

L 6 U 3694/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 204/10
Datum
12.08.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3694/14
Datum
12.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. August 2014 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte erstattet dem Kläger die Hälfte seiner außergerichtlichen Kosten für das Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Die beiden Beteiligten wenden sich mit selbstständigen Berufungen gegen ein Urteil des Sozialgerichts Heilbronn (SG), mit dem die Beklagte verurteilt worden ist, Frakturen von insgesamt neun Wirbelkörpern als Folgen eines Arbeitsunfalls anzuerkennen und eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 vom Hundert (v.H.) zu gewähren.

Der 1967 geborene Kläger stammt aus Kroatien und lebt seit dem Jahre 1972 in Deutschland. Er ist Diplom-Kaufmann und war bis zum 30. Juni 2009 als angestellter kaufmännischer Leiter bei einem in Deutschland ansässigen Unternehmen der Multimedia-Branche (im Folgenden: Arbeitgeberin) angestellt und in dieser Eigenschaft bei der beklagten Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert. Unter anderem auf Grund des auch in diesem Verfahren streitigen Unfalls vom 28. März 2008 hatte er zum 30. Juni 2009 seine Berufstätigkeit aufgegeben und zeitweise eine Rente wegen voller Erwerbsminderungsrente bezogen. Vor Ablauf dieser befristeten Rente hat er nach Absolvierung einer weiteren Ausbildung im Jahre 2015 erneut eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen aufgenommen. Diese übte er zunächst vollschichtig aus, wurde aber wegen gesundheitlicher Probleme inzwischen auf 30 Stunden in der Woche verringert; daneben bezieht er jetzt eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Am 28. März 2008 befand sich der Kläger auf der Rückfahrt von einem Außendiensttermin in Dänemark zum Flughafen Hamburg-Fuhlsbüttel auf dem linken Fahrstreifen der Bundesautobahn A7 zwischen den Anschlussstellen Neumünster-Mitte und Neumünster-Süd Richtung Süden. Nach den späteren Feststellungen der Verkehrspolizei streifte der Kläger dort gegen 14.20 Uhr mit seinem Mietwagen auf einer Länge von insgesamt 310 m viermal die Leitplanke auf dem Mittelstreifen zwischen den Fahrspuren, und zwar dreimal für etwa 16 m und zuletzt für 160 m, bis er bei Autobahnkilometer 97,500 zum Stillstand kam. Auf Ansprache durch die Verkehrspolizei reagierte der Kläger zunächst nicht. Auf die Anweisung, den Wagen auf den Standstreifen zu fahren, reagierte er verzögert und fuhr los, hielt aber nicht an, sodass er nach einer Verfolgungsfahrt von etwa 2,3 km gestoppt werden musste. Ein Atemalkoholtest blieb negativ, Fragen nach einem Drogenkonsum verneinte der Kläger. Er gab an, zuletzt am Abend zuvor gegessen zu haben. Die Polizei konnte nirgendwo auf dem Unfallabschnitt Brems- oder Schleuderspuren feststellen. Zeugenbeobachtungen gab es nicht (vgl. Bericht zur Verkehrsanzeige Autobahnpolizei Neumünster vom 29. März 2008). An dem Fahrzeug, einem Nissan Micra, stellte der Autovermieter später durchgehende Schleifspuren auf der linken Seite und leichte Eindellungen vorn und hinten links fest. Die Reparaturkosten betrugen EUR 2.816,58 netto (Auskunft der Europcar Autovermietung GmbH vom 24. April 2015).

Der Kläger wurde kurz nach dem Unfall per Rettungswagen in das Kreiskrankenhaus Neumünster eingeliefert. Ausweislich des Durchgangsarztberichts (D-Berichts) vom selben Tage wurden dort auf Grund einer Röntgenuntersuchung Frakturen des Brustwirbelkörpers (BWK) 12 sowie der Lendenwirbelkörper (LWK) 1 bis 5, eine Hinterkantenbeteiligung an den LWK 2 bis 4, ein Verdacht auf eine ventrale Einblutung in den Spinalkanal bei LWK 3 und 4 sowie eine diskrete Lungenkontusion beidseits diagnostiziert. Für den Hergang des Unfalls bestand bei dem Kläger eine vollständige Amnesie. In dem Zwischenbericht vom 2. April 2008 teilte das Krankenhaus Neumünster unter anderem nach einer Computertomografie des Kopfes und der Wirbelsäule (CCT und CT) mit, bei dem Kläger seien Deckplattenimpressionsfrakturen an den BWK 6, 9, 11 und 12 sowie den LWK 1 bis 5, davon bei BWK 12 bis LWK 5 mit Hinterkantenbeteiligung, ein Schädel-Hirn-Trauma mit retrograder Amnesie, eine diskrete Lungenkontusion rechts und - nebenbefundlich - eine große arachnoidale Zyste links temporal (flüssigkeitsgefüllte, zumeist angeborene Erweiterungen der Spinnwebhaut [mittlere

