

L 8 U 2348/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 16 U 473/13
Datum
27.03.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 2348/15
Datum
18.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27.03.2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers hat die Beklagte in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger aufgrund seines Arbeitsunfalles vom 07.10.2009 höhere Verletztenrente zusteht.

Der 1958 geborene Kläger war seit 01.10.2008 als Fotoverkäufer in S. tätig. Als er am 07.10.2009 einen schwergewichtigen Kunden im Rollstuhl eine Rampe zum Fotogeschäft hinaufschob, verspürte er Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, es kam zum Sturz und der Kunde fiel auf den Kläger. Dabei zog sich der Kläger eine transforaminale Fraktur des Os Sacrum mit S2-Affektion und beginnender Blasen-Mastdarm-Störung (Durchgangsarztbericht vom 08.10.2009, Qu. 8 VA) zu.

Vom 07.10.2009 bis 23.10.2009 befand er sich in stationärer Behandlung im Universitätsklinikum M., orthopädisch-unfallchirurgisches Zentrum, wo eine ISG-Verschraubung beidseits mit einer Großfragmentschraube rechts und zwei Großfragmentschrauben links erfolgte. Der Kläger wurde für voraussichtlich noch 4 Wochen arbeitsunfähig entlassen. Von einer verbleibenden Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Ausmaß sei nicht auszugehen (Qu. 19 VA).

Vom 23.10.2009 bis 18.12.2009 führte der Kläger eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Asklepios Neurologischen Klinik F. durch, aus der er arbeitsunfähig entlassen wurde (Bericht vom 01.03.2010 (Qu. 87 VA).

Eine ab 01.02.2010 vorgesehene Arbeitsbelastungserprobung scheiterte bereits nach einem Tag, da dem Kläger längeres Stehen oder Sitzen nicht möglich war.

Vom 16.03.2010 bis 01.04.2010 führte der Kläger eine weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. durch, aus der er weiterhin bis weiteres arbeitsunfähig entlassen wurde (Entlassungsbericht vom 06.04.2010, Qu. 101 VA).

Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik vom 18.04.2010 bis 27.04.2010 erfolgte die Metallentfernung der Lochschrauben. Das Röntgenbild vom 26.04.2010 zeigte eine vollständige Entfernung der ehemals einliegenden Schrauben und eine knöcherne Konsolidierung. Die Hüftgelenke zeigten sich altersentsprechend. Der Kläger wurde mit intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität entlassen (Bericht vom 29.04.2010, Qu. 114 VA).

Im Anschluss erhielt der Kläger eine erweiterte ambulante Physiotherapie. Nach dem Abschluss-Bericht des ASR Rehabilitationszentrums II M. vom 07.07.2010 (Qu. 152 VA) habe eine entscheidende Verbesserung der Schmerzsymptomatik nicht erreicht werden können. Von funktioneller Seite bestehe immer noch das Kraftdefizit für die Fußheber und -senker. Im Vordergrund stünden die erheblichen Schmerzsensationen mit Ausstrahlung ins Bein. Röntgenologisch sei die Beckenfraktur sicher durchbaut. Die Stellung im Bereich des hinteren Beckenrings sei anatomisch.

Vom 19.07.2010 bis 25.07.2010 erhielt der Kläger in der GRN-Klinik S. eine schmerztherapeutische stationäre Behandlung (Bericht vom 26.07.2010, Qu. 173 VA).

Ab dem 27.09.2010 begann der Kläger erneut eine Arbeits- und Belastungserprobung, die er mit zunächst drei, ab 18.10.2010 mit vier Stunden täglich durchführte.

Nach dem Zwischenbericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. vom 08.11.2010 (Qu. 225 VA) klagte der Kläger bei der Vorstellung am 04.11.2010 nach wie vor über Schmerzen im Frakturbereich beim Sitzen, aber auch beim Stehen oder Bewegung. Er halte eine Wiederaufnahme seiner Tätigkeit nicht für realistisch.

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) aufgrund von Tests am 15.11.2010 und 16.11.2010 ergab keine Defizite, die einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit entgegenstünden. Das Leistungsprofil des Klägers liege über den Arbeitsanforderungen seines Arbeitsplatzes. Die Selbsteinschätzung des Klägers habe extrem weit unter den gezeigten Leistungen gelegen (Bericht vom 17.11.2010, Qu. 235 VA).

Ab 17.11.2010 arbeitete der Kläger in seiner bisherigen Tätigkeit 20 Stunden pro Woche. Das Arbeitsverhältnis des Klägers wurde zunächst zum 31.01.2011 gekündigt, dann auf der Basis von 20 Stunden pro Woche fortgesetzt und zum 31.12.2011 endgültig gekündigt.

Die Beklagte ließ den Kläger nervenfachärztlich durch Dr. B. (Gutachten vom 20.07.2011, Qu. 341 VA) und unfallchirurgisch durch Dr. R. (Gutachten vom 11.08.2011, Qu. 352 VA) begutachten.

Dr. B. stellte ein S1-Syndrom rechts fest. Es liege eine Wurzelschädigung S1 rechts mit Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Abschwächung des Reflexes sowie eingeschränkter Motorik vor. Behandlungsbedürftigkeit sei weitergegeben, der neurologische Befund bedinge keine Arbeitsunfähigkeit. Der Befund im Bereich des rechten Beines bedinge eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 Prozent auf rein neurologischem Fachgebiet.

Dr. R. stellte als noch bestehende Folgen des Unfalls vom 07.10.2009 OP-Narben, Muskelminderung des rechten Unterschenkels und eine in regelrechter Stellung verheilte Sacrumfraktur fest. Die MdE schätze er auf unfallchirurgischem Gebiet auf Dauer auf unter 10 v. H. Die Gesamt-MdE entspreche daher der auf neurologischem Fachgebiet festgestellten MdE von 20 v. H.

