

L 2 U 154/09

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 154/05

Datum

21.01.2009

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 154/09

Datum

21.11.2012

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

- Ablehnung eines Anspruchs auf Fortgewährung von Verletztengeld

- Ablehnung eines Anspruchs auf Verletztenrente

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 21. Januar 2009 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Verletztengeld über den 21. Juni 2004 hinaus sowie die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls vom 27. Juni 2003.

Der 1957 geborene Kläger, gelernter Maurer, hatte am 27. Juni 2003 einen Arbeitsunfall in seiner Funktion als technischer Angestellter in einer Brauerei erlitten. Er gab an, bei Dacharbeiten aus ca. 2,5 bis 3 m Höhe von einem Gerüst gestürzt und auf den Hinterkopf und Rücken gefallen zu sein. Der Durchgangsarzt Dr. H. (KKH C-Stadt) diagnostizierte am Unfalltag eine Schädelprellung, Halswirbelsäulen-(HWS-)Prellung, einen Verdacht auf Fraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 12 bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sowie einen Zustand nach totaler Endoprothese des Hüftgelenks (Hüft-TEP) links. Am Schädel fand sich eine oberflächliche Wunde. Neurologische Ausfälle wurden nicht festgestellt; Bewusstlosigkeit habe nicht vorgelegen. Es folgte eine stationäre Behandlung bis 15. Juli 2003. Am 7. Juli 2003 wird eine Kompressionsfraktur BWK 9, eine Deckplattenimpressionsfraktur BWK 12, degenerative LWS-Veränderungen, eine Schädelprellung, eine Commotio cerebris, ein HWS-Stauchtrauma sowie ein Zustand nach Hüft-TEP links beschrieben. Die Fachärztin für Nervenheilkunde Dr. C. stellte am 3. Juli 2003 eine Commotio Cerebri mit Schädelprellung, Prellung des Plexus solaris, eine HWS-Stauchung und HWS-Prellung, einen cervikogenen Schwindel und ein postcommotionelles Syndrom fest.

Nach dem Bericht des KKH vom 18. Juli 2003 über eine Computertomographie vom 27. Juni 2003 bestand ein hochgradiger Verdacht auf eine weitere frische Deckplattenimpressionsfraktur in der vorderen Hälfte von BWK 12. Als Diagnose sei auch eine Spondylosis deformans mit älterer leichter Sinterung nicht auszuschließen.

Vom 15. Juli bis 12. August 2003 fand eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im orthopädischen Reha-Zentrum Bad B. statt. Ob eine Wiederaufnahme der Tätigkeit möglich ist, müsse gemäß dem Abschlussbericht vom weiteren Verlauf abhängig gemacht werden. Bereits früher wurden mehrere Reha-Maßnahmen durchgeführt, u.a. wegen der Hüft-TEP, einer beginnenden Varusgonarthrose bds. bzw. fortgeschrittener posttraumatischer Coxarthrose links, Zustand nach Schenkelhalsfraktur links 1978, Adipositas, LWS-Beschwerden.

Dr. C. beschrieb am 30. Dezember 2003 eine Nervus occipitalis Neuralgie mit anhaltendem cervikogenem Kopfschmerz, zeitweise cervikogenem Schwindel, eine reaktive Depression bei unverarbeitetem Unfall- und Schockerlebnis mit ausgeprägter psychovegetativer Labilität und Zukunftsängsten bei schleppendem Heilungsprozess.

Nach dem Bericht von Prof. Dr. B. vom 13. Januar 2004 waren als Unfallfolgen noch eine erhebliche Einschränkung der Beweglichkeit der BWS und LWS sowie eine erhebliche Belastungsminderung des Rückens festgehalten. Mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei in frühestens drei Monaten zu rechnen.

Es schloss sich eine erneute Reha-Maßnahme vom 2. bis 29. Februar 2004 in Bad B. an. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig. Es sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überprüft werden, da voraussichtlich die letzte berufliche Tätigkeit nicht weiter ausgeübt werden könne.

