

L 6 U 5236/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 2723/05
Datum
06.09.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 5236/06
Datum
13.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 6. September 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 vom Hundert (v. H.) zu gewähren ist.

Der 1968 geborene Kläger brach sich in seiner Freizeit am 14. Juli 1996 den linken Unterschenkel. Dieser Bruch ist folgenlos ausgeheilt. Am 15. Juli 1999 erlitt der Kläger im Rahmen seiner Tätigkeit als Arbeiter bei einem Teppichbodenhersteller einen Arbeitsunfall. Eine ca. 250 Kilogramm schwere Teppichrolle riss den Kläger um. Er fiel auf den Rücken. Die Teppichrolle verletzte ihn am linken Unterschenkel. Nach dem Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. M., Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Kreiskrankenhauses H. vom 15. Juli 1999 kam es dadurch zu einem dislozierten, körperfernen Schienbeinbruch und einem BWK-12-Kompressionsbruch. Im Kreiskrankenhaus H. erfolgte eine stationäre Behandlung bis zum 24. Juli 1999. Die Unterschenkelfraktur wurde durch einen Tibianagel reponiert und stabilisiert. Die Behandlung der BWK-12-Fraktur erfolgte konservativ. Hierüber sowie über die nachfolgenden ambulanten Behandlungen erstellte Prof. Dr. M. mehrere Zwischenberichte (26. Juli 1999, 14. September 1999, 26. Oktober 1999, 8. November 1999, 22. November 1999). Er erstellte auch das Erste Rentengutachten vom 31. Januar 2000 sowie die Nachschauberichte vom 28. Juli und 22. November 2000. Gegenstand all dieser Berichte und Gutachten waren die direkt im Zusammenhang mit den Frakturen stehenden Beschwerden des Klägers. Mit Bescheid vom 21. Dezember 2000 gewährte die Beklagte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. Juli 1999 anerkannte sie eine endgradige Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule nach knöchern in leichter Keilwirbelbildung verheiltem Kompressionsbruch des 12. Brustwirbelkörpers und einen knöchern fest verheilten Schienbeinbruch links nebst endgradiger Bewegungseinschränkung im linken oberen Sprunggelenk, Muskelminderung am linken Ober- und Unterschenkel, Umfangsvermehrung am linken Unterschenkel, Sensibilitätsstörung und Narben am linken Unterschenkel sowie noch liegendem Osteosynthesematerial. Die damit einhergehende MdE bewertete die Beklagte ab dem 29. November 1999 mit 20 v. H. Wegen einer Umsetzung des Klägers innerhalb der selben Firma kam es nachfolgend zu Problemen, die Gegenstand des Nachschauberichts vom 19. Januar 2001 sowie des Berichts eines Berufshelfers der Beklagten über einen Arbeitsplatzbesuch am 17. Januar 2001 wurden. In dem zuletzt genannten Bericht fand eine finanzielle Belastung durch einen Hauskauf Erwähnung. Der nach dem Arbeitsunfall im Unterschenkel eingebrachte Tibianagel wurde im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom 26. Februar bis 2. März 2001 im Kreiskrankenhaus H. entfernt. Anschließend berichtete der Kläger über ausgeprägte Schmerzen und Missempfindungen im Bereich der Sohle des linken Fußes seit Anfang 2001. Dr. H. (Oberarzt in der Klinik für Neurologie des Kreiskrankenhauses H.) erhob eine axonale Schädigung des Nervus tibialis links (vgl. Nachschaubericht vom 19. März 2001, Befundbericht vom 30. März 2001). Zur Feststellung der verbliebenen Unfallfolgen veranlasste die Beklagte das Zweite Rentengutachten, das Prof. Dr. M. am 23. Mai 2001 erstellte. Dieser beschrieb an noch bestehenden Unfallfolgen einen knöchern in leichter Keilwirbelbildung fest verheilten Kompressionsbruch des 12. Brustwirbels mit belastungsabhängig auftretenden Rückenschmerzen, einen knöchern verheilten körperfernen Schienbeinbruch links mit endgradiger Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sowie eine Pelzigkeit im Bereich der Ferse sowie der Fußsohle in einem umschriebenen Bereich. Hierdurch sah er die MdE um 10 v. H. herabgesetzt. Nach Anhörung entzog die Beklagte daraufhin dem Kläger die gewährte Rente mit Bescheid vom 9. Juli 2001 mit Ablauf des Monats Juli 2001. Mit seinem hiergegen gerichteten Widerspruch machte der Kläger weiter bestehende Schmerzen im Bein und bei Bewegungen geltend. Die gegen den sodann ergangenen Widerspruchsbescheid vom 4. September 2001 erhobene Klage - S 2 U 2452/01 - wurde mit Beschwerden im Fuß und an der Brustwirbelsäule begründet. Zur Stützung seines Klagebegehrens legte der Kläger eine Bescheinigung seines behandelnden Orthopäden Dr. S. vom 18. Februar 2002 vor. Dieser führte aus, eine MdE um 20 v. H. könne zuerkannt

