

L 2 U 4519/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 6 U 1103/04

Datum

18.07.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 U 4519/07

Datum

25.03.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

Die Klagen werden abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der am 1959 geborene Kläger begehrt von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente auf Dauer nach einem Unfall am 26. Mai 1999 sowie die Erstattung der Kosten der Zuzahlung zu einer Krankenhausbehandlung nach einem Unfall am 2. April 2003.

Dem Kläger wurde vom Amt für Versorgung und Soziales H. mit Bescheid vom 2. Februar 1999 ein Grad der Behinderung (GdB) in Höhe von 50 ab dem 11. Februar 1998 wegen folgender Behinderungen anerkannt: "Wirbelsäulenleiden mit Nervenwurzelreizzuständen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule, psychovegetative Gesundheitsstörung".

Am 4. Mai 1999 stellte der Kläger einen Antrag auf Anerkennung seines Rückenleidens als Berufskrankheit (BK) im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). Mit Bescheid der Bau-Berufsgenossenschaft Hannover vom 27. Juni 2000 wurde die Anerkennung der BK Ziffern 2108 und 2110 abgelehnt. Der Widerspruch blieb erfolglos. Die Klage wurde mit Urteil des Sozialgerichts H. (Az. S [2 U 242/00](#)) vom 4. März 2003 abgewiesen. Die hiergegen zunächst beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegte Berufung (Az. L [6 U 39/03](#)) wurde zurückgenommen.

Am 26. Mai 1999 erlitt der Kläger in Ausübung seiner (unfall-)versicherten Tätigkeit als Bauleiter auf einer Baustelle einen Unfall. Er stürzte vorwärts über sieben Treppenstufen abwärts. Nach dem Unfall erfolgte notfallmäßig eine Krankenhausaufnahme des Klägers. Prof. Dr. G. als Durchgangsarzt stellte mit einer Ergänzung vom 3. Juni 1999 folgende Diagnosen als wesentliche Unfallfolgen fest: "Schädelprellung, Kontusion der unteren Halswirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule". Die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung wurde von Dr. L. übernommen. Für diesen erstellte u. a. Neurologe P. mit Datum vom 28. Juni 1999 einen Befundbericht. Die durch den Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit endete am 31. Juli 1999 (Schlussbericht von Dr. L. vom 6. August 1999). Die Beklagte ließ den Kläger auf den Fachgebieten Chirurgie und Neurologie begutachten. Im Unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten vom 2. Januar 2000 stellte Prof. Dr. W., Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie Klinikum E., im Rahmen der Untersuchung vom 2. Dezember 1999 keine Veränderungen in Folge des Ereignisses vom 26. Mai 1999 auf unfallchirurgischem Fachgebiet fest. Im neurologischen Zusatzgutachten vom 25. Februar 2000 vertrat Priv.-Doz. Dr. M., Klinikum W., die Auffassung, dass es durch das Unfallereignis vom 26. Mai 1999 zu einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsstörung gekommen sei. Durch die Schmerzchronifizierung im Rahmen einer reaktiven Depression mit Symptomfixierung bestünden noch Gesundheitsstörungen, die unter Berücksichtigung des Vorschadens eine MdE von 20 v.H. bedingten.

Mit Bescheid vom 26. September 2000 gewährte die Beklagte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in Höhe von 20 v.H. ab dem 1. August 1999. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: Wirbelsäulenprellung ohne knöcherne Verletzung mit leichtem Bandscheibenvorfall in Höhe LWK 5/SWK 1 bei vorbestehender Bandscheibenvorwölbung und dadurch bedingtes Schmerzsyndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule und Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Fußes. Weiterhin liege unfallbedingt eine folgenlos verheilte Gehirnerschütterung vor. Die Anerkennung einer Bandscheibenvorwölbung im Bereich LWK 5/SWK 1 als unfallbedingt wurde abgelehnt.

Am 15. Mai 2001 stellte der Kläger sinngemäß bei der Beklagten einen Neufeststellungsantrag, vornehmlich begründet mit weiteren seiner Einschätzung nach unfallbedingten Schmerzzuständen. Nach Auswertung der einschlägigen Aktenlage lehnte die Beklagte mit dem Bescheid vom 21. August 2001 den Antrag des Klägers als unbegründet ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Im Widerspruchsverfahren ließ die Beklagte den Kläger durch Prof. Dr. W. unfallchirurgisch begutachten. Der Gutachter kam im Gutachten vom 2. März 2002 zu dem Ergebnis, dass auf seinem Fachgebiet keine Unfallfolgen vorliegen. Eine nervenfachärztliche Begutachtung wurde von dem Neurologen und Psychiater Dr. MO. durchgeführt. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 22. April 2002 für das Fachgebiet Neurologie zu dem Ergebnis, die MdE betrage fortlaufend 20 v.H.; psychiatrischerseits bewertete der Gutachter wegen einer bei dem Kläger festzustellenden depressiven Somatisierungsstörung die entsprechende MdE mit 100 v.H. Der Beratungsarzt Dr. N. machte unter fachlichen Gesichtspunkten Gegenvorstellungen hierzu geltend und bewertete die unfallbedingte Gesamt-MdE mit nunmehr nur noch 10 v.H. Nach erfolgter Anhörung entzog die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 22. Mai 2002 die Verletztenrente mit Wirkung ab Juni 2002, lehnte zugleich die Bewilligung einer Dauerrente ab und stellte als fortbestehende Unfallfolgen fest: Wirbelsäulenprellung ohne knöcherne Verletzung mit leichtem Bandscheibenvorfall in Höhe LWK 5/SWK 1 bei vorbestehender Bandscheibenvorwölbung und dadurch bedingtes Schmerzsyndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule und Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Fußes. Die Anerkennung einer Bandscheibenvorwölbung im Bereich LWK 5/SWK 1 als unfallbedingt wurde abgelehnt. Hiergegen legte der Kläger am 30. Mai 2002 Widerspruch ein.

Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens veranlasste die Beklagte die Erstellung eines Psychologischen Zusatzgutachtens von Dipl.-Psych. W. ... In dem Gutachten vom 9. Februar 2003 teilte dieser mit, die Streuung der Testergebnisse ergebe, dass das Leistungs-Problem sich nicht in erster Linie organisch-strukturell, sondern als eher im psychisch-funktionellen Bereich liegend darstelle. Die neurologische Begutachtung erfolgte durch Dr. R. und Dr. M. ... Diese kamen in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2003 zu dem Ergebnis, dass die MdE seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit durchgängig 10 v.H. betrage. Oberarzt Dipl.-Psych. und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Leibbrand erstellte unter dem 25. Juli 2003 ein Zusammenhangsgutachten, wonach sich bei dem Kläger durch die Schmerzsymptomatik eine reaktive Depression entwickelt habe, die mit einer MdE in Höhe von 20 v.H. zu bewerten sei. Nachfolgend äußerte sich zusammenfassend Beratungsarzt Dr. N. in dem Sinne, bis zum Auslaufen der vormaligen vorläufigen Rente wären die Festsetzungen im Ergebnis zutreffend, und bewertete für die Folgezeit jedoch gleichermaßen die Gesamt-MdE mit 10 v.H. unter Hinweis darauf, das vorerwähnte Gutachten sei teilweise in sich widersprüchlich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Januar 2004 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Bescheide vom 21. August 2001 und 22. Mai 2002 zurück.