Hirnhaut)) festgestellt worden. Eine Indikation für eine Operation wurde nicht gesehen, der Kläger wurde schmerzmedikamentös und krankengymnastisch behandelt. Für eine kurzfristige Stuhl- und Harninkontinenz konnten keine Gründe gefunden werden; sie bildete sich auch zügig zurück. Neurologische Untersuchungen in Neumünster blieben ohne Befund, hinsichtlich der retrograden Amnesie wurde angemerkt, sie sei am ehesten posttraumatisch nach Schädel-Hirn-Trauma zu erklären, "DD" (differenzialdiagnostisch) "postiktal nach stattgehabtem Krampfanfall" (Bericht der Klinik vom 1. April 2008 über ein neurologisches Konsil am 28. März 2008).

Am 2. April 2008 wurde der Kläger in die BG-Klinik Tübingen verlegt. Dort wurde er bis zum 17. April 2008 stationär behandelt. Am 7. April 2008 wurde dort eine CT-Untersuchung durchgeführt, deren Bericht jedoch erst im März 2009 zur Akte der Beklagten gelangte. Es wurde ausgeführt, es beständen fortgeschrittene Umbauzeichen der Wirbelkörper der BWS und der LWS mit multiplen Sinterungsfrakturen. Es beständen Hinweise auf eine fortgeschrittene Osteoporose. Die Frakturen bei den BWK 6 und 9 könnten frischer sein, während die Frakturen bei BWK 7 und 8 sowie die Deckplatteneinbrüche bei LWK 1 bis 4 älterer Genese erschienen und "durchsklerosiert" seien. Die Diagnose einer Osteoporose teilte die BG-Klinik der Beklagten sodann mündlich am 9. April 2008 mit (Bericht des Besuchsdienstes der Beklagten. In dem Entlassungsbericht vom 16. April 2008 gab die BG-Klinik hierzu – nur – einen "Verdacht auf sekundäre, unfallunabhängige Osteoporose" an und empfahl eine laborchemische Diagnostik.

Während eines Gesprächs mit dem Rehabilitationsberater der Beklagten am 22. April 2008 teilte der Kläger mit, er wolle alsbald wieder seinen bislang regelmäßig ausgeübten sportlichen Aktivitäten (Joggen, Berg- und Schluchtenwandern) nachgehen. Die BG-Klinik gab in dem Zwischenbericht vom 26. Mai 2008 an, der Kläger sei – wegen Gleichgewichtsstörungen – am 30. April 2008 erneut gestürzt und habe sich nur mit den Armen auffangen können, er beklage eine persistierende Konzentrationsschwäche und Kopfschmerzen sowie Probleme beim Toilettengang. Eine Röntgenuntersuchung zeige die WS-Frakturen in knöcherner Konsolidierung. Das Stützkorsett solle alsbald abtrainiert werden. Die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose einer Osteoporose wurde nicht mehr gestellt. Eine videodynamische Untersuchung auf urologischem Gebiet bei Prof. Dr. P., Klinikum Sindelfingen-Böblingen, ergab nach dem Bericht vom 18. Juni 2008 eine obstruktive Blasenentleerungsstörung bei Blasenhalssklerose und kleiner Prostata sowie einen Z. n. (Zustand nach) Harnsteinzertrümmerung 1995. Hierzu teilte der Urologe Dr. R. unter dem 16. Juli 2008 mit, die Blasenentleerungsstörung sei nicht neurogen bedingt und stehe nicht in Zusammenhang mit dem Unfall.

Der weiter behandelnde Orthopäde Dr. P. holte den radiologischen Befundbericht bei Dr. K. vom 26. Juni 2008 ein, wonach – nunmehr – Wirbelkörperfrakturen an den BWK 4, 6 bis 9, 11, 12 [nicht bei 10] und LWK 1 [die weitere LWS wurde nicht untersucht] festgestellt wurden, die sich in verschiedener Konsolidierungen befanden und wonach diese Befunde "sämtlich vergleichbar" mit den Untersuchungen nach dem Unfall seien.

