L 6 U 4104/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 2592/14
Datum
28.10.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4104/20
Datum
16.09.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Oktober 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente wegen einer geltend gemachten Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997.

Er ist 1966 in der Türkei geboren und hat dort die Hauptschule besucht. Nach der Übersiedlung im Jahr 1980 nach Deutschland begann er eine Ausbildung zum Metallarbeiter, schloss diese jedoch nicht ab. Er war bei verschiedenen Firmen (Grabmalfirma, Automobilzulieferer) als Arbeiter bis zum Jahr 2005 beschäftigt, seitdem ist er arbeitslos. Ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente hatte keinen Erfolg. Der Kläger ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Seine Ehefrau ist als Putzfrau beschäftigt, von deren Einkommen wird der Lebensunterhalt im Wesentlichen bestritten (vgl. Sachverständigengutachten C, B, A und vorläufiger Entlassbrief des zfp C1 Klinikum N vom 26. August 2019). Ein Grad der Behinderung (GdB) von 70 und die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nachteilsausgleiche „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) und „B“ (Berechtigung für eine ständige Begleitung) sind festgestellt.

Nach dem Durchgangsarztbericht des S vom 23. Februar 1996 sei der Kläger an diesem Tag bei schneeglatter Fahrbahn auf der Fahrt zur Arbeit mit seinem Mofa gestürzt gewesen. Hierbei habe er eine Brustkorb- und Schulterprellung links sowie eine Prellung und Schürfung am rechten Unterschenkel erlitten. Für eine frische knöcherne Verletzung habe kein Anhalt bestanden; ebenso ergaben sich aus dem Nachschaubericht des T vom 11. März 1996 keine Anhalte für eine Fraktur.

Am 14. April 1997 kollidierte der Kläger auf der Fahrt zu seiner Arbeitsstätte mit seinem Moped mit einem PKW. Nach dem Durchgangsarztbericht des S vom Unfalltag war die Unterlippe blutverkrustet ohne sonstige lokale Verletzungszeichen, an der Außenseite des rechten Kniegelenks hätten oberflächliche Hautabschürfungen bestanden ohne intraartikuläre Ergussbildung und Bandinstabilität bei freier Beweglichkeit. Daneben habe an der linken Wade eine druckschmerzhafte Prellmarke vorgelegen, die periphere Motorik, Durchblutung und Sensibilität seien ungestört gewesen, an der Wirbelsäule (WS) habe ein Spontan- und lokaler Klopfschmerz am thoraco-lumbalen Übergang bestanden. Die Röntgenbilder des Schädels, der Hals-(HWS), Brust- (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) seien ebenso wie die der Patella tangential, des rechten Kniegelenks und des linken Unterschenkels ohne Befund gewesen. Als Diagnose stellte S multiple Prellungen.

Die stationäre Behandlung des Klägers endete bei nahezu beschwerdefreiem Zustand am 29. April 1997 und die sich anschließende ambulante Behandlung durch S am 9. Mai 1997 bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 12. Mai 1997. S schätze die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf unter 10 vom Hundert (v. H.) über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus.

Aus dem Nachschaubericht des L über die Vorstellung des Klägers am Tag der Beendigung der ambulanten Behandlung durch S ergab sich eine bis zum 21. Mai 1997 fortbestehende Arbeitsunfähigkeit wegen cervicaler Restbeschwerden nach multiplen Prellungen und einer HWS-Distorsion am 14. April 1997.

Am 22. Mai 1997 stellte sich der Kläger wegen starker Schmerzen im Bereich der rechten Schulter mit Ausstrahlung in die rechte Halsseite bei T vor. Die Beweglichkeit der HWS wäre in alle Richtungen schmerzhaft und eingeschränkt gewesen, über dem rechten Schultergelenk und dem Oberarm besonders lateralseitig habe ein mäßiger Druckschmerz vorgelegen, Hämatome seien nicht sichtbar gewesen und die Beweglichkeit der rechten Schulter sei bei der Abduktion zwischen 80 und 90° schmerzhaft gewesen. Die Röntgenaufnahmen der HWS und der rechten Schulter hätten keine Fraktur oder Luxation gezeigt, es habe ein Humeruskopfhochstand bestanden, der für eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis (PHS) gesprochen habe. Eine Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 2. Juni 1997 vorgelegen, die MdE wurde über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus mit unter 20 v. H. geschätzt.

Eine weitere Arbeitsunfähigkeit bescheinigte L für den Zeitraum vom 2. bis 29. Juni 1997 wegen einer Lumbalgie und einer Periarthritis des rechten Schultergelenks, die unfallunabhängig gewesen seien.

Mit Schreiben vom 27. August 1998 teilte die Rechtsvorgängerin der Beklagten, die E-Berufsgenossenschaft, dem Kläger mit, dass die Voraussetzungen einer Verletztenrente – vorbehaltlich einer Entscheidung des Rentenausschusses – aufgrund des Unfalls vom 14. April 1997 nach den vorliegenden Unterlagen sowie den Mitteilungen des S und des T nicht gegeben seien.

T führte im Nachschaubricht vom 6. Mai 1999 aus, der Kläger habe über zunehmende Schmerzen in der gesamten WS, besonders im BWS-LWS-Bereich sowie des Brustbeins, geklagt. Es habe eine mäßige Klopf- und Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätzen der gesamten BWS und LWS sowie im unteren Drittel des Sternums bestanden, die Beweglichkeit der WS sei nicht eingeschränkt gewesen, die gesamte paravertebrale Muskulatur leicht verspannt, der Finger-Boden-Abstand (FBA) habe 0 cm betragen, Parästhesien hätten nicht bestanden und die Röntgenaufnahme der BWS und der LWS hätten keine Anhaltspunkte für eine ältere oder frische Fraktur ergeben. Bestanden hätte eine leichte Skoliose und degenerative Veränderungen in Höhe Th11 und 12. Die angegebenen Beschwerden hätten nicht in Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. April 1997 gestanden. Um weitere Missverständnisse zu vermeiden, sei der Verletzte zur Konsiliaruntersuchung in das S1. Klinikum K in die unfallchirurgische Abteilung zu P überwiesen worden.

P stellte nach Untersuchung des Klägers am 14. Mai 1999 die Diagnose Restbeschwerden nach multiplen Prellungen bei Zustand nach Mofa-Unfall. Der von ihm erhobene Befund entsprach im Wesentlichem dem von T. Volle Arbeitsfähigkeit bestehe ab dem 17. Mai 1999.

Wegen weiterhin bestehender gleichförmiger Beschwerden stellte sich der Kläger am 17. Juni 1999 erneut bei T vor. Dieser führte aus, der Kläger habe sich zwei Tage zuvor beim Neurologen H vorgestellt, der keine neurologischen Veränderungen und keine Nervenirritationen im gesamten WS-Bereich habe feststellen können. Die Beschwerden seien mehr psychisch bedingt und stünden in keinem Zusammenhang mit dem Unfall vom 14. April 1997.

H stelle die Diagnose von Sternumschmerzen im Rahmen einer hypochondrischen Störung. Bei den vom Kläger geschilderten Druckschmerzen habe es sich am ehesten um eine Blockierung im mittleren BWS-Bereich oder Costosternalbereich gehandelt, neurologisch hätten sich keine Hinweise für die umschriebene Wurzelkompression im BWS-Bereich gefunden. Zusätzlich scheine die Symptomatik durch hypochondrische Ängste überlagert zu sein.

Aus dem von B1 anlässlich der Vorstellung des Klägers am 21. November 2000 gefertigten Durchgangsarztbericht ließ sich entnehmen, dass auf den angefertigten Röntgenbildern eine Keilwirbelbildung Th12 mit ventralen Abstützungsreaktionen zwischen L1 und Th12 ersichtlich gewesen sei. Dieser Befund sei auch auf den Röntgenaufnahmen seines Vorgängers T zu sehen gewesen. B1 hielt die Keilwirbelbildung für die Folge eine Fraktur.

Aus dem Bericht der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin K1, W und S1 vom 1. Dezember 2000 ergab sich eine geringgradig ausgeprägte ventrale Höhenminderung des 12. Brustwirbelkörpers (BWK); kernspintomographisch hätten sich keine Hinweise auf eine Fraktur in diesem Segment ergeben.

E1 führte beratungsärztlich aus, auf den Röntgenbildern aus den Jahren 1996 bis 1999 und vom 12. Oktober 2000 sei die von B1 beschriebene Keilwirbelbildung nicht erkennbar gewesen. Anhand des dokumentierten Verlaufs hätten die Unfälle vom 23. Februar 1996 und vom 14. April 1997 keine knöchernen Verletzungen zur Folge gehabt, demnach dürften die bestehenden leichten Veränderungen im Bereich Th12/L1 degenerativ sein und könnten den beiden Unfällen nicht angelastet werden.

Der weitere Bericht der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin K1, W und S1 vom 7. März 2001 führte aus, auf Höhe Th12/L1 komme es zu einer Fehlstellung mit Kyphosierung in der darüber gelegenen BWS bei ventraler Höhenminderung des 12. BWK, am ehesten im Rahmen einer alten Fraktur.

B1 teilte mit, den Kläger am 2. März 2001 aus der ambulanten Behandlung zu Lasten der Rechtsvorgängerin der Beklagten entlassen zu haben und ihn ab dem 3. März 2001 kassenärztlich weiter zu behandeln, die MdE schätze er auf unter 20 v. H. ein.

Am 9. Mai 2001 beantragte der Kläger das Ereignis vom 14. April 1997 als entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall anzuerkennen. B1 habe die Keilwirbelbildung Th12 eindeutig auf den Wegeunfall vom 14. April 1997 zurückgeführt. In diesem Zusammengang legte der Kläger Unterlage aus dem Verwaltungsverfahren zur Feststellung des GdB vor. Zuletzt hatte das Versorgungsamt K durch Bescheid vom 21. März 2000 als Behinderungen festgestellt Fehlhaltung und degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Cervical- und Lumbalsyndrom, Thoracal-Syndrom mit Sternumbeteiligung, Periarthritis rechtes Schultergelenk und psychovegetative Störungen. Der GdB habe auch weiterhin 20 betragen.