werden. Mit Urteil vom 16. Mai 2002 wies das Sozialgericht Ulm (SG) die Klage ab. Die dagegen gerichtete Berufung (L 10 U 2400/02) wurde wiederum auf orthopädische Beschwerden ausgehend von der Brustwirbelsäule gestützt. Auf Veranlassung des Landessozialgerichts (LSG) erstellte Dr. N. (Klinik am E. G., Orthopädie) am 31. Oktober 2002 ein fachorthopädisches Gutachten. Bei der Anamneseerhebung teilte der Kläger dem Gutachter mit, er habe keine Probleme mit dem Wasserlassen oder mit dem Stuhlgang. Der Kläger gab auch keine Schlafstörungen an. Dr. N. diagnostizierte eine Lumbalgie bei Zustand nach Th-12-Fraktur ohne radikuläre Symptomatik und einen Zustand nach zweimaliger Fraktur des linken Unterschenkels. Beides bewertete er mit einer MdE von jeweils unter 10 v. H. Insgesamt ging er von einer unfallbedingten MdE um 10 v. H. aus. Der Kläger nahm, nachdem er sich zur Besprechung des Gutachtens noch einmal an die Durchgangsärzte Dres. H./M. gewandt hatte (Durchgangsarztbericht vom 26. November 2002), die Berufung am 29. November 2002 zurück.

In der Zeit vom 29. Oktober 2003 bis 31. Oktober 2003 wurde der Kläger in der Klinik für Urologie des Klinikums H. stationär wegen eines winzigen praevesicalen Harnleitersteins rechts und einer Nierenkolik behandelt. Die behandelnden Ärzte gingen von einem Spontanabgang des Harnleitersteins aus. Der ambulant behandelnde Urologe Herr Dr. N. führte in einem in diesem Zusammenhang erstellten Arztbrief vom 10. November 2003 aus, ein kleiner Harnstein rechts scheine abgegangen zu sein. Aufgrund der noch bestehenden Harndrangssymptomatik seien einige Tabletten Oxybotinin mitgegeben worden.

Am 22. Juli 2004 beantragte der Kläger bei der Beklagten wegen des Arbeitsunfalls vom 15. Juli 1999 unter Vorlage des Attests von Dr. S. vom 15. Juli 2004 über rezidivierende Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule erneut Leistungen. Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Prof. Dr. M. am 16. Oktober 2004 ein weiteres Gutachten. Der Kläger gab bei der Begutachtung Schmerzen im Rücken, eine Wetterfühligkeit im Bein und eine Pelzigkeit der Fußsohle an. Prof. Dr. M. beschrieb wiederum einen knöchernen in leichter Keilwirbelbildung fest verheilten Kompressionsbruch des 12. Brustwirbels mit rezidivierend belastungsabhängig auftretenden Rückenschmerzen und einen knöchernen körperfernen Schienbeinbruch links mit endgradiger Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk mit umschriebener Gefühlsminderung an der Ferse sowie an der Operationsnarbe am Knie. Die MdE betrage 10 v. H. Darauf gestützt lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15. November 2004 den Antrag des Klägers ab. Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 9. Dezember 2004. Die Begründung des Widerspruchs erfolgte im April 2005 unter Hinweis auf den Arztbrief des behandelnden Urologen Dr. N. vom 18. März 2005 über die Vorstellung des Klägers am 17. März 2005. Dabei hatte der Kläger über eine recht störende ca. viermalige Nykturie und eine Pollakisurie tagsüber berichtet. Dr. N. führte in dem Bericht aus, diese Gesundheitsstörungen dürften auf die BWK-12-Fraktur im Juli 1999 zurückzuführen sein. Auf Befragung durch die Beklagte teilte Dr. N. ergänzend mit, er habe den Kläger am 13. Dezember 2001, 30. Oktober und 3. November 2003 sowie 17. März 2005 behandelt. Mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2005 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Sie verwies erneut auf die Einschätzung von Prof. Dr. M., die im Einklang mit den in der gesetzlichen Unfallversicherung geltenden Beurteilungsrichtlinien stünde. Eine urologische Behandlung sei erst mehr als zwei Jahre nach dem Unfall erfolgt. Der stationäre Aufenthalt im Jahr 2003 sei wegen eines winzigen Harnleitersteins erforderlich geworden. Der Kläger habe bei dem Arbeitsunfall unter anderem einen stabilen Kompressionsbruch des 12. Brustwirbelkörpers ohne neurologische Ausfälle erlitten. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dieser Verletzung und der mehr als zwei Jahre später aufgetretenen Blasenentleerungsstörung könne nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit angenommen werden.

