

L 1 U 1789/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 10 U 4558/07
Datum
01.03.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 1789/10
Datum
06.06.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 1. März 2010 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind weder im Klage- noch dem Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Höhe der Verletztenrente auf unbestimmte Zeit wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 24. Juli 2004.

Der 1971 geborene Kläger erlitt am 24. Juli 2004 einen Arbeitsunfall, als er bei Arbeiten in einer Baugrube durch sich lösende Erde auf Höhe des Beckens seitlich gegen ein Zement-Abwasserrohr gedrückt und dabei bis zum Becken verschüttet wurde. Er erlitt Stückfrakturen im os pubis (Schambein) und os ischi (Sitzbein) sowie eine Längsfraktur des os sacrum (Kreuzbein) (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 26. Juli 2004; Durchgangsarztbericht Dr. L., Klinikum B. vom 26. Juli 2004). Im Nachschaubericht vom 9. August 2004 wurden die Diagnosen präzisiert und eine laterale Beckenkompressionsfraktur, eine transforminale Fraktur des Os sacrum und eine Harnröhrenverletzung mitgeteilt. Eine offene Reposition der vorderen Beckenringfraktur durch Plattenosteosynthese wurde während des bis 4. September 2004 im Klinikum B. erfolgten stationären Aufenthalts durchgeführt.

Im Entlassungsbericht aus der sich anschließenden Rehabilitationsbehandlung (Reha-Klinik Saulgau, Bericht vom 30. September 2004) schilderte der Kläger noch bestehende Beschwerden und Sensibilitätsstörungen bei einem ansonsten zufriedenstellenden Rehabilitationsergebnis.

Nachdem der Kläger während der anschließenden Weiterbehandlung über einschießende ischialgieförmige Schmerzen in die Beine klagte, wurde eine neurologische Untersuchung veranlasst. In seinem neurologischen Befundbericht vom 26. November 2004 teilte Prof. Dr. M., Fachklinik für Neurologie D. GmbH, mit, es lägen als Unfallfolgen Läsionen der sensiblen Nervi cutaneus femoris lateralis, ilio-inguinalis, iliohypogastricus und genito-femoralis links vor. Diese Nerven verliefen allesamt in der Gegend des lateralen Leistenbandes links, wo auch die Schädigung stattgefunden habe. Es habe sich kein Hinweis auf eine zusätzliche Schädigung der lumbosacralen Nervenwurzeln links ergeben, woran bei den geklagten ischialgieformen Schmerzen sowie aufgrund der transforaminalen Os-sacrum-Fraktur zu denken gewesen sei. Die Störung des Wasserlassens sei vermutlich auf die Versorgung mit einem Dauerkatheder und die aktuelle Schmerzmedikation zurückzuführen. Für eine neurogene Blasenstörung ergebe sich kein Anhalt. Er rechne nicht mit einer wesentlichen Besserung der beschriebenen Sensibilitätsstörungen.

Im Bericht der schmerztherapeutischen Abteilung der Kliniken B. vom 6. Dezember 2004 wurden neben den bekannten Diagnosen auch Anfälle völliger Kraftlosigkeit bei Verdacht auf Anpassungsstörung im Sinne einer Depression und beginnende Somatisierungsstörung aufgeführt. Die von den Ärzten vorgeschlagene stationäre Aufnahme in eine psychosomatische Klinik lehnte der Kläger ab, da er nur zu einer ambulanten Behandlung bereit war.

Im neurologischen Befundbericht vom 17. Oktober 2005 der Universitätsklinik T., Dr. Dr. H., wurden als weitere Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom nach Verschüttungstrauma mit Beckenringfraktur und nachfolgender Osteosynthese und Läsionen des N. cutaneus femoralis lateralis, N. inguinalis und N. Iliohypogastricus und des lateralen Astes des N. genitofemoralis links aufgeführt. Vom 5. Oktober bis 11. November 2005 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T ... Am 15. November 2005 wurde in der Urologischen Klinik der Universitätsklinik T. eine Sachse-Urethrotomie bei posttraumatischer Harnröhrenstriktur nach Beckenfraktur 2004 durchgeführt.