Mit Bescheid vom 15.09.2011 (Qu. 355 VA) gewährte die Beklagte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v. H. ab 17.11.2010 (Ende der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit).

Dr. B. erstattete das weitere nervenfachärztliche Gutachten vom 27.06.2012 (Qu. 413 VA). Es bestehe ein S1-Syndrom rechts mit schmerzhafter Überlagerung und erheblicher Lumboischialgie. Der Kläger sei in seiner Erwerbstätigkeit deutlich beeinträchtigt, da er nicht ausreichend lange stehen und gehen können. Es bestehe weiterhin auf neurologischem Fachgebiet eine MdE von 20 v. H.

Zusätzlich erstattete Dr. K. das unfallchirurgische Gutachten vom 23.08.2012 (Qu. 431 VA). Er stellte eine knöchern konsolidierte SWK2-Fraktur mit deutlicher Stufenbildung und Verengung des Spinalkanals in Höhe SWK1/2 und ein chronisches S1-Schmerzsyndrom rechts fest. Die Erwerbsfähigkeit durch die Unfallfolgen werde noch um 10 v. H. herabgesetzt. Es sei nicht zu erwarten, dass die durch den Unfall geminderte Erwerbsfähigkeit sich bessern werde. Unter Berücksichtigung des neurologischen Gutachtens sei von einer Gesamt-MdE von 20 v. H. auszugehen (Schreiben des Dr. H. vom 24.09.2012, Qu. 138 VA).

Mit Bescheid vom 02.10.2012 (Qu. 440 VA) gewährte die Beklagte die Rente nach einer MdE von 20 v. H. auf unbestimmte Zeit. Die MdE berücksichtige folgende Folgen des Arbeitsunfalles: Verminderter Belastbarkeit des Kreuzbeins, Sensibilitätsstörungen und Abschwächung des Reflexes sowie eingeschränkte Motorik im Bereich der rechten unteren Extremität nach unter Stufenbildung verheiltem Bruch des Kreuzbeines mit Wurzelschädigung S1 rechts.

Dagegen legte der Kläger am 25.10.2012 Widerspruch ein. Ihm sei eine Rente entsprechend einer MdE von mindestens 50 v. H. zu gewähren.

Vom 29.10.2012 bis 04.01.2013 führte der Kläger eine durch den Rentenversicherungsträger gewährte Integrationsmaßnahme "zusätzliche Betreuungskraft" im DSK Seniorenzentrum durch.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.01.2013 (Qu. 468 VA) wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Am 08.02.2013 erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Die in den Gutachten festgestellten medizinischen Befunde und deren tatsächlichen Auswirkungen auf die körperlichen Fähigkeiten des Klägers belegten geradezu offenkundig, dass eine ganz erhebliche Bewegungseinschränkung beim Kläger nach wie vor vorhanden sei, die weder eine Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Einzelhandelskaufmann noch eine andere, gegebenenfalls nach Umschulung, auszuübende Erwerbstätigkeit in dem von den Gutachtern angenommenen Umfang auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens zuließen. Der Kläger könne nach den getroffenen Feststellungen weder längere Zeit sitzen noch längere Zeit stehen. Eine gegebene Erwerbsfähigkeit von 80 bzw. 90 Prozent sei vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Die Gutachten enthielten keine Aussage zum Umfang der verletzungsbedingt "verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt". Seit November 2012 bis voraussichtlich Ende März 2013 absolviere der Kläger auf Kosten des Rentenversicherungsträgers eine Umschulung zur "zusätzlichen Betreuungskraft" in einem zeitlichen Umfang von ca. 20 Stunden pro Woche. Das Tätigkeitsbild dieser Beschäftigung könnte mit dem Erfordernis eines öfteren Wechsels von Tätigkeiten im Sitzen, Gehen und Stehen vereinbar sein. Bisher sei der Kläger den körperlichen Anforderungen gewachsen, wobei dies allerdings mit überobligatorischen Belastungen verbunden sei, die er auf sich nehme, da er um jeden Preis wieder arbeiten wolle.

Der Kläger legte den Bericht des Schmerztherapiezentrum B. M. vom 15.05.2013 (Bl. 58 SG-Akten) über den stationären Aufenthalt vom 03.04.2013 bis 15.05.2013 vor.

Das SG beauftragte Dr. B. mit der Erstattung eines neurologischen Gutachtens unter Einholung eines orthopädisch-unfallchirurgischen Zusatzgutachtens bei Prof. Dr. O ...

Prof. Dr. O. stellte im Gutachten vom 18.06.2014 (Bl. 78/115 SG-Akten) aufgrund der Untersuchung des Klägers am 04.04.2014 eine knöchern verheilte Kreuzbeinfraktur S2 mit resultierender relative Enge ((25%) und Narben am hinteren Beckenring (gluteal) fest. Die beklagten, subjektiv empfundenen Schmerzen des Klägers bedingten die Gebrauchsminderung des rechten Unterschenkels mit messtechnischer (eingeschränkter) Muskelmassenminderung am rechten Unterschenkel und die demonstrierte Einschränkung der eigentätigen Beweglichkeit am oberen Sprunggelenk. Eine objektive Ursache sei für den Gutachter nicht fassbar. Alle festgestellten Veränderungen seien nicht in der Lage, die beklagten Symptome und erhobenen Defizite (Muskelminderung) zu erklären. Objektiv seien keine Gesundheitsstörungen mehr fassbar, welche gebrauchsmindernd seien. Die MdE auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet werde auf weniger als 10 v. H. eingeschätzt.