Der Kläger absolvierte eine stufenweise Wiedereingliederung auf seinem alten Arbeitsplatz. Ab dem 25. August 2008 wurde vollschichtige Arbeitsfähigkeit angenommen (Zwischenbericht der BG-Klinik Tübingen vom 12. September 2008). Der Kläger teilte jedoch unter dem 18. Oktober 2008 mit, sein Gesundheitszustand habe sich wieder verschlechtert und er sei ab dem 6. Oktober 2008 wieder arbeitsunfähig erkrankt. Der Arbeitsdruck sei hoch. Die Arbeitgeberin habe auf Nachfrage keine ausreichende Beteiligung an den Kosten eines Umzugs vom Wohnort an den Arbeitsort zugesagt. Daher habe er sich entschlossen, das Arbeitsverhältnis – mit Wirkung zum 30. Juni 2009 - zu kündigen.

Unter dem 27. Oktober 2008 teilte Dr. K. nach einer weiteren Magnetresonanztomogramm-(MRT)-Untersuchung mit, es beständen "alte Kompressionsfrakturen des BWK 6 bis 9" sowie "frischere Deckplattenimpressionen des BWK 12 und gering des BWK 10". Zur LWS ergab eine weitere Untersuchung (Bericht vom 29. Oktober 2008) "multiple Deckplattenkompressionen" an den LWK 1 bis 4, ferner wurde jetzt wegen einer neu aufgetretenen Signalveränderung am BWK 10 dort eine "frische Deckplattenkompression" angenommen. Hierzu teilte der Kläger später, am 8. Dezember 2008, mit, die neu festgestellten Frakturen könnten auf einen Autounfall vom 6. Oktober 2008 zurückzuführen sein, den er auf dem Weg zu einer – von der Beklagten erbrachten – Behandlung bei einem Physiotherapeuten erlitten habe.

Dr. P. teilte unter dem 20. November 2008 mit, die Verschlechterung sei erheblich, Arbeitsfähigkeit sei nicht wieder zu erreichen gewesen, nach einem Schmerzschub mit Bewegungsunfähigkeit sei erneut ein Korsett verordnet worden, die bei Dr. K. eingeholten MRT-Untersuchungen hätten erneute Frakturen (BWK 10) gezeigt. Aus orthopädischer Sicht betrage "die GdB" 20 v.H. Der Endokrinologe Dr. G. gab nach einer Stoffwechseluntersuchung unter dem 20. November 2008 als Diagnose eine "deutliche Osteoporose" an, jedoch keinen Anhalt für eine – weitere – Störung des Calcium- oder Kollagenstoffwechsels. Die z.T. alten, z.T. neuen Wirbelkörperfrakturen seien "z.T. natürlich traumatisch bedingt, mit aller Wahrscheinlichkeit auf dem Boden einer bereits bestehenden Osteoporose", die Knochendichte sei bereits bei den Untersuchungen in Neumünster erniedrigt gewesen und habe seitdem, bedingt durch die Immobilität, weiter abgenommen.

Mit Schreiben vom 24. November 2008 stellte die Beklagte – nach Aktenlage vorläufig – die Verletztengeldzahlungen an den Kläger mit Rückwirkung zum 6. Oktober 2008 ein. Der Kläger bezog – höheres – Krankentagegeld von seiner privaten Krankenversicherung.