Am 2. April 2003 erlitt der Kläger auf einer Baustelle einen erneuten Unfall, wobei er sich nach Abrutschen auf einer Stufe eine Prellung von LWS und Steißbein zuzog. Der Kläger arbeitete weiter und begab sich erstmalig am 5. Mai 2003 bei Dr. B. in Behandlung. Der Chirurg und Durchgangsarzt Dr. St. erstellte mit Datum vom 5. Mai 2003 den D-Arzt-Bericht. Ab 5. Mai 2003 war der Kläger wegen Rückenbeschwerden von seinem Hausarzt Dr. B. arbeitsunfähig krankgeschrieben. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit dauerte bis zum 21. April 2003 (Mitteilung Dr. St. vom 19. August 2003). In der Zeit vom 12. bis 28. Mai 2003 wurde der Kläger stationär in der Chirurgischen Privatklinik W. GmbH behandelt. Als Entlassungsdiagnose wurde in der Entlassungsanzeige vom 28. Mai 2005 angegeben: Oberflächliche Verletzung des Rumpfs, Prellung der Lumbalsakralgegend und des Beckens. Der Kläger wurde arbeitsunfähig entlassen. Es erfolgte in der Zeit vom 15. bis 19. Juli 2003 eine stationäre Behandlung in dem Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Wi. mit der Aufnahme- und Entlassungsdiagnose "M51.3 - Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration". Dem vorläufigen Entlassbericht vom 19. Juli 2003 ist zu entnehmen, dass der Kläger aufgrund eines Verwirrheitszustands nach einem Arbeitsunfall vor drei bis vier Jahren eingewiesen worden war, der auf der Station nicht mehr bestanden habe. Nachfolgend wurde dem Kläger eine Zuzahlung in Höhe von 45,00 EUR auferlegt. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2003 forderte der Kläger den Beklagten auf, ihm diesen Betrag zu erstatten. Die Beklagte vertrat die Ansicht, die stationäre Behandlung sei nicht unfallbedingt gewesen und teilte dies dem Kläger mit formlosem Schreiben vom 30. Oktober 2003 mit. Der hiergegen vom Kläger am 10. November 2003 eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 11. März 2004 zurückgewiesen.

Der Kläger hat seine Begehren weiterverfolgt und am 20. Februar 2004 sowie am 8. April 2004 bei dem Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Das SG hat beide Klagen mit Beschluss vom 11. September 2004 verbunden. Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung sachverständiger ärztlicher Zeugenaukünfte bei Diplom-Mediziner Bl., Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie Dr. K. und Priv.-Doz. Dr. M. ... Weiter sind Unterlagen von der Bau-Berufsgenossenschaft H. (Bau-BG), der Aachener und Münchener Versicherungen AG und der BfA beigezogen worden. Das SG hat schließlich ein Sachverständigengutachten von MUDr./Univ. Brunn S. (früherer Oberarzt der Klinik am Eichert/Kreiskrankenhaus Göppingen) eingeholt. Dieser hat unter dem 1. April 2007 nach vorangegangener radiologischer Zusatzbegutachtung durch Dr. Diplom-Physiker Heinsohn vom 21. Februar 2007 eine umfassende Zusammenhangsbegutachtung erstellt. Hierin ist der Sachverständige zu dem Ergebnis gekommen, die von der Beklagten getroffenen Sachentscheidungen trügen aus fachmedizinischer Sicht den maßgeblichen Gesichtspunkten zutreffend Rechnung.

Mit Urteil vom 18. Juli 2007 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, dass dem Kläger die geltend gemachten Ansprüche nicht zustünden. Es hat sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten des Sachverständigen MUDr./Univ. Brunn S. gestützt. Hiernach könnten beim Kläger für die Zeit nach Auslaufen der vormaligen vorläufigen Rente mit Ablauf des Monats Mai 2002 keine Folgen des im Jahr 1999 erlittenen Arbeitsunfalls mehr festgestellt werden, welche die rentenberechtigende Mindesthöhe der MdE von wenigstens 20 v.H. rechtfertigen könnten. Soweit der Kläger sinngemäß auch zuletzt noch die Ansicht vertreten habe, seine unfallbedingte MdE sei mit 100 v.H. zu bewerten, so mangle es hierfür der erforderlichen Sachgrundlage. Das gelte insbesondere auch für den nervenärztlich/psychiatrischen Bereich, worauf schon Beratungsarzt Dr. N. mit zutreffender Begründung hingewiesen habe. Soweit der Kläger im Übrigen ansatzweise noch eine Vielzahl weiterer Gesundheitsstörungen, die er nicht im Einzelnen vollständig spezifiziert habe, in Zusammenhang mit dem Unfallereignis bzw. den Unfallereignissen bringen wolle, so wäre insoweit sein Klagbegehren auch unzulässig, da befugtermaßen Gegenstand des Rechtsstreits nur diejenigen Unfallfolgen sein könnten, über die die Beklagten bescheidmäßig befunden habe. Hinsichtlich des weiteren Unfalls vom 2. April 2003 und der damit verbundenen Zuzahlungspflicht des Klägers nach dem SGB V sei im Übrigen auch insoweit sein Klagbegehren sachlich nicht begründet, da die nochmalige kurzfristige stationäre Aufnahme in erster Linie zur diagnostischen Beobachtung seines orthopädischen Grundleidens gedient habe und ausweislich Dr. St. nicht durch den vorangegangenen zweiten Unfall bedingt gewesen sei. In Anwendung von [§ 136 Abs. 3 SGG](#) mache sich das Gericht insoweit ausdrücklich die Ausführungen zur Begründung des erwähnten einschlägigen Widerspruchsbescheids vom 11. März 2004 zu eigen.