Dr. B. stellte im Gutachten vom 31.07.2014 (Bl. 116/138 SG-Akten) aufgrund der Untersuchung am 27.11.2013 unter Einbeziehung des Gutachtens des Prof. Dr. O. auf neurologischem Fachgebiet eine klinisch und elektrophysiologisch nachweisbare chronische Schädigung der Nervenwurzeln S1 und S2 rechts fest. Hinweise für eine zusätzliche radikuläre Läsion L5 rechts ergäben sich elektrophysiologisch und auch klinisch nicht. Das Schmerzsyndrom umfasse neben einer neuropathischen Komponente infolge der radikulären Läsionen S1 und S2 rechts aus neurologischer Sicht auch eine lokale und pseudoradikuläre Komponente infolge der Os sacrum-Fraktur und des nachfolgenden operativen Eingriffs. Zudem sei die Schmerzsymptomatik im Verlauf der Jahre deutlich chronifiziert. Nach seiner Einschätzung seien die geschilderten und objektivierbaren Unfallfolgen mit einer Schädigung der Wirbelsäule in einem Abschnitt (sakral) mit resultierenden und persistierenden deutlichen funktionellen Auswirkungen vereinbar, weshalb sich eine MdE von 30 v. H. ergebe. Die neurologischen Ausfallerscheinungen hätten sich im Verlauf etwas gebessert, insbesondere unter Berücksichtigung der Schmerzsymptomatik seien aber die funktionellen Beeinträchtigungen seit dem Unfall, zumindest aber seit Abschluss des Heilverfahrens weitgehend stabil geblieben. Zusammenfassend ergebe sich eine Gesamt-MdE von 30 v. H.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) (SGG) erstattete Dr. K.-M. das schmerztherapeutische Gutachten vom 19.01.2015. Sie teilte als Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom, ein erhebliches myofaciales Schmerzsyndrom, ein klassisches neuropathisches Schmerzsyndrom sowie ein algogenes Psychosyndrom mit. Die Schmerzsymptomatik sei trotz medikamentöser, therapeutischer Schmerztherapie, Krankengymnastik und Gerätetraining seit Beginn ihrer Behandlung am 22.06.2010 weitestgehend gleichbleibend, wenn nicht seit Aufnahme der Tätigkeit als Alltagsbegleiter im Altersheim unter dortiger Belastung zunehmend. Nach Ihrer Beurteilung ergebe sich eine MdE von 30 v. H., wobei sich eine zeitliche Abstufung für sie nicht ergebe.

Mit Urteil vom 27.03.2015 verurteilte das SG die Beklagte, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 07.10.2009 ab dem 27.11.2013 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. zu gewähren. Im Übrigen wies es die Klage ab. Dem Kläger stehe seit dem 27.11.2013 (Untersuchungstag bei Dr. B.) eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. zu. Dies ergebe sich aus den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Dr. B., der abweichend von den Feststellungen des Dr. B. eine zusätzliche Mitbeteiligung der Wurzel S2 festgestellt habe. Außerdem habe er neben der neuropathischen Schmerzkomponente auch eine relevante lokale und pseudoradikuläre Komponente der Schmerzen festgestellt, die teilweise die Beeinträchtigung beim Sitzen und Stehen mit sich bringe. Nicht zwingend erforderlich sei, dass die Einschätzung der Höhe der MdE stets durch Verweise auf einschlägige Literatur belegt werde, da nicht immer, insbesondere bei der Bewertung von Kraft und Schmerzen und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit, einschlägige Erfahrungen herangezogen werden könnten. Eine höhere MdE als 30 v. H. kommen nicht in Betracht. Aus keiner der gutachterlichen Feststellungen ergebe sich, dass der Kläger in quantitativer Hinsicht nur zu 50 v. H. in seiner Leistungsfähigkeit im Hinblick auf das gesamte Gebiet des wirtschaftlichen Lebens einsetzbar wäre.

Gegen das der Beklagten am 25.05.2015 und dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 28.05.2015 zugestellte Urteil haben die Beklagte am 02.06.2015 und der Kläger am 22.06.2015 Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat vorgetragen, dem Urteil werde insoweit zugestimmt, als die MdE zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Bescheides am 02.10.2012 mit 20 v. H. einzuschätzen gewesen sei. Eine Änderung in den Verhältnissen, die eine MdE von 30 v. H. rechtfertigen würde, liege nicht vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Mannheim vom 27.03.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG Mannheim vom 27.03.2015 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 02.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.01.2013 zu verurteilen, ihm wegen des Arbeitsunfalls am 07.10.2009 Verletztenrente ab dem 02.10.2012 auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 50 v. H. zu bewilligen sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Der Kläger hat zur Begründung vorgetragen, weder die Beklagte noch die Gutachter oder das SG hätten eine konkrete, auf dem Gebiet des allgemeinen Erwerbslebens tatsächlich existierende Beschäftigung genannt, die der Kläger unter Nutzung seines angeblich vorhandenen Restleistungsvermögens von 70 Prozent in diesem Umfang ausüben könnte. Rein theoretische Tätigkeiten, die es auf dem "Gebiet des gesamten Erwerbslebens" gar nicht gebe und die deshalb für den Kläger auch nicht erreichbar seien, könne der MdE-Einschätzung nicht zugrundegelegt werden. Die Gutachterin Dr. K.-M. sei zu dem Ergebnis gekommen, dass körperliche Restleistungsvermögen sei eine berufliche Tätigkeit mit wechselnden Bewegungsstrukturen von 4 Stunden pro Tag. Damit habe die Gutachterin eine Feststellung getroffen, dass der Kläger in quantitativer Hinsicht nur 50 Prozent in jeder beruflichen Tätigkeiten einsatzfähig sei. Völlig neben der Sache lägen die Ausführungen des SG, der Kläger könne in seiner Freizeit wandern, sich eigenständig im Haushalt versorgen, ein Sportstudio besuchen und seine Einkäufe erledigen. Bei den "Spaziergängen" handele es sich um eine Bewegungsform, die dem Kläger einen möglichst erträglichen Umgang mit dem dauerhaften Schmerzsyndrom ermöglichten, zugleich aber auch um Training für den Erhalt bzw. die Besserung seiner verbliebenen Bewegungsmöglichkeit. Gleiches gelte auch für die Besuche des Sportstudios, indem der Kläger die Übungen weiter trainieren, die ihm im Rahmen der Rehabilitation empfohlen worden seien. Mit der Frage der MdE-Einschätzung habe dies nichts zu tun. Ferner werde gerügt, dass das SG den Zeitpunkt, ab dem die einem MdE-Grad von 30 Prozent entsprechende Rente zu gewähren sei, auf den 27.11.2013 festgelegt habe. Die erhöhte Rente sei jedenfalls ab dem beantragten Zeitpunkt 02.10.2012 zu zahlen. Es liege eine tatsächliche

