

L 3 U 1570/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 114/09
Datum
16.02.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 1570/11
Datum
21.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 16. Februar 2011 wird zurückgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt höhere Verletztenrente wegen einer Verschlimmerung der Folgen eines anerkannten Versicherungsfalls.

Der am 02.06.1949 geborene Kläger erlitt am 28.08.1980 einen Arbeitsunfall, als er ein Gerüst über die Verstreben der Sicherheitsstützen bestieg, dabei ausrutschte und rückwärts ca. vier Meter hinabstürzte. Er zog sich dabei eine Wirbelverletzung zu.

Mit Bescheid vom 02.12.1981 erkannte eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden einheitlich: Beklagte) bei dem Kläger als Folgen des Arbeitsunfalls vom 28.08.1980 eine Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (LWS) im Bereich des 1. Lendenwirbelkörpers (LWK), einen muskulären Hartspann im Verletzungsbereich und eine keilförmige Deformierung des 1. LWK nach Kompressionsbruch des 1. LWK sowie eine Verschmälerung des Zwischenwirbelsraums Brustwirbelkörper (BWK) 12 und LWK 1 an. Nicht anzuerkennen, da unfallunabhängig, seien ein lumbales Wurzelreizsyndrom und ein Morbus Scheuermann (Wachstumsstörung der BWS). Ab dem 15.04.1981 gewährte die Beklagte vorläufig eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H.

In dem Verfahren zur Gewährung einer Dauerrente erhob die Beklagte das "Zweite Rentengutachten" vom 28.07.1982 bei Prof. Dr. A ... Dieser stellte - noch - eine Bewegungseinschränkung am thoraco-lumbalen Übergang, einen geringen, ausgleichbaren muskulären Hartspann und röntgenologisch eine leichte keilförmige Veränderung des 1. LWK mit Abstützreaktion fest und äußerte erstmals - im Hinblick auf organisch nicht erklärliche Sensibilitätsstörungen des linken Beins - den Verdacht einer Aggravation. Die Beklagte erließ daraufhin den Bescheid vom 19.08.1982, mit dem sie die Gewährung einer Dauerrente ablehnte und die vorläufige Rente mit dem September 1982 entzog, weil nur eine unfallbedingte MdE von 10 bestehe. Der Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom 29.06.1984 als unzulässig (verfristet) zurückgewiesen, wobei der Kläger diesen Widerspruch bereits mit Schreiben vom 27.06.1984 zurückgenommen hatte.

Der Kläger erlitt am 19.03.1987 einen weiteren Arbeitsunfall, und zwar eine Sägeverletzung am 5. Finger der rechten Hand.

Mit Schreiben vom 14.03.1988 machte der Kläger eine Verschlimmerung geltend. Die Beklagte erhob das Gutachten vom 01.06.1988 bei Prof. Dr. A ... Dieser stellte eine Formveränderung des LWK 1 mit knöchern kompletter Abstützreaktion und eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung, die nur teilweise dem Unfall zuzuordnen sei, fest und schätzte die MdE weiterhin auf 10 v.H. Er verwies auch darauf, dass der Kläger ausweislich eines Arztbriefs der Fachklinik B., Dr. C., vom 09.08.1978 bereits vor dem Unfall über Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein geklagt hatte. Die Beklagte lehnte unter dem 24.06.1988 die Feststellung einer höheren MdE und die Gewährung einer Verletztenrente ab. Der Kläger beantragte am 16.08.1988 die Überprüfung dieses Bescheids. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 20.09.1988 ab, ein Widerspruchsbescheid erging nicht. In dem anschließenden Klagverfahren (S 2 U 1143/88) vor dem Sozialgericht Reutlingen (SG) verwies der Kläger auch auf den weiteren Arbeitsunfall am 19.03.1987 und machte eine "Stützrente" geltend. Das SG ließ den Kläger orthopädisch und neurologisch-psychiatrisch begutachten. Beide Gutachter bezeichneten die unfallbedingte MdE wegen der Folgen der Wirbelverletzung von 10 v.H. als zutreffend. Das SG wies die Klage mit Urteil vom 22.09.1989 ab. Die Berufung

des Klägers wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit Urteil vom 27.06.1990 zurück (L 2 U 2280/90). In beiden Urteilen ist festgestellt, dass die Verletzung der Hand im Jahre 1987 nicht zu einer dauerhaften MdE geführt hat.