Prof. Dr. S. verfasste unter dem 10. Januar 2006 einen neurologischen Befundbericht mit gutachterlicher Stellungnahme nach Untersuchung des Klägers am 9. Januar 2006. Darin wird ausgeführt, ein klinisch-relevantes Schmerzsyndrom bestehe aus neurologischer Sicht nicht, auch wenn nach der knöchernen Verletzung des Beckens gewisse Schmerzen durchaus nachvollziehbar seien. Der aktuelle psychiatrische Befund sei unauffällig. Es hätten sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine spezifische Angstsymptomatik ergeben. Auch eine depressive Störung liege nicht vor. Die Zukunftssorgen des Klägers seien auf Grund der objektivierbaren Unfallfolgen nachvollziehbar und nicht krankhaft. Es bestehe daher auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet lediglich noch eine Teilschädigung des N. cutaneus femoralis lateralis links mit subjektiven Beschwerden; eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei deshalb nicht zu erwarten.

Vom 18. bis 29. Mai 2006 befand sich der Kläger erneut ein stationärer Behandlung, da die Rekonstruktionsplatte im Bereich des vorderen Beckenrings (radiologisch seit längerem gesichert) gebrochen war (Aufnahmediagnose: Zustand nach instabiler Beckenringfraktur mit Schambeinfraktur rechts, Stückfraktur des Os pubis links, transforaminaler Os sacrum Fraktur links sowie Symphysensprengung).

Im Verfahren zur Feststellung des Anspruchs auf Verletztenrente erstattete unter dem 7. Juli 2006 Dr. N., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten. Dieser teilte eine Meralgia paraesthetica links, eine leichtgradige depressive Reaktion sowie ein posttraumatisches und operatives Schmerzsyndrom mit diffuser körperlicher Ausstrahlung und konsekutiver Kraftminderung mit. Die MdE werde für die depressive Störung auf 10 v.H. geschätzt, eine Verringerung stehe nach beruflicher Wiedereingliederung und Besserung der Schmerzsymptomatik zu erwarten.

Prof. Dr. B./Dr. U., Urologische Klinik der Kliniken B., teilten in ihrem Gutachten vom 23. August 2006 mit, es lägen als Unfallfolgen noch eine geringgradige Harnröhrenstriktur mit 50% Rezidivrisiko, eine Urge- und Stressinkontinenz Grad I, eine Penisdeviation Grad I und eine Beeinträchtigung der Kohabitationsfähigkeit durch einschließende Becken- und Leistenschmerzen vor. Die MdE wurde mit 20 v.H. vorgeschlagen.

Auf unfallchirurgischem Fachgebiet teilte Dr. L. in seinem Gutachten vom 20. Juli 2006 mit, es bestünden ausgedehnte Narbenbildungen am Becken, Muskelminderung linker Oberschenkel sowie die neurologisch-urologischen Unfallfolgen. Die MdE werde vom 21. Januar bis 11. Juli 2006 mit 40 v.H. und danach bis 31. Dezember 2007 weiterhin mit 40 v.H. vorgeschlagen, danach belaufe sie sich voraussichtlich weiterhin zwischen 30 und 40 v.H. Auf Nachfrage der Beklagten teilte Dr. L. mit, auf unfallchirurgischem Fachgebiet bestünden wegen der erklärbaren Belastungsminderung mit Schmerzen beim Heben und Tragen, eine ausgedehnte Narbenbildung am Becken sowie eine Muskelminderung am linken Oberschenkel eine MdE um 20 v.H. Unter Berücksichtigung der weiteren Unfallfolgen sei die Gesamt-MdE daher mit 40 v.H. vorzuschlagen.

Mit Bescheid vom 6. März 2007 bewilligte die Beklagte Rente als vorläufige Entschädigung ab 22. Januar 2006 nach einer MdE um 40 v.H. und erkannte als Unfallfolgen an: Operativ versorgte knöchern fest verheilte Brüche des linken vorderen Beckenrings mit noch liegendem OP-Material; operativ versorgter knöchern verheilte Mehrfachbruch des Schambeinastes; knöchern verheilte Bruch des Kreuzbeines; geringe Muskelminderung des linken Oberschenkels; Harnröhreneinengung; geringgradige Peniskrümmung; erstgradige Urge- und Stressinkontinenz; Beeinträchtigung der Beischlaffähigkeit; Kompressionssyndrom; leichtgradige depressive Reaktion.