Die Rechtsvorgängerin der Beklagten erhob bei W1 aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 15. April 2002 ein orthopädisches Gutachten. Demnach habe der Kläger beim Unfall vom 14. April 1997 eine folgenlos ausgeheilte Wirbelsäulenprellung erlitten. Die aus den Röntgenbildern ersichtliche Keilform des 12. BWK sei nicht durch den Unfall entstanden, da es nach dem 14. April 1997 nicht zu einer reaktiven reparativen Veränderung an diesem Wirbelkörpergekommen sei, wie sie typisch für eine frisch abgelaufene Fraktur sei. Die anamnestischen Angaben des Klägers, dass es erst zu Rückenschmerzen nach dem Unfall vom 14. April 1997 gekommen sei, könnten nicht zutreffen, da bereits vor dem Unfall wiederholt Röntgenaufnahmen der BWS und der LWS angefertigt worden seien. Dementsprechend vermerke auch das Vorerkrankungsverzeichnis schon für das Jahr 1992 eine Arbeitsunfähigkeit wegen eines BWS- und LWS-Syndroms. Außerdem sei schon vor dem Unfall das Vorhandensein einer Lumbago und von Interkostalneuralgien vermerkt worden.

Auch im Bereich der HWS habe der Kläger bereits in den Jahren vor dem Unfall Schmerzen angegeben gehabt. Es könne demnach eindeutig von einem Vorschaden an der WS ausgegangen werden. Ebenso spreche auch die radiologische Morphologie selbst nicht für einen Wirbelkörperbruch als Ursache des Keilwirbels. Dem Befund nach sei eher davon auszugehen gewesen, dass sich der Keilwirbel im Rahmen einer Wachstumsstörung der WS im Sinne eines Morbus Scheuermann entwickelt habe. Dies ergebe sich daraus, dass auch Schmorl`sche Knorpelknötchen an der WS zur Darstellung gekommen seien und Veränderungen im Bereich der Bandscheibenräume.

Durch Bescheid vom 24. Mai 2002 stellte die Beklagte fest, dass ein Anspruch auf Rente wegen des Arbeitsunfalls des Klägers vom 14. April 1997 nicht bestehe. Zur Begründung führte sie aus, die infolge des Arbeitsunfalls erlittene Wirbelsäulenprellung sei folgenlos ausgeheilt. Sie stützte sich auf die gutachterlichen Feststellungen des W1.

Mit dem deswegen erhobenen Widerspruch machte der Kläger geltend, dass entgegen den Ausführungen des W1 seine behandelnden Ärzte, insbesondere B1 und auch der Radiologe W, einen Unfallzusammenhang bejaht hätten.

Durch Widerspruchsbescheid vom 11. September 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie stützte sich weiterhin auf die eindeutigen und schlüssigen gutachterlichen Ausführungen des W1.

Am 10. Oktober 2002 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG – S 15 U 3431/20), mit der er nach Anerkennung eines in Keilform verheilten Bruchs des 12. BWK als Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. verfolgte.

Das SG wies die Klage durch Gerichtsbescheid vom 23. Mai 2003 ab. Es habe mehr dafür gesprochen, dass die Veränderung des Wirbelköpers Th12 auf eine Scheurmannsche Erkrankung des Klägers zurückzuführen sei als auf den Arbeitsunfall vom 14. April 1997. Eine Fraktur nach dem Sturz vom Moped sei nicht nachweisbar und im Rahmen der Erstbehandlung im Krankenhaus habe eine frische knöcherne Verletzung nicht festgestellt werden können. Auch den vor dem Unfall angefertigten Röntgenaufnahmen habe bereits ein Hinweis auf eine leichte keilförmige Deformierung des 12. BWK entnommen werden können. Ebenso spreche das Fehlen reaktiver reparativer Veränderungen am 12. BWK nach dem Unfallzeitpunkt gegen eine Unfallkausalität wie auch der zeitliche Verlauf, da der Kläger am 29. April 1997 in nahezu beschwerdefreiem Zustand aus dem Krankenhaus entlassen worden sei und die danach geäußerten Wirbelsäulenbeschwerden sich auf einen anderen Bereich der WS, auf L5 und die HWS, bezogen gehabt hätten. Die Keilwirbelform des 12. BWK sei hingegen erst im Mai 2001 entdeckt worden. Auch die Entstehung des Keilwirbels durch einen als Wegeunfall versicherten Sturz vom Mofa am 23. Februar 1996 sei nicht erkennbar, weil damals nur Verletzungen an der Schulter und den Armen festgestellt worden seien.

Mit der am 23. Juni 2003 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegten Berufung (L 2 U 2422/03) verfolgte der Kläger, einen Bruch des Wirbelkörpers Th12 und des 1. Lendenwirbelkörper (LWK) als Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 anzuerkennen und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. zu gewähren.

Das LSG hörte B1 als sachverständigen Zeugen an. Dieser hielt das Sachverständigengutachten des W1 für nicht überzeugend, da es in sich widersprüchlich sei. Nach Würdigung aller ihm bekannten Befunde könne eine Verletzung des 1. LWK bzw. des Zwischenwirbelraumes Th12/L1 durch den Unfall nicht bewiesen werden. Allerding könne auch nicht ausgeschlossen werden, dass es bei dem Arbeitsunfall zu einem Deckplatteneinbruch des 1. LWK, einem Grundplatteneinbruch des 12. BWK und zur Verletzung des entsprechenden Zwischenwirbelraumes gekommen sei.

Im Weiteren zog das LSG Unterlagen zu einem stattgehabten Arbeitsunfall des Klägers am 5. Dezember 1983 bei, bei dem er beim Abladen von steinernen Fensterbänken mit dem Rücken an einen Transporter gestoßen war und sich einen Querfortsatzabruch des 1. LWK links zugezogen hatte.

Das LSG erhob bei C aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 13. September 2004 ein orthopädisches Sachverständigengutachten. Der Kläger habe Beschwerden am Übergang von der BWS zur LWS angegeben, die in Richtung des rechten Gesäß, nach rechts vorne in Richtung auf die untere Brustspitze und hoch in Richtung HWS ausstrahlten. Auch habe er diese Beschwerden, wenn er tief atme. Wenn er zwei bis drei Stunden stehe, sei er „total kaputt“, weil dann auch Schmerzen in den Beinen und Füßen bestünden. Es träten auch Kopfschmerzen auf, die in letzter Zeit schlechter geworden seien, und er habe ein schlechteres Gefühl auf der gesamten rechten Körperseite.

C führte aus, ob der Unfallmechanismus geeignet gewesen sei, einen Bruch des 12. BWK zu verursachen, werde man nicht eindeutig klären können, im Zweifelsfall erscheine dies jedoch denkbar. Wenn die keilförmige Deformierung des 12. BWK als Unfallfolge angesehen werden würde, dann müsste man einen vorderen Kompressionsbruch vom Typ A 1 entsprechend der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen ursächlich zugrunde legen. Ein Schaden der angrenzenden Bandscheiben gehöre zu diesem Bruch nicht unbedingt dazu; die Tatsache, dass die angrenzenden Bandscheiben nicht geschädigt seien, könne also nicht als Gegenargument gegen die Annahme eines Bruches gewertet werden. Gegen die Annahme eines stattgehabten Bruches spreche aber die Tatsache, dass Narben nach stattgehabter Knochenbruchheilung innerhalb des 12. BWK auch mit der sensiblen Kernspintomographie nicht nachweisbar gewesen seien. Der Ansicht des W1, dass es nicht zu reparativen Veränderungen an diesem Wirbelkörper gekommen sei, könne insofern nicht zugestimmt werden, als dass die nunmehr vorliegenden Zielaufnahmen nach vorne weisende knöcherne Randwulstbildungen an den korrespondierenden Grund- und Deckenplatten des 11. und 12. BWK zeigten, im Verlauf des vorderen Längsbandes habe man hier auch eine rechte deutliche Verknöcherung gesehen. Gegen die Annahme einer traumatischen Veränderung habe jedoch gesprochen, dass andeutungsweise diese Veränderungen auch in den benachbarten Segmenten anzutreffen gewesen seien. Zweifelsfrei seien auch im 11. BWK und im 1. LWK Residuen einer stattgehabten juvenilen Aufbaustörung, also eines angedeuteten Morbus Scheuermann, erkennbar gewesen. Gegen die Annahme, dass die keilförmige Deformierung des 12. BWK ebenfalls durch eine juvenile Aufbaustörung hervorgerufen worden sei, spreche allerdings, dass solche Veränderungen im 12. BWK nicht erkennbar gewesen seien. W1 sei dahingehend zuzustimmen, dass zum Zeitpunkt des Unfalls die LWS degenerativ vorgeschädigt gewesen sei, jedoch überwiegend im Segment L5/S1. Für die Annahme eines stattgehabten Bruches spreche die Angabe eines „spontanen und lokalen Kopfschmerzes der Wirbelsäule am thorako-lumbalen Übergang“ durch den Kläger im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag. Diese Angabe sei im Entlassbrief vom 2. Mai 1997 nochmals bestätigt worden.

Zusammenfassend sei die Frage nach der Unfallursächlichkeit nicht eindeutig zu beantworten gewesen. Gegen die Annahme einer

unfallbedingten Verursachung spreche der ungeklärte Unfallmechanismus, die fehlenden Knochennarben im 12. BWK, dass reparative Veränderungen in geringerem Maße auch in den angrenzenden Segmenten erkennbar gewesen seien und dass in den angrenzenden Wirbelkörpern Residuen einer juvenilen Aufbaustörung vorhanden gewesen seien. Für die Annahme einer unfallbedingten Verursachung habe gesprochen die initial beklagten Beschwerden am Brust-Lendenübergang, die keilförmige Deformierung, die die übrigen LWK nicht aufgewiesen hätten, die fehlenden Residuen einer juvenilen Aufbaustörung am 12. BWK sowie die deutlich stärker ausgeprägten reparativen Veränderungen der angrenzenden Grund- und Deckplatten. Es sei jedoch nicht so, dass die für einen Zusammenhang sprechenden Umstände deutlich überwogen hätten. Zur definitiven Beurteilung sei die Vorlage weiterer Röntgenbilder, die wohl W1 vorgelegen hätten, notwendig. Bei Annahme einer Prellung als Unfallfolge sei von einer folgenlosen Ausheilung auszugehen, bei Annahme einer unfallbedingten Verursachung der Keilwirbelbildung des 12. BWK betrage die MdE 10 v. H.. Entsprechend dem Segmentprinzip von Weber und Wimmer sei die Beweglichkeit des geschädigten Segmentes Th11/12 mit 1,8 % anzusetzen, der Bruch sei stabil in funktionell unbedeutender Fehlstellung verheilt, so dass sich keine Erhöhungsfaktoren ergäben.