Die Beklagte holte ein chirurgisches Gutachten des Prof. Dr. B. vom 24. April 2004 ein. Als Unfallfolgen bestünden noch: Einschränkung der Beweglichkeit der BWS und LWS, Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule nach mehrmonatiger Entlastung durch ein Stützkorsett, eine keilartige Umformung des BWK 9 sowie eine leichte umformende Veränderung des BWK 12. Nicht als Unfallfolgen könnten insbesondere eine Einschränkung der Beweglichkeit des Kopfes, Schwindelerscheinungen und wiederholte muskuläre Verspannungen der Nackenmuskulatur angesehen werden. Es sei weiterhin eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Es bestünden berechnete Bedenken, dass der Kläger seine Tätigkeit als Hausmeister und Instandsetzer wieder aufnehmen könne.

Ein radiologisches Zusatzgutachten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. (Dr. E.) vom 28. Juni 2004 gelangte zu der Beurteilung: Altersentsprechend regelrechte Abbildung des Neurocraniums, insbesondere kein Nachweis fokaler Läsionen pontomesencephal. Kein Anhalt für Stenosen oder Verschlüsse der großen hirnversorgenden Arterien.

Der HNO-Arzt Dr. H. stellte in seinem Gutachten vom 6. Juli 2004 fest, dass auf HNO-Fachgebiet keine Unfallfolgen bestehen.

Dr. N. ging in einem nervenärztlichen Gutachten vom 21. Juni 2004 davon aus, dass bis zum 14. September 2004 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 v.H. bestanden habe. Das Unfallereignis könne auf nervenärztlichem Fachgebiet weder als Ursache für die jetzt noch beklagten Kopfschmerzen noch für das Schwindelgefühl angesehen werden. Eine Commotio cerebri im Rahmen des Unfallereignisses sowie ein höhergradiges Schädel-Hirn-Trauma seien auszuschließen. Auf nervenärztlichem Fachgebiet sei es zu keiner Verletzung nervaler Strukturen gekommen. Es sei allenfalls davon auszugehen, dass im weiteren Verlauf durch das Tragen eines Korsetts aufgrund der BWS-Brüche eine konstitutionelle Läsion des rechten Nervus cutaneus femoris lateralis eine vorübergehende Verschlimmerung erfahren habe. Insofern seien die Gefühlsstörungen an der rechten Oberschenkelvorderaußenseite in zeitlich begrenztem, mittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu sehen. Die Läsion des rechten Nervus cutaneus femoris lateralis sei aber in erster Linie als konstitutionell anzusehen bei massivem Übergewicht und Hängebauch. Unfallunabhängig seien auch Hinweise auf eine beginnende Polyneuropathie. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei auf nervenärztlichem Fachgebiet nicht anzunehmen.

In einer ergänzenden Stellungnahme wies Prof. Dr. B. am 2. August 2004 darauf hin, dass maßgebend für die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit nicht objektive medizinische Untersuchungsbefunde seien, sondern subjektive Beschwerden des Klägers. Eine erneute Heilverfahrenskontrolle wurde als notwendig angesehen und am 19. August 2004 durchgeführt. Eine MdE auf Dauer sei nicht zu erwarten.

Mit Bescheid vom 7. September 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Als Folgen des Arbeitsunfalls wurden dabei anerkannt: unter keilartiger Umformung knöchern fest verheilter Stauchungsbruch des 9. BWK, unter leichten umformenden Veränderungen ausgeheilter Deckplattenimpressionsbruch des 12. BWK, eingeschränkte Beweglichkeit der BWS und LWS, vorübergehende Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule, vorübergehende und inzwischen abgeklungene Verschlimmerung der vorbestehenden konstitutionellen Schädigung des seitlichen Oberschenkelhautnervens rechts. Den Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juni 2005 zurück.

Die Gewährung von Verletztengeld über den 21. Juni 2004 hinaus sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 7. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. November 2004 ab. Die über den 21. Juni 2004 hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit sei durch Gesundheitsstörungen bedingt, die mit dem Unfall weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne einer wesentlichen Verschlimmerung in einem ursächlichen Zusammenhang stünden. Dies seien vor allem die vorgebrachten Kopfschmerzen, Schwindelerscheinungen, vegetativen Störungen sowie psychische Auffälligkeiten.