Veränderung zwischen dem Zeitpunkt der vorläufigen Festsetzung und dem angegriffenen Bescheid vor, die darin bestehe, dass im Zeitpunkt der Festsetzung auf unbestimmte Zeit nunmehr der Umfang der MdE feststellbar sei.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf zwei Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegten Berufungen der Beklagten und des Klägers, sind statthaft und zulässig. Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht verurteilt, dem Kläger eine Verletztenrente ab dem 27.11.2013 nach einer MdE von 30 v. H. zu gewähren. Denn der Bescheid der Beklagten vom 02.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.01.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 v. H. Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (Stützrentenatbestand). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)). Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vmhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. BSG vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils Rn. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [BSGE 96, 196m.w.N.](#)). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m.w.N.](#)).

Hiervon ausgehend hat der Kläger am 07.10.2009 in Ausübung seiner versicherten Tätigkeit als Fotofachverkäufer einen Arbeitsunfall erlitten, was die Beklagte bereits mit dem Bescheid vom 15.09.2011 inzident auch anerkannt hat und im Übrigen zwischen den Beteiligten unstreitig ist. Der Arbeitsunfall hat beim Kläger eine os-sacrum-Fraktur (Kreuzbeinfraktur) mit Beteiligung von S1/S2 verursacht, was nach den von der Beklagten im Verwaltungsverfahren und vom Sozialgericht eingeholten Gutachten sowie den zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen feststeht und zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig ist. In dem im Rahmen der Erstuntersuchung angefertigten CT der Lendenwirbelsäule fand sich ein frisch fakturierter SWK 2 mit einer von cranial beidseits nach kaudal im Pars laterale des Os Sacrum nach kaudal durch das Foramen S1 verlaufende Frakturlinie. Links fanden sich abgesprengte ossäre Fragmente angrenzend an S2.

Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet ist die Kreuzbeinfraktur ausgeheilt. Insoweit stützt sich der Senat auf das Gutachten des Prof. Dr. O. vom 18.06.2014 und die im Wege des Urkundsbeweises zu verwertenden von der Beklagten eingeholten Gutachten des Dr. R. vom 11.08.2011 und des Dr. K. vom 23.08.2012. Aus dem Gutachten des Dr. R. ergibt sich eine in regelrechter Stellung verheilte Sacrumfraktur. Nach dem Röntgenbefund hinsichtlich der LWS zeigte das mitabgebildete Kreuzbein vor allem im seitlichen Strahlengang einen regelrechten Verlauf. Auf Höhe S2 zeigte sich eine geringe Konturunregelmäßigkeit des Knochens. Eine Fehlstellung fand sich nicht. Nach dem Gutachten des Dr. K. besteht eine knöchern konsolidierte SWK 2-Fraktur mit deutlicher Stufenbildung und subtotaler Verengung des Spinalkanals in Höhe SWK 1/2. Der Gutachter Dr. O. hat eine belastungsfeste knöcherne Verheilung der Kreuzbeinfraktur S2 mit resultierender relativer Enge ((25 %) bestätigt. Eine Knochenbruchheilungsstörung am Kreuzbein und insbesondere am sakralen Wirbelkörper, eine Instabilität des Beckenrings, eine zunehmende Verkipfung des Beckenrings, eine Einengung des sakralen Kanals oder andere okkulte knöcherne Verletzungsfolgen hätten zu keinem Zeitpunkt objektiviert werden können. Einen Hinweis auf eine instabil ausgeheilte Beckenringverletzung fand er nicht.

Auf neurologischem Fachgebiet ist eine chronische Schädigung der Nervenwurzeln S1 und S2 verblieben. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem Gutachten des Dr. B. vom 31.07.2014 sowie dem von der Beklagten eingeholten Gutachten des Dr. B. vom 27.06.2012.

Einschränkungen bestehen noch in Gestalt neurologischer Störungen und Schmerzen.

Nach dem Gutachten des Dr. B. bestand ein ungestörtes Gangbild mit leichtem Schonhinken. Sensible Störungen wurden in Gestalt einer Hypästhesie und Hypalgesie auf der Außenseite des rechten Unterschenkels, des Fußes bis zum Kleinzeh rechts inklusive der lateralen rechten Fußsohle festgestellt. Die Fußhebung war eingeschränkt. Der Achillessehnenreflex rechts fehlte. In der elektrophysiologischen Untersuchung hat Dr. B. ein S1-Syndrom festgestellt, welches sich auch klinisch nachweisen ließ, jedoch schmerzüberlagert war.