Am 03.12.1998 beantragte der Kläger erneut die Feststellung einer höheren MdE und die Gewährung einer Rente. Nachdem das von der Beklagten eingeholte Gutachten von Prof. Dr. Weise vom 15.08.2001 keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und keine Veränderung der MdE ergeben hatte, lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 16.01.2002 ab. Im anschließenden Widerspruchsverfahren behauptete der Kläger, er habe am 15.02.1994 einen weiteren Arbeitsunfall erlitten. Anschließend sei er zunächst arbeitsunfähig und seitdem arbeitslos gewesen. Ferner legte er ein Anerkenntnis des Landesversorgungsamts Baden-Württemberg vom 08.06.2000 vor, wonach bei ihm ab dem 18.04.1996 wegen eines Wirbelsäulenschadens, einer Schwerhörigkeit, wegen Ödemen der Beine und wegen einer Persönlichkeitsstörung mit Enkopresis (unwillkürliches Einkoten) der Grad der Behinderung (GdB) 100 betrage. Die Beklagte erließ den abweisenden Widerspruchsbescheid vom 08.11.2002. Der Kläger erhob hiergegen Klage zum SG (S 7 U 3201/02). In dem Klagverfahren erstellte Dr. Altendorfer das orthopädische Gutachten vom 27.10.2003. Darin führte er aus, gegenüber den Vergleichsbefunden aus dem Jahre 1982 hätten die radiologisch fassbaren posttraumatischen Veränderungen der LWS zugenommen. Es liege aktuell keine - schmerzmindernde - Verblockung des geschädigten mit dem benachbarten Wirbelsäulensegment vor. Vielmehr beständen deutliche traumatisch bedingte degenerative Veränderungen, die durchaus lokale Beschwerden verursachen könnten. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei wahrscheinlich. Dies zeige sich auch darin, dass sich in den übrigen Abschnitten der Wirbelsäule nur geringe, weitgehend altersentsprechende degenerative Veränderungen fänden. Dagegen könne das sehr diffuse Gesamtbild der Beschwerden fast überall am Körper nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, hier liege zweifellos eine deutliche psychische bzw. neurologische Überlagerung vor. Es ergäben sich eine auf die Verschlimmerung entfallende Teil-MdE von 10 v.H. und damit nunmehr insgesamt eine MdE von 20 v.H. In Ausführung eines angenommenen Anerkenntnisses stellte die Beklagte daraufhin mit Bescheid vom 13.05.2004 ab dem 09.10.2001 eine MdE von 20 v.H. fest und gewährte dem Kläger ab diesem Zeitpunkt eine entsprechende, unbefristete Rente.

Mit Schreiben vom 04.07.2008 beantragte der Kläger eine Höherstufung und entsprechend höhere Rente. Sein GdB betrage 100. Sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Beklagte holte den Durchgangsarztbericht vom 19.09.2008 von Dr. L ... Dieser führte aus, bei dem Kläger beständen ein Zustand nach (Z.n.) Fraktur des 1. LWK mit jetzt deutlichen degenerativen Veränderungen der gesamten Wirbelsäule; eine Coxarthrose und eine wesentliche Kniegelenksarthrose hätten ausgeschlossen werden können. Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers daraufhin mit Bescheid vom 21.10.2008 ab, weil sich die dem Bescheid vom 13.05.2004 zu Grunde liegenden Verhältnisse nicht wesentlich geändert hätten. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2008 zurück.

Der Kläger hat am 13.01.2009 Klage zum SG erhoben. Er hat vorgetragen, die Wirbelsäulenbeschwerden hätten sich verschlimmert, er leide nunmehr auch unter Schwindel.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten war, hat das SG zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Wegen des Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf die schriftlichen Angaben des Unfallchirurgen Dr. L. vom 14.07.2009, des Neurologen und Psychiaters Dr. E. vom 07.12.2009 und der Internistin Dr. K. vom 22.01.2010 verwiesen.