Gegen dieses dem Kläger am 29. August 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14. September 2007 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er macht im Wesentlichen geltend, dass ein Bandscheibenvorfall und eine Osteochondrose im Bereich der Lendenwirbelsäule vor dem Unfall im Jahre 1999 nicht bestanden hätten. Auch sein Intelligenzverlust sei Folge dieses Unfalls und auf die erlittene Gehirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit zurückzuführen. Daneben habe die Quetschung der Halswirbelsäule zu einer Verengung des Spinalkanals geführt. Aufgrund dessen leide er an chronischen Kopfschmerzen, Sprach- und Hirnleistungsstörungen. Das von der Bau-BG eingeholte Gutachten von Dr. Z. dürfe nicht verwertet werden. Auch die Schädigung des Zwerchfellnervs, Spondylosen, Bandscheibenvorfälle und Bandscheibenvorwölbungen, Tinnitus links, Schwerhörigkeit beidseits und Organschmerzen seien Unfallfolgen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Juli 2007, die Bescheide der Beklagten vom 21. August 2001 und 22. Mai 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16. Januar 2004 und den Bescheid vom 30. Oktober 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2004 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, Verletztenrente auf Dauer nach einer MdE von 100 v.H. zu gewähren und die Kosten der Zuzahlung für den stationären Aufenthalt vom 15. Juli 2003 bis 19. Juli 2003 in voller Höhe zu erstatten. Des Weiteren stellt der Kläger die Anträge aus dem Berufungsschreiben vom 3. September 2007, letzte Seite: "Ich beantrage hiermit: Die Zusammenlegung der Rechtsstreite S 6 U 1103/04 und S R 135/05, da meine gesamten gesundheitlichen Schädigungen auf das Unfallereignis vom 26.05.99 zurückzuführen sind. Ich beantrage, dass mir von der BG f. Fahrzeughaltungen eine Unfallrente von 2500,-Euro (Brutto) monatlich zu zahlen sind, dies sind 100% der mir durch den Gesetzgeber zustehenden Zahlungen. Der Zeitpunkt der Unfallrentenzahlungen soll vom Juni 1999 erfolgen, hier sollen alle Lohnersatzzahlungen an die Träger zurückgezahlt werden, die ich ab dem Juni 1999 erhalten habe (Arbeitsamt, Krankenkasse, usw.). Die anerkannten Zahlungen müssen auf meine gesetzlichen Rentenzeiten für diesen o. g. Zeitraum übertragen und anerkannt werden. Weiterhin sind alle in diesem Schreiben erwähnten Unfallschädigungen von der BG f. Fahrzeughaltungen anzuerkennen. Durch die Falschangaben der BG f. Fahrzeughaltungen an meinen Versicherungsträger ist eine Zahlung meiner Berufsunfähigkeitsversicherung nicht zur Auszahlung gekommen. Für diesen voran genannten Sachverhalt, muss mir von der BG f. Fahrzeughaltungen Dresden ab dem Juni 1999 monatlich 450,-Euro zahlen, dass beantrage ich hiermit. Ich bin durch das Verhalten des Sozialgerichtes Stuttgart, der BG f. Fahrzeughaltungen und der Deutschen Rentenanstalt in das Arbeitslosengeld II hineingeraten, hier habe ich mehrere finanzielle Verluste erlitten. Ich hatte einen Alterssparplan bei der KSK Sangerhausen kündigen müssen, um ALG II zu erhalten. Daraus ist mir ein finanzieller Schaden in einer Höhe von 47.000,-Euro entstanden. Ich beantrage hiermit, dass mir die BG f. Fahrzeughaltungen die 47.000,- Euro zurückerstattet! Ich beantrage hiermit außerdem, dass alle in diesem Schreiben erwähnten Gesundheitsschädigungen als Unfallfolge vom 26.05.99 anerkannt werden und dass die BG f. Fahrzeughaltungen finanziell aufkommt."

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für zutreffend und ihre Bescheide für rechtmäßig.

Der Senat hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die SG-Akten beigezogen. Weiterhin wurden die die Berufskrankheit "bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankung" betreffenden Verwaltungsakten der Bau-BG, die Gerichtsakten des SG H. und des LSG Sachsen-Anhalt sowie die Schwerbehindertenakten des Rems-Murr-Kreises beigezogen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Die vom Kläger im Wege der Anfechtungs- und Leistungsklage angegriffenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat – wie das SG im Ergebnis zutreffend entschieden hat – weder Anspruch auf Zahlung einer höheren und einer endgültigen Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 26. Mai 1999 ab Mai 2002 noch auf die begehrte Erstattung der Krankenhauskosten.

Zunächst ist der Bescheid vom 22. Mai 2002 rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Anspruch auf Rente besteht, wenn der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls hinaus andauert und die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 v.H. gemindert ist ([§ 56 Abs. 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - SGB VII -). Während der ersten 3 Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#)). Dies ist hier geschehen. Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall – diese Frist ist hier eingehalten – wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vomhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)). Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass in der Regel die der Feststellung einer vorläufigen Rente zugrunde gelegten MdE-Sätze im Interesse der Versicherten höher liegen, als dies bei der Dauerrente der Fall ist (Kasseler Kommentar/Ricke, Rdnr. 11 zu [§ 62 SGB VII](#)). Die Beklagte war demnach nicht gehindert, über die Bewilligung einer Rente auf unbestimmte Zeit zu entscheiden und mit der Ablehnung der Rente auf unbestimmte Zeit den Entzug der vorläufigen Rente zu verbinden (Kasseler Kommentar/Ricke, Rdnr. 12 zu [§ 62 SGB VII](#)). Die Voraussetzungen hierfür lagen vor, da eine MdE von mindestens 20 v.H. und damit auch ein Rentenanspruch ab Juni nicht mehr – bestand.

Die vom Kläger zur Zeit des Unfalls ausgeübte Verrichtung – das Begehen der Treppe – ist Teil seiner versicherten Tätigkeit als Bauleiter in seinem Beschäftigungsunternehmen gewesen (sachlicher Zusammenhang). Diese Verrichtung führte auch zu dem Unfallereignis – dem Absturz des Klägers – (Unfallkausalität). Aufgrund dieses Absturzes erlitt der Kläger eine Wirbelsäulenprellung und eine Gehirnerschütterung (haftungsbegründende Kausalität). Unfallfolgen, die eine MdE von mindestens 20 v.H. begründen, liegen aber nicht mehr vor.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum

Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSG SozR 2200 § 548 Nr. 4; BSG [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#)). Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist (BSG SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSG Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG SozR Nr. 41 zu [§ 128 SGG](#); BSG SozR Nr. 20 zu § 542 a.F. RVO; SozR Nr. 62 zu § 542 a.F. RVO; BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#)).

Die Höhe der MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung: BSG, SozR 2200 § 581 Nr. 28 m.w.N., vgl. [BT-Drucks. 13/2204 S. 90](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 6).

Nach diesen Grundsätzen hat der Kläger keinen Anspruch auf Dauerrente nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#), weil die Unfallfolgen spätestens seit Januar 2002 eine MdE von 20 v.H. nicht - mehr - begründen. Die Rückenprellung und die Gehirnerschütterung sind mit spontan rückläufiger Symptomatik ausgeheilt. Auch die unfallbedingte Verstärkung des Schmerzsyndroms im Bereich der Lendenwirbelsäule und des linken Beines sowie der Gefühlsstörungen im Bereich des linken Beines liegen jedenfalls seit Januar 2002 nicht mehr in einem rentenrelevanten Umfang vor. Die insoweit fortbestehende Symptomatik entspricht vielmehr der vor dem Unfall. Die jetzige Beschwerdesymptomatik des Klägers ist daher nicht auf den Sturz vom 26. Mai 1999 zurückzuführen. Die übrigen vom Kläger angegebenen Gesundheitsstörungen und Beschwerden sind nicht unfallbedingt. Dies steht zur Überzeugung des Senats vor allem auf der Grundlage des vom SG eingeholten Sachverständigengutachtens von MUDr./Univ. Brunn S. sowie des urkundlich zu verwertenden Gutachtens von Dr. R. und Dr. M. fest. Dagegen, dass diese Gutachten u.a. auch auf das vom Sozialgericht H. im Verfahren zur Berufskrankheit eingeholten Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Z. aus den beigezogenen Akten der Bau-BG Bezug nehmen, bestehen keine Bedenken. Dies gilt auch insoweit als der Sachverständige Z. als bildgebende Befunde insbesondere die Kernspintomografie vom 22. Mai 1999 und insbesondere auch die anlässlich seiner Begutachtung am 16. Januar 2002 im Institut für Röntgendiagnostik der Charité Berlin erstellten Röntgenaufnahmen ausgewertet hat. Denn es ist nichts dafür ersichtlich, dass diese, wie der Kläger sinngemäß geltend macht, qualitativ mangelhaft wären.