Auch bei Begutachtung durch Dr. R. war der Achillessehnenreflex nicht auslösbar. Der Kläger gab Missempfindungen bzw. eine abgeschwächte Sensibilität im Bereich des lateralen Oberschenkels und Unterschenkels sowie am lateralen Fuß an. Dabei waren die Angaben nicht dermatombezogen. Die Bewegungsprüfung der unteren Wirbelsäule war schmerzbedingt nicht möglich. Es bestanden ausgeprägte Schmerzen ileosacral gluteal sowie starke Schmerzen in der rechten Ferse und der Fußsohle.

Gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. O. äußerte der Kläger Schmerzen im Bereich des Kreuzbeines rechts sowie der rechten Fußsohle. Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hüftgelenke und der Kniegelenke hat der Gutachter nicht erhoben. Im Bereich des rechten Sprunggelenks hat der Gutachter passiv eine freie Beweglichkeit festgestellt. Aktiv war der rechte Fuß nicht über die Neutralebene anzuheben. Eine aktive Fußaußenrandhebung war rechts nicht möglich, d.h. die aktive Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks eingeschränkt. Des Weiteren hat der Gutachter eine schmerzbedingte Abschwächung der Hebung und Senkung des Fußes und der Großzehe rechts mitgeteilt. Manifeste Paresen hat er nicht festgestellt. Beim Heben des Beines zeigte sich eine geringgradige schmerzbedingte Abschwächung. Des Weiteren gab der Kläger Gefühlsstörungen im Bereich des rechten Beines an. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war bei einem Fingerbodenabstand von 25 cm, einem Ott von 30/33 cm und einem Schober von 10/14 cm allenfalls gering eingeschränkt. Das Gangbild war hinkend mit raumgreifenden Schritten.

Nach dem Gutachten des Dr. B. hat der Kläger ein Schmerzsyndrom lumbosakral mit Ausstrahlung ins rechte Bein und sensible Defizite im Bereich des rechten Beines und leichte motorische Beeinträchtigungen bei Fußbewegungen beklagt. Bezüglich der Schmerzsymptomatik gab er leichtgradige Schmerzen im Bereich der Ferse und der Fußaußenkante rechts und verstärkte Schmerzen lumbosakral mit Ausstrahlung in Gesäßbereich und Oberschenkel rechts bei Belastung im Stehen nach etwa 30 Minuten sowie im Sitzen nach etwa 15 Minuten an. Sensible Defizite berichtete der Kläger in Form einer Hypästhesie, Kribbelparästhesien und gestörten Thermästhesie an Außen-/Rückseite des Ober- und Unterschenkels bis zum Außenknöchel, Ferse, Fußaußenseite und Zehen IV und V rechts. Im Rahmen der Untersuchung des Klägers stellte der Gutachter einen normalen Muskeltonus der Extremitäten fest. Die Wadenmuskulatur rechts wies im Seitenvergleich eine diskrete Atrophie auf, weniger auch die kleine Fußmuskulatur rechts. Des Weiteren stellte der Gutachter einen fehlenden Achillessehnenreflex sowie eine leichte Kraftminderung rechts im Seitenvergleich für sämtliche Knie-, Fuß- und Zehenbewegungen fest, welche Dr. B. zumindest teilweise schmerzbedingt überlagert erschienen. Der Gutachter beschreibt ein deutlich asymmetrisches Gangbild mit Nachziehen/Schonbelastung sowie verminderter Abrollbewegung des rechten Beines, mäßiger Schrittlänge und etwas verbreiteter Basis. Des Weiteren erhob der Gutachter ein grenzwertig reduziertes evozierte Muskelaktionspotenzial im Nervus tibialis rechts, was er einer leichten axonalen Schädigung der tibialen Nervenfasern rechts zuordnete. Ferner war im Bereich des Nervus suralis rechts in antidromer Technik kein Potenzial evozierbar. Im Bereich des Muskulus gastrocnemius medialis rechts und weniger des Muskulus biceps femoris rechts wies der Gutachter chronisch-neurogene Veränderungen nach. Bei Testung der sensiblen Hautantwort (SSR) zeigte sich eine signifikant niedrigamplitudigere Reizantwort im Bereich der Fußsohle rechts bei leichter, wenngleich nicht signifikanter Latenzverzögerung im Seitenvergleich zuungunsten rechts. Insgesamt bewertete der Gutachter die Befunde der elektrophysiologischen Zusatzuntersuchungen als vereinbar mit leichtgradigen chronischen radikulären Läsionen S1 und S2 unter Mitbeteiligung autonomer Nervenfasern im Bereich des rechten Beines. Darauf führt der Gutachter die klinisch bestehenden leichtgradigen Paresen im Bereich des rechten Beines, den abgeschwächten Achillessehnenreflex rechts, die sensiblen Defizite im Bereich des Fußes und des Unterschenkels rechts sowie ein Schmerzsyndrom lumbosakral und im Bereich des Unterschenkels und Fußes rechts zurück. Die neuropathischen Komponente des Schmerzsyndroms infolge der radikulären Läsionen S1 und S2 rechts sind nach den Ausführungen des Gutachters für die Schmerzsymptomatik an Unterschenkel und Fuß verantwortlich. Darüber hinaus macht er zumindest für einen Teil der lumbosakralen Schmerzen mit Ausstrahlung in Gesäß und Oberschenkelaußenseite eine lokale und pseudoradikuläre Komponente infolge der Os sacrum-Fraktur und des nachfolgenden operativen Eingriffs verantwortlich. Für die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik könnten auch psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle spielen, wofür sich allerdings keine Hinweise ergeben hätten. Die nachweisbaren motorischen Defizite seien nicht komplett durch die chronische radikuläre Läsion S1 und S2 erklärbar. Als Ursache dafür zieht der Gutachter zum einen eine schmerzbedingte Beeinträchtigung bestimmter Bewegungen aufgrund des chronifizierten Schmerzsyndroms in Betracht. Zum anderen konnte er eine teilweise somatoforme Überlagerung nicht sicher ausschließen.