Sodann hat das SG von Amts wegen den Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. D. mit der Begutachtung des Klägers beauftragt. Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 21.02.2010 ausgeführt: Der Kläger habe sich am 28.08.1980 einen Bruch des 1. Lendenwirbels zugezogen. Nachfolgend sei es im Rahmen des Heilvorgangs zu einer knöchernen vorderen Abstützreaktion zwischen dem 1. Lendenwirbel und dem 12. Brustwirbel gekommen. Die Höhenreduktion des Bandscheibenfaches Th12/L1 spreche für eine Bandscheibenbeteiligung. Für das Segment Th12/L1 sei zumindest eine deutliche Hypomobilität, also die Reduktion der normalen Beweglichkeit, anzunehmen. Eine Kompensation durch die benachbarten Segmente sei erforderlich. Daher könne auch die knöcherne Reaktion zwischen dem 12. und dem 11. Brustwirbel als Reaktion auf eine vermehrte Belastung gewertet werden. Das Segment Th11/Th10 zeige keine Abstützreaktion. Solche fänden sich erst wieder in den darüber liegenden Segmenten. Insbesondere stelle sich die Frage, ob die im Rahmen der radiologischen Diagnostik nachgewiesenen Spangenbildungen im Bereich der Brustwirbelsäule Folgen des Unfallereignisses vom 28.08.1980 oder Ausdruck einer unfallunabhängigen degenerativen Veränderung seien. Grundsätzlich könne hier angemerkt werden, dass sich in der Altersgruppe des Klägers degenerative Veränderungen mit Spangenbildung häufig nachweisen lassen würden. Unfallunabhängig bestehe eine Fehllagerung der oberen Brustwirbelsäule nach links. Der Scheitelpunkt befinde sich bei Th8/Th9. Dort finde sich an der Krümmungsseite eine abstützende Spondylose. Der Bruch des 1. LWK selbst hätte zu keiner schwerwiegenden Achsabweichung geführt. Es sei nicht zu einer vermehrten Kyphosierung in der unteren BWS gekommen. Vielmehr müsse von einer Reduktion der Lendenlordose ausgegangen werden. Komme es in den benachbarten Segmenten zu sekundären Reaktionen, so sei dies damit Ausdruck einer vermehrten Belastung im Rahmen der Bewegungen, jedoch nicht Ausdruck einer vermehrten Belastung durch eine relevante Achsabweichung. Aus diesem Grund sei die Spangenbildung der BWS oberhalb von Th10 unfallunabhängig verursacht. Die untere LWS zeige altersentsprechende Verhältnisse. Deutliche Verschleißzeichen seien dort nicht erkennbar. Im Segment L1/L2 sei es zu reaktiven Veränderungen der Grund- und Deckplatte gekommen. Eine eindeutige Bandscheibenbeteiligung sei bis heute nicht gesichert. Bezüglich des erlittenen Wirbelbruchs beständen Unfallfolgen in Form einer keilförmigen Deformierung des 1. Lendenwirbels mit Höhenminderung der Vorderkante um 1/3, ein deutlicher Höhenverlust des Bandscheibenfaches zwischen dem 12. Brustwirbel und dem 1. Lendenwirbel als Hinweis auf eine Bandscheibenbeteiligung sowie knöcherne Abstützreaktionen zwischen dem 11. und 12. Brustwirbel sowie zwischen dem 12. Brust- und dem 1. Lendenwirbel. Unfallunabhängig sei an der Rumpfwirbelsäule eine Fehllagerung der oberen BWS nach links sowie degenerative Veränderungen der mittleren und unteren BWS mit zum Teil überbrückenden Spangenbildungen festzustellen. Das vom Kläger demonstrierte Verhalten und die klagten Beschwerden seien durch die erlittene Verletzung des 1. Lendenwirbels nicht erklärbar. Diese seien nur auf psychische Reaktionen zurückzuführen. Solche seien durch fachärztliche Befunde hinreichend belegt, zumal im Bescheid des Versorgungsamtes eine Persönlichkeitsstörung mit Enkopresis und psychogener Gangstörung angegeben worden sei. Ferner spreche der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. E. von einer Anpassungsstörung mit chronifizierter psychischer Fehlentwicklung bei dependenter Persönlichkeitsstruktur mit ausgeprägten Versorgungswünschen. Bezüglich der MdE-Bewertung sei von einem Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung auszugehen. Hinweise für eine Instabilität fänden sich nicht. Daraus resultiere, folge man den Einschätzungsempfehlungen aus Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, eine MdE von 20 v.H. ... Auch unter Anwendung des Segmentprinzips nach H. und Wimmer werde eine MdE von 20 v.H. erreicht. Eine wesentliche Änderung im