Der Sachverständige MUDr./Univ. Brunn S. hat im Einzelnen dargelegt, welche Erkrankungen und Beschwerden beim Kläger bereits vor dem Unfall festgestellt und geklagt worden sind. Er hat diese, wie folgt, zusammengestellt:

chronisches lumbales Radikulärsyndrom L5 rechts) als links, chronisches rezidivierendes Zervikobrachialsyndrom, reaktives depressives Syndrom, Wirbelsäulenleiden mit Nervenwurzelreizzuständen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule, psychovegetative Gesundheitsstörung, leicht akzentuiertes Krankheitsverhalten, heftigste lumbale Schmerzen, leichtgradige, sogenannte zirkuläre dorsomediale bis links medio-lateral betonte Bandscheibenprotrusion L5/S1, leichte Spondylarthrose L5/S1, Beckenschiefstand rechts mit darauf aufbauender rechtskonvexer Skoliose, ständige Rücken- und Kreuzschmerzen in jeder Körperlage, besonders aber auch beim Sitzen und Liegen, Schmerzen im Bereich der LWS, in den Oberschenkelrückseiten bis zur Wade ausstrahlend, links mehr als rechts, Schmerzsymptomatik, besonders im Bereich des linken Beines mit zeitweiligen Muskelschmerzen, Zephalgien, Schmerzen an der Stirn, Kopfschmerzen verbunden mit Lichtempfindlichkeit, unspezifischer rezidivierender vasomotorischer Kopfschmerz Schlafstörungen, Vergesslichkeit.

Diesen Befunden hat der Sachverständige die nach dem Unfall festgestellten Befunde und geklagten Beschwerden gegenüber gestellt:

01.06.1999: erhebliche Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule. Neurologische Defizite bestanden nicht. 23.6.99: Taubheit am Fußrücken links, lumbale Rückenbeschwerden mit Schmerzhinken, Schmerzen im Bereich der Kniegelenks- und Fußgelenksregion linksseitig. 23.6.99: Läsion des sensiblen Endastes des Nervus peroneus profundus links. 5.7.99: starke Beschwerden im gesamten linken Bein, in der linken Gesäßseite und auch im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Vorfußes. 2.12.99: fast ständig Rückenschmerzen, könne nur sehr mühsam sitzen, fast nicht mehr Auto fahren. Ein Taubheitsgefühl im Bereich des linken Fußes. Bei der klin. Untersuchung fällt eine angedeutete rechtskonvexe Skoliose auf. Ein Druck- oder Klopfschmerz liegt im Bereich der unteren LWS vor. 25.2.2000: Taubheitsgefühl im Bereich des Fußrückens links, starke Schmerzen im Bereich des medialen Malleolus und der Fußaußenkante links. Diese Schmerzen seien so stark, dass er nicht mehr in der Lage sei, Auto zu fahren. 25.2.2000: Er leide unter Kopfschmerzen, der Kopfschmerz habe einen stechenden Charakter und sei frontal betont und trete vorwiegend am Wochenende, von Freitag bis Sonntag quasi kontinuierlich auf. 25.2.2000: Hypästhesie und Hypalgesie im SI-Dermatom links. Lasègue bds. war bei ca. 80° angedeutet positiv. Minimale und diskrete Abschreckung des ASR links. 31.1.02: er könne den linken Fuß und das linke Knie nicht belasten. Er habe er häufig Taubheitsgefühl im linken Bein sowie ständige Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen, die sofort unter Belastung aber auch in Ruhe auftreten würden. Er könne nicht lange Sitzen und Stehen, keine langen Strecken laufen, er könne sich nicht bücken, er könne nicht schwer heben oder tragen. 31.1.02: er erklärt, dass er sich seinen beruflichen Anforderungen nicht mehr gewachsen fühle. Gedächtnis- und Erinnerungslücken, sowie Konzentrationsstörungen. Bewegungskoordination sei in besonderer Weise beeinträchtigt. Er beklagt eine Beeinträchtigung der Gehörleistung links sowie ein gelegentlich auftretendes Ohrpfeifen links (Tinnitus). 31.1.02: Minimale Kraftabschwächung des Muskulus Extensor hallucis longus links. Bei der Prüfung der Sensibilität gibt Herr Kurze eine strumpfförmige Hyp-

bzw. Dysästhesie im linken Unterschenkelbereich an, die sich nach proximal des über das Kniegelenk hinweg erstreckt. 31.1.02: An der Lendenwirbelsäule zeigte sich unauffällige normotone Rückenmuskulatur. Druckschmerz paravertebral am lumbosakralen Übergang. Klopfschmerz bei L4 und L5. Fingerbodenabstand beim Vornüberneigen 30 cm. Zeichen nach Mennell beidseits negativ, Laseguèsches Phänomen beidseits negativ, Zeichen nach Schober 10/14 cm. Kein Druck- oder Klopfschmerz über den Iliosakralfugen.

Hierzu hat der Sachverständige MUDr./Univ. Brunn S. schlüssig und für den Senat überzeugend dargelegt, dass er es bei einem Vergleich der Befunde und der geklagten Beschwerden vor und nach dem Unfall für nicht ausgeschlossen halte, dass das in der Kernspinuntersuchung am 22. Juni 1999 vermutete Wurzelödem L5 links vorübergehend bestanden und vorübergehend zu einer Verstärkung der Taubheit und Schmerzen im Bereich des linken Fußes geführt habe. Die Beschwerden vor und nach dem Unfall hätten sich aber inzwischen angeglichen. Eine Läsion der Wurzel L5 links sei schon vor dem Unfall am 26. Mai 1999 durch Neurologen Dr. Bl. und auch in der Rehaklinik Dübener Heide in Bad Schmiedeberg diagnostiziert worden und sei damit nicht unfallbedingt. Diese Einschätzung entspricht im Wesentlichen auch dem neurologischen Zusatzgutachten von Dr. R. und Dr. M. vom 3. Juli 2003. Sie weisen darauf hin, dass im Entlassbericht der primären stationären Behandlung die Beschwerdefreiheit und das Fehlen neurologischer Ausfälle dokumentiert werden, und nehmen ab Rentenbeginn eine MdE von 10 v.H. an. Schon vor dem Unfall habe ein chronisches Lumbalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, sowie bei leichter lumbaler rechtskonvexer Skoliose und Zustand nach Morbus Scheuermann bestanden. Das klinische Bild, das durch diese Veränderungen verursacht sei und das nur zum Teil objektiv nachvollziehbar sei, habe sich spätestens im Januar 2002 dem Zustand vor dem Unfall vom 26. Mai 1999 angeglichen. Die leichte rechtskonvexe Skoliose und der Zustand nach Morbus Scheuermann seien Veränderungen, die ebenfalls schon vor dem Unfall dokumentiert worden seien. Es handele sich um eine anatomisch pathologisch genau beschriebene Störung des Wirbelsäulenwachstums mit typischen radiologischen Veränderungen. Danach steht für den Senat fest, dass auch der - leichte - Bandscheibenvorfall, der weiterhin als Unfallfolge anerkannt ist, bei vorbestehender Bandscheibenvorwölbung jedenfalls nur zu einer vorübergehenden, nicht richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Bandscheibenschadens geführt hat. Nach alledem geht der Senat davon aus, dass es vorübergehend zu einer Verstärkung der Taubheit und Schmerzen vor allem im Bereich des linken Fußes unfallbedingt gekommen ist, eine unfallbedingte Beschwerdeverstärkung über den hier maßgeblichen Zeitpunkt hinaus und auf Dauer in einem rentenrechtlich relevanten Grad mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nicht festgestellt werden kann. Diese Beurteilung stimmt auch mit dem ganz überwiegenden Teil der Beurteilungen anderer Gutachter und der behandelnden Ärzte überein. So haben auch die Gutachter Prof. W. und Dr. O., Helios Klinikum E., in ihrem unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten vom 2. März 2002 die Auffassung vertreten, dass bei vorbestehendem Schaden eine vorübergehende Verschlechterung der bestanden Symptomatik im Sinne eines pseudoradikulären Syndroms der unteren LWS mit Symptomatik im Bereich der linken unteren Extremitäten aufgetreten sei. Bereits zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsfähigkeit am 1. August 1999 sei aber mit hinreichender Wahrscheinlichkeit der Vorzustand erreicht worden. Aus unfallchirurgischer Sicht lägen zum Zeitpunkt der Untersuchung keine krankhaften Veränderungen infolge des Ereignisses vom 26. Mai 1999 vor. Soweit Dr. MO. dagegen die Ansicht vertritt, dass auf neurologischem Gebiet eine MdE von 20 v.H. fortbestehe, ist ihm mit MUDr./Univ. Brunn S. entgegenzuhalten, dass er einen Vergleich mit dem neurologisch/psychiatrischen Zustand vor und nach dem Unfall nicht vorgenommen hat.

