

L 8 U 704/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 5692/09
Datum
07.12.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 704/11
Datum
25.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 7. Dezember 2010 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger Anspruch auf Verletztenrente auf unbestimmte Zeit wegen des anerkannten Arbeitsunfalls am 04.09.2006 hat.

Der 1953 geborene Kläger zog sich bei dem als Arbeitsunfall anerkannten Verkehrsunfall am 04.09.2006 eine Kompressionsfraktur des 1. Lendenwirbelkörpers (LWK) zu (Durchgangsarztbericht – DAB – von Prof. Dr. H. vom 04.09.2006). Der Kläger wurde stationär im Diakonissenkrankenhaus K. vom 04.09. bis 02.10.2006 behandelt, wo operativ am 07.09.2006 eine Reposition der Fraktur und eine dorsale Spondylodese mit Anlage eines Fixateur intern am Brustwirbelkörper (BWK) 12/LWK 2 vorgenommen wurde. Am 18.09.2006 wurde eine operative Wundrevision durchgeführt (Entlassungs-Zwischenbericht des Diakonissenkrankenhaus vom 13.10.2006; Operationsberichte vom 07.09. und 18.09.2006). Vom 04.10.2006 bis 01.11.2006 befand sich der Kläger zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung in der Klinik F. in B. H., aus der er arbeitsunfähig mit der Empfehlung zur Durchführung einer Arbeits- und Belastungserprobung entlassen wurde (Entlassungsbericht der Klinik F. vom 06.11.2006). Nach ambulanter Behandlung und fortbestehender Arbeitsunfähigkeit wurde der Kläger in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BG-Klinik) T. vom 06.02.2007 bis 01.03.2007 stationär behandelt (Entlassungsbericht der BG-Klinik vom 10.03.2007). Aufgrund einer deutlichen Keilbildung sowie des knöchernen Defekts des LWK 1 wurde ein Kontroll-Computertomogramm (CT) in 6-8 Wochen empfohlen (Zwischenbericht des Diakonissenkrankenhaus vom 13.03.2007). Vom 19.03.2007 bis 13.05.2007 unterzog sich der Kläger einer Arbeits- und Belastungserprobung in seinem Beschäftigungsbetrieb. Ab 14.05.2007 nahm der Kläger seine Tätigkeit als Baggerführer wieder auf (Auskunft des Arbeitgebers vom 15.04.2007).

Auf der Grundlage des unfallchirurgischen Gutachtens von Prof. Dr. H. vom 31.07.2007, in dem als wesentliche Unfallfolge eine unvollständige knöchernen Konsolidierung nach Osteosynthese einer LWK-1-Fraktur mittels Fixateur intern beschrieben wurde, gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 22.10.2007 Rente als vorläufige Entschädigung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 16.01.2008 zurückgewiesen.

Während der stationären Behandlung vom 23.04.2008 bis 30.04.2008 im Diakonissenkrankenhaus K. wurde der Fixateur intern entfernt (Zwischenbericht des Diakonissenkrankenhauses vom 02.05.2008). In dem von der Beklagten veranlassten Gutachten vom 10.03.2009 entnahm Prof. Dr. H. der radiologischen Diagnostik vom 09.03.2009 eine Keilwirbelbildung des LWK 1, bei dem Grund- und Deckplatte einen Winkel von 17° einschließen. Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Schmerzen mit Bewegungseinschränkung werde die unfallbedingte MdE weiterhin auf 20 v.H. eingeschätzt. Übersandt wurde das von PD Dr. A. erstellte radiologische Gutachten des Diakonissenkrankenhauses vom 16.04.2009. Die Beklagte ließ die Gutachten beratungsärztlich auswerten. In seiner Stellungnahme vom 08.06.2009 vertrat der Beratungsarzt Dr. S. die Auffassung, es liege keine vollständige Ankylose (Versteifung) vor, weshalb die unfallbedingte MdE um 15 v.H. betrage. Mit Bescheid vom 06.07.2009 entzog die Beklagte die als vorläufige Entschädigung gewährte Rente nach einer MdE um 20 v.H. ab August 2009 und lehnte Verletztenrente für unbestimmte Zeit anstelle der vorläufigen Entschädigung ab.

Der hiergegen unter Berufung auf das Gutachten von Prof. Dr. H. eingelegte Widerspruch des Klägers wurde mit Widerspruchsbescheid vom

14.10.2009 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger am 11.11.2009 Klage vor dem Sozialgericht Freiburg.