Im sich anschließenden Verfahren auf Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit kam Prof. Dr. S. in seinem Gutachten vom 14. Mai 2007 zum Ergebnis, eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit bestehe auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht.

In seinem Gutachten vom 31. Mai 2007 kamen Prof. Dr. W./Dr. V. zum Schluss, die MdE sei wegen der Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet nur noch mit 10 v.H. festzusetzen.

Im urologischen Gutachten vom 10. Juli 2007 teilte der Ärztliche Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität T. Prof. Dr. S. mit, beim Kläger bestehe unfallabhängig ein hyperkapazitäre Blase mit unauffälligen Flussparametern in der Uroflowmetrie, verursacht wohl durch die Läsion von Sakralnervenwurzeln im Rahmen des Primärtraumas. Die MdE sei mit 10 v.H. festzusetzen.

Mit Bescheid vom 17. Juli 2007 bewilligte die Beklagte dem Kläger Rente auf unbestimmte Zeit ab 1. August 2007 nach einer MdE um 20 v.H. ... Als Unfallfolgen wurden aufgeführt eine Muskelminderung des linken Ober- und Unterschenkels nach fest verheiltem Bruch des vorderen linken Beckenrings mit Symphysensprengung, des Schambeinastes und des Kreuzbeins und eine Bulbusverletzung im Bereich der Harnröhre mit Miktionsbeschwerden.

Der dagegen erhobene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23. November 2007 zurückgewiesen.

Dagegen hat der Kläger am 18. Dezember 2007 Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben und zur Begründung vorgebracht, ihm stehe Verletztenrente nach einer MdE um 50 v.H. zu. Er leide aufgrund der besonderen Schmerzsymptomatik, der besonderen Unfallsituation, der Beeinträchtigung der Kohabitationsfähigkeit sowie der Penisdeviation unter erheblichen psychischen Beeinträchtigungen, die seine körperliche Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigten. Dies habe die Beklagte in ihrer Entscheidung nicht ausreichend berücksichtigt.

Im Auftrag des SG hat unter dem 28. November 2008 Prof. Dr. Sch. ein neurologisches Gutachten erstellt. Auf nervenärztlichem Fachgebiet hat er als Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom nach Verschüttungstrauma mit Beckenringfraktur, residuale traumatisch bedingte Läsionen des N. cutaneus femoris lateralis links sowie der Nervi ilioinguinalis, iliohypogastricus und genitofemoralis links, sekundär überlagertes chronisches vertebrales Schmerzsyndrom und Tendomyalgie-Syndrom sowie Anpassungsstörung mitgeteilt. Das Vollbild einer Depression liege nicht vor, auch nicht das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die MdE auf neurologischem Fachgebiet hat er mit insgesamt 30 v.H. vorgeschlagen. Hierin würden sämtliche Aspekte des Schmerzsyndroms und der damit verbundenen Behinderung einfließen (Teil-MdE 30 v.H.), des Weiteren auch die psychische Anpassungsproblematik mit ihren Kernsymptomen der psychischen Labilität und erhöhten Somatisierungsneigung (Teil-MdE 20 v.H.). Die Teil-MdE für die sensiblen Störungen am linken Oberschenkel sei mit 10 v.H. zu veranschlagen. Die Beklagte hat dazu die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. M. vom 7. Februar 2009 vorgelegt. Der Klägervertreter hat auf eine unzureichende Würdigung der durch das eingeschränkte Sexualvermögen des Klägers verursachten psychischen Belastung hingewiesen.

Der um ergänzende Stellungnahme gebetene Dr. Sch. hat daraufhin unter dem 12. August 2009 ausgeführt, er schlage vor, den Komplex "Blasen- und Sexualfunktionsstörung" gemeinsam neu zu bewerten und dazu eine urologische Stellungnahme einzuholen. MdE-relevante psychische Einschränkungen ergäben sich durch die eingeschränkte Sexualfunktion nicht.