Nach Vorlage der weiteren Röntgenaufnahmen führte C in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2005 aus, dass der Arbeitsunfall vom 14. April 1997 zu einem Kompressionsbruch des 12. BWK, zu einer hieraus resultierenden keilförmigen Deformierung dieses Wirbels und zu einer hieraus resultierenden Schädigung der Bandscheibe zwischen dem 12. BWK und dem 1. LWK mit nach hinten gerichteter Vorwölbung geführt habe. Hierfür spreche, dass die keilförmige Deformierung des 12. BWK auf den Röntgenaufnahmen von 1996 noch nicht nachweisbar gewesen sei, dass die Aufnahmen vom 14. April 1997 eindeutig eine Konturunterbrechung im Bereich der Vorderkante des 12. BWK zeigten sowie dass es im weiteren Verlauf zu einer keilförmigen Deformierung des 12. BWK gekommen sei. Mit Wahrscheinlichkeit im Sinne der Entstehung in ursächlichem Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 14. April 1997 stünden demnach eine diskrete keilförmige Deformierung des 12. BWK, eine nach hinten gerichtete Vorwölbung des Bandscheiben Th12/L1 und ein geringer Teil der Bewegungseinschränkung im Brust-Lendenübergang. Die unfallbedingte MdE betrage unter 10 v. H..

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme der K2, vor, wonach eine unfallbedingte Wirbelfraktur nicht stattgefunden habe. Die Röntgenbilder vom 11. März 1996 hätten bereits eine keilförmige Deformierung des 12. BWK gezeigt, wobei die Qualität der Aufnahmen zur Beurteilung des 12. BWK schlecht gewesen sei. Des Weiteren spreche gegen einen unfallbedingten Bruch, dass nach dem Unfall in diesem Segment keinerlei Reparaturmaßnahmen, d. h. Veränderungen sichtbar seien. Die knöcherne Abstützreaktion zwischen dem 11. und dem 12. BWK habe bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erhob das LSG bei B, aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 5. September 2005 ein weiteres Sachverständigengutachten. Der Kläger habe über ständige Rückenschmerzen, in letzter Zeit zunehmende Kopfschmerzen und Oberschenkelbeschwerden ausstrahlend von der WS, rechts stärker als links, geklagt. Zusätzlich hätten seit dem Arbeitsunfall im Jahr 1997 BWS-Beschwerden bestanden, die zum Brustbein kreisförmig ausstrahlend in letzter Zeit deutlich zugenommen hätten. Auch bestünden Schulterschmerzen rechts und funktions- und belastungsabhängige Ellenbogenschmerzen. Als Unfallfolgen hätten vorgelegen ein chronisch posttraumatisches BWS- und LWS-Syndrom bei Zustand nach Kompressionsbruch des 12. BWK und 1. LWK, jeweils keilförmig stabil verheilt mit reaktiv segmentaler Funktionseinschränkung mit Neigung zu Wirbelblockierungen. Auch sei sehr wahrscheinlich auf den Arbeitsunfall eine posttraumatische Verformung des 4. HWK zurückzuführen, ohne dass ein verwertbarer bildgebender Nachweis vom Unfalltag vorliege. Lediglich die Unterlagen des Kreiskrankenhauses Bretten hätten bei der Entlassung einen Hinweis auf eine stattgehabte HWS-Distorsion enthalten. Diese Verformung des 4. HWK erkenne man auf den Röntgenaufnahmen des L vom 9. November 2004, die weder W1 noch C vorgelegen hätten. Die MdE habe 20 v. H. betragen. Der Ansicht des W1 hat B insofern nicht folgen können, als auf den Röntgenaufnahmen vom 11. März 1996 Verletzungsfolgen am 12. BWK mit einer Keilwirbelbildung nicht zu erkennen gewesen seien. Auch die beschriebene Wachstumsstörung im Sinne eines Morbus Scheuermann habe er nicht feststellen können, die diesbezügliche Beurteilung der Feinstrukturen sei eine Fehldeutung.

Das LSG holte eine weitere gutachterliche Stellungnahme des C ein. Dieser hielt die beratungsärztliche Stellungnahme der K2 für nicht schlüssig. Denn selbst wenn bereits am 11. März 1996 eine keilförmige Deformierung des 12. BWK bestanden haben sollte, was projektionsbedingt sehr schwierig zu beurteilen gewesen wäre, dann hätte diese im Beobachtungszeitraum bis 2001 deutlich zugenommen gehabt. Auch habe er nicht mit der keilförmigen Deformierung argumentiert, sondern damit, dass auf den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag auf beiden seitlichen Aufnahmen eine Konturunterbrechung in der Mitte des 12. BWK, die als Unfallfolge zu deuten gewesen sei, erkennbar gewesen sei. Hiermit habe sich K2 nicht auseinandergesetzt. Auch habe er ausgeführt, dass es bei dem im vorliegenden Fall erfolgten Kompressionsbruch Typ A 1 nicht zu einer Schädigung der entsprechenden Bandscheiben der angrenzenden Segmente komme, so dass nicht notwendigerweise mit den von K2 geforderten Reparaturmaßnahmen infolge knöcherner Veränderungen zu rechnen sei. Die Annahme, dass eine knöcherne Abstützreaktion bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestanden habe, könne demnach nicht als Gegenargumentation angeführt werden. Ebenso könne nicht der Ansicht des B zugestimmt werden, dass sich der Kläger beim Unfall eine Fraktur des 4. HWK zugezogen habe. Aus einer Analyse der Unfallaufnahmen sowie der im weiteren Verlauf angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS ergebe sich eindeutig, dass die Deformierung des 4. HWK bereits vor dem Unfall bestanden habe. Es handele sich hierbei um eine wachstumsbedingte Veränderung, was sich eindeutig daraus ergebe, dass sich korrespondierende Veränderungen auch am 3. HWK fänden. Darüber hinaus könne auch den Ausführungen des B, wonach sich der Kläger beim Unfall einen Bruch des 1. LWK zugezogen habe, nicht gefolgt werden. Es sei nicht nachvollziehbar, aufgrund der Analyse welcher Röntgenbilder B zu dieser Auffassung gelangt sei. Aus sämtlichen Röntgenbildern ergebe sich nicht der leiseste Hinweis auf eine stattgehabte knöcherne Verletzung.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG holte das LSG eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme des B ein. Dieser schloss sich den Ausführungen des C insoweit korrigierend an, als die Deformierung des 4. HWK nicht Folge des Arbeitsunfalls sei. Hingegen war er weiterhin der Überzeugung, dass sich der Kläger beim Arbeitsunfall einen Bruch des 1. LWK zugezogen habe. Bei nochmaliger Sichtung der Röntgenaufnahmen vom Unfalltag sei eine feine Konturunterbrechung der Deckplatte des 1. LWK zu erkennen. Die MdE bewertete er deshalb auch weiterhin mit 20 v. H.. Zwar sei der Bruch des 12. BWK stabil in Fehlstellung verheilt, der Fehlstellung sei aber in funktioneller Hinsicht in Verbindung mit dem Bruch des 1. LWK und der daraus resultierenden Gefügestörung mit Funktionseinschränkung mehr Bedeutung beizumessen.

Das LSG wies die Berufung durch Urteil vom 23. Oktober 2006 zurück. Als Unfallfolgen hätten allenfalls eine diskrete keilförmige Deformierung des 12. BWK, die eine nach hinten gerichtete Vorwölbung der Bandscheibe Th12/L1 hervorgerufen habe und damit einen geringen Teil der Bewegungseinschränkung des Klägers im Brust-Lendenübergang verursacht habe, bestanden. Soweit B die Ansicht vertreten habe, dass sich der Kläger auch einen Bruch des 1. LWK unfallbedingt zugezogen habe, habe dies nach den schlüssigen

Argumenten des C nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit angenommen werden können. Im Übrigen habe nicht nachvollzogen werden können, dass B ein chronisches posttraumatisches BWS- und LWS-Syndrom mit reaktiv-segmentaler Funktionseinschränkung und Neigung zur Wirbelblockierungen als Unfallfolge angenommen habe. Nach den Ausführungen des C sei die keilförmige Deformierung des 12. BWK mit 12° so gering, das aufgrund klinischer Erfahrung nicht zu erwarten sei, dass hieraus negative statische Fernwirkungen auf die angrenzenden Wirbelsäulensegmente infolge der Kompensationsfähigkeit dieser Segmente resultierten. Nach den auch diesbezüglich schlüssigen Ausführungen des C werde eine MdE von 10 v. H. nicht erreicht. Die Einschätzung des B sei – selbst, wenn die von ihm genannten weiteren Unfallfolgen unterstellt würden – nicht schlüssig. Denn er habe auch weiterhin in seiner ergänzenden Stellungnahme die MdE mit 20 v. H. bewertet, obwohl er in dieser Stellungnahme die Veränderungen der HWS nicht mehr als Unfallfolgen beschrieben habe.

Die vom Kläger beim Bundessozialgericht (BSG) eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde (B 2 U 336/06 B) hat das BSG durch Beschluss vom 13. Februar 2007 als unzulässig verworfen.

Mit Antrag vom 27. April 2007 machte der Kläger eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Die MdE betrage nunmehr 20 v. H..

Die Rechtsvorgängerin der Beklagten lehnte den Antrag durch Bescheid vom 9. Mai 2007 ab.

Auf den Widerspruch des Klägers befragte sie die ihn behandelnden Ärzte. H1 berichtete von einer depressiven Entwicklung und einer somatoformen Schmerzstörung, H2 von einer Distorsion der HWS und multiplen Prellungen, PD Dr. Wörz von einer lumbalen Bandscheibenkrankheit und einer Coxarthrose mit chronischem Schmerz, C2 von einem LWS- und einem HWS-Syndrom und L von einem lumbalen Wurzelreizsyndrom bei NPP L5/S1, einem Nucleusprolaps L4/5 und einem alogenem Psychosyndrom.

Durch Widerspruchsbescheid vom 1. April 2008 wies die Rechtsvorgängerin der Beklagten den Widerspruch als unbegründet zurück. Die beim Kläger festgestellten Unfallfolgen rechtfertigten nach wie vor keine rentenwirksame MdE. Aus den im Widerspruchsverfahren eingeholten Behandlungsberichten bei den behandelnden Ärzten des Klägers hätten sich tiefsitzende Rückenschmerzen sowie Beschwerden an der HWS ergeben. Betroffen seien demnach Bereiche, die mit der diskreten keilförmigen Verbildung des 12. BWK keinen Zusammenhang aufwiesen. Eine Verschlimmerung der Unfallfolgen sei daher nicht ersichtlich.