Die Gutachterin Dr. K.-M. hat eine persistierende Schädigung der Nervenwurzeln S1 und S2 rechts mit elektrophysiologisch objektivierbarer chronische Schädigung und klinisch relevanten Paresen im Bereich des rechten Fußes (Fußheber-/senkerparese), Paresen im Bereich des rechten Beines, erloschenem Achillessehnenreflex, sensiblen Defiziten sowie Muskelatrophien im Bereich des Unterschenkels mitgeteilt. Ferner gibt sie persistierende neuropathischen Schmerzen mit Taubheitsgefühlen, Allodynie und Hyperpathie S1 und S2 rechts durch Os sacrum-Fraktur, muskuläre Schmerzen des gesamten Beines durch die Gangstörung mit Schonhaltung, eine notwendige chronische, medikamentöse Schmerzmitteleinnahme, Wirbelsäulenschmerzen der unteren LWS und des Iliosakralgelenkes als chronischer Dauerschmerz wechselnder Intensität und eine psychovegetative Störung mit Stimmungseinbrüche, Konzentrationsstörungen, Freudlosigkeit und Ängsten bezüglich zunehmender Bewegungs- und Gehunfähigkeit an. Zwar finden sich im Gutachten Hinweise auf Funktionsbeeinträchtigungen wie eine eingeschränkte Plantarflexion des oberen Sprunggelenks, einen verminderten Achillessehnenreflex rechts und eine Allodynie des rechten Fußes, die sich hinsichtlich der Art von den Feststellungen der anderen Gutachter nicht relevant unterscheiden. Konkrete Untersuchungsbefunde sind dem Gutachten der Dr. K.-M. jedoch nicht zu entnehmen. So hat die Gutachterin Bewegungsmaße, Kraftgrade und Daten einer elektrophysiologischen Untersuchung nicht mitgeteilt. Der Umfang, das Ausmaß und die Objektivierbarkeit der verbliebenen Funktionsbeeinträchtigungen kann dem Gutachten danach nicht entnommen werden.

Zusammenfassend ist der Kläger nach den Gutachten beeinträchtigt durch Schmerzen im Bereich der Ferse und der Fußaußenkante rechts, lumbosakralen Schmerzen mit Ausstrahlung in Gesäß und Oberschenkel &8722; einschließlich der von Dr. B. diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung &8722; sensibler Störungen im Bereich der Außen-/Rückseiten des Ober- und Unterschenkels, des Außenknöchels, der Ferse, der Fußaußenseite und der Zehen IV und V rechts &8722; einschließlich der von Dr. K.-M. diagnostizierten Allodynie &8722; sowie eine leichte Kraftminderung im Bereich der rechten Extremität.

Diese verbliebenen Folgen des Arbeitsunfalls vom 07.10.2009 bedingen ab 02.10.2012 keine höhere MdE als 20 v. H., weshalb dem Kläger kein Anspruch auf eine höhere Verletztenrente als von der Beklagten im angefochtenen Bescheid festgesetzt zusteht.

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; BSG Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Die Erfahrungswerte bilden in der Regel die Basis für einen Vorschlag, den der medizinische Sachverständige zur Höhe der MdE unterbreitet, die aber nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 23](#) und 27; [BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); BSG Urteil vom 18.03.2003 - [B 2 U 31/02 R -](#); [BSGE 93, 63 = SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#); Burchardt in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, SGB VII, Stand 2005, § 56 RdNr 71). Die Feststellung der Höhe der MdE als tatsächliche Feststellung erfordert stets die Würdigung der hierfür notwendigen Beweismittel im Rahmen freier richterlicher Beweiswürdigung gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) (BSG, Urteil vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) - veröffentlicht in juris m. H. auf BSG, [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#); Urteil vom 18.03.2003 [a.a.O.](#)).