Im Auftrag des SG hat daraufhin Prof. Dr. B., Urologe, das urologische Gutachten vom 4. Januar 2010 erstellt. Danach bestehe auf urologischem Fachgebiet noch eine geringgradige Rezidivharnröhrenstriktur, die bereits operativ ausreichend versorgt sei. Es bestehe weiterhin ein ca. 50%iges Rezidivrisiko. Des Weiteren liege eine minimale Penisdeviation ohne Beeinträchtigung der Erektion oder Kohabitationsfähigkeit vor; letztere werde jedoch durch weiterhin einschließende Becken- und Leistenschmerzen beeinträchtigt. Diese minimalen Beeinträchtigungen seien mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten, begründet durch die allerdings urologisch nicht beweisbaren Becken- und Leistenschmerzen, insbesondere bei Erektion.

Mit Urteil vom 1. März 2010 hat das SG die angefochtenen Bescheide abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren. Das SG stützt sich bei seiner Beurteilung auf das Gutachten von Dr. Sch. sowie die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. M ... Beide hätten die Schmerzproblematik des Klägers mit einer MdE um 30 v.H. bewertet. Nicht gefolgt werden könne den Ausführungen des Prof. Dr. S., der nicht berücksichtigt habe, dass der behandelnde Arzt Dr. L. ein rein somatisches Krankheitsverständnis des Klägers mitgeteilt habe, so dass keine Rückschlüsse daraus gezogen werden könnten, dass der Kläger gegenüber Prof. Dr. S. keine psychischen Beschwerden geltend gemacht habe. In der MdE um 30 v.H. seien auch die von Dr. B. beschriebenen Becken- und Leistenschmerzen erfasst; weitere rentenberechtigende Gesundheitsstörungen auf urologischem Fachgebiet lägen nicht vor.

Gegen das ihr am 29. März 2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 15. April 2010 Berufung eingelegt und zur Begründung vorgebracht, es sei auch Dr. B. nicht gelungen zu erklären, inwieweit ein Verschüttungstrauma bis zum Becken das durch den Kläger beschriebene Schmerzsyndrom im Bereich der ganzen Wirbelsäule hervorrufen könne. Auch habe Dr. M. in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2009 darauf hingewiesen, dass das von Dr. B. beschriebene "sekundär überlagerte chronisch vertebrales Schmerzsyndrom und Tendomyalgiesyndrom" keinem gängigen wissenschaftlichen Klassifikationssystem entspreche. Im Übrigen bestehe kein Zusammenhang zwischen der beim Kläger beschriebenen Somatisierungsstörung und dem Unfall. Vielmehr sei sogar von jeder fehlenden psychischen Gesundheitsstörung auszugehen, wie Prof. Dr. S. ausgeführt habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 1. März 2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er vertritt die Auffassung, dass die bei ihm bestehende Somatisierungs- und Anpassungsstörung sowie eine Schmerzerkrankung eine MdE um 30 v.H. rechtfertigen.

Das Gericht hat ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. B., Institut für Neurologische Begutachtung, in Auftrag gegeben. In seinem Gutachten vom 23. September 2010 hat er zusammenfassend ausgeführt, dass eine Schädigung des N. cutaneus femoris lateralis links (Minderung des Berührungs- und Schmerzempfindens, teilweise auch schmerzhafte Missempfindungen [Allodynie] an der Oberschenkelvorder-/außenseite) vorliege, sowie eine Minderung des Berührungs- und Schmerzempfindens an der linken Leiste und im angrenzenden Gebiet oberhalb der Symphyse links durch eine operationsbedingte Läsion sensibler Nervenäste, belastungsabhängig auftretende Schmerzen (vorwiegend beim Heben von Lasten) im linken Unterbauch mit Ausstrahlung in die Leiste bis zum Hoden links (sehr wahrscheinlich narbenbedingte Irritation des N. genitalis links aus dem N. genito femoralis). Er gehe weiter davon aus, dass beim Kläger in der Zeit vom Mai 2005 bis Januar 2006 eine leichte depressive Anpassungsstörung bestanden habe, die aber abgeklungen sei. Die MdE schätze er auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet ab dem 1. August 2007 weiterhin auf 10 v.H. Er könne aus neurologischer Sicht über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen, wie sie Dr. M. bei wohlwollender Prüfung nach Aktenlage angenommen habe, nicht erkennen. Er rate allerdings unter Berücksichtigung der bildgebenden Befunde an, aus orthopädischer Seite nochmals zu beurteilen, ob die belastungsabhängigen, chronischen Schmerzen im Bereich des Kreuzbeines, vor allem links, noch auf die unfallbedingte Beckenfraktur zurückzuführen seien.