Vergleich zur letzten fachärztlichen Untersuchung durch Dr. Altendorfer liege nicht vor.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat daraufhin der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. G. das fachorthopädisch-fachchirurgische Gutachten vom 15.09.2010 erstattet. Darin hat er ausgeführt, dass er dem Gutachten des Dr. D. vom 21.02.2010 vollumfänglich zustimme. Insgesamt sei eine keilförmige Deformierung des LWK 1 mit unverändertem Achsenknick von 15° ohne Nachsinterung und Instabilität bei deutlichem Höhenverlust des Bandscheibenfachs Th12/LWS 1 mit knöcherner Abstützreaktion Th11/12 sowie Th12/LWK 1 auf das Unfallereignis zurückzuführen. Im Vergleich zu den Vorbildern von 2003 ergebe sich ein unveränderter Achsenknick ohne Nachsinterung der Fraktur. Im Bereich des thorako-lumbalen Übergangs sei eine zunehmende spondylophytäre Reaktion im Bereich Th12/LWK 1 und Th11/12 mit Zunahme der ventralen spondylophytären Anbauten der Grundplatte LWK 1 - angedeutet auch des LWK 2 - festzustellen. Insgesamt zeige sich eine diskrete Progredienz im Bereich des thorako-lumbalen Überganges, ohne dass sich eine MdE von mehr als 5 v.H. daraus ergeben würde. Nach den Einschätzungsempfehlungen aus Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 8. Auflage, und unter Anwendung des Segmentprinzips nach H. und Wimmer (aus: Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Auflage) ergebe sich eine MdE von 20 v.H. Dringend sei eine Untersuchung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet erforderlich, da eine posttraumatische Belastungsstörung abgeklärt werden müsse.

Im Rahmen der Begutachtung bei Dr. G. sind ein neurologisches und ein psychiatrisches Zusatzgutachten bei Priv.-Doz. Dr. H. (Oberstabsarzt Dr. I.) eingeholt worden. In dem neurologischen Gutachten vom 06.10.2010 ist ausgeführt worden, dass sich die Untersuchung bei mangelhafter Kooperation und offenkundiger Aggravation und Simulation des stark bewegungseingeschränkten, massiv adipösen Klägers sehr schwierig dargestellt habe. Der Kläger habe sich in der Untersuchungssituation nicht kooperativ gezeigt, sein Verhalten sei nicht frei von Widersprüchen gewesen. Eine weitergehende elektrophysiologische Diagnostik sei vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll. Bei deutlicher Aggravation und Simulation von Seiten des Klägers seien keine verlässlichen Befunde zu erwarten. Beispielhaft sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger sich nicht dazu in der Lage zeige, seine Hand zur Faust zu schließen, im Gegensatz hierzu jedoch beim Halten seines Stockes die Hand um diesen schließen könne. In Anbetracht der langjährigen Vorgeschichte und ebenso gut dokumentierten bildgebenden Diagnostik und den wiederkehrenden neurologischen Untersuchungen sei eine neurologische Ursache des wiederholten Schwindels und der Fallneigung hinreichend unwahrscheinlich. Im Wesentlichen seien die Ursachen hierfür in der Inaktivität und dem ebenso vorliegenden erheblichen Übergewicht zu suchen. Auch sei davon auszugehen, dass eine Herzinsuffizienz mit Unmöglichkeit der Sauerstoffversorgung des Körpers bei bereits einfachen Tätigkeiten vorliege. Zur Beurteilung dieser Funktionseinschränkung sei eine internistische Vorstellung von Nöten. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit auf dem Boden einer neurologischen Erkrankung existiere nicht. In dem psychiatrischen Zusatzgutachten vom 20.12.2010 ist weiter ausgeführt, eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor. Diesbezüglich fänden sich keine Vorbefunde in der Akte. Dr. E. habe in seiner sachverständigen Zeugenaussage vom 07.12.2009 als psychopathologischen Befund eine bekannte deutliche Beschwerdefixierung erwähnt und ebenso eine dependente Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten Versorgungswünschen beschrieben. Dieser Befund sei identisch mit den Ausführungen der Internistin Dr. K. vom 05.05.2006. Der Kläger sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Der Gedankengang sei geordnet, es fänden sich keine Hinweise für formale oder inhaltliche Denkstörungen sowie eine Ich-Störung. Im Vordergrund stehe eine lethargisch-apathe Grundhaltung. Er vermittle einen erschöpften, müden, resignierten Eindruck. Irgendwelche Emotionen wie zum Beispiel "flash-back-Phänomene" hätten sich nicht erkennen lassen. Es hätten sich auch keine Hinweise gefunden, dass er aus Angst nicht über die Einzelheiten des Unfalls sprechen wolle. Stattdessen vermittle er das Gefühl von Lustlosigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich ebenfalls diese Phänomene gezeigt. Vordergründig sehe es so aus, als könne er aus Kraftlosigkeit weder Hände noch Füße bewegen. Selbst das Augen öffnen falle ihm schwer. Dieser Zustand sei nicht durch neurologische Defizite zu erklären. Eine ausgiebige psychiatrische Exploration sei angesichts der eingeschränkten Gesprächsbereitschaft des Klägers nicht durchführbar gewesen. Ein A-Kriterium, welches eine außergewöhnliche Bedrohung darstelle, könne im Gespräch und aus den Akten nicht ersehen werden. Zwar habe der Kläger einen Sturz vom Gerüst aus etwa 4 Metern Höhe erlitten, doch fände sich bezüglich der damit verbundenen Ängste oder Erinnerungen keine Aufzeichnung in den vorliegenden Unterlagen. Eine anhaltende Erinnerung oder ein Wiedererleben der Belastung im Sinne von Flashbacks sei ebenso nicht zu eruieren. Lediglich könne der Kläger von zwischendurch auftretenden Träumen berichten, welche ihm den Unfall wieder ins Gedächtnis rufen würden. Im Rahmen des Berichtens über den Unfall sowie der erwähnten Träume sei bei dem Kläger keinerlei emotionale Äußerung wie Anzeichen der Übererregbarkeit oder gar Wutausbrüche zu erkennen gewesen. Das vom Kläger geklagte gelegentliche nächtliche Erwachen, insbesondere nach Träumen, in welchen er von der Leiter falle, sei nicht ausreichend, um die geforderten Kriterien eines posttraumatischen Belastungssyndroms zu erfüllen. Auch bei Durchsicht der bislang durchgeführten psychiatrischen Untersuchungen und Begutachtungen sei nie über eine diesbezügliche Problematik geklagt worden.