Das Sozialgericht holte von Amts wegen das orthopädische Gutachten vom 20.04.2010 mit Ergänzung vom 03.09.2010 ein. Darin beurteilte der Sachverständige Dr. M. nach der von ihm durchgeführten radiologischen Diagnostik eine unter deutlicher Keilwirbelbildung knöchern konsolidierte LWK-1-Fraktur mit Deckplattenunruhe und Entlordosierung der oberen Lendenwirbelsäule (LWS) als Unfallfolge. Es bestehe der unveränderte Kyphosewinkel des LWK 1 von 17°. Bei maximaler Inklination und Reklination der LWS und BWS zeige sich, dass der Winkel des Bewegungssegment BWK 12/LWK 1 19° betrage. Es könne von einer funktionellen Ankylose des Bewegungssegments gesprochen werden. Die Spondylarthrose im Segment L5/S1 sei degenerativ und damit unfallunabhängig aufzufassen. Unter Berücksichtigung der in der unfallmedizinischen Literatur vorgesehenen MdE-Bewertung bei Wirbelkörperfraktur mit Bandscheibenbeteiligung und statisch wirksamen Achsenknick betrage die unfallbedingte MdE um 20 v.H. Die Beurteilung nach dem Segmentprinzip gäben insoweit lediglich Anhaltspunkte für die Begutachtung, erlaubten jedoch keine schematisierte Anwendung. Es sei fraglich, ob bei der durchgeführten operativen Revision eine Bandscheibenläsion zweifelsfrei habe ausgeschlossen werden können. Die präoperative Bildgebung lege die gegenteilige Vermutung nahe.

Die Beklagte legte die von ihr eingeholten beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. T. vom 01.07.2010 und vom 05.10.2010 vor. Danach liege bei Auswertung der Röntgenbilder beim Kläger nur eine geringe Keilform vor und ein statisch wirksamen Achsenknick sei auszuschließen. Aufgrund des Operationsberichtes ergebe sich auch kein Anhaltspunkt für eine unfallbedingte Beteiligung der Bandscheibe im betroffenen Segment. Entgegen der Einschätzung des Sachverständigen sei das Segmentprinzip zur Bewertung von Wirbelkörperverletzungen eine wertvolle und differenzierende Ergänzung zur Bewertung nach Verletzungsart und Ausheilungsergebnis. Nach beiden Prinzipien rechtfertigten die Verletzungsfolgen bei dem vorliegenden Befund ab 01.08.2009 keine unfallbedingte MdE in messbarem Grad.

Mit Urteil vom 07.12.2010 hob das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide der Beklagten auf und verurteilte sie, dem Kläger Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 20 v.H. ab 01.08.2009 bis auf weiteres zu gewähren. In den Entscheidungsgründen stützte es sich auf das Gutachten von Dr. M. ...

Gegen das der Beklagten mit Empfangsbekanntnis am 10.02.2011 zugestellte Urteil hat sie am 17.02.2011 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt und verweist zur Begründung auf die vorgelegte beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. T. vom 12.03.2011. Danach könne nur von einer leichten Bewegungsstörung des thorakolumbalen Übergangs bei in leichter Keilform ausgeheilter Fraktur des LWK 1 mit statisch nicht relevanter lokaler Kyphosierung von 10° ausgegangen werden. Dies rechtfertige nach der Begutachtungsliteratur nur eine MdE von 10 v.H. Eine Segmentinstabilität und eine Versteifung sei nicht belegt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 07.12.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es bestehe an dem Bewegungssegment Th 12/L 1 eine deutliche Keilwirbelbildung mit funktioneller Ankylose und eine Spondylarthrose in den Facettengelenken L5/S1. Die Bandscheibe sei unfallbedingt geschädigt. Er leide an Schmerzausstrahlungen im Lendenwirbelsäulenbereich nach unten und nach oben. Neurologische Schädigungen sei anzunehmen, da Nervenbahnen durch ein Schleudertrauma geschädigt worden sein könnten.

Der Senat hat von Amts wegen das unfallchirurgische Gutachten von Dr. B. vom 07.01.2012 eingeholt. Darin führt der Sachverständige nach Auswertung der beigezogenen Röntgenbilder sowie CT- und Magnetresonanztomographie(MRT)-Aufnahmen einschließlich der am 25.08.2011 gefertigten MRT-Aufnahmen aus, bei der Fraktur des 1. LWK sei die Höhe der Hinterkante des Wirbelkörpers vollständig erhalten, die Vorderkante weise nur eine gering reduzierte Höhe auf. Es bestehe kein statisch bedeutsamer Achsenknick und es fehle ein Hinweis auf Ankylose oder Instabilität des betroffenen Segments TH 12/L 1. Ein Bandscheibenschaden liege nicht vor. Beim Kläger seien keine motorische oder sensible Defizite festzustellen. Ob narbige bzw. reaktive Veränderungen im Bereich der dieses Segment betreffenden und benachbarte Muskulatur unfallbedingt zu einer Funktionsbeeinträchtigung führe oder unfallunabhängig durch degenerative Veränderungen an den Wirbelgelenken verursacht werde, sei nicht abgrenzbar bzw. bleibe spekulativ. Die manualtherapeutische Untersuchung zeige zwar eine Hypomobilität (Minderbeweglichkeit) im Segment TH 12/L 1, die aber mehr oder weniger auch in allen anderen Abschnitten der gesamten Wirbelsäule vorliege. Eine relevante Instabilität sei nahezu ausgeschlossen, denn in Anlehnung an die Klassifikation nach Magerl sei nur eine der drei für die Statik der Wirbelsäule wichtigen Säulen durch die Verletzung einbezogen. Die nach der unfallmedizinischen Literatur nach der Verletzten-Art bemessene MdE betrage unter 10 v.H. was erstaunlich gut mit dem nach dem Segmentprinzip ermittelten Wert von 10,8 korreliere. Dem Gutachten von Dr. M. folge er nicht. Dieser erwähne zwar, dass bei einer Bandscheibenbeteiligung und einem statisch wirksamen Achsenknick nach der Literatur eine MdE zwischen 10 und 20 v.H. angegeben werde, die Bandscheibenbeteiligung werde aber nicht erläutert, möglicherweise werde sie als selbstverständlich erachtet. Die von Dr. M. angenommenen Ankylosebildung, die nicht vorliege, widerspräche außerdem seiner Behauptung einer, wenn auch leichten, Instabilität.