Vom 21. Januar bis zum 11. Februar 2009 absolvierte der Kläger – vorläufig zu Lasten seiner privaten Krankenversicherung – eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im SRK Gesundheitszentrum Bad Wimpfen. In dem Entlassungsbericht vom 20. Februar 2009 wurden als Diagnosen eine Osteoporose, Deckplattenimpressionenfrakturen bei BWK 6, 9, 11 und 12 sowie LWK 1 bis 5, davon bei BWK 12 bis LWK 5 mit Hinterkantenbeteiligung auf Grund eines Unfalls vom 28. März 2008 sowie Frakturen des BWK 4 (August 2008) und des BWK 10 (Oktober 2008) "ohne adäquates Trauma" angegeben. Die Beweglichkeit der LWS und der BWS war jeweils "schmerzhaft eingeschränkt". Die Geh- und Stehfähigkeit sei vorhanden, die Schmerzen seien rückläufig, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit werde nach noch 1 bis 2 Wochen wieder möglich sein.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. R., K.-Hospital Stuttgart, das radiologische Fachgutachten vom 24. August 2009. Er wertete hierbei selbst unter anderem die röntgenologischen und CT-Untersuchungen aus Neumünster vom 28. März und 1. April 2008, die CT-Untersuchung der BG-Klinik Tübingen vom 2. April 2008 sowie ein am 4. April 2008 in der BG-Klinik Tübingen angefertigtes MRT aus. Ferner lagen ihm die Röntgenbilder der BG-Klinik von den Nachuntersuchungen von April bis Juli 2008 sowie die Bilder der MRT-Untersuchungen von Dr. K. bis einschließlich Oktober 2008 vor. Der Gutachter führte aus, die in Tübingen durchgeführten Untersuchungen der Knochendichte hätten einen T-Score von -1,9 ergeben, was nicht für eine Osteoporose (kleiner als -2,5) sondern nur für eine Osteopenie (-1 bis -2,5) spreche. Der T-Score habe sich dann nach dem Unfall auf Grund der Immobilität bis auf -2,6 verschlechtert. Nach den MRT-

Untersuchungen in Tübingen, die vollständiger und besser zu bewerten seien als jene aus Neumünster, habe der Kläger an neun Wirbelkörpern frische Frakturen gehabt (BWK 4, 6, 9, 12 sowie LWK 1 bis 5). Diese könnten etwa dem Unfallzeitpunkt zugeordnet werden. Zusätzlich hätten an drei Wirbelkörpern (BWK 7, 8, 11) ältere Frakturen vorgelegen. Im weiteren Verlauf sei es zu einer Fraktur des BWK 10 gekommen, die im Oktober 2008 erstmals festzustellen gewesen sei. Die Unterscheidung zwischen – bezogen auf den Unfallzeitpunkt – frischen und älteren Frakturen beruhe unter anderem darauf, dass in den frisch betroffenen Wirbelkörpern Knochenmarksödeme zu sehen gewesen seien, die sich in den folgenden Monaten, wie zu erwarten gewesen sei, zurückgebildet hätten. Auf die Frage, ob es für die unfallnah aufgetretenen Wirbelkörperfrakturen konkurrierende Ursachen gebe, gab der Gutachter an, es sei schwer vorstellbar, dass diese Frakturen durch das Unfallereignis verursacht worden seien. Besser vorstellbar sei, dass sie durch ein inneres Ereignis, z.B. einen Krampfanfall bei vorbestehender Osteopenie, verursacht worden seien. Dafür fänden sich in den Akten jedoch keine Beweise, obwohl mehrfach die Möglichkeit eines Krampfanfalls angedeutet worden sei, so z.B. in den Berichten der Verkehrspolizei und über das neurologische Konsil im Krankenhaus Neumünster am 28. März 2008. In den folgenden Berichten habe die Diagnose immer Schädel-Hirn-Trauma mit retrograder Amnesie oder "Commotio cerebri" gelaute. Jedoch fänden sich in dem Schädel-CT in Neumünster keine posttraumatischen Veränderungen, und im Unfallbericht werde keine Prellmarke angegeben, die die Theorie eines Schädel-Hirn-Traumas stützen könne. Vorerkrankungen des Klägers im Wirbelsäulenbereich seien nicht dokumentiert. Der Kläger habe jedoch ausweislich des Berichts der BG-Klinik Tübingen vom 3. April 2008 angegeben, er habe "immer mal" muskuläre Verspannungen im Rückenbereich, weswegen er ab und zu Massagen und Akupunktur in Anspruch nehme. Prof. Dr. R. wies dann noch darauf hin, dass – nur – 33 % der osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen klinisch diagnostiziert würden. Auch der Kläger habe die drei vorbestehenden Frakturen offensichtlich nicht bemerkt. Zusammenfassend führte der Gutachter aus, der Unfall habe zu einer Verschlimmerung durch die neu aufgetretenen neun Wirbelkörperfrakturen geführt. Es sei nicht vorstellbar, dass es ohne ein zusätzliches, heftiges Ereignis zu einer solchen Serie von Frakturen gekommen sei, vor allem nicht durch eine alltäglich Belastung. Zum Ausmaß der Verschlimmerung und zur etwaigen Höhe einer MdE machte der Gutachter keine Angaben, diese Fragen gingen über den Fachbereich eines Radiologen hinaus.