In Klageverfahren vor dem Sozialgericht Landshut (S 9 U 315/04 bzgl. des Verletztengeldes, S 9 U 154/05 bzgl. der Verletztenrente, verbunden mit Beschluss vom 18. Juni 2008) hat der Kläger beide Ansprüche weiter verfolgt. Er hat ein Gutachten der Psychiaterin und Neurologin Dr. B. vom 10. April 2005 sowie ein psychiatrisches Gutachten des Dr. O. vom 13. Dezember 2005, jeweils eingeholt in einem Rentenverfahren (Az.: S 5 R 1252/04), vorgelegt. Das Gutachten des Dr. B. stelle eindeutig auf eine durch den Unfall ausgelöste Schmerzsymptomatik ab, die sich nicht ausschließbar nachfolgend bereits verselbstständigt habe. Dr. O. habe dargelegt, dass der Unfall ungeachtet bereits vorbestehender Leiden eine eindeutige Zäsur im Gesundheitszustand sowie der Erwerbsfähigkeit gesetzt habe.

Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. vom 15. Dezember 2006 eingeholt, der auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet keine unfallbedingte MdE angenommen hat. Der neurologische Untersuchungsbefund sei unauffällig gewesen. Zu keinem Zeitpunkt hätten sich Anhaltspunkte für eine akute Belastungsreaktion, eine Anpassungsstörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben. Hinsichtlich erheblicher Wirbelsäulenbeschwerden lägen bereits seit den 90iger Jahren hinreichende Befunde mit ähnlichen Beschwerden und Befunden vor. Bei einer festgestellten Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Oberschenkels, die wahrscheinlich auf eine Schädigung eines peripheren Hautastes - Nervus cutaneus femoris lateralis - zurückzuführen sei, handele es sich um ein konstitutionell bedingtes Geschehen. Ein derartiges Krankheitsbild finde man häufig bei adipösen Probanden, bedingt durch eine mechanische Schädigung dieses Nervs. Definitionsgemäß habe sich der Kläger auch keine Gehirnerschütterung, sondern nur eine Schädelprellung zugezogen. Die nervenärztliche MdE betrage unter 10 v.H.

Dr. L. ist in seinem unfallchirurgischen Gutachten vom 14. Dezember 2006 unter Einbezug eines Röntgengutachtens vom 22. Dezember 2006 zu dem Ergebnis gelangt, dass unfallbedingt eine Schädelprellung, eine HWS-Prellung, eine BWK-9-Fraktur mit diskreter Hinterkantenbeteiligung und eine Deckplattenimpressionsfraktur BWK-12 bestehen. Ferner könne ein chronisches BWS-Syndrom leichter, allenfalls mittelschwerer Prägung unter Ausschluss einer wirbelsäulenbedingten Fehlstatik als Unfallfolge bescheinigt werden. Die MdE betrage 10 v.H. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei bis 21. Juni 2004 anzunehmen. Unfallunabhängig bestünden altersüberschreitende

degenerative Veränderungen der HWS und LWS bei mediolateralem Bandscheibenvorfall HWK-6/7 mit korrespondierender Retrospondylose und Osteochondrose sowie einem links lateral betonten Bandscheibenvorfall L5/S1.

Der gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gehörte Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Dr. Univ. Padua A. G. hat in seinem Gutachten vom 27. Juni 2007 die MdE auf 60 v.H. eingeschätzt. Er hat als Unfallfolgen eine somatoforme Schmerzstörung, sonstige somatoforme Störungen (Schwindel) sowie ein schweres depressives Syndrom mit Übergang zur andauernden Persönlichkeitsveränderungen sowie eine Läsion des Nervus cutaneus femoralis lateralis rechts angesehen. Diese Folgen seien durch den Sturz hervorgerufen bzw. durch das Trauma ausgelöst worden. Eine Bewältigung sei für den Kläger aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur nicht möglich gewesen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestehe bis zur Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Unfallunabhängig seien nur degenerative Wirbelsäulenbeschwerden, eine Adipositas, Hüft-TEP links und eine Gonarthrose beidseits.