Im Auftrag des Gerichts hat daraufhin der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. K. unter dem 24. Januar 2011 ein fachorthopädisches Gutachten erstellt. Als Unfallfolgen hat er mitgeteilt eine Schädigung des N. cutaneus femoris lateralis links mit Sensibilitätsminderung und Missempfindungen im Ausbreitungsgebiet des N. cutaneus femoralis lateralis links an der Oberschenkelvorder- und Außenseite, belastungsabhängige Schmerzen im linken Unterbauch mit Ausstrahlung in die Leiste bis zum Hoden, auf urologischem Fachgebiet die vorbeschriebene Rezidivharnröhrenstriktur sowie eine minimale Penisdeviation, Zustand nach Stückfraktur des Os pubis, knöchern konsolidiert, inkomplette transforaminale Fraktur des Os sacrum links mit Symphysensprengung ohne Instabilität. Knöchern konsolidierte Fraktur des Os ischii in leichter Fehlstellung (Sitzbein) links. Die vom Kläger geklagten Beschwerden im Bereich der Kreuzdarmbeingelenke und der Hüftgelenke seien aller Wahrscheinlichkeit nach auf die komplexe Beckenverletzung zurückzuführen mit Frakturen im Bereich Sitzbein, Schambein und Kreuzbein links sowie Symphysensprengung. Auch wenn sich röntgenologisch keine Instabilität nachweisen lasse, und auch im Kernspintomogramm keine Aktivitäten der Kreuzdarmbeingelenke, der Hüftgelenke und der Frakturstelle nachzuweisen seien, seien die geklagten Schmerzzustände im Bereich des Beckens mit größter Wahrscheinlichkeit auf die Einwirkung des Unfalls zurückzuführen. Diese Schmerzsymptomatik mit schmerzbedingter Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit und verminderter Belastbarkeit beim Heben und Tragen schwerer Gegenstände schlage er mit 20 v.H. vor. Die Gesamt-MdE auf neurologisch-psychiatrischem (10 v.H.), urologischem (10 v.H.) und unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet (20 v.H.) werde mit 30 v.H. vorgeschlagen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 SGG auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Dem Kläger steht eine höhere Verletztenrente als nach einer MdE um 20 v.H. nicht zu.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeiten (versicherte Tätigkeiten). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 SGB VII).

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfalle, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen sind, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB VII). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSGE 1, 174, 178; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22). Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSGE 58, 80, 82; 61, 127, 129; BSG, Ur. v. 27. Juni 2000 - B 2 U 29/99 R - m.w.N.). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 45, 285, 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSGE 63, 277, 278). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. BSGE 62, 220, 222; BSG, Ur. v. 2. Mai 2001 - B 2 U 18/00 R -, in: HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (vgl. BSGE 6, 70, 72; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 11 S. 33).

Beim Kläger sind als Unfallfolgen seit 1. August 2007 auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet noch eine Schädigung des N. cutaneus femoris lateralis links (Minderung des Berührungs- und Schmerzempfindens, teilweise auch schmerzhaft Misempfindungen [Allodynie] an der Oberschenkelvorder-/außenseite), eine Minderung des Berührungs- und Schmerzempfindens an der linken Leiste und im angrenzenden Gebiet oberhalb der Symphyse links durch eine operationsbedingte Läsion sensibler Nervenäste, belastungsabhängig auftretende Schmerzen (vorwiegend beim Heben von Lasten) im linken Unterbauch mit Ausstrahlung in die Leiste bis zum Hoden links (sehr wahrscheinlich narbenbedingte Irritation des N. genitalis links aus dem N. genito femoralis) festzustellen. Bei dieser Beurteilung stützt sich der Senat auf das ausführlich begründete, schlüssige und überzeugende Gutachten von Dr. B ...