Mit Urteil vom 16.02.2011 hat das SG die Klage abgewiesen.

Zur Rechtslage hat es ausgeführt, ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sei nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nur zu ändern, wenn sich die bei seinem Erlass maßgeblichen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse wesentlich geändert hätten. Nach [§ 73 Abs. 3](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) sei eine Änderung der MdE im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) nur wesentlich, wenn sie mehr als 5 v.H. (Prozentpunkte) betrage und außerdem - soweit es um unbefristete Renten gehe - länger als drei Monate andauere. Eine solche Verschlimmerung müsse - ebenso wie die erstmalige Gesundheitsbeeinträchtigung - nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen sein. Hierbei müsse u. a. für die Gesundheitsstörung selbst der volle Beweis geführt werden. Hingegen genüge hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung und zwischen dieser und der Gesundheitsstörung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit. Hierunter seien nur die Bedingungen als Mitursache oder Ursache anzusehen, die nach der Auffassung des praktischen Lebens im Verhältnis zu anderen Bedingungen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich erheblich mitgewirkt hätten. Es müsse insoweit - nur - ein so hoher Grad an Wahrscheinlichkeit vorliegen, dass er die volle C.liche Überzeugung begründen könne.

Eine solche wesentliche Verschlechterung im Gesundheitszustand des Klägers, so das SG weiter, liege nicht vor. Dem Kläger sei mit Bescheid vom 13.05.2004 für die Zeit ab dem 09.10.2001 basierend auf dem Gutachten des Dr. Altendorfer vom 27.10.2003 eine Rente nach einer MdE von 20 v.H. gewährt worden. Seitdem habe sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert.

Zu den orthopädisch-unfallchirurgischen Beeinträchtigungen hat das SG ausgeführt, seine Entscheidung fuße im Wesentlichen auf den Ausführungen des Sachverständigen Dr. D., dessen Einschätzung im Übrigen durch das auf Antrag des Klägers eingeholte Gutachten des Dr. G. bestätigt werde. Hinsichtlich des als Unfallfolge anerkannten erlittenen Wirbelbruches seien nach wie vor eine keilförmige Deformierung