Am 11. April 2008 erhob der Kläger Klage am SG (S 1 U 1613/08), mit der er die Gewährung einer Verletztenrente verfolgte.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG erhob das SG bei S3, aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 13. Oktober 2008 ein interdisziplinäres Sachverständigengutachten. Demnach seien die röntgenologischen Befunde gegenüber den Vorbefunden aus den Jahren 1998 und 2008 unverändert gewesen. Eine möglicherweise durch den Unfall entstandene Keilwirbeldeformierung des 12. BWK sei in einer milden Fehlstellung stabil verheilt. Nach allgemeiner klinischer Erfahrung würden hierdurch keine reaktiv-segmentalen Funktionseinschränkungen oder Gelenkblockierungen bedingt. Es habe demnach nicht von einer durch den Unfall verursachten vorzeitigen Verschleißung der betroffenen Wirbelköpersegmente ausgegangen werden können. Daneben habe bestanden eine Höhenminderung des Bandscheibenfaches Th12/L1 mit Vorwölbung des Bandscheibengewebes nach dorsal. Die dokumentierten Veränderungen im 3. und 4. HWK hätten unfallunabhängigen degenerativen, mild ausgeprägten Verschleißerscheinungen entsprochen. Ein Kompressionsbruch des 4. HWK habe bei inadäquater Darstellung der Röntgenbilder vom Unfalltag weder bestätig noch ausgeschlossen werden können, die im weiteren Verlauf unveränderte Befunde der Bildgebung, die zu den Veränderungen im 3. HWK gepasst hätten, hätten jedoch eindeutig gegen die Annahme eines Kompressionsbruches gesprochen, deshalb müsse von degenerativen Veränderungen ausgegangen werden. Diese milden degenerativen Veränderungen führten erfahrungsgemäß nicht zu Kopfschmerzattacken und Funktionseinschränkungen. Auch ein chronisches posttraumatisches BWS-/LWS-Syndrom liege nicht vor.

Auf psychosomatischem Fachgebiet leide der Kläger an einer Konversionsstörung mit dissoziativer Bewegungsstörung und einer somatoformen Schmerzstörung. Von einer Simulation oder Aggravation sei nicht auszugehen, denn diese Gesundheitsstörungen seien nicht durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar, da sie der Kläger durch den Krankheitsgewinn unbewusst erlernt habe. Sie seien keine Folge des Arbeitsunfalls, sondern unfallunabhängig durch die Persönlichkeitsstörung des Klägers sowie durch den Krankheitsgewinn verursacht. Auch psychische Gesundheitsstörungen müssten sich aber in einem angemessenen Zeitrahmen zu einem Unfall entwickeln, um als Unfallfolge mit Wahrscheinlichkeit gewertet werden zu können, was nach neun Jahren nicht mehr gelinge. Die MdE sei mit 10 v. H. einzuschätzen.

Der Kläger habe angegeben, im Tagesablauf dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Ohne Hilfe sei ein Aufstehen und Ankleiden nicht möglich, auch die einmalige Mahlzeit, die er während des Tages zu sich nehmen, würde von seiner Ehefrau vorbereitet. Wenn seine Ehefrau arbeiten ginge, wären ihm seine Kinder behilflich. Das Untersuchungszimmer habe er an einem Rollator gehend betreten und auch bei der Gangdemonstration während der Untersuchung die Verwendung eines Rollators gewünscht. Beim Versuch des Gehens unter Hilfestellung durch eine andere Person, sei der Kläger beim ersten Schrittversuch gestürzt, habe sich jedoch mit beiden Händen reflexartig und zielsicher abstützen können und habe sich anschließend unter Schmerzangaben auf dem Boden gewälzt. Seine Ehefrau sei ihm zu Hilfe geeilt und habe ihrem körperlich wesentlich schwereren Ehemann geholfen, wieder auf die Beine zu kommen. Während der Evaluation und der klinischen Untersuchung seien inadäquate und lautstarke Schmerzäußerungen des Klägers auffällig gewesen. Es habe ein massiver Krankheitsgewinn in Form der Betreuung und Pflege durch seine Ehefrau vorgelegen.

Aus der von G für das Gutachten des S3 erstellen psychologischen Evaluation ergab sich, dass bei aggravierender Beschwerdepräsentation kein konsistentes psychisches Störungsbild auszumachen gewesen sei. Am ehesten treffe der Formenkreis der dissoziativen Störungen bzw. Konversionsstörungen auf die Erkrankung des Klägers zu. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei nicht eindeutig und als unwahrscheinlich anzunehmen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG am 28. Januar 2009 hat der Kläger die Klage zurückgenommen.

Am 12. August 2013 stellte der Kläger den – vorliegend streitgegenständlichen – Verschlimmerungsantrag. Er führte aus, in letzter Zeit hätten sich seine gesundheitliche Verfassung auf orthopädischem und psychischem Fachgebiet erheblich verschlechtert, und legte ein vom SG in einem rentenrechtlichen Verfahren bei B2 erhobenes nervenärztliches Sachverständigengutachten vor. Aus diesem Gutachten

ergaben sich als Diagnosen chronische Dysthymie, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Zügen, chronischer Nikotinabusus, chronische Nacken- und Rückenschmerzen bei bekannten degenerativen Veränderungen des sog. Stütz- und Skelettapparates: Prolaps L5/S1 und Hüftgelenksarthrose beidseits, Diabetes mellitus Typ II, Zustand nach Schildrüsenresektion bei vorbestehende Struma multinodosa und leichtes Schlafapnoe-Syndrom. Wenngleich beim Kläger deutliche Aggravatationstendenzen zu erkennen gewesen seien, seien diese Ausdruck einer eigenständigen Krankheitssensität gewesen. Der Kläger sei zu keinerlei Tätigkeiten im Rahmen des allgemeinen Arbeitsmarkts mehr in der Lage gewesen.

Im Weiteren legte der Kläger vor den Behandlungsbericht des W2, aus dem sich die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und lumbale Bandscheibenkrankheit mit Vorfall L5/S1 (ICD-10 M51.1) ergaben. Zudem kam zur Vorlage das ärztliche Attest des L aus dem sich Behandlungen des Klägers wegen einem cervicalem radikulärem Reizsyndrom bei Protrusio und Foraminstenosierung C6/7, wegen Uncarthrosen C4/6 und C6/7, wegen chronifizierter Lumbalgie bei Zustand nach Nukleusprolaps L5/S1 und wegen linkskonvexer LWS-Skoliose und deutlicher Spondylarthrose L5/S1 entnehmen ließen. Darüber hinaus bestehe eine psychosoziale Belastung (ICD-10 F68.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Hüftarthrose beidseits, eine Chondromalazie des rechten Kniegelenks sowie ein Zustand nach Kompressionsfraktur des 12. BWK und 1. LWK.

Auf Anfrage der Beklagten berichtete L von den bereits aus dem ärztlichen Attest ersichtlichen Diagnosen. Der Zustand nach Kompressionsfraktur des 12. BWK sei zwar anamnestisch registriert, jedoch nicht behandelt worden. Er werde der Beklagten eine Röntgenaufnahme des thorakolumbalen Übergangsbereichs zukommen lassen, sobald der Kläger wieder vorstellig werde. Am 23. Januar 2014 gingen diese Röntgenaufnahmen bei der Beklagten ein.

Durch Bescheid vom 28. Januar 2014 stellte die Beklagte fest, dass der Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 auch weiterhin keinen Anspruch auf Verletztenrente habe. Zur Begründung legte sie dar, dass bereits in der Vergangenheit bindend festgestellt worden sei, dass eine psychische Erkrankung nicht als Unfallfolge zu werten sei und dass die unfallbedingt bestehende diskrete Keilwirbeldeformität am 12. BWK nicht anhaltende Rückenschmerzen verursache. Eine abweichende Beurteilung ergebe sich nicht aus den nunmehr vorgelegten Befunden. Insbesondere L habe die Verletzung des 12. BWK nur noch nebenbefundlich erwähnt und W2 habe nur eine lumbale Bandscheibenerkrankung mit Vorfall zwischen dem 5. LWK und dem Kreuzbein beschrieben.

Den nicht begründeten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 3. Juli 2014 zurück. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen sei der Bruch des 12. BWK unter leichter keilförmiger Deformierung zwischenzeitlich knöchern fest verheilt und es resultierten hieraus keine relevanten funktionellen Einschränkungen. Eine rentenberechtigende MdE bestehe demnach nicht.

Mit der am 5. August 2014 beim SG erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren auf Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 weiterverfolgt.

Er hat vorgelegt den Kurzbrief des zfp C1 Klinikum N über die stationäre Behandlung vom 9. April bis zum 8. Mai 2015, der als Diagnosen aufgeführt hat schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet, (ICD-10 E11.90) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Aus dem im Weiteren vorgelegten ärztlichen Attest des L vom 29. Mai 2015 hat sich dessen fachorthopädische Behandlung des Klägers wegen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2), eines Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.90), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eines lumbalen Wurzelreizsyndroms bei gesichertem Nucleusprolaps L5/S1, einer chronischen Dorsolumbalgie bei Status nach BWK-12 und LWK-1-Fraktur, einer Schultersteife beidseits mit zunehmender retraktiler Capsulitis, einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.8) und einer psychosozialen Belastung (ICD-10 F68.0) ergeben. Die Gesamtsituation habe sich weiter verschlechtert, insbesondere die vorab leichtere Variante der Depression sei zwischenzeitlich in eine schwere depressive Episode übergegangen, was auch vom zfp C1 Klinikum N bestätigt werde. Der Kläger könne auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts nur noch unter drei Stunden arbeitstäglich verrichten. Diese Meinung werde auch vom dauerbehandelnden Psychiater H1 geteilt. Konsekutiv solle eine Erwerbsunfähigkeitsrente festgesetzt werden.

Aus dem ebenso zur Gerichtsakte vom Kläger gereichten fachärztlichen Attest zur Vorlage beim Rentenversicherungsträger des H1, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, vom 19. Mai 2015 hat sich dessen Behandlung des Klägers seit dem 18. November 2013 ergeben. Aus der Anamnese sei eine depressive Erkrankung und zusätzlich eine Schmerzentwicklung erkennbar gewesen, der Kläger sei deswegen auch ambulant und stationär behandelt worden. Seine Belastbarkeit sei im sozialmedizinischen Sinne reduziert, er sei allenfalls für unter drei Stunden arbeitstäglich belastbar.