Mit diesem ist der Senat weiter der Überzeugung, dass beim Kläger auf Grund der anfangs lang anhaltenden, starken, ihn verunsichernden Schmerzen, der dadurch bedingten langen Arbeitsunfähigkeit, der fehlgeschlagenen Wiedereingliederung sowie daraus resultierenden Sorgen allenfalls in der Zeit vom Mai 2005 bis Januar 2006 eine leichte depressive Anpassungsstörung bestanden hat, jedoch weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine sonstige depressive Erkrankung gravierenderen Ausmaßes. Aus den Berichten der erstversorgenden Klinik war schon kein psychischer Erstschaden erkennbar; von den neurologisch-psychiatrisch ausgebildeten Untersuchern und Gutachtern wurde der vom Chefarzt der anästhesiologischen Abteilung des Krankenhauses B. zunächst geäußerte Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung nicht bestätigt. Deshalb kann auch der von Dr. N. gewählte Diagnose eines posttraumatischen operativen Schmerzsyndroms nicht gefolgt werden.

Dr. B. hat darüber hinaus zutreffend darauf hingewiesen, dass die von Dr. Sch. gewählte Krankheitsbezeichnung keiner anerkannten Klassifikation entspricht und er darüber hinaus bei seiner Beurteilung nicht beachtet hat, dass der Kläger im Bereich der Wirbelsäule und Arme gerade keinen Erstschaden erlitten hat, so dass davon ausgehende (diffuse) Schmerzen schon deshalb nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit auf dem Unfall beruhen. Auch die von Dr. M. bei wohlwollender Betrachtung noch angenommene übermäßige Schmerzhaftigkeit im Bereich der verletzten Nerven verneint Dr. B. nach dem Ergebnis der von ihm durchgeführten Untersuchungen sowie unter Berücksichtigung der Einlassungen des Klägers bei der Begutachtung schlüssig und nachvollziehbar.

Dr. B. hat weiterhin schlüssig dargelegt, dass die vom Kläger angegebenen diffusen Schmerzen in der Oberarm- und Oberschenkelmuskulatur, geringer auch in den Waden, diagnostisch unklar sind, soweit Wirbelsäule und Oberarme betroffen sind, jedoch nicht auf den Unfall zurückgeführt werden können, da diese Körperteile durch den Unfall nicht beeinträchtigt worden sind. Soweit diffuse Muskelschmerzen an den Beinen angegeben werden, kann deren Ursache nicht geklärt werden, so dass jedenfalls auch ein Unfallzusammenhang nicht festgestellt werden kann.

Auf urologischem Fachgebiet hat Dr. B. in seinem Gutachten für das SG - übereinstimmend mit den sonstigen aktenkundigen urologischen Befundberichten - lediglich eine minimale Penisdeviation ohne Beeinträchtigung der Erektion oder Kohabitationsfähigkeit bei allerdings einschließenden Becken- und Leistenschmerzen beim Geschlechtsverkehr mitgeteilt, die jedoch urologisch nicht beweisbar seien.

Dr. K. hat in seinem orthopädischen Gutachten für den Senat einen Zustand nach Stückfraktur des Os pubis, knöchern konsolidiert, eine

inkomplette transforaminale Fraktur des Os sacrum links mit Symphysensprengung ohne Instabilität sowie eine knöchern konsolidierte Fraktur des Os ischii in leichter Fehlstellung (Sitzbein) links beschrieben und weiter ausgeführt, dass die vom Kläger geklagten Beschwerden im Bereich der Kreuzdarmbeingelenke und der Hüftgelenke mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nach auf die komplexe Beckenverletzung zurückzuführen sind mit Frakturen im Bereich Sitzbein, Schambein und Kreuzbein links sowie Symphysensprengung. Auch wenn sich röntgenologisch keine Instabilität nachweisen lasse und auch im Kernspintomogramm keine Aktivitäten der Kreuzdarmbeingelenke, der Hüftgelenke und der Frakturstelle nachzuweisen seien, seien die geklagten Schmerzzustände im Bereich des Beckens auf die Einwirkung des Unfalls zurückzuführen und mit einer MdE um 20 v.H. zu bewerten.

Für die Bewertung einer unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urt. vom 26. Juni 1985 - [2 RU 60/84](#) -, in: SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23 m.w.N.; BSG, Urt. vom 19. Dezember 2000 - [B 2 U 49/99 R](#) -, in: HVBG-Info 2001, 499). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - [2 BU 101/89](#) -, in: HVBG-Info 1989 S. 2268). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Die neurologischen Unfallfolgen mit ihrer nur gering beeinträchtigenden Wirkung hinsichtlich des Gesamtgebiets des Erwerbslebens sind von Dr. B. nachvollziehbar mit einer MdE um 10 v.H. bewertet worden. Dem schließt sich der Senat unter Berücksichtigung der in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur aufgeführten Maßstäbe an. In *Schöneberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit* Seite 222 wird erst für eine somatoforme Schmerzstörung mit leicht-bis mäßiggradiger körperlich-funktioneller Einschränkung eine MdE um 10 v.H. vorgeschlagen. Die beim Kläger bestandene vorübergehende Anpassungsstörung, die jedoch folgenlos abgeklungen ist, rechtfertigt daher keine eigenständige Bewertung mit einer MdE.