Der ebenfalls gemäß § 109 SGG beauftragte Dr. M. hat in dem Gutachten vom Oktober 2008 die MdE auf orthopädischem Fachgebiet auf 10 v.H. eingeschätzt. Es bestünden noch eine knöchern und verbleibende Verformung eines fest verheilten Bruchs des 9. BWK, ein knöchern fest verheilte Deckplattenimpressionsbruch des 12. BWK, ein Teil der bestehenden schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des BWS/LWS-Abschnitts sowie ein Teil der wiederkehrend auftretenden Bewegungs-, Belastungs- und Ruheschmerzen im LWS-Abschnitt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei bis 21. Juni 2004 anzunehmen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 21. November 2011 hat Dr. M. auf die klägerischen Einwendungen hin nochmals bestätigt, dass eine MdE in rentenberechtigendem Umfang allein auf chirurgischem bzw. orthopädischem Fachgebiet nicht eingetreten sei.

Mit Urteil vom 21. Januar 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich hierbei insbesondere auf die Gutachten des Dr. K. und Dr. L. gestützt. Nach den Gutachten aller Sachverständiger läge eine MdE in rentenberechtigendem Grade auf chirurgischem Fachgebiet nicht vor. Es seien ferner keine neurologischen Ausfälle zu erkennen, die mit hinreichender Sicherheit dem Unfallereignis zuzuordnen seien. Dies gelte sowohl für die Schädigung eines peripheren Hautastes als auch für Wirbelsäulenbeschwerden, die bereits seit den 90iger Jahren behandelt würden. Schließlich lägen auch in psychiatrischer Hinsicht keine Unfallfolgen vor. Die beschriebenen psychischen Beschwerden seien nicht traumaspezifisch. Auch die Zunahme der Beschwerden in den letzten Jahren spreche gegen eine unfallbedingte Gesundheitsstörung. Es läge weniger eine traumatisch bedingte seelische Störung als vielmehr eine Neurasthenie vor. Im Übrigen beschreibe Dr. O. in seinem Rentengutachten psychische Störungen, deren Beginn er im Herbst 2002, also vor dem Unfall, datiert habe. Dies ergebe sich auch aus dem Gutachten des Dr. G., der den Grund für die Entwicklung der psychischen Gesundheitsstörungen in der Persönlichkeitsstruktur des Klägers sehe.

Zur Begründung der Berufung hat der Kläger Einwendungen gegen das Gutachten des Dr. K. vorgebracht. Nicht nur die behandelnden Ärztin Dr. C. oder der Gutachter Dr. G., sondern auch Dr. B. und Dr. O. sowie Dr. N. seien zu dem Schluss gekommen, dass eine Depression vorliege. Jedenfalls sei von einer Anpassungsstörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung mit einer unfallbedingten somatisierten Depression auszugehen. Die Zunahme der Beschwerden in den letzten Jahren spreche für eine somatoforme anhaltende Schmerzstörung.

Der Senat hat ein nervenärztliches Gutachten der Dr. E. vom 29. Januar 2010 eingeholt, wonach die Schädelprellung und die HWS-Stauchung folgenlos ausgeheilt seien. Die Frakturen BWK 9 und 12 hinterließen auf orthopädischem Fachgebiet geringe funktionelle Einschränkungen, die gemäß den Vorgutachten mit einer MdE von maximal 10 v.H. zu bewerten seien. Die persistierenden und sich teilweise verstärkenden Beschwerden seien auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10:F 45.41) und eine Dysthymie (F 4.1) zurückzuführen. Hierfür sei der Unfall nicht als wesentliche Ursache oder Teilursache anzusehen. Die Krankheitsbilder hätten sich auch ganz ohne äußere Einwirkung oder im Rahmen einer Gelegenheitsursache bei schon vorher klinisch manifester Symptomatik und im Hinblick auf die persönliche Lebenssituation entwickeln und verstärken können. Unfallunabhängig sei auch eine Meralgie paraesthetica. Die Arbeitsunfähigkeit werde vorrangig durch die durch verlängertes Korsetttragen protrahierten orthopädischen Beschwerden bestimmt; sie sei bis 21. Juni 2004 anzunehmen. Die MdE betrage nicht mehr als 10 v.H.