Die unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätze sind als Grundlage für die gleiche und gerechte Bewertung in allen Parallelfällen heranzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [a.a.O.](#)), denn diese allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen Erfahrungssätze bewirken nach dem grundgesetzlichen Gleichbehandlungsgebot über die daraus folgende Selbstbindung der Verwaltung die gebotene Gleichbehandlung aller Versicherten in allen Zweigen der gesetzlichen Unfallversicherung. Abweichungen von den zulässigerweise pauschalisierten Bewertungskriterien sind rechtlich nur dann geboten, wenn die zu bewertende funktionelle Beeinträchtigung des verletzten Organs von dem in der versicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Literatur vorgegebenen, einschlägigen Bewertungsansatz nicht oder nicht vollständig erfasst wird (vgl. Senatsurteil vom 25.10.2013 - [L 8 U 2828/12](#), Juris, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Nach diesen Grundsätzen hat die Beklagte die verbliebenen Unfallfolgen zutreffend mit einer MdE von 20 v. H. bewertet. Nach der unfallmedizinischen Bewertungsgrundsätzen bedingt ein isolierter Kreuzbeinbruch keine MdE (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 579). Die in regelrechter Stellung belastungsfest verheilte Sacrumfraktur allein bedingt danach keine MdE. Die darüber hinaus bestehenden neurologischen Beeinträchtigungen und Schmerzen beruhen nach den Gutachten im Wesentlichen auf radikulären Läsionen von S1 und auch S2, wie von Dr. B. nachgewiesen. Bei einer vergleichenden Betrachtung der in der unfallmedizinischen Literatur dargestellten Erfahrungswerte für die Bewertung von Schäden der Wirbelsäule und des Fußes, Verletzungen des peripheren Nervensystems und Schmerzen ergibt sich keine höhere MdE als 20 v. H. Eine MdE von 20 v. H. ist vorgesehen beispielsweise bei einem lokalen Lendenwirbelsäulensyndrom oder lumbalen Wurzelkompressionssyndrom mit mittelgradigen belastungsabhängigen Beschwerden, Lumboischialgie mit belastungsabhängigen Beschwerden und deutlichen Funktionseinschränkungen oder mittelgradigen Funktionseinschränkungen und Beschwerden nach Operationen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 511). Eine MdE um 30 bis 40 v. H. ist anzunehmen bei einem lumbalen Wurzelkompressionssyndroms mit starken belastungsabhängigen Beschwerden und motorischen Störungen funktionell wichtiger Muskeln oder starken Funktionseinschränkungen und Beschwerden nach Operationen. Schwerste Leistungseinschränkungen, die eine MdE von 50 bedingen, bestehen bei einem lumbalen Wurzelkompressionssyndroms mit schwersten motorischen Störungen, einem persistierenden gravierenden Kauda-Syndrom oder Funktionseinschränkungen und Beschwerden nach Operationen. Nach diesen Kriterien bedingen die beim Kläger vorliegenden Beeinträchtigungen keine schweren oder gar schwerste Leistungseinschränkungen, die eine MdE von mindestens 30 v. H. rechtfertigen würden. Insbesondere liegen beim Kläger keine gravierenden funktionellen Störungen vor. Es ist auch nicht von starken belastungsabhängigen Beschwerden auszugehen. Die beim Kläger bestehenden motorischen und sensiblen Störungen bedingen für sich betrachtet allenfalls eine MdE von 10 v. H. Beim Kläger bestehen motorische Störungen lediglich in Form leichtgradiger Paresen im Bereich des rechten Beines. Der Gutachter Dr. B. hat lediglich auf 4/5 reduzierte Kraftgrade hinsichtlich Hüftstreckung, Knie-, Fuß- und Zehenbeweglichkeit festgestellt. Die Fußpronation war auf einen Kraftgrad von 3-4/5 reduziert. Die eingeschränkte Fußhebung ist zwar schon nicht durch die festgestellten radikulären Läsionen erklärbar. Darauf kommt es jedoch nicht entscheidend an. Denn sogar eine vollständige Aufhebung der Fußhebung durch eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk bedingt lediglich eine MdE von 10 v. H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 678). Eine Verminderung lediglich des Kraftgrades kommt einer derartigen Bewegungseinschränkung nicht gleich, ist somit geringer zu bewerten. Dementsprechend rechtfertigen bei uneingeschränkter Beweglichkeit der Hüft-, Knie-, Fuß- und Zehengelenke die auf 4/5 reduzierten Kraftgrade keine Bewertung entsprechend einer MdE von 10 v. H. bedingenden leichten Bewegungseinschränkung. Ein Vergleich mit den Bewertungsgrundsätzen hinsichtlich Nervenausfällen ergibt nichts anderes. Die MdE-Erfahrungswerte beziehen sich auf einen vollständigen Ausfall der betroffenen Nerven. Teillähmungen der Nerven sind geringer zu bemessen. Dr. B. hat eine leichte Schädigung der tibialen Nervenfasern nachgewiesen. Im Bereich des vom Nervus tibialis versorgten Muskulus gastrocnemius medialis und des Musculus biceps femoris hat der Gutachter dazu passend leichte chronisch-neurogene Veränderungen festgestellt. Ein vollständiger Ausfall des Nervus tibialis bedingt eine MdE von 25 v. H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 230). Die lediglich leichte axonale Schädigung der tibialen Nervenfasern kann danach bei nur leichten motorischen Defiziten unter Berücksichtigung der bestehenden Sensibilitätsstörungen eine MdE von 10 v. H. rechtfertigen. Schließlich rechtfertigen nicht die beim Kläger auftretenden Schmerzen die Annahme einer schweren Leistungsbeeinträchtigung. Zunächst sind in den Bewertungsgrundsätzen nach allgemeiner Übereinkunft die mit dem Grad einer Bewegungseinschränkung üblicherweise verbundenen Schmerzen und die damit typischerweise einhergehende Kraftminderung umfasst (Urteil des Senats vom 25.10.2013 - [L 8 U 2828/12](#) a.a.O.). Nichts anderes kann für die Bewertung von Nervenschäden gelten, welche die üblicherweise in ihrem Versorgungsgebiet