Dagegen erhob der Kläger am 1. September 2005 beim SG mit dem Begehren, ihm eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. zu gewähren, Klage. Er stützte sie allein auf die von Dr. N. erhobene Harndrangssymptomatik. Als sachverständiger Zeuge gab Dr. N. schriftlich gegenüber dem SG unter anderem an, bereits bei der ersten Untersuchung im Dezember des Jahres 2001 habe der Kläger über eine Harndrangssymptomatik geklagt. Dr. N. legte dabei auch den Arztbrief vom 17. September 2005 über eine Vorsprache des Klägers am 16. September 2005 vor. Darin hatte er eine persistierende Urgesymptomatik und eine sehr störende, ca. 10-malige Nykturie am ehesten bei abklingender Urethrocystitis erwähnt. Im ebenso vorgelegten Arztbrief vom 1. November 2005 hatte er eine persistierende Harndrangssymptomatik mit erheblicher Nykturie (nahezu stündlich) diagnostiziert. Einen Zusammenhang mit der Brustwirbelkörperfraktur bezeichnete Dr. N. im Arztbrief vom 17. September 2005 als denkbar erscheinend, im Arztbrief vom 1. November 2005 als möglich.

Im Auftrag des SG erstellte der Leitende Arzt der urologischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhaus Ulm Prof. Dr. S. das fachurologische Gutachten vom 18. Mai 2006. Der Kläger gab gegenüber dem Sachverständigen an, er habe seit dem Unfall einen vermehrten Harndrang verspürt. Zuerst habe er gut damit umgehen können, da sich die Toilette in der Nähe des Bettes befunden habe. Mit dem Umzug in eine größere Wohnung im Jahr 2001 habe er die Sache erstmals als störend empfunden. Seit dem Jahr 2001 sei die Symptomatik unverändert und er werde regelmäßig bei Dr. N. behandelt. Er müsse immer noch über zehnmal pro Nacht die Toilette aufsuchen. Der Harndrang sei dann so stark, dass er ihn nicht unterdrücken könne. Gelegentlich komme es dabei auch zu einem leichten Urinverlust auf dem Weg zur Toilette. Unter weiterer Beachtung der von ihm erhobenen Befunde diagnostizierte Dr. S. einen isoliert hyperaktiven Detrusor (supranukleäre Läsion), eine Hypersensivität der Blase und eine leichte motorische Dranginkontinenz. Der erhobene Befund eines isoliert hyperaktiven Detrusors sei als Ausdruck einer supranukleären Läsion der Reflexbahnen im Rückenmark zu werten. Durch das zeitliche Auftreten der Beschwerden nach dem Arbeitsunfall am 15. Juli 1999 sei der Zusammenhang zwischen der Wirbelkörperfraktur und den erhobenen videourodynamischen Befunden einer supranukleären Läsion der Blaseninnervation gegeben. Ursächlich kämen mehrere Faktoren in Betracht. Dabei könnte sowohl ein einziger, als auch die Summe von verschiedenen Faktoren zu der Störung geführt haben. Nach der Begutachtung seien die beschriebenen Symptome jedoch Folge des Unfalls. Die Blasenfunktionsstörung sei einer Therapie zugänglich. Bei Versagen einer medikamentösen Therapie wäre ein chirurgisches Verfahren, welches als deutlich invasiv zu werten sei, anzuwenden. Begleiterkrankungen wie eine Störung der Darmentleerung oder eine Störung der Sexualfunktion hätten nicht festgestellt werden können. Hilfsmittel wie Windeln oder Katheter würden nicht benötigt. Der soziale Status des Klägers sei deutlich eingeschränkt, da er nicht längere Zeit ohne eine Toilette an einem Ort verweilen könne. Durch den häufigen Harndrang vor allem nachts, sei es dem Kläger nicht möglich einen durchgehenden und vollständig erholsamen Schlafrythmus zu finden. Aus urologischer Sicht bestünde eine MdE um 25 v. H.