Dr. G. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 6. Mai 2010 die Ansicht vertreten, dass durch das Gutachten der Dr. E. der Arbeitsunfall in keiner Weise als Ursache der psychischen Beschwerden des Betroffenen gewürdigt würde. Ein Zusammenhang mit dem schweren Autounfall aus dem Jahre 1978 könne hinsichtlich der Psyche und der psychischen Erkrankung eindeutig verneint werden. Eine psychische Symptomatik sei in den Jahren vor dem Unfall 2003 nicht dokumentiert; die Bewältigungsmechanismen hätten also ausgereicht. Generelle und allgemeine Belastungssituationen könnten beim Kläger nicht als gleichwertiger Grund für die Krankheitsentwicklung angenommen werden. Auch eine Person ohne die Persönlichkeitsstruktur des Klägers hätte nach einem solchen Sturzerlebnis mit den beschriebenen Lähmungsängsten, zwei gebrochenen Wirbeln und einem protrahiertem Heilungsverlauf erhebliche psychische Folgesymptome entwickeln können.

Die Beklagte hat dagegen vorgebracht, Dr. G. bagatellisiere erneut die einschlägigen Vorschäden, die sich schon vor dem Unfallereignis massiv verstärkt und zu Schmerzstörungen mit entsprechenden psychischen Auffälligkeiten geführt hätten. Zeitnah nach dem Unfall seien keine einschlägigen psychischen Beschwerden vorhanden gewesen. Der Befund im August 2003 sei im Wesentlichen der gleiche wie ein Jahr zuvor gewesen.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, dass bis auf eine einmalig dokumentierte psychische Verstimmung keine Befunde vorlägen, die psychische Auffälligkeiten vor dem streitgegenständlichen Unfall dokumentierten.

Der Senat hat weitere medizinische Unterlagen eingeholt, u.a. der Dr. C. vom 13. Juli 2012 sowie des Orthopäden Dr. F. ... Dr. C. hat eine ambulante psychosomatisch orientierte Gesprächstherapie seit 20. April 1995 angegeben. Das Medikament Amioxid werde in unterschiedlicher Dosierung seit 1995 eingenommen. Als Diagnosen hat sie angegeben: u.a. Angst und depressive Störung gemischt mit psychosomatischer Schmerzüberlagerung bei chronisch depressiver Entwicklung.

In einer ergänzenden Stellungnahme hat Dr. E. am 28. September 2012 ausgeführt, dass die Bescheinigung der Dr. C. ihre Auffassung belege, dass schon vor 2003 psychische Auffälligkeiten vorgelegen hatten - auch wenn in diesem Zeitraum die Schmerzen vordergründig gewesen seien. Die aktuellen Befunde beinhalteten das schon im Hauptgutachten diskutierte milde Krankheitsbild der Angst und Depression

gemischt. Lediglich im April 2012 werde zusätzlich eine Nervus occipitalis major-Neuralgie erwähnt. Die Befundberichte des Dr. F. wiesen auf eine Vielzahl anderer belastender Schmerzsituationen hin wie ein schweres Baastrupphänomen der unteren LWS mit aktivierten Spondylarthrosen L3 bis L5, ein chronisches HWS- und LWS-Syndrom, Schmerzen im rechten Kniegelenk, lumbale Schmerzen. Eine streng auf den Unfall bezogene organisch begründete Schmerzbeeinträchtigung liege nicht vor. Es sei deshalb von der auch im Gutachten festgestellten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Eine Änderung der im Gutachten vertretenen Ansicht sei nicht veranlasst.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 21. Januar 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 7. September 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. November 2004 sowie den Bescheid vom 7. September 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juni 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld über den 21. Juni 2004 hinaus sowie im Anschluss Rente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß [§ 136 Abs. 2 SGG](#) auf den Inhalt der Akten der Beklagten, der Gerichtsakten des Sozialgerichts Landshut sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig ([§§ 143, 151 SGG](#)), jedoch unbegründet. Ein Anspruch auf Fortgewährung von Verletztengeld über den 21. Juni 2004 hinaus sowie auf Gewährung einer Rente besteht nicht.