Darüber hinaus hat der Kläger das fachärztliche Attest der S4 vorgelegt, die eine Behandlung des Klägers seit dem 23. November 2006 berichtet hat. Neben einer inzwischen schwerstgradigen Depression bestehe seit Jahren eine Schmerzstörung. Die Leistungsfähigkeit sei deshalb dauerhaft auf unter drei Stunden herabgesetzt.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG hat das SG bei A, aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 15. September 2015 ein unfall- und sozialmedizinisches Gutachten erhoben. A hat ausgeführt, beim Kläger bestünden eine ausgeprägte Herabsetzung der Trage- und Belastungsfähigkeit der WS mit Ausprägung im thorakolumbalen Bereich, röntgenmorphologische Veränderungen und die Ausprägung einer chronischen Schmerzkrankheit mit somatischen und somatoformen Anteilen. Das gesamte Zustandsbild lasse sich zwanglos in Bezug auf die Entstehung und Entwicklung auf den Arbeitsunfall vom 14. April 1997 zurückführen. Konkurrierende Kausalitäten, insbesondere bei kritischer Würdigung der Chronologie, lägen nicht vor. Die MdE betrage 30 v. H..

Der Kläger habe als Beschwerden angegeben Schmerzen von Seiten der unteren WS, die immer bestünden, in die Beine ausstrahlten und ihn psychisch „kaputt“ machten. Er habe Schwierigkeiten, seinen Körper zu tragen. Auch sei er psychisch belastet, da er zu Hause nicht mehr arbeiten könne und durch seine Arbeit auch kein Brot verdiene. Der Sohn des Klägers, der bei der ambulanten Untersuchung zugegen gewesen sei, habe ergänzend ausgeführt, dass sein Vater praktisch stets in der häuslichen Umgebung bleibe und nur in seltenen Fällen in Begleitung ganz kurze Spaziergänge durchgeführt würden. Alleine wäre sein Vater nicht in der Lage, in die Stadt zu gehen oder einzukaufen.

Der Gesamtzustand des Klägers sei extrem schmerzgeplagt gewesen, während der gesamten Anamnesebesprechung sei der Oberköper in rechtsseitiger Auslenkung von etwa 15° gehalten worden und der Kläger habe sich mit dem rechten Arm abgestützt. Unter Verwendung von

Unterarmgehstützten sei das Gangbild im Vierpunktegang dargestellt worden, in etwa 20° Vorhalte beim Bewegungsablauf. Da eine Standsicherheit nicht gegeben gewesen sei, sei die Funktionsanalyse im liegenden Zustand auf der Untersuchungsliege erfolgt. Die Beweglichkeit der HWS habe betragen Vor-/Rückneigen 20-0-30° und Seitneigen rechts/links 25-0-40°. Für die bauchwärtsgerichtete Bewegung der gesamten WS (Ventralfunktion) und rückwärtige Bewegung (Dorsalextension) habe sich eine Beweglichkeit von 0-20-35°, für die Rotationsbewegung des Rumpfes von 10-0-10° und für die Seitneigung der gesamten WS von 10-0-10° ergeben. Ein verwertbarer Schober- oder Ott-Index habe sich ebenso wie ein FBA nicht ermitteln lassen. Es habe sich gezeigt das Bild eines massiven pseudoradikulären Schmerzes mit Ausstrahlung in die muskuläre Region des thorakolumbalen Übergangs mit Ausstrahlung in das Lumbalsegment. Aus den Unterlagen sei hervorgegangen, dass es sich zweifelsfrei um eine BWK-12-Fraktur mit entsprechender keilförmiger Deformierung des 12. BWK gehandelt habe. Unabhängig hiervon läge auch eine formverbildende Veränderung des 1. LWK vor; die insofern unterschiedlichen widerstreitigen Ansichten würden berücksichtigt, seien aber hinsichtlich des klinischen Funktionsbildes nicht von erheblicher Bedeutung gewesen. Der verschmälerter Bandscheibenzwischenraum zwischen dem 12. BWK und dem 1. LWK deute mit großer Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass auch der 1. LWK betroffen sei. Entscheidend seien jedoch die Chronologie und der klinische Verlauf in Abgleich mit den Fakten. Seinerzeit sei nicht erfasst worden, dass auch eine Fraktur im Bereich der LWS vorgelegen habe, weil die LWS nicht korrekt untersucht worden sei. Das sei ein Defizit, das sich im weiteren Verlauf hinsichtlich der Schadensfolge durch eine nicht leitliniengerechte Behandlung ungünstig ausgewirkt habe.

Der gutachterlichen Einschätzung des B, dass ein chronisches posttraumatisches BWS- und LWS-Syndrom bei einem Kompressionsbruch des 12. BWK und des 1. LWK vorgelegen habe, müsse zugestimmt werden. Dies ergebe sich zwanglos aus der Tatsache, dass anhaltende Schmerzen bestünden. Heute liege genau in diesem Verletzungsareal eine Verschmächtigung der Muskulatur vor. Soweit C davon ausgegangen sei, dass die keilförmige Deformierung des 12. BWK mit 12° so gering sei, dass aufgrund klinischer Erfahrung negative statische Auswirkungen deswegen nicht zu erwarten seien, habe er verkannt, das sowohl statisch als auch dynamisch eine erhebliche Funktionsstörung des BWS-LWS-Systems vorgelegen habe. Soweit S3 in seinem Gutachten von einer Verdeutlichungstendenz ausgegangen sei, lasse sich dem Gutachten nicht entnehmen, an welcher Stelle diese vorgelegen haben soll. Er habe sich ebenso wie auch C nicht mit der Chronologie auseinandergesetzt, wenn er ein chronisches BWS-LWS-Syndrom nicht angenommen habe; es stelle sich die Frage, was denn sonst vorliegen solle. Rätselhaft bleibe auch, worauf S3 die Annahme einer unfallunabhängigen psychosomatischen Störung gestützt habe. Jedenfalls die G habe allenfalls Vermutungen in diese Richtung geäußert.

Die Beklagte hat gegen das Sachverständigengutachten des A eingewandt, dass der Kläger Schmerzen im Bereich der unteren WS angegeben habe, was alleine schon der Ansicht des Sachverständigen widerspreche, dass diese auf den Arbeitsunfall von vor knapp 20 Jahren zurückzuführen seien. Im Übrigen lägen beim Kläger degenerative Veränderungen des gesamten Skelettapparates mit chronischen Nacken- und Rückenschmerzen vor. Nicht nachvollziehbar sei, dass diese jetzt auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sein sollten. Darüber hinaus sei auf einen vorhergehenden Verschlimmerungsantrag des Klägers im Klageverfahren S 15 U 3431/02 und im Berufungsverfahren L 2 U 2422/02 bestandskräftig abgelehnt worden, den Bruch des 12. BWK und des 1. LWK als Folgen des Arbeitsunfalls anzuerkennen. Als Folge des Arbeitsunfalls sei lediglich eine abgeheilte Wirbelsäulenprellung anerkannt.

Das SG hat am 28. Oktober 2016 eine mündliche Verhandlung durchgeführt und die Klage durch Urteil von diesem Tag abgewiesen. Für die Annahme einer Verschlimmerung der Keilwirbeldeformität bei Th12 habe es bereits an hinreichenden tatsächlichen Feststellung gefehlt. Der Kläger habe weder eine gesundheitliche Veränderung in diesem Bereich berichtet noch ergebe sie sich aus den von ihm vorgelegten Arztberichten oder aus den erhobenen Sachverständigengutachten. Ein chronisches posttraumatisches BWS- und LWS-Syndrom habe der Kläger bereits in dem durch Klagerücknahme beendeten Rechtsstreit S 1 U 1613/08 geltend gemacht. Ungeachtet der Frage, ob dies zu einer rechtlichen Bindung der Beteiligten dahingehend führe, dass ein Unfallzusammenhang nicht bestehe, stehe zur Überzeugung des Gerichts fest, dass es sich nicht um eine nach Erlass des Bescheides vom 9. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 neu hinzugetretenen Gesundheitsstörungen und damit um eine nach § 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) erforderliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen handele. Denn Beschwerden im BWS- und im LWS-Bereich habe der Kläger schon gegenüber L im Jahr 1997 berichtet gehabt. S3 habe insofern überzeugend ausgeführt, dass ein BWS- und LWS-Syndrom als Unfallfolge nicht vorliege. Eine gegenteilige Überzeugung des Gerichts habe auch das von A erstellte Sachverständigengutachten nicht zu begründen vermocht. Dessen Ausführungen gründete alleine auf den Schmerzangaben des Klägers, ohne den Einwand des C und des S3 zu widerlegen, dass es sich um eine geringe, funktionell kaum relevante Fehlstellung des 12. BWK handele. Auch erkläre A nicht, aus welchen Gründen es beim Kläger in der Zeit von Juni 1997 bis Mai 1999 zu keinen Beschwerden an der WS gekommen sei und insbesondere deswegen keine Arbeitsunfähigkeitszeiten im von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der AOK dokumentiert seien. Darüber hinaus sei nicht plausibel, dass sich die Erkrankung des Klägers mit zeitlicher Entfernung vom Unfall verschlimmert und nicht verbessert haben soll; lediglich der Hinweis auf eine nicht leitliniengerechte Behandlung mache diesen Krankheitsverlauf nicht nachvollziehbar.

Ebenso sei die von S3 als unfallunabhängig beschriebenen mild ausgeprägten Verschleißerscheinungen des 3. und 4. HWK bereits Gegenstand eines vorherigen Verschlimmerungsantrags vom 27. April 2007 gewesen.

Zuletzt sei auch die von A als Unfallfolge bezeichnete somatoforme Störung schon von H in seinem Bericht vom 16. Juni 1999 als „Sternumschmerzen im Rahmen einer hypochondrischen Störung“ angeführt worden und sei demnach nicht nach Erlass des Bescheides vom 9. Mai 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2008 neu hinzugetreten. Zusätzlich sei ein Kausalzusammenhang mit dem Arbeitsunfall nicht hinreichend wahrscheinlich, da S3 überzeugend ausgeführt habe, dass die Gesundheitsstörungen auf psychosomatischem Fachgebiet unfallunabhängig seien und durch die Persönlichkeitsstörung des Klägers sowie den Krankheitsgewinn bedingt seien. Die Ausführungen des A beruhten hingehen auf den ungeprüft übernommenen Ausführungen des Klägers und setzten sich nicht mit dem Krankheitsverlauf und den konkurrierenden Ursachen auseinander. Soweit der Kläger eine Depression als Unfallfolge geltend mache, werde dies nicht durch ärztliche Berichte gestützt.