Auch im Übrigen lassen sich keine Unfallfolgen feststellen, die einen Anspruch auf Verletztenrente begründen könnten. Auch insoweit folgt der Senat dem Sachverständigen MUDr./Univ. Brunn S. und dem Gutachten von Dr. R. ... Hinsichtlich der Cephalgien hat Dr. R. dargelegt, dass der Therapieerfolg durch antidepressive Behandlung mit Amitriptylin und analgetischer Behandlung mit Indometazin gegen primär unfallassozierte Cephalgien spreche. Diese seien vielmehr als somatische Manifestation der reaktiven Depression zu werten. MUDr./Univ. Brunn S. hat überzeugend ausgeführt, dass das chronische Cervikalsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sowie der anlagebedingt enge Spinalkanal der Halswirbelsäule keine Unfallfolgen seien. Die radiologischen Untersuchungen der Halswirbelsäule, die nach dem Unfall sowie später in der Charité Berlin im Januar 2002 durchgeführt worden seien, zeigten keine unfallbedingte Veränderung. Die leichten degenerativen Veränderungen, die bei der Kernspin-Untersuchung der Halswirbelsäule bei Dr. Heinsohn am 12. Januar 2007 festgestellt worden seien, seien mit Sicherheit keine Unfallfolgen. Es handele sich um eine schicksalhaft entstandene Degeneration der Halswirbelsäule, die unter der normalen Population in diesem Alter häufig vorkomme. Die degenerativen Veränderungen seien als beginnend zu bezeichnen. Außerdem bestehe eine anlagebedingte Stenose des Spinalkanals im HWS-Bereich. Der Gutachter Dr. R. hat hierzu dargelegt, dass zwar eine unfallbedingte Kontusion der Halswirbelsäule durch den Unfall anzunehmen sei. Neurologische Ausfälle des cervicalen Rückenmarks bzw. der cervicalen Nervenwurzeln seien aber zu keinem Zeitpunkt beklagt oder beschrieben worden. In Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule und einer Computertomographie der unteren Segmente der Halswirbelsäule lasse sich kein pathologischer Befund nachweisen. Auch diese Beschwerden seien unter antidepressiver Therapie zumindest zeitweilig abgeklungen, was ebenfalls für einen Zusammenhang mit der Depression mit Schmerzchronifizierung spreche.

Der Sachverständige MUDr./Univ. Brunn S. hat weiter dargelegt, dass er bei seiner Untersuchung ein Impingementsyndrom der linken Schulter diagnostiziert habe. Klinisch habe er einen Reizzustand der Supraspinatussehne festgestellt. Auch bei diesen Gesundheitsstörungen handele es sich um keine Unfallfolgen, da in dem Gutachten vom 31. Januar 2002 von Prof. Z., Charité Berlin, eine normale Beweglichkeit der Schultergelenke festgestellt und ausdrücklich kein Hinweis für Impingementsyndrom, Rotatorenmanschettenzeichen und Bicepssehnentendinitis gefunden worden sei. Für die schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des linken Kniegelenks (Gonalgie links) habe er orthopädisch kein objektives Korrelat gefunden. Auch bei dieser Gesundheitsstörung handele es sich um keine Folge des Arbeitsunfalls vom 26. Mai 1999, da in dem Gutachten vom 31. Januar 2002 von Prof. Z., die Beweglichkeit der Kniegelenke beiderseits zum damaligen Zeitpunkt unbehindert gewesen sei, und kein Hinweis für Gelenkerguss oder Kapselschwellung, keine nachweisbaren Meniskuszeichen und kein Hinweis für ligamentäre Insuffizienzerscheinungen vorgelegen hätten. Die radiologischen Untersuchungen beider Kniegelenke und beider oberen Sprunggelenke, die anlässlich der Begutachtung im Helios Klinikum E. am 7. Februar 2002 angefertigt worden seien, zeigten einen Normalbefund, ohne Anhalt oder Hinweis auf eine stattgehabte Fraktur oder Luxation, keine Zeichen degenerativer Veränderungen. Dr. R. hat hierzu mitgeteilt, nach Ausschluss knöcherner, ligamentärer oder artikulärer Verletzungen seien Beschwerden, die nach einem so langem Intervall aufgetreten seien, nicht kausal dem Unfallereignis zuzuordnen. Auch diese Beschwerden seien unter antidepressiver Therapie zumindest zeitweilig abgeklungen, was wiederum für einen Zusammenhang mit der Depression mit Schmerzchronifizierung spreche. Weiterhin hat der Sachverständige MUDr./Univ. Brunn S. dargelegt, der Spreizfuß beidseits sei eine anlagebedingte Fehlstellung im Vorfußbereich beidseits und mit Sicherheit keine Folge des Arbeitsunfalls vom 26. Mai 1999.

Auch die somatoforme Störung mit leicht gedrückter Stimmungslage und ausgeprägtem Schmerzempfinden hat MUDr./Univ. Brunn S. als nicht unfallbedingt gewertet, da diese schon gut dokumentiert vor dem Arbeitsunfall am 26. Mai 1999 bestanden habe. Demgegenüber hatte im neurologischen Zusatzgutachten vom 25. Februar 2000 Priv.-Doz. Dr. M., Klinikum W. die Auffassung vertreten, dass es durch das

