für zutreffend erachtet und beantragt, ein chirurgisch-orthopädisches Zusatzgutachten in Auftrag zu geben, damit die Bewertung der MdE nicht auf fachfremden Gebiet erfolgen müsse.

Der Senat hat zum Vorbringen der Beteiligten die ergänzende Stellungnahme des Prof. Dr. Dr. Wi. vom 29.11.2017 eingeholt, in der er an seinen Bewertungen im Wesentlichen festhielt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt (Beklagte Schriftsatz vom 19.03.2018, Kläger Schriftsatz vom 28.03.2018).

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf einen Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig und begründet. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten vom 26.06.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.08.2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat gegen Beklagte keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente anlässlich des Arbeitsunfalls vom 02.03.2011. Dem angefochtenen Urteil des SG vermag sich der Senat nicht anzuschließen.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vohundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)).

Diese Voraussetzungen liegen beim Kläger nicht vor. Zwar hat der Kläger am 02.03.2011 unstreitig einen Arbeitsunfall erlitten, was die Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid vom 26.06.2014 (konkulent) anerkannt hat. Entgegen dem angefochtenen Urteil des SG sind beim Kläger jedoch keine Unfallfolgen in rentenberechtigendem Ausmaß festzustellen.

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 m.w.N.). 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 a.a.O.; zuletzt BSG 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Derzeit ist im Hinblick auf den Wandel durch geänderte Anforderungen des Arbeitsmarkts und den medizinisch-therapeutischen Fortschritt eine wissenschaftliche Diskussion darüber in Gang, inwieweit die teilweise über Jahrzehnte alten MdE-Erfahrungswerte in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur diesem Wandel noch gerecht werden. (vgl. Ludolph/Schürmann, Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung, Medizinische Sachverständige 2016, 60-71 - Diskussionsentwurf -). Zur Diskussion gestellt sind mittlerweile die Vorschläge der Kommission "Gutachten" der medizinischen Fachgesellschaft der Unfallchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die von Ausnahmen abgesehen die bisherigen MdE-Bewertungsansätze mit niedrigeren MdE-Sätzen versieht bzw. neue Bewertungsgrundsätze in die wissenschaftliche Auseinandersetzung einführt (vgl. Ludolph/Schürmann a.a.O.). Vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Diskussion um die MdE-Erfahrungswerte in der gesetzlichen Unfallversicherung noch ergebnisoffen und noch nicht abgeschlossen ist, hält der Senat im Wege der Einzelfallprüfung an den bislang in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur dargestellten MdE-Bewertungskriterien fest. Ergibt sich im Einzelfall, dass eine der zur Diskussion gestellte, abweichende MdE-Wertung für die zu bewertende gesundheitliche Folge eines Versicherungsfalles überzeugender ist, sieht sich der Senat nicht gehindert, diese seiner Entscheidung zugrunde zu legen, nachdem allgemeiner Konsens jedenfalls darüber herrscht, dass die bisherigen MdE-Bewertungskriterien überarbeitungsbedürftig sind (vgl. Senatsurteil vom 22.07.2016 - [L 8 U 475/15](#) -, juris, www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#)). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: [BSGE 63, 207](#), 211, 212 = [SozR 2200 § 581 Nr. 28](#); Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 m.w.N.). Dies verlangt [§ 56 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wonach die "Infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Grundsätzlich ist der Grad der MdE aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten, wobei hinsichtlich knöcherner Verletzungen als Maßstab die Einschränkungen der Bewegungsmaße und durch neurologische Ausfälle bedingte funktionelle Beeinträchtigungen in Betracht kommen.

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, [a.a.O.](#)).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - und - [B 2 U 26/04 R](#) -, a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m.w.N.).

Nach diesen Grundsätzen lässt sich zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen nicht feststellen. Dies gilt insbesondere für ein chronisches Schmerzsyndrom als Unfallfolge, wovon das SG im angefochtenen Urteil ausgeht.

Der Kläger macht zur Begründung seines Rentenbegehrens (hauptsächlich) Schmerzen infolge der beim Arbeitsunfall am 02.03.2011 erlittenen Verletzungen geltend. Dass die vom Kläger beschriebenen Schmerzen rechtlich wesentlich auf die bei dem Arbeitsunfall am 02.03.2011 erlittenen Verletzungen, insbesondere die erlittene Rippenserienfraktur sowie die Fraktur der Querfortsätze LWK1 bis 4, zurückzuführen sind, kann nicht festgestellt werden.