Die Beteiligten haben sich zur Beweisaufnahme geäußert. Der Kläger macht geltend (Schriftsätze des Klägerbevollmächtigten vom 14.02.2012, 16.03.2012 und 18.05.2012), er habe den Verdacht, dass der Sachverständige voreingenommen sei. Der Sachverständige möge befragt werden, ob er auch als Beratungsarzt für die Beklagte tätig sei. Er habe ihn in zynischer und herablassender Art behandelt. Auch in seinem Gutachten gehe er über eine sachliche Auseinandersetzung hinaus und versuche die vorherigen Gutachter als unglaubwürdig darzustellen. Im Gutachten werde eine Verengung des Spinalkanals und des Rückenmarkkanals festgestellt, bereits deshalb sei eine neurologische Untersuchung notwendig. Es bestünden immer noch Taubheit und Krabbeln in den Extremitäten, was auf Nervenschäden hindeute. Beantragt werde, Prof. Dr. H. und Dr. M. als Zeugen zu laden, Beweisgegenstand sollten ihre Gutachten und Schlussfolgerungen sein, vor allem zu den Kritikpunkten von Dr. B. ... Im Gutachten von Dr. K. vom 22.07.2008, das von seiner

Krankenversicherung in Auftrag gegeben worden sei, werde in Abweichung von Dr. B. die MdE mit 20 v.H. eingeschätzt. Dr. B. habe sich nicht mit der von Dr. M. diagnostizierten funktionellen Ankylose auseinandergesetzt. Er habe keine Funktionsaufnahmen wie Dr. M. angefertigt, vielmehr habe er die Aufnahmequalität dieser Röntgenaufnahmen in gravierender Weise in Zweifel gezogen, ohne diese Kritik überprüfbar zu machen. Es werde daher beantragt, die Funktionsaufnahmen von Dr. M. beizuziehen und dem Sachverständigen aufzugeben, die Kritikpunkte anhand konkreter Beispiele zu erläutern. Ihm möge die Frage vorgelegt werden, warum er keine qualitativ hochwertigen Funktionsaufnahmen selbst veranlasst habe. Die Schmerzproblematik werde vom Sachverständigen nicht als Unfallfolge eingeordnet. In Abweichung zur Beschreibung des Röntgenbefundes der A.Klinik vom 30.08.2011 verneine der Sachverständige einen Bandscheibenschaden nach knöchern fest durchbautem Bruch des 1. LWK wie auch der Röntgenologe Dr. S. der A.Klinik eine deutlich niedrigere LWK-Vorderkante beschreibe, Dr. B. dies dagegen nur als eine etwas reduzierte Vorderkante qualifiziere. Fehlerhaft sei auch, dass Dr. B. dem Sachverständigen Dr. M. unterstelle, von einer leichten Segmentinstabilität als Unfallfolge auszugehen. Es werde daher beantragt, ein Zweitgutachten zu den Beweisfragen des Senats vom 13.05.2011 einzuholen.

Die Beklagte verweist darauf (Schriftsätze vom 29.02.2012 und 05.04.2012), dass der Sachverständige Dr. B. der Beurteilung der Funktionalität durch ihren Beratungsarzt Dr. T. zugestimmt habe. Mit Dr. B. selbst bestehe kein Vertrag über beratungsärztliche Tätigkeit. Eine neurologische Begutachtung sei nicht angezeigt. Das Gutachten von Dr. K. sei vor dem maßgeblichen Entscheidungszeitpunkt ab 01.08.2009 erstellt worden und deshalb nicht geeignet, eine MdE von 20 v.H. ab dem Zeitpunkt zu begründen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung habe sie noch eine solche MdE anerkannt.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akten des Sozialgerichts beigezogen. Auf diese Unterlagen und die vor dem Senat angefallene Berufungsakte wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft, Berufungsausschlussgründe nach [§§ 143,144 SGG](#) liegen nicht vor. Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Ihr Bescheid vom 06.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.10.2009 ist rechtmäßig. Das von ihr angefochtene Urteil des Sozialgerichts war daher aufzuheben und die Klage auf Gewährung von Verletztenrente abzuweisen.