Streitgegenständlich sind zum einen der Bescheid der Beklagten vom 7. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. November 2004, bezogen auf einen Anspruch auf Gewährung von Verletztengeld nach [§ 45](#) des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) über den 21. Juni 2004 hinaus, zum anderen der Bescheid vom 7. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juni 2005, bezogen auf einen Anspruch auf Rentengewährung nach [§ 56 SGB VII](#). Unstreitig ist die Anerkennung des Ereignisses vom 27. Juni 2003 als Arbeitsunfall nach [§§ 7, 8 SGB VII](#). Zulässige Klageart ist jeweils eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 4 SG](#)

Nach [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld insbesondere erbracht, wenn der Versicherte infolge eines Versicherungsfalles arbeitsunfähig ist und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen hatte. Der Versicherungsfall muss somit rechtlich die wesentliche (Mit-)Ursache der Arbeitsunfähigkeit sein. Die Lehre von der rechtlich wesentlichen Ursache gilt auch für die Frage, welche Schäden nach einem Versicherungsfalle seine Folgen sind (sog. haftungsausfüllende Kausalität) (zum Ganzen: Ricke, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Bd. II, [§ 45 SGB VI](#), Rdnr. 4 und Vor [§ 26 SGB VII](#), Rdnr. 2).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfalle hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente, [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#). Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Es ist auf den Maßstab der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor Eintritt des Versicherungsfalles abzustellen ([BSGE 21, 63](#), 66; vom 26. November 1987, [SozR 2200 § 581 Nr. 27](#); vom 30. Mai 1988, a.a.O., Nr. 28). Maßgeblich ist aber nicht die konkrete Beeinträchtigung im Beruf des Versicherten, sondern eine abstrakte Berechnung (vgl. Bereiter-Hahn, Gesetzliche Unfallversicherung, [§ 56 Rdnr. 10.1](#)).

Dabei muss die Gesundheitsbeeinträchtigung in einem notwendigen ursächlichen Zusammenhang mit der schädigenden Einwirkung stehen. Die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Dabei ist allerdings die Beurteilung der Kausalität im Ergebnis eine Frage der richterlichen Würdigung. Verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren wie z.B. Vorerkrankungen nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender Bedeutung für die Entstehung der Gesundheitsstörung war oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache). Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Die für die Bejahung des Zusammenhangs der Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall notwendige Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung zu Ätiologie und Pathogenese den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt. Die Bemessung des Grades der MdE ist eine Tatsachenfeststellung, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG vom 5. September 2006, Az.: [B 2 U 25/05 R](#); BSG vom 2. Mai 2001, [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S. 26).

Nach dem Ergebnis der medizinischen Sachverhaltsaufklärung liegt weder eine über den 21. Juni 2004 hinausgehende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vor noch sind Unfallfolgen verblieben, die eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. rechtfertigen.

Dies ergibt sich einerseits im Hinblick auf die Beeinträchtigungen des Klägers auf orthopädischem Fachgebiet. Mit streitgegenständlichem

Bescheid vom 7. September 2004 erkannte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalls folgende Beeinträchtigungen auf unfallchirurgischem bzw. orthopädischem Fachgebiet an: unter keilartiger Umformung knöchern fest verheilter Stauchungsbruch des 9. BWK, unter leichten umformenden Veränderungen ausgeheilter Deckplattenimpressionsbruch des 12. BWK, eingeschränkte Beweglichkeit der BWS und LWS, vorübergehende Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule, vorübergehende und inzwischen abgeklungene Verschlimmerung der vorbestehenden konstitutionellen Schädigung des seitlichen Oberschenkelhautnervens rechts. Nach allen vorliegenden orthopädischen bzw. chirurgischen Gutachten sind die Wirbelbrüche stabil ausgeheilt. Als unfallunabhängig sind vor allem degenerative Veränderungen an der HWS und LWS zu werten einschließlich vorhandener Bandscheibenvorfälle. Die MdE wird durchgehend mit 10 v.H. bzw. unter 10 v.H. eingeschätzt - dies gilt auch für das vom Kläger veranlasste Gutachten des Dr. M ... Maßgebend sind hierbei noch bestehende schmerzhaft bewegungseinschränkungen des BWS/LWS-Abschnitts sowie wiederkehrend auftretende Bewegungs-, Belastungs- und Ruheschmerzen im LWS-Abschnitt, wobei auch die unfallunabhängigen degenerativen Beschwerden anteilig zu berücksichtigen sind. Die Befundberichte des behandelnden Orthopäden Dr. F. weisen ebenfalls auf eine Vielzahl unfallunabhängiger, belastender Schmerzsituationen wie dem Verdacht auf ein schweres Baastrupphänomen der unteren LWS mit aktivierten Spondylarthrosen L3 bis L5, ein chronisches HWS- sowie ein chronisches LWS-Syndrom hin. Ferner finden sich Berichte über Schmerzen im rechten Kniegelenk. Auch die Sachverständige Dr. E. kommt daher zu dem Ergebnis, dass eine streng auf den Unfall bezogene organisch begründete Schmerzbeeinträchtigung nicht vorliegt. Vielmehr liegt eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, für die der Arbeitsunfall nicht die wesentliche (Mit-)Ursache darstellt.