Die vom Kläger beschriebenen Schmerzen finden unfallchirurgisch/orthopädisch kein hinreichendes medizinisches Korrelat. Die am 13.07.2011 durchgeführte CT-Untersuchung des Thorax erbrachte eine Konsolidierung der Frakturen teils mit überschießender Callusreaktion und diskreter Kortikalisunregelmäßigkeiten der Rippen ventro-lateral bei normal erscheinender Stellung. Eine radiologische Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch das Klinikum der Universität U. erbrachte bis auf degenerative Veränderungen keine wertigen Befunde an der knöchernen Wirbelsäule (Bericht vom 18.07.2011; Zusammenhangsgutachten PD Dr. S. vom 29.04.2014). Auch eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule am 09.07.2012 erbrachte hinsichtlich der Fraktur der Querfortsätze LWK1 bis 4 keinen bedeutsamen Befund. Eine am 25.01.2013 erfolgte kernspintomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule des Klägers zeigte keinen Nachweis einer Fraktur der Lendenwirbelsäule bei bestehenden degenerativen Veränderungen (Befund- und Entlassbericht der BG Klinik T. vom 19.02.2013). Wesentliche strukturelle Veränderungen durch die erlittene Rippenserienfraktur sowie der Fraktur der Querfortsätze LWK1 bis 4, die eine MdE rechtfertigen, lassen sich danach nicht feststellen. Hiervon geht auch PD Dr. S. in seinem Gutachten vom 29.04.2014 aus, der auf unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet keine verbliebenen Unfallfolgen, sondern ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des thorakolumbalen Überganges mit Ausstrahlung nach ventral thorakal angenommen hat. Dem entspricht auch die Ansicht des chirurgischen Beratungsarztes der Beklagten Dr. V., der in seiner nur stichwortartig begründeten Stellungnahme vom 18.06.2014 das Vorliegen wesentlicher unfallchirurgischer Unfallfolgen durch Bezugnahme auf das Gutachten von Dr. S. verneint hat. Auch die Kliniken Landkreis B. gehen im Abschlussbericht vom 30.04.2012 davon aus, dass die weiterhin bestehenden Beschwerden im LWS-Bereich nicht auf die beim Unfall zugezogenen Querfortsatzfrakturen, sondern am ehesten auf bestehende degenerative Veränderungen zurückzuführen seien.