Gegen das ihm am 9. November 2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. November 2016 Berufung beim LSG eingelegt (L 6 U 4289/16).

Der Kläger hat weitere ärztliche Unterlagen hinsichtlich einer transdermalen Rheuma-Therapie und von L vorgelegt, der Behandlung des Klägers innerhalb des Zeitraums von Mai 1997 bis November 1999 bestätigt hat.

Der Versuch der Beiziehung eines von S im Auftrag der V-Versicherung erstellten Gutachtens war erfolglos, da die diesbezüglichen Akten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist bereits vernichtet worden waren.

In dem vom damaligen Berichterstatter durchgeführten Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 17. Mai 2017 hat der Klägers mitgeteilt, dass zwischenzeitlich vor dem SG ein weiteres rentenrechtliches Verfahren geführt werde, in dem derzeit ein weiteres Gutachten im nervenärztlichen Bereich erhoben werde. Das Ergebnis dieses Gutachtens wolle er abwarten. Auf Anregung des Berichterstatters wurde durch Beschluss vom 17. Mai 2017 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Am 20. Oktober 2019 stellte der Kläger einen weiteren Verschlimmerungsantrag und legte zu dessen Begründung den vorläufigen Entlassbrief über seien stationäre Behandlung vom 1. bis zum 27. August 2019 im zfp C1 Klinikum N vor. Dieser führte als Diagnosen auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2), Diabetes mellitus Typ 2, ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.90), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Gehbeschwerden, anderorts nicht klassifiziert, (ICD-10 R62.2), chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet, FEV1 nicht näher bezeichnet, (ICD-10 J44.99), benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.00) und keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte (ICD-10 U50.00). Der Kläger sei nach hausärztlicher Einweisung zur sechsten akutstationären Krankenhausaufnahme gekommen. Er habe berichtet von einem familiären konfliktbehafteten Umfeld, es geben nur noch Streit mit seiner Ehefrau, und einem Wegeunfall mit seinem Mofa, bei dem ihn ein PKW-Fahrer umgefahren habe. Seit dem Unfall befinde er sich wegen Schmerzen am ganzen Körper in ärztlicher Behandlung. Der Unfall habe ihn „kaputt gemacht“, wegen der Schmerzen könne er kaum noch laufen, habe deshalb seinen Arbeitsplatz verloren und gehe am Rollator und an Krücken. Aktuell habe er Selbstmordgedanken und wolle sich umbringen. Bei Aufnahme habe der körperliche Befund ergeben guter Allgemein- und Ernährungszustand, keine Bewegungseinschränkungen, keine Umfangsvermehrungen der Extremitäten und unauffällige WS. In psychischer Hinsicht sei der Kläger gewesen wach und bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, ohne Befürchtungen und Zwänge und depressiv verstimmt bei unauffälligem Antrieb und Motorik. Der Kläger sei in teilremittiertem Zustand entlassen worden, Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung hätten nicht vorgelegen.

Aus der im Weiteren vom Kläger vorgelegten sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahme des M für die Bundesagentur für Arbeit vom 18. April 2018 ergab sich ein arbeitstägliches Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden voraussichtlich über sechs Monate, aber nicht auf Dauer. Als integrationsrelevante Funktionseinschränkungen waren aufgeführt Minderbelastbarkeit des Bewegungsapparates, psychomentale Minderbelastbarkeit, Minderbelastbarkeit auf neuronaler Ebene und Funktionsstörung des Urogenitaltraktes.

Die Beklagte stellte durch Bescheid vom 27. November 2019 fest, dass wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 auch weiterhin kein Anspruch auf Rente bestehe. Bereits in der Vergangenheit habe sie mehrfach entschieden, dass die bestehenden psychischen Erkrankungen nicht als Unfallfolgen zu werten seien.

Den Widerspruch des Klägers, mit dem er geltend machte, dass auch psychische Unfallfolgen vorlägen, wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 7. Mai 2020 zurück. Die psychischen Beschwerden seien nicht als Unfallfolgen anerkannt worden. Die neu eingereichten medizinischen Befunde führten deshalb zu keiner anderen Einschätzung.

Am 7. Juni 2020 hat der Kläger deswegen Klage beim SG erhoben (S 8 U 1688/20) und den vorläufigen Entlassbrief des zfp C1 Klinikum N über die stationäre Behandlung vom 7. August bis zum 4. September 2020 vorgelegt. Als Diagnosen waren aus diesem ersichtlich schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet, FEV1 nicht näher bezeichnet (ICD-10 J44.99), bösartige Neubildung der Harnorgane in der Eigenanamnese (ICD-10 Z85.5), benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.00), Diabetes mellitus Typ 2 mit nicht näher bezeichneten Komplikationen, als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.81) und mittlere kognitive Funktionseinschränkung, erweiterter Barthel-Index 20 bis 65 Punkte (ICD-10 U51.10). Der Kläger sei von seinem Hausarzt mit der Diagnose schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidgefahr eingewiesen worden. Er habe angegeben, in den Jahren 1996 und 1997 Verkehrsunfälle erlitten zu haben und seitdem an Schmerzen am ganzen Körper und akustischen und optischen Halluzinationen zu leiden. Die Stimmen sagten ihm, er solle seinem Leben ein Ende setzen. Der Kläger sei antriebsarm gewesen und habe eine unauffällige Psychomotorik gezeigt. Es seien Suizidgedanken erhebbar gewesen bei depressiver Verstimmung, Affektlabilität und einem Krankheitsgefühl. Nach befriedigendem Rückgang der Symptomatik und nachdem eine Reihe von Belastungserprobungen im häuslichen Rahmen erfolgreich verlaufen seien, habe der Kläger bei keiner ersichtlichen akuten Eigen- oder Fremdgefährdung nach Hause entlassen werden können.

Wegen des beim LSG anhängigen Berufungsverfahrens hat das SG durch Beschluss vom 22. Januar 2021 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Am 21. Dezember 2020 hat der Kläger das ruhende Berufungsverfahren wieder angerufen und das von B2 nach § 109 SGG in einem rentenrechtlichen Verfahren vor dem SG erstelle nervenärztliche Gutachten aufgrund seiner ambulanten Untersuchung am 24. Januar 2017 vorgelegt. Bei der orientierenden orthopädischen Untersuchung sei die HWS frei gewesen, der Kläger habe jedoch heftige Schmerzen bei der Retroversion des Kopfes angegeben, die Beweglichkeit der LWS sei massiv eingeschränkt gewesen, der FBA habe 48 cm betragen. Als Diagnose seien erhoben worden chronische Dysthymie, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und histrionischen Zügen, maligner Nikotinabusus, chronische Nacken- und Rückenschmerzen bei bekannten degenerativen Veränderungen, Prolaps L5/S1, Zustand nach Frakturen 12. BWK und 1. LWK, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterinämie und arterielle Hypertonie. Bereits in dem vorherigen Gutachten seien die massiv anmutenden Aggravatationstendenzen des Klägers hervorgehoben worden, die schon längst Ausgestaltung einer eigenständigen Krankheitssensität seien. Die Leistungsfähigkeit sei auf Dauer extrem minimiert gewesen.

Zur Begründung der Berufung führt der Kläger aus, es seien entgegen der Ansicht des SG sowohl Verschlimmerungen im orthopädischen als auch im psychischen Bereich eingetreten, die einen Rentenanspruch rechtfertigten. Dies ergebe sich aus den Sachverständigengutachten des A und des B2.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Oktober 2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2014 zu verurteilen, ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 eine

Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Das Sachverständigengutachten des B2 sei nicht geeignet, die erstinstanzliche Entscheidung in Zweifel zu ziehen. Das SG habe sich ausführlich mit dem vorhergehenden Sachverständigengutachten des B2 auseinandergesetzt und sei davon ausgegangen, dass es den Klageantrag nicht stütze. In dem nun vorliegenden Sachverständigengutachten verweise B2 auf seine vorherigen Ausführungen und komme zu den gleichen Ergebnissen. Auch ergäben sich aus den gutachterlichen Feststellungen des B2 keine Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden des Klägers auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet und dem Arbeitsunfall.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht (§ 151 SGG) eingelegte Berufung ist statthaft (§§ 143, 144 SGG), auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 28. Oktober 2016, mit dem das SG die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG; vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 5. September 2006 – B 2 U 24/05 R –, juris, Rz. 9) auf Aufhebung des Bescheides vom 28. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2014 (§ 95 SGG) und auf Gewährung einer Verletztenrente abgewiesen hat.

Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 [124]; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34), vorliegend also derjenige der mündlichen Verhandlung am 16. September 2021. Der vom Kläger während des laufenden Berufungsverfahrens gestellte weitere Verschlimmerungsantrag vom 20. Oktober 2019, den die Beklagte durch Bescheid vom 27. November 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Mai 2020 abgelehnt hat, hat keine Zäsurwirkung und begrenzt demnach den vom Senat zu entscheidenden Zeitraum nicht (vgl. BSG, Urteil vom 17. April 2013 – B 9 SB 6/12 R –, juris, Rz. 28; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 29. Oktober 2014 – L 3 SB 3881/13 –, juris, Rz. 29).

Der Bescheid vom 27. November 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Mai 2020 ist auch nicht nach § 153 Abs. 1 SGG i. V. m. § 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden, denn er enthält keine Änderung oder Ersetzung des streitgegenständlichen Bescheides (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 27; LSG Baden-Württemberg, a. a. O., Rz. 29). Das SG wird jedoch im Klageverfahren S 8 U 1688/20, in dem der Bescheid vom 27. November 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Mai 2020 streitgegenständlich ist, die bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung am 16. September 2021 entgegenstehende Rechtshängigkeit (§ 202 Satz 1 SGG i. V. m. § 17 Abs. 1 Satz 2 Gerichtsverfassungsgesetz [GVG]) bzw. die entgegenstehende Rechtskraft (§ 141 Abs. 1 Nr. 1 SGG) zu beachten haben.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Der Bescheid vom 28. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2014 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 SGG). Der Kläger hat auch zur Überzeugung des Senats keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997. Das SG hat die Klage demnach zu Recht abgewiesen.