Er hat - in nachvollziehbarer Abweichung von Prof. Dr. S., der seine Beurteilung auf die fehlenden psychischen Unfallfolgen gestützt hat - dargelegt, dass wegen der Teilschädigung des N. cutaneus femoralis lateralis links sowie der weiteren Sensibilitätsstörungen im Leistenbereich unter Mitberücksichtigung einschließender Schmerzen in die linke Leiste bis zum Hoden eine MdE um 10 v.H. gerechtfertigt ist, denn gerade diese einschließende Schmerzhaftigkeit führt zu einer geringeren körperlichen Belastbarkeit im Erwerbsleben.

Auf urologischem Fachgebiet ist eine MdE hingegen, abweichend vom Vorschlag des Dr. B., nicht festzustellen. Er hat seinen Vorschlag einer MdE mit 10 v.H. mit urologisch nicht begründbaren Becken- und Leistenschmerzen begründet. Diese fließen jedoch bereits in die Beurteilung von Dr. B. und Dr. K. ein, der in seinem Gutachten auf orthopädisch- unfallchirurgischem Fachgebiet die Bewertung dieser Schmerzen in ihrer Gesamtheit bereits mit einer MdE um 20 v.H. vorgeschlagen hat.

Zur Bildung einer Gesamt-MdE dann, wenn der Versicherungsfall Gesundheitsstörungen an mehreren Körperteilen verursacht hat oder mehrere funktionelle Einschränkungen ein Zielorgan betreffen, erfolgt nicht durch eine mathematische Addition der Einzel-MdE-Werte (umfassend zur vergleichbaren Gesamt-MdE-Bildung im sozialen Entschädigungsrecht [BSGE 48, 82](#) ff), sondern ist durch eine Gesamtwürdigung der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens der verschiedenen Funktionsstörungen zu ermitteln (Burchardt in Becker u.a., *Handbuch des Unfallversicherungsrechts*, § 56 Rn. 91 mit weiteren Nachweisen). Überschneiden sich die Funktionseinbußen in ihren Auswirkungen, wird die Gesamt-MdE niedriger sein als die Summe der einzelnen MdE-Grade. Überschneiden sie sich nicht oder stehen die einzelnen Gesundheitsschäden in einer Wechselwirkung, die zu einer Verstärkung der Funktionseinbußen führt, kann die Gesamt-MdE die Summe der einzelnen MdE-Grade entsprechen oder auch höher sein.

Nach Maßgabe dieser Grundsätze ist eine MdE höher 20 v.H. bei einer integrierenden Betrachtung aller Unfallfolgen nicht gerechtfertigt. Berücksichtigt man bei der Bildung der Gesamt-MdE die von Dr. K. vorgeschlagene Teil-MdE um 20 v.H., im Wesentlichen begründet mit den bestehenden Beschwerden im Bereich der Kreuzdarmbeingelenke und der Hüftgelenke als Folge der komplexen Beckenverletzung mit schmerzbedingter Einschränkung der Hüftgelenkbeweglichkeit und verminderter Belastbarkeit beim Heben und Tragen schwerer Gegenstände, sowie die auf neurologischem Fachgebiet festzustellende Teil-MdE um 10 v.H. wegen der Schädigung des N. cutaneus sowie einschließender Schmerzen in der Leisten- und Beckenregion ist unter Berücksichtigung der wesentlichen Überschneidung der Auswirkungen beider Beeinträchtigungen sowohl hinsichtlich Lage und Verteilung (Bereich Becken und Hüfte sowie Oberschenkel) wie auch Funktionalität eine höhere Gesamt-MdE als 20 v.H. nicht angemessen. Diese trägt den verbliebenen Beeinträchtigungen hinreichend Rechnung.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-06-12