Auch auf neurologischem Fachgebiet kann ein rechtlich wesentlicher Zusammenhang der vom Kläger geltend gemachten Schmerzsymptomatik mit dem Arbeitsunfall vom 02.03.2011 nicht festgestellt werden. Die neurologischen Untersuchungen des Klägers erbrachten, bis auf eine leichte unfallunabhängig zu wertende Polyneuropathie, insgesamt keinen objektivierbaren krankhaften Befund. Insbesondere haben Prof. Dr. M. in seinem neurologischen Zusatzgutachten vom 08.08.2013, Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 31.12.2014 sowie Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten vom 22.11.2016 jeweils keine bedeutsamen neurologischen Ausfälle beim Kläger feststellen können, worauf auch Dr. H. insbesondere in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 25.04.2016 zutreffend hinweist. Soweit Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 31.12.2014 ein durch eine Irritation der Intercostalnerven bedingtes Schmerzsyndrom nach Rippenserienfraktur mit daraus zusätzlich resultierender thorakaler Myotendinose und Fehlhaltung als Folge des Arbeitsunfalls vom 02.03.2011 wertet, bestehen an dieser Bewertung durchgreifende Zweifel, wie Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten vom 22.11.2016 nachvollziehbar und überzeugend dargelegt hat, dem der Senat insoweit folgt. Nach den Ausführungen von Prof. Dr. Dr. Wi. lässt sich bei radiologisch komplikationslos verheilten Frakturen ein unfallbedingtes Schmerzsyndrom letztlich nur dann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit annehmen, wenn sich Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzsyndrom aufgrund einer zusätzlichen Schädigung von Nerven ergeben. Grundsätzlich erscheint ein solches auch möglich, nachdem am unteren Rand sämtlicher Rippenerven verlaufen, die von der Wirbelsäule schräg nach unten um den Brustkorb herum bis an dessen Vorderseite ziehen. Ein hierauf beziehbares neuropathisches Schmerzsyndrom hat Prof. Dr. W. in seinem Gutachten letztlich auch angenommen. Aufgrund der Untersuchungsbefunde bestehen jedoch durchgreifende Zweifel daran, dass beim Kläger ein unfallbedingtes (neuropathisches) Schmerzsyndrom vorliegt, wovon auch Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten mit nachvollziehbaren und überzeugenden Argumenten ausgeht. Prof. Dr. W. beschreibt in seinem Gutachten eine umfangreiche Sensibilitätsstörung mit Missempfindungen letztlich an der gesamten rechten Thoraxhälfte in den Segmenten TH4 bis TH 12, wobei er schon nicht schlüssig von Sensibilitätsstörungen als Folge der Irritation der Intercostalnerven ausgeht, wenn er einmal von einer unauffälligen Oberflächensensibilität spricht, jedoch an anderer Stelle bei Überprüfung mit dem Wattestäbchen die Oberflächensensibilität als beeinträchtigt nennt. Dass letztlich im Bereich von gleich acht Rippen durch Rippenfrakturen Nervenschäden auftreten sollen, ist nach Prof. Dr. Wi. kaum nachzuvollziehen. Nach aller Erfahrung betreffen Nervenschäden selbst bei ausgedehnten Rippenserienfrakturen meist nur ein, allenfalls zwei Segmente. Weiter hat der Kläger bei der Untersuchung durch Prof. Dr. Dr. Dr. Wi. seine Schmerzen in einem Körperschema an der rechten Thoraxseite mit ansteigendem Verlauf beschrieben. Dies lässt sich jedoch anatomisch nicht erklären, da bei einer Schädigung von Intercostalnerven entsprechend dem Versorgungsgebiet des Nervens zu einem streifenförmigen, am Thorax von hinten nach vorne verlaufenden Beschwerdebild mit auch bestehenden streifenförmigen Sensibilitätsstörungen mit einer Schmerzlokalisation zur Brust hin nach unten verlaufend kommt, was beim Kläger nicht zu eruieren war, wie Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten und seiner ergänzenden Stellungnahme nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt hat. Er hat ausdrücklich dargelegt, dass charakteristische Befunde einer sogenannten Intercostalneuralgie fehlen. Dies wird auch durch die Beschreibung des Klägers bei der Untersuchung durch Prof. Dr. W., wo der Kläger abweichend zum Befund von Prof. Dr. Dr. Wi. die Lokalisation der Schmerzen zwar teilweise ringförmig in den Brustkorb ausstrahlend jedoch auch zum Nacken ausstrahlend beschrieben hatte, im Hinblick auf die untypische Schmerzausbreitung nicht widerlegt. Die von Prof. Dr. Dr. Wi. reproduzierbar festgestellte lokale Schmerzsymptomatik im Bereich des unteren Rippenbogens ist dagegen unfallbedingt, wie Prof. Dr. Wi. in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme überzeugend ausgeführt hat. Der lokale Schmerzpunkt kann nur dann als Unfallfolge angesehen werden, wenn an dieser Stelle eine unfallbedingte

Fraktur aufgetreten wäre, was jedoch für den maßgebenden Unfallzeitpunkt nicht festzustellen ist. Die mögliche Ursache der von Prof. Dr. Dr. Wi. beschriebenen Auffälligkeit ist nach der Klarstellung von Prof. Dr. Dr. Wi. in der ergänzenden Stellungnahme für die Bewertung des Unfallzusammenhangs daher nicht relevant.