Die Beklagte trat dem Ergebnis der Begutachtung mit Schreiben vom 6. Juli 2006 entgegen. Eine Störung der Nervenbahnen durch eine direkte Verletzung oder durch Verwachsungen im Rückenmarkskanal seien nicht mit Gewissheit bewiesen. Das Vorliegen einer derartigen Schädigung stelle lediglich eine Vermutung des Gutachters dar. Bei der anerkannten stabilen Wirbelkörperfraktur ohne Beteiligung der Hinterkante sei auch keine Schädigung der Nervenbahnen der Wirbelsäule zu erwarten. Aber selbst wenn eine solche Schädigung vorliegen würde, wäre damit der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Blasenentleerungsstörung nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit festgestellt. Der Sachverständige verweise selbst auf andere mögliche Ursachen. Soweit er auf eine zeitliche Koinzidenz hinweise, sei dies nicht nachvollziehbar. Der Kläger habe bei Untersuchungen und Begutachtungen keine

Blasenentleerungsstörungen angegeben. Er habe sich erstmals deswegen im Dezember 2001, 2 Jahre und 5 Monate nach dem Unfall, in Behandlung begeben. Weiter seien beim Vorliegen von Schädigungen der Nervenfasern auf Rückenmarksebene auch andere Symptome (z. B. im Bereich des Mastdarmes) zu erwarten. Eine gutachterliche Auseinandersetzung mit der Behandlung wegen eines Harnleitersteines sei nicht erfolgt, obwohl auch mechanische Ursachen eine Blasenentleerungsstörung bedingen könnten. Ferner seien psychogene Ursachen in Betracht zu ziehen. Die Beklagte nannte hierzu Probleme am Arbeitsplatz, die Insolvenz der früheren Arbeitgeberin, den baldigen Verlust des Anschlussarbeitsplatzes aufgrund einer betriebsbedingten Kündigung und die nachfolgende Arbeitslosigkeit.

Mit Urteil vom 6. September 2006 wies das SG die Klage ab. Hinsichtlich der orthopädischen Folgen des Arbeitsunfalls stützte sich das SG auf das Gutachten des Prof. Dr. M. vom 16. Oktober 2004. Wegen der letztlich streitentscheidenden Einschätzung der Blasenentleerungsstörung schloss sich das SG nicht den Darlegungen des bestellten Sachverständigen, sondern den dagegen gerichteten Einwendungen der Beklagten an. Selbst der Sachverständige führe die von ihm festgestellte Hypersensibilität der Blase und die leichte motorische Dranginkontinenz nicht auf den Arbeitsunfall zurück. Soweit er den isoliert hyperaktiven Detrusor als Ausdruck einer supranukleären Läsion der Reflexbahnen im Rückenmark werte, schließe er letztlich nicht überzeugend aus, dass auch eine ganz andere Erkrankung im zentralen Nervensystem die Störung der hemmenden Nervenbahnen auf das sakrale Miktionszentrum verursachen könnte. Vielmehr bejahe er den wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang einzig mit der zeitlichen Koinzidenz des Auftretens der Symptomatik mit dem Unfall. Gerade diese zeitliche Koinzidenz des Auftretens bestehe jedoch nicht. Dementsprechend habe der Kläger seinen Antrag auf Wiedergewährung der Verletztenrente zunächst auch nicht mit Beschwerden im Zusammenhang mit einer Blasenentleerungsstörung begründet. Eine radikuläre Symptomatik sei weder im ersten noch im zweiten Rentengutachten und auch nicht in dem seitens des LSG im Berufungsverfahren eingeholten Gutachten des Dr. N. beschrieben worden. Zur Recht wende die Beklagte ein, nach einer stabilen Wirbelkörperfraktur sei in der Regel auch keine Schädigung der Nervenbahnen zu erwarten. Beim Vorliegen von Schädigungen der Nervenfasern sei in der Regel mit anderen Symptomen, welche ebenfalls nicht dokumentiert seien, zu rechnen gewesen. Insgesamt sei die urologische Störung nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Wegen der weiteren Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt des den Bevollmächtigten des Klägers am 18. September 2006 gegen Empfangsbekenntnis zugestellten Urteils verwiesen.