des 1. Lendenwirbels mit Höhenminderung der Vorderkante um 1/3, ein deutlicher Höhenverlust des Bandscheibenfaches zwischen dem 12. Brustwirbel und dem 1. Lendenwirbel als Hinweis auf eine Bandscheibenbeteiligung sowie knöcherne Abstützreaktionen zwischen dem 11 und dem 12. Brustwirbel sowie zwischen dem 12. Brustwirbel und dem 1. Lendenwirbel festzustellen. Weiterhin habe Dr. D. eine Fehlhaltung der oberen Brustwirbelsäule nach links und eine abstützende Spondylose diagnostiziert. Allerdings seien diese Gesundheitsstörungen nach den überzeugenden Ausführungen seines Gutachtens nicht ursächlich auf das Unfallereignis vom 28.08.1980 zurückzuführen. So habe der Bruch des 1. LWK selbst zu keiner schwerwiegenden Achsabweichung geführt, da es nicht zu einer vermehrten Kyphosierung im Bereich der unteren BWS gekommen sei. Insgesamt müsse von einer Reduktion der Lendenlordose ausgegangen werden. Die insoweit in den benachbarten Segmenten entstandenen sekundären Reaktionen seien Ausdruck einer vermehrten Belastung im Rahmen der Bewegungen, jedoch nicht durch eine relevante Achsabweichung verursacht. Wie Dr. D. zutreffend ausführe, sei aus den Ausführungen des Dr. L., der als behandelnder Arzt alleine den Standpunkt vertrete, dass eine Rentenerhöhung auf Grund einer Verschlimmerung gewährt werden müsse, nicht ersichtlich, worauf sich die Verschlimmerung konkret beziehe, zumal die Veränderungen der BWS oberhalb von Th10 als unfallunabhängig und damit nicht entschädigungspflichtig einzustufen seien. Die Bewertung dieser Unfallfolgen sei nach wie vor nicht zu beanstanden. In der Praxis gölten für bestimmte Folgen bestimmte MdE-Sätze (sogenannte Regel- oder Normalsätze), die nach der Rechtsprechung und auf Grund ständiger Übung zu beachten seien (Verweis auf BSG, SozR 2200, § 581 Nr. 15, 22, 23). Im Hinblick auf die Gleichbehandlung aller Versicherter seien dabei insbesondere auch von Medizinern und Juristen entwickelte Begutachtungsempfehlungen und Konsenspapiere heranzuziehen. Diese Regelsätze enthielten allerdings nur Anhaltspunkte für den Normalfall und dürften nicht schematisch angewandt werden; sie hätten vielmehr die individuellen Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Nach diesem Maßstab sei für den alleine zu entschädigenden erlittenen Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung ohne Hinweise für eine Instabilität nach den Einschätzungsempfehlungen aus Schönberger/Mehrtens/Valentin, 8. Auflage 2009, S. 442, eine MdE von 20 v.H. anzuerkennen. Auch unter Anwendung des Segmentprinzips nach H. und Wimmer werde alleine eine MdE von 20 v.H. erreicht.

Auf neurologisch-psychiatrischem Gebiet, so das SG in dem angegriffenen Urteil weiter, ließen sich keine und damit auch keine neu aufgetretenen Unfallfolgen feststellen. So führten der behandelnde Neurologe und Psychiater Dr. E. und die Fachärztin für Innere Medizin Frau Dr. K. jeweils in ihren sachverständigen Zeugenaussagen aus, dass die Unfallfolgen alleine auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet lägen. Dies hätten die auf Antrag des Klägers bei Dr. H. eingeholten Gutachten auf diesen Fachgebieten bestätigt. Der wiederholte Schwindel und die Fallneigung seien mit Wahrscheinlichkeit auf die Inaktivität des Klägers, sein erhebliches Übergewicht und seine Herzinsuffizienz mit Unmöglichkeit der Sauerstoffversorgung des Körpers bei bereits einfachen Tätigkeiten zurückzuführen. Auch bestehe bei dem Kläger auf psychiatrischem Fachgebiet insbesondere keine posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Unfalls. Eine solche scheide schon deshalb aus, weil sich die Symptome einer solchen Erkrankung mit einer Latenz von maximal sechs Monaten nach dem Unfallereignis hätten zeigen müssen (Verweis auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 144). Entsprechende Anhaltspunkte fänden sich hierfür nach Aktenlage nicht. Ebenso fehlten die charakteristischen Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung, nämlich das ungewollte Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Träumen und Gedanken (Nachhallerinnerungen bzw. Intrusionen), das Vermeiden von Situationen, die an das Ereignis erinnerten, Ängste oder Phobien, Einschränkungen der emotionalen Reagibilität sowie anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Reizbarkeit, Schlafstörungen oder Schreckreaktionen. Der Kläger erwache nur gelegentlich in der Nacht auf Grund des Traums von dem Leitersturz. Er leide aber nicht unter flash-backs, lege kein Vermeidungsverhalten geprägt von Ängsten an den Tag und könne emotionslos über den Unfall berichten. Insgesamt wirke er vielmehr lethargisch. Insoweit sei, den Behandlern Dr. E. und Dr. K. folgend, die eine bekannte deutliche Beschwerdefixierung sowie eine dependente Persönlichkeitsstörung mit ausgeprägten Versorgungswünschen erwähnten, von unfallunabhängigen Beschwerden auf psychiatrischem Fachgebiet auszugehen.

Gegen dieses Urteil, das ihm am 07.03.2011 zugestellt worden ist, hat der Kläger am 04.04.2011 bei dem SG Berufung zum LSG eingelegt. Er räumt ein, dass auf psychiatrischem Gebiet keine Unfallfolgen vorlägen. Es lägen jedoch auf orthopädischem Gebiet unterschiedliche Einschätzungen vor. Im Gegensatz zu Dr. D. und Dr. G. sei Dr. L. in seinem Gutachten vom 14.07.2009 zu der Einschätzung gekommen, dass bei der massiv eingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule eine MdE von 30 v.H. vorliege.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 16. Februar 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 21. Oktober 2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Dezember 2008 zu verpflichten, den Bescheid vom 13. Mai 2004 abzuändern und bei dem Kläger eine höhere Minderung der Erwerbsfähigkeit als 20 v.H. festzustellen und zu verurteilen, ihm eine entsprechend höhere Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil und ihre Entscheidungen.