Das Sozialgericht hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils die für die Entscheidung des Rechtsstreites maßgeblichen Rechtsvorschriften und Rechtsgrundsätze zur Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit und zur Bestimmung der unfallbedingten MdE vollständig und zutreffend dargestellt. Der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil Bezug (Seite 4 und 5 des Urteils; [§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Dagegen gelangt der Senat unter Berücksichtigung des im Berufungsverfahren eingeholten und für überzeugend erachteten Gutachtens von Dr. B. zu der von der im Urteil des Sozialgerichts abweichenden Bewertung, dass ab 01.08.2009 die Folgen des Unfalls keine MdE um 20 v.H. rechtfertigen.

Dr. B. hat in seinem Gutachten vom 07.01.2012 für den Senat nachvollziehbar unter anschaulicher Wiedergabe der von ihm ausgewerteten Fremdbilder und eigener Röntgendiagnostik dargelegt, dass beim Kläger am LWK 1 eine Höhenminderung der Vorderkante bei vollständig erhaltener Hinterkante vorliegt, die nach dem Beck'schen-Index ca. 0,7 beträgt. Ein Achsenknick ergibt sich weder aus der Frontalebene noch aus der Sagitalebene. Ein Bandscheibenschaden ist im Segment TH 12/L 1 nicht vorhanden. Dagegen finden sich erhebliche Bandscheibenveränderungen der Wirbelkörper L 4 und L 5 mit Einengung der benachbarten Wirbellöcher (foramen intervertebrales) und kleinen Bandscheibenvorfällen. Ebenso besteht eine Arthrose der kleinen Wirbelgelenke der Segmente L4/5 und L5/S1 wie auch in den darüber liegenden Segmenten, hier aber deutlich weniger ausgeprägt. Die Folgerung des Sachverständigen, dass der knöchern fest durchbaute Bruch des LWK 1 nach der bildgebenden Diagnostik keinen statisch bedeutsamen Achsenknick zur Folge hat und eine unfallbedingte Bandscheibenbeteiligung nicht vorliegt, ist für den Senat daher überzeugend.

Einerseits ergibt sich aus der umschriebenen Deformierung des LWK 1, dass die Wirbelkörperstruktur regelrecht erhalten ist, wie dies auch in Übereinstimmung hierzu im radiologischen Zusatzgutachten von PD Dr. A. beschrieben ist. Dort wird von einem noch normgerechten Winkel zwischen Grund- und Deckplatte am LWK 1 um 17° (auf der Grundlage des Röntgenbilds vom 09.03.2009) ausgegangen. Nach der unfallmedizinischen Literatur ist eine statisch wirksame Achsenabweichung bei einem Winkel von 15-20° anzunehmen (vgl. Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 441ff), womit die gutachterliche Einschätzung von Dr. A. vereinbar ist, denn der vorgegebene Bewertungsrahmen wird für den LWK 1 nicht überschritten. Damit übereinstimmend belegt der vom Sachverständigen Dr. B. nach dem Beck'schen-Index errechnete Quotient von 0,7 keine statisch wirksame Achsabweichung, was Dr. T. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 01.07.2010 mit dem von ihm errechneten Beck'schen-Index von 0,73 bestätigt hat, der auch nach seiner Auffassung einen relevanten Knickwinkel von 15-20° ausschließt. Auch die von Dr. B. zusätzlich erfolgte Bestimmung des Winkels der Längsachse des ober- bzw. unterhalb des betroffenen Segments liegenden Wirbelsäulenabschnittes in beiden Ebenen (Frontal- und Sagitalebene) ergibt, dass der Winkel zwischen diesen beiden Achsen nahezu gleich Null ist und auch unter diesem Gesichtspunkt ein statisch wirksame Achsenknick nicht vorliegt.

Der Röntgendiagnostik ist auch keine Bandscheibenbeteiligung zu entnehmen. In der von Dr. B. veranlassten MRT-Untersuchung fand sich eine weitgehend erhaltene Bandscheibenmasse. Damit übereinstimmend ist auch von Dr. T. eine Bandscheibenbeteiligung infolge der unfallbedingten Fraktur ausgeschlossen worden. Hinweise auf eine Bandscheibenbeteiligung sind auch nicht den Operationsberichten vom 07.09. und 18.09.2006 zu entnehmen, worauf Dr. T. hinweist.