Die bis Juni 2004 anerkannte unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wird dabei mit damals bestehenden orthopädischen Beschwerden begründet, die durch das verlängerte Tragen eines Korsetts bestimmt waren. Dies rechtfertigt nur die Anerkennung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bzw. Gewährung von Verletztengeld bis 21. Juni 2004.

Soweit vom Kläger im Berufungsverfahren vor allem auf die Nichtberücksichtigung nervenärztlicher bzw. psychischer Beschwerden abgestellt wird, sind diese nicht als kausal auf den Arbeitsunfall zurückführbar einzustufen. Dabei sind objektive Vorbefunde wie insbesondere die von Dr. C. bereits am 27. September 2002 beschriebenen chronischen Rückenschmerzen seit der Jugend, eine gedrückte Stimmung, Unruhe mit einer psychovegetativen Symptomatik maßgeblich zu berücksichtigen. Ferner fand seit 20. April 1995 eine ambulante nervenärztlich psychosomatisch orientierte Gesprächstherapie bei Dr. C. statt. Das Medikament Amioxid wurde mit unterschiedlicher Dosierung verabreicht. Die Sachverständige Dr. E. führt hierzu aus, dass schon vor dem Unfallereignis psychische Auffälligkeiten dokumentiert sind. Der schwere Autounfall 1978 stelle aufgrund des Todes seines besten Freundes und der eigenen schweren Verletzungen einen schweren psychosozialen Stressor für den Kläger dar. Es habe sich eine zunehmende Schmerzbeeinträchtigung entwickelt. Belegt ist eine chronische Schmerzbeeinträchtigung in den 90iger Jahren mit mehrmonatigen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Betroffen waren der Bereich der Hüfte, die LWS und die HWS. Nach Hüftoperation und einer vermehrten psychischen Belastung ist im September 2002 eine psychovegetative Beeinträchtigung dokumentiert. Eine schwere Kindheit, ungewollte Kinderlosigkeit und Schwierigkeiten mit dem Arbeitsplatz wirkten verstärkend, so dass insgesamt von einer jahrzehntelangen Vorbelastung des Klägers auszugehen ist. Auch der behandelnde Arzt Dr. O. hatte eine Depression und psychische Störung schon ab Herbst 2002 angenommen.

Demgegenüber berücksichtigte Dr. G. diese Vorbelastungen nicht. Es ist, wie dargelegt, nicht zutreffend, dass "psychische Auffälligkeiten erst 2002 ansatzweise und unabhängig vom Sturz, und dann erheblich zunehmend und chronifizierend nach dem Sturz 2003" (Seite 16 des Gutachtens) dokumentiert seien. Die Feststellungen in dessen Gutachten, es sei nicht nachzuvollziehen, dass die Diagnose einer Dysthymie schon vor 2003 bestanden haben solle, da nur einmal eine psychische Auffälligkeit dokumentiert sei, ist in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht zutreffend. Es ist nachgewiesen, dass bereits vor dem Unfall im Jahre 2003 ein Krankheitsbild mit beeinträchtigenden Schmerzen vorhanden war, die durch eine Kombination aus organischen Veränderungen und einer verstärkten Schmerzempfindung aufgrund Verschiebung zentral nervöser Botenstoffe entstanden sind, zu diagnostizieren als anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. chronische Schmerzstörung mit psychischen und sozialen Faktoren (ICD 10: 45.41). Vor dem Unfall lag ferner eine leichtere ängstlich-depressive Anpassungsstörung mit psychovegetativer Symptomatik vor.