Der Senat hat die Beteiligten unter dem 27.06.2011 darauf hingewiesen, dass er beabsichtige, ohne Hinzuziehung der ehrenamtlichen C. durch Beschluss zu entscheiden, und Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 14.07.2011 gegeben.

II.

Der Senat konnte über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entscheiden. Er hält die Berufung einstimmig für unbegründet. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats auch keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Die Beteiligten sind zu dieser Verfahrensweise gehört worden.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die Feststellung einer höheren MdE und die Gewährung einer entsprechend höheren Verletztenrente.

Die rechtlichen Voraussetzungen dieser Ansprüche ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 oder Satz 2 SGB VII](#)) und damit verbunden der Abänderung eines

bindenden Dauerverwaltungsakts ([§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#)) sowie die medizinischen Anforderungen an die Feststellung einer höheren MdE als 20 v.H. bei einer Wirbelsäulenverletzung und an die Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung überhaupt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, 8. Aufl. 2009, S. 144, S. 442) hat das SG zutreffend zitiert. Es hat weiter unter ausführlicher Auseinandersetzung mit dem im Klagverfahren eingeholten sachverständigen Aussagen der behandelnden Ärzte und mit den Gutachten ausgeführt, dass die dem Kläger gewährte Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. nicht zu erhöhen ist, da sich die gesundheitlichen Folgen der Wirbelsäulenverletzung seit Erlass des Bescheids vom 13.05.2004 nicht verschlimmert haben. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen an und verweist zur Vermeidung von Wiederholungen auf das angegriffene Urteil ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist lediglich auszuführen:

Dass sich die gesundheitlichen Folgen der Wirbelsäulenverletzung seit 2004 nicht - weiter - verschlimmert haben, ergibt sich auch zur Überzeugung des Senats im Wesentlichen aus den in erster Instanz eingeholten Gutachten. Die beiden Sachverständigen, der von Amts wegen beauftragte Dr. D. und auch Dr. G. in seinem nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachten, haben übereinstimmend nahezu durchgängig die gleichen Diagnosen und Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben wie es bereits Dr. Altendorfer in dem Gutachten vom 27.10.2003 getan hat. Jenes Gutachten ist aber hier das maßgebliche Vergleichsgutachten, denn auf seiner Grundlage hatte die Beklagte den Ausführungsbescheid vom 13.05.2004 erlassen, mit dem sie erstmals eine dauerhafte MdE von 20 v.H. bei dem Kläger festgestellt und eine entsprechende Rente gewährt hatte. Der Kläger müsste eine wesentliche Veränderung in dem Zeitraum seit Erlass jenes Bescheids nachweisen, um eine Höherstufung zu erreichen. Insbesondere Dr. G. hat auch die Bewegungsmaße und die sonstigen relevanten Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben und keine Veränderung feststellen können. Er hat ausgeführt, insgesamt sei eine keilförmige Deformierung des LWK 1 mit unverändertem Achsenknick von 15° ohne Nachsinterung und Instabilität bei deutlichem Höhenverlust des Bandscheibenfachs Th12/LWS 1 festzustellen. Nachdem bei dem Kläger seit seinem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben 1993/1994 keine berufliche Belastung mehr vorliegt, ist es auch erklärlich, dass sich die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen, soweit sie auf dem anerkannten Arbeitsunfall beruhen, seitdem nicht mehr verschlimmert haben.

Hiernach liegt bei dem Kläger also - nach wie vor - ein Wirbelbruch mit Bandscheibenbeteiligung vor, der in die zweite Rubrik der Regelsätze (vgl. hierzu und im Folgenden erneut Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 442) einzuordnen ist. Dort wiederum liegt er in der Fallgruppe 1, weil keine Instabilität der Wirbelsäule vorliegt. Dort ist er dann in die zweite Untergruppe dieser Fallgruppe einzuordnen, die einen statisch wirksamen Achsenknick, also einen Knickwinkel von 15 bis 20°, verlangt, der bei dem Kläger mit einem Winkel von 15° auch vorliegt. Diese Einordnung bedingt eine MdE von 10 bis 20. Der Kläger ist nicht beschwert, wenn bereits der obere Spannenwert anerkannt ist. Damit wären selbst Schmerzausstrahlungen z. B. in die unteren Gliedmaßen mit umfasst, die allerdings bei dem Kläger schon vor dem Unfall im Jahre 1980 vorgelegen hatten und daher zumindest im Verursachungssinne nicht unfallbedingt sein können. Eine höhere MdE von 30 oder mehr kann er nicht erreichen, denn dafür müsste - mindestens - eine Instabilität vorliegen, die hier aber fehlt.