Dagegen hat sich der Kläger mit seiner am 18. Oktober 2006 beim LSG eingelegten Berufung gewandt. Das SG hätte, bevor es in Abweichung zu dem von Amts wegen eingeholten Gutachten den Rechtsstreit entschied, sich gedrängt fühlen müssen, den Sachverständigen zu den von der Beklagten gestellten Fragen ergänzend zu hören, statt sich über das Gutachten schlicht mit der Argumentation der Beklagten hinwegzusetzen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 6. September 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 15. November 2004 in der Gestalt des Widerspruchs vom 2. August 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Rente nach einer MdE um 20 v. H. aufgrund des Arbeitsunfalls vom 15. Juli 1999 ab Antragsstellung in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte nimmt zur Erwiderung auf ihren im SG-Verfahren abgegebenen Schriftsatz vom 6. Juli 2006 Bezug und hält das angegriffene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat Prof. Dr. S. um eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage gebeten. Prof. Dr. S. hat daraufhin am 13. Juni 2007 ausgeführt, die Detrusorhyperaktivität könne in eine neurogene, idiopathische oder symptomatische Detrusorhyperaktivität unterteilt werden. Eine symptomatische Detrusorhyperaktivität mit Dranginkontinenz (z. B. durch Harnwegsinfekt, Blasensteine) könne durch die durchgeführten Untersuchungen definitiv ausgeschlossen werden. Die Harnleitersteinerkrankung vom Oktober 2003 sei in keinerlei Zusammenhang mit der urodynamisch nachweisbaren Detrusorhyperaktivität zu sehen und daher gutachterlich nicht weiter relevant. Aufgrund der glaubhaft vom Kläger geschilderten Angaben, die Miktionsstörung hätte sich erst störend nach Veränderung des sozialen Umfelds mit dem Umzug in eine neue, größere Wohnung bemerkbar gemacht, der Unfallanamnese und der urodynamisch nachweisbaren Blasenentleerungsstörung halte er einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom Juli 1999 und der Blasenfunktionsstörung weiterhin für wahrscheinlich. Generell ließen natürlich die Ergebnisse an der videourodynamischen Messung keine beweisende Aussage zur Kausalität der gefundenen Störungen zu. Prof. Dr. S. verweist weiter auf Studien, nach denen 60 % einer Patientengruppe mit thorakolumbalen Wirbelsäulenverletzungen eine urodynamisch messbare, neurogene Blasenfunktionsstörung hatten. Eine weitere publizierte Untersuchung habe gezeigt, wie im längeren Verlauf Patienten mit einer inkompletten Rückenmarksverletzung trotz einer weitgehenden neurologischen Erholung eine neurogene Blasenentleerungsstörung mit häufiger Verschlechterungstendenz entwickelten. Für eine psychogene Genese des erhobenen videourodynamischen Befundes einer permanenten Detrusorhyperaktivität finde sich auch in der Literatur kein Anhalt. Selbst wenn eine zusätzliche Kernspinuntersuchung der Wirbelsäule wie auch eine zusätzliche neurologische Untersuchung keine pathologischen Befund erbringen würden, sei damit die Entstehung der Blasenfunktionsstörung als Folge der Wirbelkörperfraktur nicht ausgeschlossen. Auch bei einer stabilen Wirbelkörperfraktur sei eine okkulte neurogene Blasenentleerungsstörung möglich.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge und der Akte des SG Ulm im Verfahren S 2 U 2452/01 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs. 1, 2 Sozialgerichtsgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig.

Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 15. November 2004

in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2005 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht für die Folgen des am 15. Juli 1999 erlittenen Arbeitsunfalls keine Verletztenrente nach einer MdE von zumindest 20 v. H. zu. Die daraus resultierenden Folgen sind mit einer MdE um 10 v. H. nicht zu gering bewertet.

Rechtsgrundlage der hier zu treffenden Entscheidung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII): Versicherte haben Anspruch auf eine Verletztenrente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit in Folge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist.