Anspruchsgrundlage für den vom Kläger verfolgten Anspruch ist entgegen der Ansicht des SG nicht § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Denn die Anwendung des § 48 SGB X setzt voraus, dass sich die tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, wesentlich geändert haben. Ein Bescheid, der die Gewährung einer Rente ablehnt, ist jedoch kein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung. Zwar steht mit dem Eintritt der Bindungswirkung eines die Gewährung einer Rente ablehnenden Bescheides nicht nur für den Zeitpunkt seines Erlasses, sondern auch für die folgende Zeit zwischen den Beteiligten fest, dass dem Antragsteller die Leistung nicht zusteht, jedoch ist dies allein das Ergebnis der Bindungswirkung des ablehnenden Bescheides. Hiervon ist die Dauerwirkung zu unterscheiden. Mit der Ablehnung eines Rentenantrages wird die Rechtslage für den Antragsteller und den Leistungsträger einmalig gestaltet und das Bestehen eines Leistungsrechtsverhältnisses mit sich daraus ergebenden tatsächlichen und/oder rechtlichen Wirkungen gerade verneint. Bei einer nachträglichen wesentlichen Änderung ist auch ohne Aufhebung des früheren Ablehnungsbescheides eine Entscheidung über den „Neuantrag“ zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 1985 – B 1 RJ 2/84 –, juris, Rz. l6; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23. April 2003 – L 16/12 U 7/98 –, juris, Rz. 36).

Mithin ist Anspruchsgrundlage für das klägerische Begehren § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. Demnach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls (§§ 8, 9 SGB VII) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

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 Satz 1 SGB VII). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalls in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. BSG,

Urteil vom 18. Januar 2011 – B 2 U 5/10 R –, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – B 2 U 14/03 R –, juris, Rz. 12).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen des Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele („conditio sine qua non“). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der „Conditio-Formel“ eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht („ex post“) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln des Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln des Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von § 11 SGB VII, der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper des Versicherten war (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 16/11 R –, juris, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R –, juris, Rz. 37).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 – B 2 U 9/07 R –, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 – B 2 U 2/11 R –, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R –, juris, Rz. 22 und vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R –, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 – L 6 U 50/15 –, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 – L 6 U 4796/13 –, juris, Rz. 37), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 – B 2 U 17/15 R –, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – B 2 U 5/10 R –, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Gemessen an diesen gesetzlichen Vorgaben und der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der der Senat folgt, hat es die Beklagte zu Recht durch Bescheid vom 28. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2014 abgelehnt, dem Kläger eine Verletztenrente zu gewähren. Das SG hat die Klage demnach zu Recht abgewiesen. Wie auch das SG konnte sich der Senat nicht davon überzeugen, dass Unfallfolgen bestehen, wegen denen sich eine MdE in einem rentenberechtigenden Ausmaß ergibt.

Durch keinen der ergangenen Bescheide hat die Beklagte bindend (§ 77 SGG) Unfallfolgen festgestellt. Die in den Bescheiden enthaltenen Regelungen im Sinne des § 31 Satz 1 SGB X erschöpfen sich jeweils in der Ablehnung eines Anspruchs auf Verletztenrente. Soweit in den Bescheiden Ausführungen zu Unfallfolgen enthalten sind, befinden diese sich ausschließlich in den Begründungen (§ 35 SGB X) der jeweiligen Bescheide und nehmen daher an der Bindungswirkung nicht teil (vgl. Schmidt, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 77 Rz. 5b).

Die Beklagte geht, wie der Senat unter anderem der Begründung des Bescheides vom 24. Mai 2002 über die erstmalige Ablehnung der Gewährung einer Verletztenrente entnimmt, davon aus, dass Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 lediglich eine folgenlos ausgeheilte Wirbelsäulenprellung ist.

Nach dem bei C im Verfahren L 2 U 2422/03 erhobenen orthopädischen Sachverständigengutachten soll zwar die keilförmige Deformierung des 12. BWK eine rechtlich wesentliche Unfallfolge sein. Der 2. Senat des LSG hat jedoch die Berufung des Klägers gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG im Verfahren S 15 U 3431/02 durch Urteil vom 23. Oktober 2006 (als unbegründet) zurückgewiesen. Gegenstand des Berufungsverfahrens war neben der Gewährung einer Verletztenrente die Anerkennung eines Bruchs des Wirbelkörpers Th12 und des 1. LWK als Unfallfolge. Nach Rücknahme der vom Kläger beim BSG erhobenen Nichtzulassungsbeschwerde (B 2 U 336/06 B) ist dieses Urteil rechtskräftig geworden und bindet deshalb den Kläger und auch die Beklagte (§ 141 Abs. 1 Nr. 1 SGG). Somit kann der Kläger sein Begehren auf die Gewährung einer Verletztenrente bereits deshalb nicht auf eine vermeintliche Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation am 12. BWK und am 1. LWK stützen.

Unabhängig von der einer Berücksichtigung entgegenstehenden Rechtskraft des Urteils des 2. Senats des LSG ergeben sich jedoch noch Auswertung der vorliegenden medizinischen Befunde, ärztlichen Meinungsäußerungen und Sachverständigengutachten auch zur Überzeugung des Senats hinsichtlich der keilwirbelförmigen Deformierung des 12. BWK und der hieraus resultierenden Funktionsbehinderungen keine Verschlimmerungen, wegen denen nunmehr eine Bewertung mit einer MdE von mehr als 10 v. H. gerechtfertigt wäre.

Hiergegen spricht bereits, dass der Kläger zum Zeitpunkt der Stellung des streitgegenständlichen Verschlimmerungsantrags am 12. August 2013, wie der Senat dem vom Kläger in diesem Zusammenhang vorgelegten ärztlichen Attest des Orthopäden L und der von der Beklagten bei L eingeholten Auskunft entnimmt, die der Senat jeweils im Wege des Urkundsbeweises (§ 118 Abs. 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]), verwertet, nicht orthopädisch behandelt wurde. L hat lediglich einen Zustand nach einer Kompressionsfraktur des 12. BWK und des 1. LWK als erhobene Diagnose mitgeteilt, gegenüber der Beklagten ausdrücklich eine diesbezügliche Behandlung verneint und angegeben, diese Gesundheitsstörung nur anamnestisch registriert zu haben. Im Weiteren stützt sich der Senat auf das bei S3 im Verfahren S 1 U 1613/08 auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG erhobene, urkundsbeweislich verwertete, interdisziplinäre Sachverständigengutachten. S3 hat gutachterlich für den Senat schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass die Keilwirbeldeformierung des 12. BWK in einer milden Fehlstellung stabil verheilt ist und nach allgemeiner klinischer Erfahrung hierdurch keine reaktiv-segmentalen Funktionsstörungen oder Gelenkblockierungen bedingt werden. Diese Ausführungen des S3 korrespondieren mit den ebenso vom Senat urkundsbeweislich verwerteten gutachterlichen Ausführungen des C, der auch von einem stabil und in funktionell unbedeutender Fehlstellung verheiltem Bruch des 12. BWK ausgegangen ist und dementsprechend nach dem Segmentprinzip von Weber und Wimmer die Auswirkungen auf die Gesamtbeweglichkeit der WS mit 1,8 % bewertet hat.

Das im erstinstanzlichen Verfahren vom SG bei A nach § 109 SGG erhobene Sachverständigengutachten konnte den Senat, wie auch bereits das SG, nicht zu einer abweichenden Bewertung veranlassen. Soweit A nicht nur auf eine unfallbedingte Schädigung des 12. BWK, sondern auch des 1. LWK zu Begründung seiner abweichenden Ausführungen verweist, setzt er sich bereits nicht mit dem Sachverständigengutachten und der ergänzenden Stellungnahme des C auseinander, der im Gegensatz zu den gutachterlichen Feststellung des B nach § 109 SGG und dessen ergänzender Stellungnahme einen durch den Arbeitsunfall vom 14. April 1997 verursachten Bruch des 1. LWK nicht feststellen konnte. Auch sind die Ausführungen des A insofern nicht schlüssig, als er nachfolgend zwar der Frage nach der diesbezüglichen Unfallkausalität der Fraktur des 1. LWK keine klinische Bedeutung beimisst, seine anhand der Chronologie vorgenommene Beurteilung jedoch letztlich maßgeblich auf die nicht leitliniengerechte Behandlung dieser Fraktur stützt. Wie aber bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, steht vornehmlich die Chronologie der Annahme einer rentenberechtigenden MdE-Relevanz einer durch den Arbeitsunfall verursachten Fraktur des 12. BWK und einer vermeintlich verursachten Fraktur des 1. LWK entgegen. Denn der Kläger wurde aus der stationäre Behandlung nach dem Arbeitsunfall am 29. April 1997 in einem nahezu beschwerdefreien Zustand entlassen. Auch in der sich bei S anschließenden weiteren ambulanten Behandlung haben im Bereich der BWS und LWS die Beschwerden nicht zugenommen. S hat die MdE zum damaligen Zeitpunkt deshalb nachvollziehbar auf unter 10 v. H. geschätzt. Die bis zum 21. Mai 1997 fortbestehende Arbeitsunfähigkeit hatte ihre Ursache in cervicalen Restbeschwerden und nicht in Beschwerden an der BWS oder der LWS. Auch bei der Vorstellung bei T am 22. Mai 1997 hat der Kläger nicht über Beschwerden an der BWS oder der LWS geklagt, sondern über starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter mit Ausstrahlung in die rechte Halsseite; alleine deswegen hat T eine weitere Arbeitsunfähigkeit bis zum 2. Juni 1997 bescheinigt. Zuletzt hat auch L die Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis zum 29. Juni 1997 vorwiegend wegen einer Periarthritis des rechten Schultergelenks vorgenommen.

Erstmals aktenkundig geworden sind – auch wenn sich der Kläger nach der im Berufungsverfahren vorgelegten Bescheinigung des L auch weiterhin in dessen orthopädischer Behandlung befunden hat – die vom Kläger im BWS-/LWS-Bereich beklagte Beschwerden am 6. Mai 1999 (Nachschaubericht des T) und damit mehr als zwei Jahre nach dem Arbeitsunfall. Gegen ein rentenberechtigendes Ausmaß der Beschwerden zu diesem Zeitpunkt spricht aber der von T erhobene Befund, wonach die Beweglichkeit der WS nicht eingeschränkt war und der FBA 0 cm betragen hat. Demnach ergeben sich aus dem chronologischen Verlauf entgegen den Ausführungen des A zur Überzeugung des Senats gerade keine Anhaltspunkte für eine infolge des Arbeitsunfalls vom 14. April 1997 bestehende rentenberechtigende MdE. Denn, wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, ist auch für den Senat nicht nachvollziehbar, inwiefern durch Unfallerstschäden verursachte Funktionsbehinderungen sich mit zunehmendem zeitlichem Abstand vom Unfallereignis verschlimmert und nicht verbessert haben sollen.