Auch die sonst dokumentierten, vom Kläger im Verlauf des Rechtsstreites mit unterschiedlicher Lokalisation beschriebenen Schmerzen, sprechen anatomisch gegen eine von Prof. Dr. W. angenommene Irritation der Intercostalnerven. Nach den zur Verwaltungsakte gelangten medizinischen Unterlagen gibt der Kläger persistierende Schmerzen im Bereich der rechten Brustregion (Zwischenberichte Kliniken Landkreis B. vom 13.05.2011 und 18.07.2011), Schmerzen vor allem im Bereich der dorsalen Thoraxseite (Zwischenbericht Dr. S. vom 06.07.2011), Rippenschmerzen und Rückenschmerzen (Auskunft Kläger vom 04.07.2011), starke Schmerzen LWS (Bericht Prof. Dr. B. /Dr. M. vom 18.07.2011), Beschwerden im Bereich der LWS (Zwischenbericht Dr. S. vom 28.10.2011), Rückenschmerzen im Bereich LWK, lumbal (Auskunft Kläger vom 09.01.2012), Rückenschmerzen (Zwischenbericht Dr. S. vom 10.01.2012), Schmerzen im Bereich der LWS mit zeitweise Ausstrahlung ins linke Bein (Kliniken Landkreis B. vom 12.03.2012 und 30.04.2012), Schmerzen über der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der Lendenwirbelsäule (BG Klinik T. vom 25.04.2012), LWS-Syndrom des lumbosakralen Übergangs (Bericht Prof. Dr. G. vom 28.08.2012), belastungsabhängige Schmerzen der gesamten Wirbelsäule sowie permanenter Schmerz im Bereich der zwölften Rippe rechts lateral ausstrahlend in die ganze rechte Seite/Flanke (BG Klinik T. vom 24.01.2013) bzw. Schmerzen im Rücken mit Zeigen auf die untere Brustwirbelsäule (Befundbericht Prof. Dr. S. vom 01.02.2013). Im Rahmen der durchgeführten Begutachtungen gab der Kläger lokal begrenzte Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule an (Zusatzgutachten Prof. Dr. M. vom 08.08.2013), dauerhafte Ruhe- und insbesondere Belastungsbeschwerden im Bereich der unteren Brustwirbelsäule sowie des thoracolumbalen Übergangs mit nach ventral in den Thorax ausstrahlende Schmerzen (Zusammenhangsgutachten PD Dr. S. vom 29.04.2014). Diese Schmerzschilderungen passen nicht zu dem von Prof. Dr. Dr. Wi. beschrieben anatomisch zu erwartenden Beschwerdebild bei einer Schädigung von Interkostalnerven.

Dass beim Kläger unfallbedingt ein durch eine Irritation der Intercostalnerven bedingtes Schmerzsyndrom, eine Interkostalneuralgie, mit daraus zusätzlich resultierender thorakaler Myotendinose und Fehlhaltung als Unfallfolge besteht, wie Prof. Dr. W. annimmt, ist daher nicht zur vollen Überzeugung des Senats bewiesen. Der Bewertung von Prof. Dr. W. in seinem Gutachtenvermag vermag sich der Senat daher nicht anzuschließen.

Außerdem sind beim Kläger degenerative Vorschäden dokumentiert, die die nach dem Unfall verbliebenen Schmerzen des Klägers erklären können (Kliniken Landkreis B. im Abschlussbericht vom 30.04.2012; BG Klinik T. Zwischenbericht vom 25.04.2012). So zeigte eine zeitnah nach dem Unfall erfolgte CT-Untersuchung des Klägers am 03.03.2011 (Thorax und Ganzbauch) nach dem Bericht der Kliniken Landkreis B. degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sowohl im Bereich der Brustwirbelsäule (ausgeprägte Osteochondrosen der mittleren und kaudalen BWS-Segmente mit z.T. protifizierenden ventralen Spondylosen der unteren Segmente) und auch Lendenwirbelsäule (Osteochondrosen LWK 2 bis LWK 5 mit ventralen ventralen Spodylosen LWK 3 und LWK 5; deutliche Iliosakralgelenksarthrosen beidseits mit ventraler Synostosierung rechts). Das Vorliegen vorbestehender degenerativer Wirbelsäulenschäden bestätigen auch PD Dr. S. in seinem Gutachten vom 29.04.2014, Prof. Dr. W. und Prof. Dr. Dr. Wi. in ihren Gutachten vom 16.03.2017. Die unfallvorbestehenden degenerativen Veränderungen bezieht Prof. Dr. W. in seine Kausalitätsbewertung nicht hinreichend ein. Er geht in seinem Gutachten vom 31.12.2014 davon aus, dass degenerative Veränderungen in der Bildgebung vom März 2011 im Bereich der unteren Brustwirbelsäule ventral am Wirbelkörper beschrieben werden und das Gelenkarthrosen, welche potentiell zu Neuroforamenstenosen führen könnten, hingegen ausschließlich an der Lendenwirbelsäule festgestellt worden seien. Er folgert hieraus, dass diese zu ausstrahlenden Schmerzen oder sensiblen Defiziten in die Beine führen würden, was er beim Kläger ausschließt. Unabhängig davon, dass nach dem Bericht der Kliniken Landkreis B. vom 03.03.2011 auch ausgeprägte Osteochondrosen der mittleren Brustwirbelsäulen Segmente beschrieben werden, lässt Prof. Dr. W. unberücksichtigt, dass der Kläger nach seinen oben dargestellten dokumentierten Schmerzangaben insbesondere auch über Schmerzen im Bereich der LWS mit zeitweise Ausstrahlung ins linke Bein (Berichte Kliniken Landkreis B. vom 12.03.2012 und 30.04.2012) geklagt hat, was Prof. Dr. W. bei seiner Kausalitätsbewertung unberücksichtigt lässt. Auch Prof. Dr. Dr. Wi. sieht zumindest einen Teil der Schmerzsymptomatik durch die unfallvorbestehende Wirbelsäulenproblematik verursacht.