Entgegen der Auffassung des SG ist [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht unter dem Gesichtspunkt einer "Wiederbewilligung" heranzuziehen. Der Bescheid der Beklagten vom 9. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. September 2001 über die Entziehung der vormals gewährten Rente stellt keinen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung dar. Es handelt sich um die Aufhebung der zuvor gewährten vorläufigen Rente, die sich jedoch als solche in einer einmaligen Gestaltung der Rechtslage erschöpft (siehe dazu Steinwedel in Kassler Kommentar, [§ 45 SGB X](#), Randnummern 18 und 21). Im Verfügungssatz regelt der Bescheid vom 9. Juli 2001 ausdrücklich die Entziehung der Rente, konkludent auch die Ablehnung einer Dauerrente. Zwar werden in der ausdrücklich so genannten "Begründung" detailliert Ausführungen zu anerkannten und nicht anerkannten Unfallfolgen gemacht. Aus dem äußeren Aufbau des Bescheides und der logischen Zuordnung der Aussagen über die verbliebenen Unfallfolgen und die Höhe der MdE war aber ohne weiteres erkennbar, dass eine verbindliche Entscheidung allein über den Rentenanspruch getroffen werden sollte (so in einem vergleichbaren Fall auch BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 36/03 R](#) - zitiert nach Juris, insbesondere Randnummern 2 und 17). Diese Auslegung wird auch dem Interesse des Klägers gerecht. Er wurde nicht nur über die aktuell verbliebenen Unfallfolgen im Einzelnen informiert, sondern konnte auch nach Erlass des die vorläufige Rente entziehenden und die Dauerrente ablehnenden Bescheides in der Zukunft ohne Nachweis einer wesentlichen Verschlimmerung einen neuen Rentenanspruch mit dem Begehren stellen, dass die Unfallfolgen in freier Einschätzung mit einem höheren Grad der MdE als bisher zu bewerten seien (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 23. Juli 2003 - [L 3 U 74/02](#) - zitiert nach Juris Randnummer 33, Vorinstanz zu der eben genannten BSG-Entscheidung vom 22. Juni 2004).

Wie auch die Beklagte nicht in Zweifel zieht, bestehen bei dem Kläger noch Unfallfolgen auf dem orthopädischen Fachgebiet. Diese bedingen jedoch keine MdE um mehr als 10 v. H. Das SG hat diese Unfallfolgen im angefochtenen Urteil zutreffend aufgeführt und bewertet. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist der Senat insoweit daher gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die entsprechenden Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung. Auch der Senat geht davon aus, dass beim Kläger nach dem Wirbelkörperbruch eine stabile Ausheilung ohne Bandscheibenbeteiligung mit leichter Keilwirbelbildung sowie eine lediglich endgradige Einschränkung der Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk mit Gefühlsminderung an der Ferse als Folge des knöchernen Verheilens, körperfernen Schienbeinbruchs links vorliegen. Diese Störungen bedingen keine MdE um mehr als 10 v. H. Zwar hat der Kläger den streitgegenständlichen Leistungsantrag vom 22. Juli 2004 ursprünglich auf zusätzliche Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule gestützt. Daran hat er jedoch seit dem Widerspruchsverfahren offensichtlich nicht mehr festgehalten. Seine Argumentation stützt er seither ausschließlich auf länger andauernde Gesundheitsstörungen auf dem urologischem Fachgebiet.

Unfallfolgen von Seiten des urologischen Fachgebiets liegen jedoch nicht vor. Der Senat lässt offen, ob bei dem Kläger tatsächlich (noch) eine Detrusorhyperaktivität, Hypersensitivität der Blase und eine leichte motorische Dranginkontinenz vorliegt, was Prof. Dr. S. bejaht hat. Hieran bestehen jedoch Zweifel, weil sich der Sachverständige auf die Ergebnisse des vom Kläger vorgelegten Miktionsprotokolls über den Zeitraum vom 1. bis 04. April 2006 gestützt hat, die nur auf den ersten Blick mit den behaupteten Beschwerden in Einklang gebracht werden können. Der Kläger hat gegenüber dem Sachverständigen zehnmal nächtliche Entleerungen kleiner Harnmengen beklagt. Damit übereinstimmend wurden im Miktionsprotokoll nächtlich 30-minütige Miktionsintervalle aufgezeichnet. Tags lagen jedoch 4-stündige Miktionsintervalle vor. Allerdings hatte der Kläger - wie im Gutachten mitgeteilt - im Messzeitraum Nachtschicht, so dass die Tag-Nacht-Rhythmik relativ umgekehrt war. Ausgehend davon kann aus dem Miktionsprotokoll nur hergeleitet werden, dass der Kläger ein einziges mal während der "Nachtruhe", die tagsüber stattfand, aufstehen musste, um die Toilette aufzusuchen. Hinsichtlich der für die Nacht (übertragen also den Tag) angegebenen Miktionsintervalle ist aufgrund der oben dargestellten widersprüchlichen Angaben eine berechnete Skepsis gegenüber den Aufzeichnungen des Klägers angezeigt.