Im orthopädischen Bereich leidet der Kläger zur Überzeugung des Senats unter keinen weiteren Gesundheitsstörungen, die rechtlich

wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 14. April 1997 verursacht sind. S3 hat für den Senat wiederum überzeugend und schlüssig dargelegt, dass wegen der sich aus Keilwirbeldeformität des 12. BWK ergebenden nur geringen Funktionsstörungen auch eine BWS-/LWS-Syndrom nicht ursächlich durch den Arbeitsunfall hervorgerufen sein kann. Auch hat W1 in dem von ihm erstellten Sachverständigengutachten darauf hingewiesen, dass sich aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers schon im Jahr 1992 und damit vor dem Arbeitsunfall Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen eines BWS-/LWS-Syndroms ergeben haben. Der sich auch insoweit abweichenden Ansicht des A wie auch des B, die ein BWS-/LWS-Syndrom als Unfallfolge werten, konnte sich der Senat aus den vorgenannten Gründen nicht anschließen. Insbesondere ist für den Senat die Argumentation des A insofern nicht nachvollziehbar, als er die in diesem Zusammenhang auch von C lediglich als gering beschriebenen statischen Auswirkung als nicht für die von ihm vorgenommene Beurteilung maßgeblich bezeichnet, weil C nicht hinreichend die dynamischen Auswirkungen berücksichtigt habe. Dem Senat erschließt sich aber nicht, aus welchen Gründen eine Schädigung der WS, die bereits keine statischen Auswirkungen hat, zu erheblichen dynamischen Auswirkungen führen soll. Soweit A zum Beleg der von ihm aufgestellten These auf die Verschmächtigung der Muskulatur des Klägers in dem betreffenden Bereich der WS hinweist, geht er nicht darauf ein, dass der Kläger bereits zum Zeitpunkt der ambulanten Untersuchung durch S3 am 13. Oktober 2008 sich mit einem Rollator oder Krücken fortbewegt hat und demnach die WS wesentlich entlastet hat, woraus sich zwangsläufig eine Verschmächtigung der Wirbelsäulenmuskulatur ergibt.

Der Kläger leidet zwar an Funktionsstörungen der HWS, insbesondere am 4. HWK, ein diesbezüglicher Unfallzusammenhang ist jedoch nicht nachgewiesen. Keine der vorliegenden ärztlichen Meinungsäußerungen oder Sachverständigengutachten beschreibt einen solchen. Auch B, der zunächst in seinem Sachverständigengutachten eine Unfallkausalität bejaht hat, hat in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme auf die Einwände des C hin seine Ansicht revidiert und die Deformierung des 4. HWK nicht mehr als Folge des Arbeitsunfalls gewertet. Aus den Röntgenaufnahmen ergibt sich, dass die Deformierung des 4. HWK bereits vor dem Arbeitsunfall bestanden hat und es sich hierbei um eine wachstumsbedingte Veränderung handelt, die korrespondierend auch am 3. HWK vorliegt.

Darüber hinaus entnimmt der Senat dem urkundsbeweislich verwerteten vorläufigen Entlassbrief des zfp C1 Klinikum N über die stationäre Behandlung des Klägers vom 1. bis zum 27. August 2019, dass beim Kläger keine oder nur geringe motorische Funktionseinschränkungen vorgelegen haben (Barthel-Index: 100 Punkte) und der Befund an der WS unauffällig war, womit sich auch bei einer unterstellten Unfallkausalität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers an der WS keine rentenberechtigende MdE ergeben würde.

Die Beschwerden an der rechten Schulter, die Periathrtitis, hat bereits L im Jahr 1997 als unfallunabhängig bezeichnet. Auch im weiteren Verlauf ergeben sich aus der umfangreichen medizinischen Beweisaufnahme im vorliegenden und in den vorherigen Verfahren keine Anhaltspunkte für eine abweichende Beurteilung.

Zuletzt sind auch die Gesundheitsstörungen des Klägers im psychiatrischen Bereich, insbesondere die somatoforme Schmerzstörung, nicht rechtlich wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 14. April 1997 verursacht und können deshalb nicht einen Anspruch auf Verletztenrente begründen. Auch insofern stützt sich der Senat vornehmlich auf das auch in diesem Punkt überzeugende Sachverständigengutachten des S3, wonach sich auch psychische Gesundheitsstörungen in einem angemessenen Zeitrahmen zum Unfall entwickeln müssen, um als Unfallfolge gewertet werden zu können. Dieser zeitliche Zusammenhang ist vorliegend, wie bereits dargestellt (vgl. oben), jedoch nicht mehr gegeben. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass übliche Schmerzen, die aufgrund einer Unfallfolge bestehen und mithin Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Gewebeschädigung sind, bereits bei der Bewertung der Gewebeschädigung berücksichtigt sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 231).

Auch insofern hat das von A erstelle Sachverständigengutachten, wonach eine beim Kläger bestehende chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und somatoformen Anteilen Unfallfolge sein soll, den Senat nicht überzeugen können. Denn mit konkurrierenden Ursachen und diesbezüglichen ärztlichen Meinungsäußerungen hat sich A nicht hinreichend auseinandergesetzt. Alleine die von ihm mehrfach bemühte Begrifflichkeit der Chronologie, demnach ein zeitlicher Zusammenhang, der – wie der Senat bereits ausgeführt hat (vgl. oben) – nicht besteht, kann eine Unfallkausalität nicht begründen. T hat bereits im Jahr 1999 die Schmerzen des Klägers als psychisch bedingt und nicht mit dem Arbeitsunfall im Zusammenhang beschrieben. Gestützt hat er seine Ausführungen auf die von H gestellte Diagnose Sternumschmerzen im Rahmen einer hypochondrischen Störung.

Ebenso berücksichtigt A nicht die beim Kläger bestehenden degenerativen Veränderungen in den übrigen Bereichen der WS. Aus dem Sachverständigengutachten des W1 ergibt sich, dass der Kläger bereits vor dem Arbeitsunfall am 14. April 1997 Beschwerden an der BWS und der LWS gehabt hat. Es sind wiederholt Röntgenaufnahmen angefertigt worden und aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers haben sich schon im Jahr 1992 Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen eines BWS-/LWS-Syndroms ergeben. Diese Einschätzung des W1 hat C geteilt, auch er ist von einer degenerativen Vorschädigung der LWS im Segment L5/S1 ausgegangen. Darüber hinaus hat der Kläger am 5. Dezember 1983 einen Arbeitsunfall erlitten, als er mit dem Rücken an einen Transporter beim Abladen von steinernen Fensterbänken angestoßen ist, bei dem er sich eine Querfortsatzabbruch des 1. LWK zugezogen hat. Insofern hat bereits seit dem Jahr 1983 eine Vorschädigung des 1. LWK bestanden. Im Weiteren hat L der Beklagten im Widerspruchsverfahren zum Verschlimmerungsantrag vom 27. April 2007 berichtet von der Diagnose eines lumbalen Wurzelreizsyndroms bei NPP sowie einem Nucleusprolaps L4/5. Veranlassung sich hiermit auseinanderzusetzten hätte für A insbesondere deshalb bestanden, weil der Kläger ihm gegenüber Schmerzen beschrieben hat, die von dem unteren Teil der WS und demnach nicht vom 12. BWK ausgegangen sind.

Darüber hinaus hat S3 unter Berücksichtigung der von G erstellen psychologischen Evaluation ausgeführt, dass beim Kläger neben der somatoformen Schmerzstörung eine ebenso unfallunabhängige dissoziative Bewegungsstörung besteht, die der Kläger durch den Krankheitsgewinn in Form der Pflege durch seine Ehefrau unbewusst erlernt hat. Es liegt demnach zwar keine Aggravation oder Simulation vor, weil der Kläger diese Gesundheitsstörung nicht willentlich überwinden kann, dennoch liegt eine, wenn auch unwillentliche, Beschwerdeverstärkung vor, die nicht durch den Unfall bedingt ist. Auch B2 hat in den von ihm in den rentenrechtlichen Verfahren erstellten nervenärztlichen Gutachten deutliche Aggravationstendenzen, die Ausdruck einer eigenständigen Krankheitssensität sind, beschrieben. Alleine die diesbezüglichen Ausführungen des A, dass nicht erkennbar sei, worin diese Verdeutlichungstendenzen gelegen hätten, sind nicht überzeugend. Denn er hat die Schmerzangaben des Klägers ungeprüft ohne weitere Konsistenzprüfung und dem Versuch einer Verifizierung, zu der er sich aufgrund der vorhergehenden Gutachten hätte gedrängt sehen müssen, übernommen. S3 hat hingegen dargelegt, dass der Kläger während der Evaluation und der klinischen Untersuchung inadäquate und lautstarke Schmerzäußerungen kundgetan hat, dass ein massiver Krankheitsgewinn in Form der Betreuung und Pflege durch seine Ehefrau erkennbar gewesen ist und dass der Kläger sich beim Sturz während des Gangversuchs reflexartig und zielsicher mit den Händen hat abfangen können, sich danach unter

Schmerzangaben auf dem Boden gewälzt hat, worauf seien Ehefrau ihm zur Hilfe geeilt ist und dem wesentlichen schweren Kläger geholfen hat, wieder auf die Beine zu kommen.

Auch weitere Gesundheitsstörungen des Klägers im psychiatrischen Bereich, die sich insbesondere aus den vorliegenden Berichten des zfp C1 Klinikum N ergeben, vornehmlich die rezidivierende depressive Störung, sind nicht durch den Arbeitsunfall vom 14. April 1997 rechtlich wesentlich verursacht. Sie werden von keinem der behandelnden Ärzte des Klägers oder in einem Sachverständigengutachten als auf den Arbeitsunfall zurückzuführend beschrieben. Darüber hinaus hat der Kläger selbst gegenüber A hierfür eine wesentliche Alternativursache beschrieben, nämlich, dass er zu Hause nichts mehr arbeiten kann und durch seine Arbeit nichts mehr zum Lebensunterhalt seiner Familie beitragen kann. Für diese Alternativursachen ist der Arbeitsunfall jedoch aus den vorgenannten Gründen keine wesentliche Ursache.

Nach alldem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-02-05