Nach Dr. B. liegt weder eine vollständige Ankylose noch eine Instabilität des Wirbelsäulensegments TH 12/L 1 vor. Eine solche kann weder aus der ausgewerteten Bildgebung gefolgert werden noch ist sie bei der manualmedizinischen Untersuchung von Dr. B. festzustellen gewesen. Dies hat Dr. B. für den Senat auch plausibel erläutert. Beim Kläger ist nur der vordere Abschnitt des LWK 1 betroffen. Damit ist in Anlehnung an die Klassifikation nach Magerl nur eine der drei maßgebenden Säulen der schematischen Einteilung in Säule A, betreffend die

vorderen Abschnitte des Wirbelkörpers, und Säule B und C, betreffend die Hinterkante des Wirbelkörpers sowie die Wirbelbögen inklusive der Wirbelgelenke, komprimiert, was nach der überzeugenden Darlegung von Dr. B. eine Instabilität ebenfalls ausschließt.

Unter Berücksichtigung dieses medizinischen Befunds ist die von Dr. B. angenommene unfallbedingte MdE von allenfalls 10 v.H. nicht zu beanstanden. Die MdE-Einschätzung des Sachverständigen steht im Einklang mit den Bewertungsgrundsätzen der unfallmedizinischen Literatur, auf die der Sachverständige nach Maßgabe der gerichtlichen Beweisfragen auch abgestellt hat. Entsprechend der Bewertungsmethode nach der Verletzungsart (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 442) ist ein isolierter Wirbelkörperbruch ohne Bandscheibenbeteiligung bei stabiler Ausheilung mit einer MdE von unter 10 v.H. einzuschätzen. Damit korreliert weitgehend auch die Bewertungsmethode nach dem Segmentprinzip (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 444), die unter Berücksichtigung des Segmentwerts des LWK 1 von 3,6 - zudem vervielfacht mit dem Faktor 3 für die vorliegende segmentale Minderbeweglichkeit - den rein rechnerischen MdE-Wert von 10,8 ergibt. Dr. B. hat nachvollziehbar dargelegt, dass die weiteren Faktoren, die eine noch höhere Vervielfachung nach dem Segmentprinzip erlauben, beim Kläger nicht vorliegen. Er hat außerdem überzeugend ausgeführt, dass das Segmentprinzip zwar vereinzelt kontrovers diskutiert wird, jedoch immer noch der bestehenden herrschenden Lehrmeinung entspricht. Da vorliegend aber nur ein Wirbelkörpersegment betroffen ist, erbringt das Segmentprinzip durchaus verwertbare Ergebnisse. Vorliegend ist letztlich sogar zu Gunsten des Klägers damit jedenfalls eine MdE von zumindest 10 v.H., die Dr. B. in seiner zusammenfassenden MdE-Bewertung auch zu Grunde legt, zu begründen, die allein nach der Betrachtungsweise nach der Verletzungsart nicht gegeben wäre.

Dem Gutachten von Dr. M. folgt der Senat nicht. Dr. B. hat überzeugend dargelegt, dass dessen Gutachten vom 20.04.2010 mit Ergänzung vom 03.09.2010 weder hinreichend die von ihm angenommene Ankylose oder auch die Bandscheibenbeteiligung belegt. Soweit Dr. M. seine MdE-Einschätzung mit 20 v.H. auf die vom Kläger geklagten Schmerzen stützt, ist seinem Gutachten nicht hinreichend sicher zu entnehmen, dass die Beschwerden wesentlich durch die Unfallfolgen verursacht sind und außerdem über die üblichen Schmerzen, die in den in den MdE-Bewertungstabellen pauschalisiert erfassten Beschwerdebildern enthalten sind, hinausgehen. Soweit Dr. M. auf Zugangsmorbidität mit etwaiger Muskelschädigung bzw. operationsbedingter Weichteilschädigung abstellt, ist dies nach Dr. B. nicht überzeugend. Zwar liegen beim Kläger als Vorerkrankung Bandscheibenvorfälle bei L4/5 und L5/S1 vor, hieraus ist auf eine Muskelschädigung des betroffenen Segments TH 12/L1 nicht zu schließen. Insbesondere ergab sich aus der von Dr. B. veranlassten MRT-Aufnahme eine homogene Rückenstrecker Muskulatur im Bereich des verletzten Wirbelkörpers. Auffällige narbige Veränderungen, auf die Dr. M. im Hinblick auf die Revisionseingriffe abgestellt hat, fanden sich röntgenologisch nicht. Narbige bzw. reaktive, nicht stark ausgeprägte Veränderungen im Bereich der Muskulatur des Segments TH 12/L1 bzw. der benachbarten Wirbelkörper sind ohne sicher nachzuweisende Funktionsbeeinträchtigung bzw. nicht eindeutig auf den Unfall zurückzuführen. Andererseits ergaben sich weiterhin bestehende Bandscheibenveränderungen mit Bandscheibenvorfällen an den bereits vor dem Unfall degenerative veränderten Segmenten L4/5 und L5/S1.