Zweifel an der Richtigkeit der vom Kläger behaupteten Beschwerden sind auch deshalb berechtigt, weil eine medikamentöse Therapie im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Prof. S. im April 2006 nicht stattfand, obwohl eine solche nach seinen Ausführungen sowohl im Gutachten vom 18. Mai 2006 als auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 13. Juni 2007 sinnvoll und möglich wäre. Das Unterlassen einer solchen Therapie trotz eines angeblich zehnmal nächtlich auftretenden Harndrangs ist schwer verständlich.

Jedenfalls können die von Prof. Dr. S. diagnostizierten Gesundheitsstörungen nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 15. Juli 1999 gebracht werden. Dem Gutachten von Prof. Dr. S. kann im Ergebnis nicht gefolgt werden, weil dieser von der unzutreffenden Prämisse einer zeitlichen Koinzidenz eines vermehrten Harndrangs mit dem Unfall ausgegangen ist. Auch wenn man mit Prof. Dr. S. davon ausgeht, nach den Befunden der von ihm durchgeführten videourodynamischen Untersuchung müsse die nervale Störung des hyperaktiven Detrusors oberhalb des sakralen Miktionszentrums (LWK 1 / LWK 2) liegen, so kommen nach den Darlegungen des Sachverständigen hierfür unterschiedliche Faktoren in Betracht. So könnte es direkt durch den Unfall am 15. Juli 1999 zu einer Verletzung der Nervenbahnen gekommen sein. Als Folge des Unfalls könnte es auch zu Verwachsungen im Rückenmarkskanal auf der Höhe der ehemaligen Bruchstelle gekommen sein, welche die Nervenbahnen störten oder geschädigt hätten. Generell könne aber auch eine "gänzlich andere", das heißt unfallunabhängige Erkrankung im zentralen Nervensystem die Störung der hemmenden Nervenbahnen auf das sakrale Miktionszentrum verursacht haben. Dies hat der Sachverständige jedoch wegen der von ihm gesehenen zeitlichen Koinzidenz des Auftretens der Symptomatik mit dem Unfall für unwahrscheinlich gehalten. Diese Koinzidenz hat jedoch in Wahrheit nicht vorgelegen. Der Kläger hat bis April 2004 im Zusammenhang mit der von ihm begehrten Rente aufgrund des Arbeitsunfalls nie auf urologische Probleme hingewiesen. Die gegenüber dem Sachverständigen abgegebene Erklärung, er habe seit dem Unfall vermehrten Harndrang verspürt, bis zum Umzug in eine größere Wohnung jedoch gut damit umgehen können, da sich die Toilette in der früheren Wohnung in unmittelbarer Nähe des Bettes befunden habe, ist für den Senat, entgegen der Einschätzung von Prof. Dr. S., nicht glaubhaft. Das eigentlich Störende bei einer Blasenentleerungsstörung ist der Umstand, aufzuwachen und das Bett verlassen zu müssen. Die Länge des Wegs zur Toilette ist nach Überzeugung des Senats demgegenüber bei normalen Wohnbedingungen zweitrangig. Gegen die Richtigkeit der vom Kläger gegenüber dem Sachverständigen aufgestellten Behauptung spricht ferner, dass er bei der Begutachtung durch Dr. N. am 7. Oktober 2002 ausdrücklich angegeben hat, keine Probleme mit dem Wasserlassen oder dem Stuhlgang zu haben. Er gab auch

keine Schlafstörungen an. Dies obwohl die Begutachtung nach dem Umzug in die größere Wohnung erfolgte. Ferner finden urologische Probleme in keinem einzigen der in großer Zahl erstellten Zwischenberichte und auch nicht in den Rentengutachten, die auf Veranlassung der Beklagten erstellt wurden, Erwähnung. Zwar führt Dr. M. in seinem Ersten Rentengutachten vom 31. Januar 2000 aus, der Kläger habe angegeben, nachts nicht durchschlafen zu können. Der Kläger hat dies jedoch nicht, was angesichts dieser Angabe und der späteren Behauptungen naheliegend gewesen wäre, mit einem vermehrten Harndrang, sondern mit Rückenschmerzen begründet. Auch im Zweiten Rentengutachten vom 20. Mai 2001 hat der Kläger von nächtlichen Beschwerden, wiederum jedoch nur wegen Schmerzen berichtet. Gleiches gilt hinsichtlich des nach dem streitgegenständlichen Leistungsantrag neu erstellten Gutachtens vom 16. Oktober 2004. All dies wäre nicht nachvollziehbar, wenn der Kläger tatsächlich wie gegenüber Prof. Dr. S. behauptet, seit 2001 unverändert zehnmal nächtlich wegen einer Blasenentleerungsstörung hätte aufstehen müssen.