Unfallereignis vom 26. Mai 1999 jedenfalls zu einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsstörung gekommen sei, wobei das Unfallereignis auf Grund der anzunehmenden Schwere der mechanisch wirkenden Kräfte nicht als Gelegenheitsursache, sondern als kausal wesentliche Ursache der lumboschialiformen Schmerzsymptomatik anzusehen sei. Durch die Schmerzchronifizierung im Rahmen einer reaktiven Depression mit Symptomfixierung hätten zum damaligen Zeitpunkt noch Gesundheitsstörungen bestanden, die zum damaligen Zeitpunkt unter Berücksichtigung des Vorschadens eine MdE von 20 v.H. bedingten. Auch diese Verschlimmerung im Rahmen der Somatisierung, die zur vorläufigen Gewährung von Verletztenrente geführt hatte, bestand aber bereits ab September 2000 nicht mehr unfallbedingt. Dr. M. hatte insoweit am Schluss seines Gutachtens vom 25. Februar 2000 ausgeführt, dass eine gezielte, ggf. auch stationäre neurologische und psychotherapeutische Intervention empfohlen werde, um der weiteren Chronifizierung des Schmerzsyndroms entgegenzuwirken. Eine Besserung der Beschwerdesymptomatik lasse sich dadurch mit großer Wahrscheinlichkeit erreichen. Nach Überzeugung des Senats ist eine solche Besserung aufgrund des stationären Aufenthalts in der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Weimar, vom 25. Juli bis 8. August 2000 eingetreten. Dr. M. hat hierzu in seinem Bericht an die Beklagte vom 1. September 2000 mitgeteilt, dass der Kläger zum Entlassungszeitpunkt schmerzfrei gewesen sei und sich die Stimmung deutlich aufgehellt gehabt habe. Daran, dass auch insoweit jedenfalls seit September 2000 keine Unfallfolge mehr vorliegt, ändert auch nichts, dass es in der Folgezeit erneut zu einer Verschlechterung der Symptomatik gekommen ist. Der Dipl. Psychologe und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Leibbrand hat in seinem Gutachten vom 25. Juli 2003 insoweit mitgeteilt, dass sich unter dem Einfluss verschiedener psychosozialer und intrapsychischer Faktoren das depressive Syndrom wieder verschlechtert habe und es während der erneuten Behandlung im Februar 2001 zu keiner Besserung gekommen sei, was auch daran liegen könne, dass der Kläger besser auf Amitriptylin als auf Doxepin anspreche. Wie der Gutachter darlegt, habe zwischenzeitlich die Ehe des Klägers in Scherben gelegen, sein Sohn habe sich von ihm losgesagt, sein Selbstbild sei wegen der nichtbestanden Prüfung beschädigt gewesen und er habe keine Hoffnung mehr gehabt, sein Leben aus eigener Kraft zum Positiven wenden zu können. Ein Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen lässt sich nach der zwischenzeitlich eingetretenen Besserung für die erneute depressive Entwicklung vor diesem Hintergrund nicht mit Wahrscheinlichkeit annehmen. Dafür, dass es sich bei der Verschlechterung im Jahre 2001 in erster Linie um eine depressive Reaktion auf die damaligen Lebensumstände handelte, spricht auch, dass der Sachverständige Prof. Dr. T. am 25. Juni 2006 im rentenrechtlichen Verfahren beim Sozialgericht (S 17 R 135/05) für den Zeitpunkt seiner Untersuchung lediglich noch ein geringgradig depressives Zustandsbild mit einer eingeschränkten affektiven Schwingungsfähigkeit und ohne auffällige Antriebsminderung mitgeteilt hat. Der Gutachter Dr. R. hat die subjektiv geäußerten Beschwerden wie ständiges Erschöpfungsgefühl, Leistungsschwäche, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und daraus resultierende Kommunikationsschwäche, verminderte Merkfähigkeit und gestörtes Kurzzeitgedächtnis, auch Wortfindungsstörungen und morgendlicher Brechreiz als typische Symptome depressiver Erkrankungen gewertet. Ein kausaler Bezug der Verschlechterung im Rahmen der reaktiven Depression zum Unfall kann aber insoweit, wie dargelegt, jedenfalls ab September 2000 nicht mehr gesehen werden. Insoweit stützt sich der Senat auch auf das Gutachten des Dipl. Psychologen und Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Leibbrand, der in seinem Psychiatrischen Gutachten vom 27. Juli 2003 insoweit überzeugend und schlüssig dargelegt hat, dass Hirnleistungsstörungen durch die neuropsychologische Testuntersuchung im Klinikum Weimar im Februar 2001 nicht bestätigt worden seien. Eine objektiv verifizierbare Hirnleistungsstörung als Folge des Unfalls könne dementsprechend nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Diese Einschätzung wird wiederum durch das Sachverständigengutachten von Prof. Dr. T. vom 25. Juni 2006 im rentenrechtlichen Verfahren beim Sozialgericht (S 17 R 135/05) bestätigt. Dort wurden objektive Einschränkungen der Merkfähigkeit und Konzentration nicht festgestellt. Die Gedächtnisleistung sowohl im Kurzzeit- als auch im Langzeitbereich erschien am ehesten als Ausdruck herabgesetzter Motivation vermindert. Anzeichen für ein Psychosyndrom lagen nicht vor. Dementsprechend folgt der Senat der Feststellung des Gutachters Leibbrand insoweit, dass auf psychiatrischem Fachgebiet keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Wenn dieser Gutachter trotzdem der Ansicht ist, dass auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ab Beendigung des 3. Jahres nach dem Unfall als Unfallfolge Gesamt-MdE von 20 v.H. bestand, kann dem nicht gefolgt werden. Der Gutachter setzt sich mit der neurologischen Symptomatik nicht näher auseinander und nimmt keine Abgrenzung zu den bereits vor dem Unfall vorhandenen und dokumentierten Beschwerden vor. Dementsprechend kann auch dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. MO. vom 22. April 2002 nicht gefolgt werden. Dr. MO. ist der Meinung, dass von Seiten der Somatisierungsstörung und der depressiven Entwicklung eine MdE mit 100 v.H. anzunehmen sei. Der Senat folgt insoweit der Kritik von MUDr./Univ. Brunn S. ... Dieser hat überzeugend ausgeführt, dass eine MdE von 100 v.H. nicht mit der im Zusammenhang mit einer reaktiven Depression stehenden Somatisierungsstörung, die auch schon vor dem Unfall am 26. Mai 1999 bestanden habe, begründet werden könne. Dr. MO. hat sich auch insoweit weder mit der vor dem Unfall bestehenden Symptomatik noch mit der im Jahr 2000 zunächst eingetretenen Besserung auseinandergesetzt.

Weiterhin folgt der Senat den Ausführungen von Dr. R., der überzeugend dargelegt hat, dass die linksbetonte Schwerhörigkeit, ein permanenter linksseitiger Tinnitus, bewegungsabhängiger Drehschwindel, chronische Defäkationsschmerzen bei erhaltener Kontinenz und Impotenz bzw. schmerzbedingtem Libidoverlust vom Kläger erst im Intervall von 9 - 24 Monaten nach dem Unfall geklagt worden seien, was gegen eine unfallbezogene Genese spreche. Schließlich ist die vom Kläger behauptete Läsion des Zwerchfellnervs nicht feststellbar. Im Sachverständigengutachten von Prof. Dr. T. vom 25. Juni 2006 im rentenrechtlichen Verfahren beim Sozialgericht (S 17 R 135/05) wird hierzu u.a. mitgeteilt, dass im Untersuchungsbefund von Dr. Bloching vom 16. Februar 2006 eine Lähmung des Phrenicus (Zwerchfellnerv) ausgeschlossen werden konnte. Der Zwerchfellhochstand ist damit auf eine solche Schädigung nicht zurückzuführen.