Auch das vom Kläger vorgelegte Gutachten von Dr. K. vom 22.07.2008 zwingt zu keiner anderen Beurteilung. Bei der Untersuchung durch Dr. K. am 19.07.2008 fand sich noch paravertebrale Myogelosen am Brustwirbelkörper 9 bis Lendenwirbelkörper 3 sowie ein chronischer Schmerzzustand. Einen wesentlich hiervon abweichenden Befund hat Dr. B. nicht erhoben. Auch er hat etwas verhärtete Muskulatur in der unteren Brustwirbelsäule und den oberen Abschnitten der Lendenwirbelsäule aber auch im Bereich der Halswirbelsäule erhoben. Das Ausmaß der Bewegungseinschränkung war annähernd mit dem von Dr. K. erhobenen vergleichbar. Beim Finger-Boden-Abstand erreichte der Kläger bei Dr. B. nur 47 cm, dagegen in der vorhergehenden Untersuchung bei Dr. K. noch 38 cm, was jedoch mit dem Finger-Fußspitzen-Abstand auf der Untersuchungsliege von 15 cm nicht zu vereinbaren ist. Eine hinreichende Abgrenzung der durch die Unfallfolgen bedingten Beeinträchtigungen von der unfallunabhängigen Vorerkrankung der Wirbelsäule ist von Dr. K., der sogar die Altersnorm übersteigende Spondylophyten bei BWK 8/9 und Spangenbildung bei BWK 8/9 und 9/10 beschreibt, nicht vorgenommen worden. Dieser bezieht sich vielmehr auf den Befund der BG-Klinik T. - nach der Einleitung seines Gutachtens wohl deren Bericht vom 28.02.2007 - über eine instabile Situation, also zu einem Zeitpunkt, als die LWK-1-Fraktur noch nicht vollständig knöchern konsolidiert war, was auch im Gutachten von Prof. Dr. H. vom 31.07.2007 noch als Befund mitgeteilt ist.

Entgegen der Auffassung des Klägers hat der Senat keine Zweifel an der fachlichen Richtigkeit der von Dr. B. erhobenen Befunde. Soweit der Kläger eine Voreingenommenheit und Befangenheit des Sachverständigen rügt, hat der Senat keine Anhaltspunkte für eine unsachliche Gutachtenserstattung durch Dr. B. ... Einen förmlichen Befangenheitsantrag hat der anwaltlich vertretene Kläger nicht gestellt. Er macht die Unverwertbarkeit der gutachtlichen Äußerungen von Dr. B. im Rahmen der Beweismittelwürdigung geltend, weshalb der Senat hierüber im Urteil hat entscheiden können. Der durch das Gericht von Amts wegen bestellte Sachverständige hat keinen Beratungsvertrag mit der beklagten Behörde, was im Übrigen für sich genommen auch noch keine Befangenheit begründen würde. Entgegen der Auffassung des Klägers ist seinem Gutachten auch keine Unsachlichkeit dem Kläger gegenüber zu entnehmen. Der Kläger hat nicht unmittelbar nach der Gutachtenserstattung einen herablassenden und zynischen Umgang durch den Sachverständigen gerügt, was aber in entsprechender Anwendung von [§ 406 Abs. 2 Satz 2 ZPO](#) erforderlich gewesen wäre. Ist keine richterliche Frist gesetzt, ist ab dem Zeitpunkt der Kenntnis des Ablehnungsgrundes dieser unverzüglich geltend zu machen, d.h. ohne schuldhaftes Zögern ([§ 121 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -). Die hierzu angemessene Frist ist nach der herrschenden Meinung im Schrifttum (vgl. u.a. Baumbach/Lauterbach/Albers/Hartmann, ZPO, 68. Aufl. § 406 Rn. 23; Zöller, ZPO, 28. Aufl. § 406 Rn. 11 jew. m.w.N.) längstens die Zweiwochenfrist des [§ 406 Abs. 2 Satz 1 ZPO](#); in der Rechtsprechung wird teilweise die Auffassung vertreten, es komme auf die Umstände des jeweiligen Einzelfalls an (vgl. BGH, Urteil vom 15.03.2005, a.a.O., m.w.N.). Der Senat hält eine Frist von längstens einem Monat, der im Sozialrecht sonst üblichen Rechtsbehelfsfrist, grundsätzlich für eine angemessene Überlegungsfrist, wenn nicht die besonderen Umstände des Einzelfalls eine kürzere Prüfungszeit nahelegen (vgl. Beschluss des Senats vom 12.10.2011 - [L 8 SB 3707/11 B](#)). Eine solche Rüge im Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 14.02.2012 wäre im Hinblick auf die bereits am 25.08.2011 erfolgte Untersuchung durch Dr. B. verspätet. Entgegen der Auffassung des Klägers ist auch aus dem Gutachten selbst nicht eine Voreingenommenheit des Sachverständigen ersichtlich. Soweit der Sachverständige sich mit dem Gutachten von Prof. Dr. H. und Dr. M. auseinandersetzt, ist seiner vom Kläger gerügten Formulierung: "Die Einschätzung - erfolgt - eher emotional, keineswegs rational" bzw. " ... so dass man sich fragt, wie die hier getroffene Beurteilung der eingeschränkten Beweglichkeit im verletzten Segment zu Stande kam" eine sachliche Auseinandersetzung mit den Vorgutachten, wie es dem Sachverständigen durch die Beweisfragen des Senats aufgegeben war. Dr. B. macht damit - bildhaft - deutlich, dass die von Prof. Dr. H. und Dr. M. vorgenommene MdE-Bewertung aufgrund der angenommenen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen nicht mit den unfallversicherungsrechtlichen Bewertungskriterien vereinbar ist. Das Maß einer sachlichen Kritik ist damit noch nicht überschritten. Darüber hinaus wäre eine - unterstellte - Voreingenommenheit des Sachverständigen gegenüber Vorgutachtern noch nicht zwingend mit einer Voreingenommenheit gegenüber dem Kläger oder seiner Rechtssache gleichzustellen, auf das