Aufgrund der Auskunft, die der behandelnde Urologe Dr. N. dem SG als sachverständiger Zeuge schriftlich unter dem 07. Januar 2006 erteilt hat sowie aufgrund der dieser Auskunft beigelegten Arztbriefe vermochte sich der Senat ebenfalls nicht davon zu überzeugen, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen urologischen Regelwidrigkeiten und dem Arbeitsunfall vom 15. Juli 1999 sei wahrscheinlich. Hinsichtlich der erstmaligen Behandlung vom Dezember 2001 liegen keine schriftlichen Aufzeichnungen vor. Es mag sein, dass der Kläger damals wegen einer Harndrangsymptomatik vorsprach. Es ist jedoch zu beachten, dass diese auch vorübergehender Natur gewesen sein könnte. Die weiteren urologischen Behandlungen im Oktober/November 2003 standen im Zusammenhang mit einem Harnleiterstein und können damit nicht mit einer dauerhaften Blasenentleerungsstörung in Zusammenhang gebracht werden. Auffällig ist jedoch, dass Dr. N. im Arztbrief vom 10. November 2003 ausführte, wegen einer "noch" bestehenden Harndrangsymptomatik einige Tabletten mitgegeben zu haben. Diese damals bestandene Harndrangssymptomatik wurde mit dem wohl stattgehabten Abgang des Harnleitersteins in Zusammenhang gebracht. Soweit damals ein Behandlungsbedarf gesehen wurde, ist nicht verständlich, dass bei einer angeblich fortbestehenden Blasenentleerungsstörung die nächste Vorsprache des Klägers bei Dr. N. erst im März 2005 erfolgte. Bei dieser Vorsprache gab der Kläger zudem nur eine viermalige nächtliche Harnentleerung sowie eine Entleerung kleinerer Harnmengen tagsüber an. Hier findet sich wieder ein Widerspruch zu der Angabe gegenüber Prof. Dr. S. ... Der Kläger behauptete bei der Begutachtung, seit 2001 zehnmal nächtlich die Toilette aufsuchen zu müssen. In diesem Zusammenhang kann nicht ausgeschlossen werden, dass Dr. N. im März 2005 gezielt aufgesucht wurde, um eine neue Argumentation für das damals bereits anhängige Widerspruchsverfahren zu erhalten. Die Einschätzung von Dr. N. im Arztbrief vom 18. März 2005, die urologischen Störungen dürften auf die BWK-12-Fraktur zurückzuführen sein, bleibt erkennbar vage. Dies gilt erst recht für seine Einschätzung im Arztbrief vom 17. September 2005, in dem er diesen Zusammenhang nur als denkbar erscheinend angab. Im Übrigen sah Dr. N. bei dieser Vorsprache am ehesten einen Zusammenhang mit einer abklingenden Urethrocystitis also einer Entzündung der Harnröhre und der Harnblase.

Dem zuletzt im Schriftsatz des Klägers vom 26. November 2007 gestellten Hilfsantrag, weitere Ermittlungen zur Aufklärung des Sachverhalts durch eine kernspintomographische Untersuchung der Wirbelsäule bzw. eine neurologische Zusatzuntersuchung durchzuführen, war nicht zu entsprechen. Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend geklärt. Zwar hat Prof. Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13. Juni 2007 eine Kernspintomographie der Wirbelsäule und gegebenenfalls auch eine neurologische Zusatzuntersuchung "zur Erhärtung der Kausalität" als durchaus sinnvoll bezeichnet. Diese Empfehlung erfolgte jedoch unter der - wie oben dargelegt zu Unrecht bejahten - Prämisse einer zeitlichen Koinzidenz zwischen dem Auftreten der Symptomatik und dem Unfall. Bei Verneinung dieser Koinzidenz lässt sich auch nach den Darlegungen von Prof. Dr. S. kein Ursachenzusammenhang herstellen. Dies folgt aus seinen Ausführungen auf Seite 9 des Gutachtens, wonach generell nicht nur eine Verletzung von Nervenbahnen unmittelbar beim Unfall vom 15. Juli 1999 sowie Verwachsungen im Rückenmarkskanal auf der Höhe der ehemaligen Bruchstelle, sondern auch ganz andere Erkrankungen im zentralen Nervensystem als Ursachen in Betracht kommen.

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

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

Für eine Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-30