Auch der Bescheid vom 21. August 2001, mit der die Neufestsetzung der Rente abgelehnt wurde, ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Voraussetzung für die Heraufsetzung der Verletztenrente ist u.a. das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des die Verletztenrente bewilligenden Verwaltungsaktes vorgelegen haben (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Bei der Feststellung der MdE ist eine solche wesentliche Änderung nur gegeben, wenn die Änderung mehr als 5 v.H. beträgt und bei Renten auf unbestimmte Zeit - wie vorliegend - länger als drei Monate andauert (§ 73 Abs. 3 SGB VII). Wie sich aus dem Dargelegten ergibt, ist eine Verschlechterung der anerkannten und/oder bei der ursprünglichen Beurteilung der MdE zugrunde gelegten Unfallfolgen nicht eingetreten. Vielmehr sind die unmittelbaren Unfallfolgen abgeheilt. Die Schmerzsymptomatik und die Sensibilitätsstörungen haben sich den bereits vor dem Unfall bestehenden Befunden bis spätestens Januar 2002 angeglichen. Für eine zwischenzeitliche länger als drei Monate andauernde wesentliche Verschlechterung liegen keine Anhaltspunkte vor. Die Schmerzchronifizierung im Rahmen einer reaktiven Depression mit Symptomfixierung hatte sich bereits im September 2000 gebessert. Die insoweit im Jahre 2001 aufgetretene Verschlechterung war, wie dargelegt, nicht unfallbedingt.

Der Kläger hat schließlich keinen Anspruch auf Erstattung des Eigenanteils an den stationären Behandlungskosten vom Juli 2003. Nach § 26 SGB VII haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anspruch auf u.a. Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen sind nach § 26 Abs. 4 Satz 2

[SGB VII](#) als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen und daher als "Naturalleistung" zu gewähren (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#) m.w.N.); Ausnahmen sollen nur dann gelten, wenn dies im SGB VII oder SGB IX ausdrücklich vorgesehen ist. Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation findet allein unter den Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) statt; diese Vorschrift ist in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anwendbar, da hier eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung besteht, die diese Vorschrift sachgerecht ausfüllt (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 557 Nr. 1](#) m.w.N.).

Die Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs 3 SGB V](#) sind im vorliegenden Fall nicht gegeben. Danach kommt eine Erstattung der Kosten einer vom Verletzten selbst getragenen Heilbehandlung oder Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung in Höhe der dadurch entstandenen notwendigen Kosten nur dann in Betracht, wenn der Unfallversicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn er eine Leistung - etwa in der Annahme, es liege kein Versicherungsfall vor - zu Unrecht abgelehnt hat. Im vorliegenden Fall kommt als Anspruchsgrundlage des Klägers allein die erste Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht, da der Kläger einen Antrag vor der hier strittigen Behandlung nicht gestellt hat. Insofern ist allerdings bereits fraglich, ob die Behandlung unaufschiebbar i.S. der genannten Vorschrift war. Eine notfallmäßige Einweisung war nicht erfolgt. Der Verwirrheitszustand bestand auf der Station nicht mehr, so dass jedenfalls der nachfolgende stationäre Aufenthalt nicht mehr durch akute Beschwerden bedingt war, sondern der Abklärung diene. Hierzu wurden ein MRT des Schädels, neurophysiologische Untersuchungen und ein EEG durchgeführt, die keinen pathologischen Befund ergaben. Zudem waren weder der Verwirrheitszustand noch degenerative Veränderungen Folge des Unfalls vom 2. April 2003. Insoweit ist kein Zusammenhang ersichtlich. Die kurzzeitig bestehende Verwirrtheit lässt aber auch keinen Zusammenhang mit dem Unfall aus dem Jahre 1999 erkennen wie sich aus dem oben Darlegten zu den insoweit verbliebenen Unfallfolgen ergibt. Der Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall ist aber grundsätzlich Voraussetzung für den Heilbehandlungsanspruch, denn nach [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) hat der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln (nur) den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Der Kläger hat auch mit seinen Klagen keinen Erfolg. Zu seinen Gunsten geht der Senat davon aus, dass er die Anträge auf der letzten Seite seiner Klageschrift bereits im erstinstanzlichen Verfahren gestellt hat. Da das SG hierüber nicht entschieden hat, war insoweit über die Klagen zu entscheiden.

Die Klage auf Unfallrente in Höhe von 2.500 EUR monatlich ausgehend von einer MdE von 100 v.H. konnte schon deswegen keinen Erfolg haben, weil der Kläger wie dargelegt, keinen Anspruch auf - höhere - Rente hat. Er hatte ab dem 1. August 1999 bis zum 31. Mai 2002 Anspruch auf eine vorläufige Rente nach einer MdE von 20 v.H. aufgrund des Bescheids vom 26. September 2000. Einen Anspruch auf Neufestsetzung und Dauerrente hatte er, wie dargelegt, nicht.

Soweit der Kläger - vorläufige - Rente bereits ab Juni 1999 begehrt, steht dem die bindende Feststellung über den Rentenbeginn im Bescheid vom 26. September 2000 entgegen. Dieser Klageantrag ist daher bereits unzulässig. Denn auch ein Überprüfungsverfahren ist dem Klageverfahren insoweit nicht vorangegangen. Unabhängig hiervon beginnt die Verletztenrente gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztenlohn endet. Gemäß [§§ 45 Abs. 1, 52 SGB VII](#) wird Verletztenlohn unter Anrechnung von Einkommen erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist. Dies war bis zum 31. Juli 1999 der Fall. Nach Ende der Lohnfortzahlung hat der Kläger dementsprechend bis zum 31. Juli 1999 Verletztenlohn bezogen. Bis zu diesem Zeitpunkt bestand kein Rentenanspruch. Ab dem 1. August 1999 hat er vorläufige Rente erhalten.

Die Verpflichtung zur Zahlung einer monatlichen Rente in Höhe von 450 EUR - anstelle einer nicht gewährten Berufsunfähigkeitsrente - sowie eines Betrags in Höhe von 47.000 EUR - als Ersatz des geltend gemachten Schadens wegen der Anrechnung des der Altersvorsorge dienenden Vermögens im Rahmen der Gewährung von Leistungen nach dem SGB II - ergibt sich weder aus dem SGB VII, der hierfür keine Anspruchsgrundlage enthält, noch aus dem von der Rechtsprechung entwickelten Institut des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Letzterer setzt zunächst voraus, dass der Sozialleistungsträger eine ihm aufgrund Gesetzes oder eines Sozialrechtsverhältnisses obliegende Pflicht, insbesondere zur Auskunft und Beratung ([§§ 15](#) und [14 SGB I](#)), verletzt hat; außerdem muss die Pflichtverletzung des Sozialleistungsträgers zu einem Nachteil des Betroffenen geführt haben. Weiterhin muss sich ein etwa durch das pflichtwidrige Unterlassen des Beklagten eingetretener - wirtschaftlicher - Nachteil durch eine zulässige Amtshandlung ausgleichen lassen (vgl. BSG [SozR 3-4100 § 249e Nr. 4](#) mit Nachweisen). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. Der Kläger macht zwar geltend, eine Pflichtverletzung der Beklagten liege insofern vor, als diese falsche Angaben gemacht habe. Dies habe zu den von ihm genannten finanziellen Nachteilen geführt. Es ist aber bereits nicht ersichtlich, wann, gegenüber wem und in welcher Beziehung die Beklagte unrichtige Angaben gemacht haben soll. Es ist aber auch offensichtlich, dass sich die vom Kläger benannten Nachteile nicht durch eine zulässige Amtshandlung ausgleichen lassen. Der Senat kann auch nicht von Amts wegen die Klage wegen eines ggf. zu prüfenden Anspruchs aus [§ 839 Abs. 1 BGB](#) an das Landgericht verweisen. Der Kläger hat diesen Anspruch bisher nicht eindeutig geltend gemacht, sondern sozialrechtlich begründete Ansprüche im Sozialrechtsweg verfolgt (vgl. BSG, Beschluss vom 3. Juli 1998 - [B 12 SF 1/98 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Soweit er einen Anspruch aus Amtspflichtverletzung geltend machen will, ist es ihm unbenommen, Klage vor dem Landgericht zu erheben.