Eine unfallbedingte Verschlimmerung einer radiologisch bereits stark ausgeprägten Krankheitsanlage mit massiven degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule, was Prof. Dr. Dr. Wi. - fachfremd - als Unfallfolge annimmt, kann der Senat nicht feststellen.

Allein ein zeitlicher Zusammenhang der Schmerzsymptomatik des Klägers mit dem Unfallereignis sowie Umstände des Heilverlaufes rechtfertigen noch nicht die Feststellung als Unfallfolge, wovon aber PD Dr. S. in seinem Zusammenhangsgutachten vom 29.04.2014 ausgeht, weshalb seine Bewertung ebenfalls nicht überzeugt und sich der Senat seinem Zusammenhangsgutachten nicht anschließen kann. Soweit Prof. Dr. Dr. Wi. meint, es bestünden noch Restbeschwerden nach ausgedehnten Rippen- bzw. Querfortsatzstrukturen von BWK 5-12 und LWK 1-4, ist im Hinblick auf die knöchern unauffällig konsolidierten Rippen- und Wirbelfrakturen nicht überzeugend.

Damit kann der Senat nicht feststellen, dass beim Kläger die von ihm geltend gemachten Beschwerden (Schmerzen) durch das Unfallereignis vom 02.03.2011 rechtlich wesentlich verursacht worden sind. Auch sonst sind, wie ausgeführt, verbliebene MdE-relevante Unfallfolgen nicht festzustellen. Insbesondere kann, soweit Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten es für glaubhaft erachtet, dass der Kläger unter Schmerzen leidet, ein Verschlimmerungsanteil in Bezug auf die degenerative Vorerkrankung nicht festgestellt werden. Allein der Umstand einer erheblichen Schmerzmedikation, die vor dem Unfallereignis nicht vorgelegen habe, rechtfertigt entgegen der Ansicht von Prof. Dr. Dr. Wi. in seinem Gutachten noch nicht die Annahme eines Unfallzusammenhangs sowie die Annahme einer MdE von 10 bis 20 (in Abhängigkeit davon, welchem Anteil der degenerativen Vorerkrankung zugerechnet werde), wovon Prof. Dr. Dr. Wi. ausgeht. Prof. Dr. Dr. Wi. setzt sich in Widerspruch zu seiner - fachneurologischen - Bewertung, ein unfallbedingtes Schmerzsyndrom könne nur dann mit hinreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn sich Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzsyndrom aufgrund einer Schädigung von Nerven ergäben, die Prof. Dr. Dr. Wi. aber nicht hat feststellen können. Welche sonstigen Gründe vorliegen, die rechtfertigen, Restbeschwerden in Form von rechtsseitiger Rückschmerzen unfallursächlich zu werten, wovon Prof. Dr. Dr. Wi. ausgeht, kann weder seinem Gutachten noch seiner ergänzenden Stellungnahme nachvollziehbar entnommen werden. Der Verweis auf eine orthop./unfallchirurgische Klärung führt insoweit nicht weiter, denn sowohl der behandelnde Arzt Dr. S. wie auch der Gutachter PD Dr. S. haben nach Ausheilung der Frakturen keine wesentlichen Strukturveränderungen der betroffenen Körperteile beschreiben können (vgl. u. a. das Gutachten vom 29.04.2014, S. 4), weshalb eine die Schmerzen unterhaltende Unfallfolge, wie oben dargelegt, nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen ist. Dass durch den Unfall vom 02.03.2011 eine richtungsgebende Verschlimmerung eingetreten ist, lässt sich