bestehenden Schmerzen (und mit Missempfindungen) mit erfassen. Soweit diese beim Kläger über die üblicherweise mit den nachgewiesenen Läsionen verbundenen Schmerzen hinausgehen, rechtfertigt dies nicht die Annahme einer MdE um mehr als 20 v. H. Selbst bei einer somatoformen Schmerzstörung mit einem Schmerzzustand mit leicht- bis mäßiggradiger körperlich-funktioneller Einschränkung ist nur eine MdE von 10 v. H. anzunehmen. Ein chronifizierter Schmerzzustand mit stärkergradiger körperlich-funktioneller Einschränkung und psychisch-emotionaler Beeinträchtigung rechtfertigt eine MdE bis 30 v. H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 222). Beim Kläger ist jedoch weder eine relevante psychisch-emotionale Beeinträchtigung erkennbar, noch bestehen stärkergradige körperlich-funktionelle Einschränkungen. Der Gutachter Dr. B. hat zwar eine schmerzbedingte Beeinträchtigung bestimmter Bewegungen in Betracht gezogen. Allerdings waren die festgestellten Kraftgrade nur gering herabgesetzt, so dass eine stärkergradige körperlich-funktionelle Einschränkung durch die Schmerzen nicht vorliegt. Soweit die Gutachterin Dr. K.-M. eine psychovegetative Störung mit Stimmungseinbrüchen sowie Konzentrationsstörungen angegeben hat, fehlt es an insoweit belastbaren Befunden. Gegen das Vorliegen wesentlicher psychischer Beeinträchtigung spricht auch, dass der Kläger seit August 2013 eine halbschichtige Tätigkeit als Alltagsbegleiter in einem Altenpflegeheim verrichtet, wo er für die Beschäftigung von 25 schwerstpflegebedürftigen und gerontopsychisch veränderten Bewohnern zuständig ist (vgl. Zwischenzeugnis des Altenpflegeheime Mannheim vom 13.03.2015, Bl. 177 der SG-Akten). Seitens des Arbeitgebers wird er als sehr engagierter und motivierter Mitarbeiter beschrieben, der bei allen Festlichkeiten mithilfe und kreative Ideen einbringt (Bl. 176 der SG-Akten). Dass der Kläger die ihm übertragenen Aufgaben offenbar zuverlässig und motiviert bewältigt, spricht gegen wesentliche psychische Beeinträchtigungen und einen. Die Bewältigung der dem Kläger übertragenen Aufgaben (z.B. malen, basteln, musizieren, singen, Spiele, Bewegungsübungen, Tanzen, Besuch kultureller Veranstaltungen, vorlesen) spricht für eine erhaltene Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und verbietet die Annahme eines sozialen Rückzugs des Klägers. Sie zeigt, dass der Kläger in psychischer Hinsicht noch in der Bandbreite des Arbeitsmarktes einsetzbar ist. Gegen die Annahme starker belastungsabhängiger Beschwerden sprechen die übrigen Aktivitäten des Klägers. So hat der Kläger gegenüber den Gutachtern Prof. Dr. O. und Dr. B. angegeben, dass Umherlaufen Erleichterung bringe, weswegen er längere Zeit des Tages mit Spazierengehen verbringe und dabei Einkäufe erledige. Auch Haushaltstätigkeiten führt der Kläger selbstständig durch. Beeinträchtigungen hat er lediglich hinsichtlich des Tragens schwerer Gegenstände angegeben, insbesondere gelinge ihm das Hochschleppen von Getränkekisten in seine Dachwohnung nicht. Entgegen der Auffassung des Klägers sind diese Aktivitäten im Rahmen der MdE-Bewertung auch zu berücksichtigen. Dass der Kläger die Aktivitäten teilweise zur Beschwerdelinderung durchführt, ändert nichts daran, dass stärkergradige Belastungen bei entsprechenden Aktivitäten gerade nicht bestehen, diese vom Kläger somit verrichtet werden können.

Soweit der Gutachter Dr. B. die MdE nach den von ihm erhobenen Befunden mit 30 v. H. eingeschätzt hat, ist dies für den Senat nicht überzeugend. Nachvollziehbar ist bereits nicht, dass eine Schädigung der Wirbelsäule in einem Abschnitt mit resultierenden persistierenden deutlichen funktionellen Auswirkungen, wie vom Gutachter zur Begründung seiner Einschätzung angegeben, eine MdE von 30 v. H. bedingen soll. Nach der unfallmedizinischen Literatur erfordert, wie dargestellt, eine MdE von 30 v. H. starke funktionelle Einschränkungen und motorische Störungen funktionell wichtiger Muskeln. Liegen lediglich belastungsabhängige Beschwerden und deutliche Funktionseinschränkungen vor, entspricht dies nur einer MdE von 20 v. H. Soweit die Gutachterin Dr. K.-M. eine MdE von 30 v. H. vorgeschlagen hat, sind dem Gutachten schon keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, auf welche Erfahrungswerte sie sich insoweit stützt. Im Übrigen rechtfertigen Art und Ausmaß der feststellbaren Beeinträchtigungen wie dargestellt lediglich eine MdE von 20 v. H. Dem Gutachten der Dr. K.-M. sind keine Befunde zu entnehmen, die auf schwerergradige Beeinträchtigungen schließen lassen.

Es besteht auch keine Verpflichtung, konkrete, auf dem Gebiet des allgemeinen Erwerbslebens tatsächlich existierende Beschäftigungen zu nennen, die der Kläger unter Nutzung seines Restleistungsvermögens in diesem Umfang ausüben kann. Denn maßgeblich für die Bewertung der MdE sind die tatsächlich verbliebenen Folgen, die sich beeinträchtigend auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens auswirken. Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen des Arbeitsmarktes, die insbesondere mit langem Sitzen oder Stehen verbunden sind und keinen häufigen Wechsel der Körperhaltung ermöglichen, und dem Kläger wegen seiner Funktionsbeeinträchtigung verschlossen sind, sind typischerweise in der Erwerbsminderung um 20 v. H. berücksichtigt, was Ausdruck der durch die funktionelle Beeinträchtigungen verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Arbeitsmarkt ist (vgl. Senatsurteil vom 25.10.2013, [a.a.O.](#)).

Anlass zu weiteren Ermittlungen besteht nicht. Für den Senat ist der für die Entscheidung relevante Sachverhalt durch die vom Beklagten und vom SG durchgeführten Ermittlungen sowie die zu den Akten gelangten medizinischen Unterlagen geklärt. Gesichtspunkte, die Anlass zu weiteren Ermittlungen geben, hat der Kläger nicht aufgezeigt.

Auf die Berufung der Beklagten war daher das angefochtene Urteil aufzuheben. Die Berufung des Klägers konnte keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-12