Die Sachverständige Dr. E. legt in Auswertung der vorliegenden ärztlichen Berichte auch überzeugend dar, dass von einer überwiegend mittelschweren bis schweren Depression beim Kläger nicht auszugehen, sondern eine Dysthymie mit vorübergehenden depressiven Episoden festzustellen ist. Überwiegend sind leichtere psychische Befindlichkeitsstörungen beschrieben; auch Dr. C. beschreibt nur in den letzten Jahren ein mildes Krankheitsbild einer Angst und Depression gemischt.

Durch den Unfall kam es zu keiner substantiellen Hirnschädigung. Auch ist nach den frühen Gutachten - auch nach Dr. G. - eine Comotio cerebri auszuschließen. Vielmehr lag eine Schädelprellung vor. Bewusstlosigkeit wurde am Unfalltag vom Durchgangsarzt nicht festgestellt.

Soweit Dr. G. das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung diskutiert, werden Flashbacks, traumaspezifische Alpträume etc., die für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sprechen, nicht beschrieben. Vielmehr ähneln die Berichte der Dr. C. (August 2003) ihren früheren. In der Folgezeit war nach den Feststellungen des Dr. N., Dr. S., Dr. O. und Dr. K. die Affektivität sehr schwankend. Dr. C. beschrieb ein Störungsbild, Angst und Depression gemischt.

Dr. E. geht von einer anhaltenden ängstlichen Depression leichteren Ausmaßes im Sinne einer Dysthymie (F 34.1) aus. Zur posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt auch Dr. G., dass nicht alle erforderlichen Kriterien für das sichere Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sind. Soweit er dann eine traumabedingte Depression und Folgesymptome annimmt, setzt er sich zum einen nicht mit der Krankheitsgeschichte des Klägers auseinander, zum anderen diskutiert er nicht die regelmäßig vielfältige biopsychosoziale Entstehungsgeschichte einer Depression. Die von Dr. G. als maßgeblich beschriebene Furcht des Klägers vor einer Lähmung nach dem Unfall stellte sich nach sehr kurzer Zeit als gegenstandslos heraus, so dass dieser Angst keine wesentliche Bedeutung zukommt.

Die Sachverständige Dr. E. gelangt zu dem Ergebnis, dass der Unfall nur zu einer vorübergehenden Zunahme von Schmerzen im Bewegungsapparat führte. Die bereits vorbestehende klinisch manifeste Symptomatik wäre durch jede andere psychosoziale Belastung wie z.B. eine längere Erkrankung, ungewollte Arbeitslosigkeit, Kündigung o.ä. verstärkt worden. Bei der jahrzehntelangen Vorbelastung des Klägers finden sich nach Darstellung der Gutachterin derartige Dekompensationen im mittleren Lebensalter im psychosomatischen und affektiven Bereich oft auch ohne erkennbaren äußeren Anlass.

Der Senat folgt damit dem überzeugenden Gutachten der Dr. E., die im Ergebnis die gutachterliche Einschätzung des Dr. K. im sozialgerichtlichen Verfahren sowie des Dr. N. im Verwaltungsverfahren bestätigt hat. Die im Verfahren zur Feststellung einer Erwerbsminderungsrente gegen den Rentenversicherungsträger eingeholten Gutachten sind für die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung maßgebliche Kausalitätsfrage nicht hinreichend aussagekräftig.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass auch auf HNO-ärztlichem Fachgebiet keine Unfallfolgen festgestellt wurden. Insoweit ist auf das Gutachten des Dr. H. vom 6. Juli 2004 zu verweisen.

Die Kostenfolge stützt sich auf § 193 SG

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Gründe nach [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-01-31