damit nicht feststellen, weshalb - entgegen dem Antrag des Klägers - kein Anlass besteht, entsprechend der Anregung von Prof. Dr. Dr. Wi. eine chirurgisch-orthopädischen Abklärung durch Einholung eines Gutachtens durchzuführen.

Ein Stützrentenatbestand im Sinne von [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#), wonach für den vorliegenden Versicherungsfall ausnahmsweise eine Verletztenrente nach einer MdE um 10 v.H. zu zahlen wäre, liegt nicht vor und ist mit der Antragstellung auf Zahlung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. auch nicht geltend gemacht worden. Es kann deshalb auch offenbleiben, ob die gesundheitlichen Folgen des Unfalls am 02.03.2011 eine MdE um 10 v.H. oder weniger als 10 v.H. begründen.

Die vorsorglich beantragte Anhörung von Prof. Dr. W. zu den Angaben von Dr. H. war nicht geboten. Zwar steht einem Beteiligten nach [§ 116 SGG](#) i.V.m. [§§ 402, 397 ZPO](#) das Recht zu, dem Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache als dienlich erachtet. Das Gericht kann den Sachverständigen zur Erläuterung seines Gutachtens zum Termin laden ([§ 118 SGG](#), [§ 411 Abs. 3 ZPO](#)) oder es kann die schriftliche Ergänzung des Gutachtens durch den Sachverständigen veranlassen, wenn dies zweckmäßig erscheint. Ob das Gericht das Fragerecht des Klägers mündlich oder schriftlich ermöglicht, liegt in seinem Ermessen (Hintz in: BeckOK SozR, [43](#). Ed. 01.12.2016, [SGG § 118](#) Rdnr. 11). Ein verfassungsrechtlicher Anspruch, das einfachrechtlich geregelte Fragerecht gegenüber Sachverständigen und Zeugen in jedem Fall mündlich auszuüben, besteht nicht (BVerfG Beschluss vom 29.05.2013 - [1 BvR 1522/12](#) -, beck-online). Dabei müssen die dem Sachverständigen zu stellenden Fragen vom Beteiligten nicht formuliert werden. Es reicht aus, die erläuterungsbedürftigen Punkte hinreichend konkret zu bezeichnen. Die Sachdienlichkeit einer angekündigten Frage ist insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Frage im Rahmen des Beweisthemas hält und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet ist; andernfalls kann das Begehren rechtsmissbräuchlich sein (BSG, Beschluss vom 19.11.2009 - [B 13 R 247/09 B](#) -, juris; zuletzt BSG Urteil vom 17.12.2012 - [B 13 R 355/11](#) -, vom 25.10.2012 - [B 9 SB 51/12](#) -, juris). Auf die Frage, ob das Gericht selbst das Sachverständigengutachten für erklärungsbedürftig hält, kommt es dabei nicht an. Es gehört zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs dazu, dass die Parteien den Sachverständigen Fragen stellen, ihnen Bedenken vortragen und sie um eine nähere Erläuterung von Zweifelspunkten bitten können (BSG, Beschluss vom 24.07.2012 - [B 2 U 100/12 B](#) -, juris).

Nach diesen Maßstäben kann die ergänzende Anhörung von Prof. Dr. W. nicht verlangt werden, denn der Kläger hat keine durch die Anhörung von Prof. Dr. W. erläuterungsbedürftigen streitentscheidende Punkte hinreichend konkret bezeichnet.

Nach alledem war wie ausgesprochen zu entscheiden.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-06-26