Richtige Klageart zur Erreichung der begehrten Anerkennung von weiteren Unfallfolgen ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach [§ 54 Abs. 1 i.V.m. § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#). Auch dieser Antrag hat jedoch keinen Erfolg. Hinsichtlich der Zulässigkeit dieses Klagebegehrens geht der Senat zugunsten des Klägers davon aus, dass der Kläger dieses Begehren hinreichend deutlich bereits im Verwaltungsverfahren geltend gemacht hat und die angegriffenen Bescheide damit auch als Ablehnung der Anerkennung weiterer Unfallfolgen zu werten sind. Einen Anspruch auf Feststellung der von ihm genannten Gesundheitsstörungen und Beschwerden als Unfallfolgen hat der Kläger jedoch nicht. Die unmittelbaren Unfallfolgen sind, soweit sie nicht anerkannt sind, ausgeheilt. Dies gilt auch für das lediglich mögliche Wurzelödem. Über die anerkannten Unfallfolgen hinaus lassen sich keine dauerhaften Unfallfolgen festzustellen. Insbesondere soweit die Beklagte einen leichten Bandscheibenvorfall bei vorbestehender Bandscheibenvorwölbung anerkannt hat, ist ein Anspruch auf Feststellung eines hierüber hinaus gehenden traumatischen Bandscheibenvorfalles - ohne Vorschädigung - oder einer richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen Leidens der Wirbelsäule als Unfallfolge nicht gegeben. Dr. R. und Dr. M. haben in ihrem Gutachten vom 3. Juli 2003 hinsichtlich der Lendenwirbelsäule überzeugend und schlüssig ausgeführt, dass die vorgelegte kernspintomographische Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 24. Juni 1999 keine sichere frische Verletzung zeige, sondern einen

bereits länger vorbestehenden Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1. Weitere Anzeichen frischer Verletzungen wie Blutspuren und akute entzündliche Reaktionen im Bereich der Bruchstelle des Anulus fibrosus fehlten. Bei einem frischen traumatisch bedingten Bandscheibenvorfall ohne Vorschädigung der Bandscheibe wären durch die erforderliche erhebliche mechanische Krafteinwirkung Begleitverletzungen der knöchernen oder ligamentären Wirbelsäule zu erwarten gewesen. Diese Beurteilung stimmt mit den Hinweisen in der unfallmedizinischen Standardliteratur überein. Nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. A. 2003, Anmerkung 8.3.2.6.2, entstehen Bandscheibenverletzungen unfallmäßig meist mit Wirbelkörperfrakturen. Als Unfallfolge erscheinen Bandscheibenvorfälle stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen. Bewegungen mit Scher-, Rotationswirkung, Überbeugung, Überstreckung sowie Zugbelastung können eine gesunde Bandscheibe zerreißen, wobei je nach Art der Einwirkung die Begleitverletzungen ligamentärer oder knöcherner Art sind. Ohne Begleitverletzungen ist die Schadensanlage wesentlich und der Unfall nur Gelegenheitsursache (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., Anm. 8.3.2.6.3). Im vorliegenden Fall sind Begleitverletzungen nicht nachgewiesen, insbesondere ist z.B. eine Zerreißen des hinteren Längsbandes gerade nicht dokumentiert worden. Andere Begleitverletzungen wie z. B. eine Deckplattenimpression haben ebenfalls nicht vorgelegen. Bei der vom Kläger geltend gemachten Osteochondrose handelt es sich um eine Knochen- und Knorpeldegeneration (Pschyrembel, Online "Osteochondrose"). Insoweit hat Dr. Dipl.-Phys. Heinsohn, der am 12. Januar 2007 die zur Ergänzung der Untersuchung von MUDr./Univ. Brunn S. erfolgte Kernspinnuntersuchung durchgeführt hat, überzeugend dargelegt, dass im lumbosakralen Übergangssegment eine Osteochondrose im Zusammenhang mit einer chronischen Bandscheibendegeneration besteht. Dr. Dipl.-Phys. Heinsohn hat auch im Übrigen keine unfallbedingten Veränderungen der Wirbelsäule nachweisen können (vgl. Sachverständigengutachten von MUDr./Univ. Brunn S. S. 11 bis 13). In den unfallchirurgischen Gutachten vom 2. Januar 2000 und vom 2. März 2002 hat bereits Prof. Dr. W. keine Veränderungen in Folge des Ereignisses vom 26. Mai 1999 feststellen können.

Wenn die Gutachter Dr. R. und Dr. M. darlegen, dass gleichwohl ein vorbestehender, zum Unfallzeitpunkt nicht symptomatischer Bandscheibenvorfall durch ein Stauchungstrauma der Wirbelsäule, wie es nach der Schilderung des Unfallherganges möglich sei, eine auch dauerhafte Beschwerdezunahme erfahren könne und auch die kernspintomographisch nachgewiesene, durch Bandscheibenmaterial verursachte Verengung im Bereich des Neuroforamens auf Höhe L5/S1 links bzw. das beschriebene Wurzelödem durch das Unfallereignis verursacht worden sein könne, weisen sie selbst darauf hin, dass im Entlassbericht der primären stationären Behandlung die Beschwerdefreiheit und das Fehlen neurologischer Ausfälle dokumentiert werde. Wenn sie dennoch die von ihnen ab Rentenbeginn mit einer MdE von 10 v.H. bewertete Unfallfolge "Exazerbation der Wurzelkompression S1 und L5 links mit sensiblen, aber ohne motorische Ausfälle mit chronischer Schmerzausstrahlung in die entsprechenden Dermatome (Lendenwirbelsäule, Gesäß, Außenseite des linken Oberschenkels, Vorderaußenseite des linken Unterschenkels einschließlich der Ferse, lateraler Fußrand und der Fußsohle) bei vorbestehendem lumbalen Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1" als unverändert annehmen, überzeugt dies nicht. Insoweit macht sich der Senat die Kritik des Sachverständigen MUDr./Univ. Brunn S. zu eigen, der im Einzelnen dargelegt hat, dass der neurologische Befund schon vor dem Unfall dokumentiert worden und sich von dem neurologischen Befund etwa anderthalb Jahre nach dem Unfall nicht unterscheide.

Auch die übrigen vom Kläger angegebenen Gesundheitsstörungen und Beschwerden sind, soweit sie vorliegen, jedenfalls nicht unfallbedingt. Dies ergibt sich aus den Gründen der Zurückweisung der Berufung.

Beim Antrag auf Verbindung der Verfahren S 6 U 1103/04 und S 17 R 135/05 handelt es sich um eine Anregung an das SG. Wie dem Kläger bereits in der mündlichen Verhandlung versucht wurde zu erklären, kommt eine Verbindung, die grundsätzlich im Ermessen des zuständigen Richters liegt, bezüglich eines rentenrechtlichen und eines unfallrechtlichen Klageverfahren, für die unterschiedliche Kammern zuständig sind, nicht in Betracht. Die Verbindung von beim SG anhängigen bzw. nicht mehr anhängigen Klageverfahren durch das Landessozialgericht scheidet von vorneherein aus.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-06