Eine andere Einschätzung ergibt sich auch nicht aus den Angaben des behandelnden Orthopäden Dr. L. vom 14.07.2009. Dieser war nicht als Gutachter beauftragt, sondern als sachverständiger Zeuge vernommen worden. Mit seiner Einschätzung, es liege eine MdE von 30 v.H. vor, haben sich die beiden später beauftragten Sachverständigen auseinandergesetzt und überzeugend dargelegt, warum ihr nicht gefolgt werden kann. Dr. L. hatte seine Einschätzung einer MdE von 30 v.H. auch nicht näher begründet, insbesondere nicht angegeben, ob er hierzu die anerkannten Regelsätze zu Grunde gelegt hat. Vor allem aber ergibt sich aus seiner Zeugenaussage, dass er die gesamten Bewegungseinschränkungen des Klägers berücksichtigt hat und nicht nur jenen Anteil davon, der auf dem anerkannten Arbeitsunfall beruht. Er hat nämlich z. B. auch auf degenerative Veränderungen der gesamten LWS hingewiesen, die nicht mehr unfallbedingt sind. Im Übrigen ergibt sich auch aus den Feststellungen Dr. E.s, dass die Einstufung mit einer MdE von 20 v.H. zutrifft, denn auch er hat eine Instabilität verneint und lediglich von einer "geringgradigen" linkskonvexen Fehlstellung der BWS/LWS gesprochen.

Dass bei dem Kläger keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als - weitere - Folge des anerkannten Arbeitsunfalls vorliegt, hat das neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 20.12.2010 überzeugend dargelegt. Eine PTBS kann in der Tat nur diagnostiziert werden, wenn regelmäßig "flash-backs" auftreten, Situationen entsprechend der Belastungssituation vermieden werden und anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Schreckreaktionen vorliegen. Diese Symptome müssen sich mit einer Latenz von maximal sechs Monaten nach dem Vorfall entwickeln (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 144). Dies war bei dem Kläger nach dem Unfall von 1980 nicht der Fall. Vielmehr war der Kläger noch mindestens 13 Jahre, bis 1993/1994, erwerbstätig und hat hierbei auch weiterhin z.T. auf Gerüsten gearbeitet. Von Symptomen, die möglicherweise auf eine PTBS hindeuten könnten, nämlich von Trauerinnerungen an den Unfall, hat erst im gegenwärtigen Neufeststellungsverfahren, also etwa 30 Jahre nach dem Unfall, berichtet.

Die bei dem Kläger zweifellos vorliegenden, anderen psychischen Erkrankungen, nämlich vor allem die Depression, sind nicht unfallbedingt. Die Depression hat sich nicht alsbald nach dem Unfall entwickelt, sondern erst Anfang der 1990-er Jahre, möglicherweise im Zusammenhang mit dem Ausscheiden des Klägers aus dem Erwerbsleben 1993/1994. Entsprechend hat auch das Versorgungsamt die Depression erst ab 1996 als Behinderung anerkannt.

Weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen, die Folge des anerkannten Arbeitsunfalls sein können, hat der Kläger nicht entwickelt.

Auch wegen der Folgen des weiteren Arbeitsunfalls vom 19.03.1987 kann der Kläger keine höhere MdE und damit auch keine höhere Rente ("Stützrente" nach [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)) verlangen. Dass die damals erlittene Sägeverletzung am 5. Finger der rechten Hand keine relevante MdE verursacht hat, hat die Beklagte mit dem Bescheid vom 24.06.1988 festgestellt. Nachdem der Überprüfungsantrag des Klägers gegen diesen Bescheid letztlich durch rechtskräftiges Urteil des LSG vom 27.06.1990 abgelehnt worden war, ist jener Bescheid bestandskräftig. Auf die Folgen jener Handverletzung hat sich der Kläger in dem hier streitigen Antrag vom 04.07.2008 nicht berufen. Es ist auch nichts dafür vorgetragen oder ersichtlich, dass jene Handverletzung, die damals folgenlos ausgeheilt war, nunmehr neue Gesundheitsbeeinträchtigungen verursacht hätte.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2011-07-27