es allein ankommt. Hinweise hierfür hat der Kläger auch nicht konkretisiert. Vielmehr ist das Gutachten von Dr. B. überzeugend und mit den Grundsätzen der unfallversicherungsrechtlichen Literatur vereinbar, so dass dem Gutachten keine zulasten des Klägers unsachliche Einstellung des Sachverständigen entnommen werden kann.

Zu weiteren Ermittlungen hat sich der Senat nicht veranlasst gesehen. Das Gutachten von Dr. B. ist umfassend und erschöpfend. Ein neurologisches Gutachten zur vollständigen Abklärung weiterer Unfallfolgen ist nicht erforderlich. Aus dem unfallchirurgischen Gutachten von Dr. B. ergeben sich keine Hinweise darauf, dass auf neurologischem Gebiet zu klärende Unfallfolgen vorliegen. Entgegen der Auffassung des Klägers ist dem Gutachten zu entnehmen, dass bereits dem MRT vom 05.09.2006 keine Beeinträchtigung des Rückenmarks zu entnehmen war. Zwar war die Form der Bandscheibe durch den Bruch erwartungsgemäß etwas verändert, die Binnenstruktur beim Vergleich mit den benachbarten Bandscheiben jedoch nicht. Eine Beeinträchtigung von Nervenwurzeln des Segments TH 12/L1 ist den röntgenologischen Befunden an keiner Stelle zu entnehmen, was auch im radiologischen Zusatzgutachten von PD Dr. A. beschrieben wird, der eine regelrechte Darstellung des Spinalkanals ohne Einengung als Befund aufführt, und dem Dr. B. im Ergebnis nicht widerspricht. Dr. B. stellt ausdrücklich fest, dass keine motorischen oder sensiblen Defizite vorliegen. Aus der von ihm aktuell veranlassten Röntgendiagnostik ergibt sich lediglich eine Einengung der Wirbellöcher aufgrund der erheblichen Veränderungen der Bandscheiben bei L4 und L5, was aber unfallunabhängig ist. Die vom Kläger geklagten Sensibilitätsstörungen, von denen in der ausführlich wiedergegebenen subjektiven Beschwerdeschilderung im Gutachten von Dr. B. noch keine Rede ist, sind daher nicht auf die Unfallfolgen, sondern auf die erheblichen unfallunabhängigen degenerativen Bandscheibenveränderungen zurückzuführen. Bei der von Dr. B. durchgeführten grobneurologischen Untersuchung waren Störungen der Gefühlswahrnehmung oder motorische Defizite gerade nicht zu erheben.

Weitere Ermittlungen haben sich dem Senat daher nicht aufgedrängt. Mit den aus den genannten Gründen überzeugenden Gutachten von Dr. B. ist der Sachverhalt zur vollen Überzeugung des Senats umfänglich aufgeklärt. Die mündliche Erläuterung der Gutachten durch den Sachverständigen Dr. M. und den Gutachter Prof. Dr. H. war nicht erforderlich, denn aufklärungsbedürftige Lücken der Gutachtenserstattung sind für den Senat nicht erkennbar. Solche hat auch der Kläger nicht dargetan. Der Anregung des Klägerbevollmächtigten, beide Ärzte ergänzend zu hören, musste der Senat nicht nachkommen.

Zwar steht einem Beteiligten nach [§ 116 SGG](#) i.V.m. [§§ 402, 397 ZPO](#) das Recht zu, dem Sachverständigen diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, die er zur Aufklärung der Sache als dienlich erachtet. Das Gericht kann den Sachverständigen zur Erläuterung seines Gutachtens zum Termin laden ([§ 118 SGG](#), [§ 411 Abs. 3 ZPO](#)). Dabei müssen die dem Sachverständigen zu stellenden Fragen vom Beteiligten nicht formuliert werden. Es reicht aus, die erläuterungsbedürftigen Punkte hinreichend konkret zu bezeichnen. Die Sachdienlichkeit einer angekündigten Frage ist insbesondere dann zu bejahen, wenn sich die Frage im Rahmen des Beweisthemas hält und nicht abwegig oder bereits eindeutig beantwortet ist; andernfalls kann das Begehren rechtsmissbräuchlich sein (BSG, Beschluss vom 19.11.2009 - [B 13 R 247/09 B -](#), Juris). Allein der Hinweis, dass die Gutachten voneinander abweichende Ergebnisse aufweisen, genügt zur hinreichenden Konkretisierung des für erforderlich gehaltenen Aufklärungsbedarfs nicht. Zudem wurde vom Sozialgericht bereits aufgrund Beteiligtenvorbringens die ergänzende Stellungnahme von Dr. M. vom 03.09.2009 eingeholt. Darüber hinaus ist nach den zitierten Vorschriften Prof. Dr. H. nicht ergänzend als Sachverständiger zu hören, denn er ist als Verwaltungsgutachter und nicht als gerichtlich bestellter Sachverständiger tätig geworden.

Auch eine ergänzende Anhörung des Sachverständigen Dr. B. ist nicht erforderlich. Die Sachdienlichkeit einer solchen Anhörung ist für den Senat nicht erkennbar und vom Kläger auch nicht hinreichend deutlich gemacht. Die beantragte Beiziehung der Funktionsaufnahmen von Dr. M. und deren Erläuterung durch den Sachverständigen Dr. B. im Termin unter Darstellung seiner Kritikpunkte ist nicht erforderlich, denn der Kläger hat weder dargelegt, inwieweit hierdurch das Beweisergebnis beeinflusst werden kann, noch ist dies für den Senat ersichtlich. Abgesehen davon dass die technische Qualität der Funktionsaufnahmen von Dr. M. auch von Dr. T. gerügt wird, ist von Dr. B. unter Bezugnahme der Ausführungen von Dr. T. dargelegt, dass die Berechnung des maßgebenden Knickwinkels bzw. der Achsabweichung nicht durch Funktionsaufnahmen bei Inklination und Reklination der Wirbelsäule erfolgt, sondern nach dem Beck'schen oder auch Sagitalem Index über die Relation der Wirbelvorderkanten- zur Wirbelhinterkantenhöhe, die unabhängig von der Vor- oder Rückneigung der Gesamtwirbelsäule ist. Für die Prüfung der Instabilität hat Dr. B. maßgebend auf die dargelegte Klassifikation nach Magerl abgestellt anhand der röntgenologischen Projektionsebenen. Letztlich hat auch Dr. M. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03.09.2010 eingeräumt, dass die Funktionsaufnahmen nur "ein Indiz für eine Schädigung der Bandscheibe mit funktioneller Einsteifung von TH 12/L1 liefern" könnten. Damit ergibt sich bereits aus dem Gutachten von Dr. B., der Fremdröntgenaufnahmen und der eigenen Röntgendiagnostik weder einen Bandscheibenschaden noch eine Ankylose hat entnehmen können, weshalb er keine Funktionsaufnahmen veranlasst hat. Damit erübrigt sich auch die beantragte Vorlage dieser Frage an den Sachverständigen Dr. B., denn sie ist ebenfalls bereits in seinem Gutachten beantwortet. Darüber hinaus ist eine funktionelle Ankylose, wie sie Dr. M. beschreibt, keine relevante Versteifung im Sinne der unfallmedizinischen Literatur, worauf im Gutachten von Dr. B. auch hingewiesen wird, der ausdrücklich kritisiert, dass Dr. M. bei seiner Beurteilung der mit der Deformierung des thorakolumbalen Übergangs verbundenen statischen Störung die Kriterien von Schönberger u.a. nicht berücksichtigt hat. Außerdem ist von Dr. B. in seinem Gutachten auf die divergierenden Ergebnisse der anderen Gutachten eingegangen worden und er hat ausführlich begründet, weshalb er von deren Befunden und Bewertungen abweicht. Soweit er unzutreffend davon ausgeht, Dr. M. habe eine Segmentinstabilität angenommen, ist dies für seine eigene gutachtliche Bewertung nicht von Bedeutung gewesen. Seine Bewertung, es liege weder eine Ankylose noch eine Segmentinstabilität noch eine relevante Bandscheibenbeteiligung vor, ist auf die eigene Untersuchung und Auswertung des von ihm veranlassten Röntgenbefund von Dr. S. der A.klinik gestützt. Damit ist die Frage bereits im Gutachten eindeutig beantwortet. Klärungsbedürftige Lücken in der Gutachtenserstattung sind daher für den Senat nicht erkennbar, solche hat auch der Kläger nicht hinreichend unter Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. B. umschrieben.

Ein Rentenanspruch nach einer MdE um 20 v.H. ist daher nicht begründet. Ob eine anderweitige, aus einem weiteren Versicherungsfall resultierende MdE um mindestens 10 v.H. vorliegt und daher ein Stütztrententatbestand besteht, ist vorliegend nicht streitentscheidend. Gegenstand des von der Beklagten angestregten Berufungsverfahrens ist nur die Verurteilung zur Rente nach einer MdE um 20 v.H. Darüber hinaus ist ein Stütztrententatbestand weder ersichtlich noch von dem Kläger geltend gemacht.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2012-06-13