Mit Bescheid vom 3. September 2009 stellte die Beklagte fest, wegen der Folgen des Arbeitsunfalls bestehe kein Anspruch auf Rente. In den Gründen ist ausgeführt, der Unfall habe zu folgenlos verheilten Prellungen des Brustkorbs geführt. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungsbedürftigkeit (zu Lasten der Beklagten) habe nicht bestanden. Die röntgenologisch festgestellten Brüche der BWK 6, 9, 11, 12 und der LWK 1 bis 5 ständen nicht mit dem Unfall in Zusammenhang, sondern beruhten auf anlagebedingten Erkrankungen.

In Folge dieses Bescheids machte die Beklagte mit Schreiben vom 1. Oktober 2009 gegenüber der privaten Krankenversicherung des Klägers Erstattungsansprüche in Höhe von "vorläufig" insgesamt EUR 50.564,31 geltend. Parallel forderte sie die behandelnden Ärzte auf, die Behandlung zu ihren Lasten einzustellen.

Im Widerspruchsverfahren trug der Kläger vor, die nach dem Unfall diagnostizierten Frakturen seien allesamt frisch gewesen. Der Gutachter habe ihn weder untersucht noch bildgebendes Material aus der Zeit nach Oktober 2009 berücksichtigt. Er habe noch niemals irgendwelche Krampfanfälle gehabt. Die muskulären Verspannungen, von denen er in Tübingen berichtet habe, seien oberhalb der Frakturen, nämlich im Schulter- und Nackenbereich, aufgetreten und hätten nichts mit den Wirbelkörpern zu tun. Letztlich habe Prof. Dr. R. selbst in dem Unfall die maßgebliche Ursache gesehen, indem er ausgeführt habe, ohne ein solches Ereignis wäre es nicht zu einer Serienfraktur dieses Ausmaßes gekommen.

Die Beklagte holte bei dem Radiologen Prof. Dr. M. die beratungsärztliche Stellungnahme vom 14. Dezember 2009 ein. Darin ist ausgeführt, den Ausführungen Prof. Dr. R.s zum Alter der jeweiligen Frakturen sei zuzustimmen, das geschilderte Unfallereignis sei nicht geeignet gewesen, die frischen Wirbelkörperfrakturen rechtlich wesentlich zu verursachen, eine Verursachung sei sogar auszuschließen, da das Auto nur seitlich an der Leitplanke entlanggeschlittert und nur leicht beschädigt worden sei. Derartige Mehrfach-Wirbelkörper-Frakturen wie hier seien typische Folgen von Krampfanfallsleiden bzw. eines Status nach einmaligem oder mehrfachem Krampfanfall, des weiteren bei Starkstromschlägen, dann bei ausgeprägter fortgeschrittener Osteoporose, manchmal auch spontan auftretend und schließlich traumatisch – nur – bei schwerem Autounfall mit deutlichem direkten Aufprall- oder Stauchungsgeschehen. Im konkreten Fall sei der Vorschaden Osteopenie nicht derart weit fortgeschritten gewesen, dass es keiner besonderen Einwirkung bedurft hätte. Das von den genannten Möglichkeiten einzig adäquate ursächliche Trauma für die Mehrfach-Wirbelkörper-Frakturen sei ein spontaner Krampfanfall, die Folgeschäden an der Wirbelsäule seien je nach Schwere der vorbestehenden Osteopenie entsprechend ausgeprägter und umfangreicher (ausgefallen).

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Dezember 2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie führte ergänzend an, bereits fünf Tage nach dem Unfall seien bildgebend ältere Frakturen und eine Veränderung der Knochenstruktur (im Sinne einer Osteopenie) zu erkennen gewesen, die auf Grund des zeitlichen Verlaufs nicht dem Unfall zugeordnet werden könnten. Allein die Tatsache, dass die frischen Frakturen nach dem Unfall aufgetreten oder erkannt worden seien, mache sie nicht zwangsläufig zu Folgen des Unfalls. Der Unfallhergang sei nicht geeignet gewesen, die festgestellten Wirbelkörperbrüche rechtlich wesentlich zu verursachen.

Am 20. Januar 2010 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Er hat dort eine Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung von neun Wirbelkörperfrakturen als Unfallfolge und zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 40 v.H. beantragt.

Zur Begründung hat der Kläger vorgetragen, er leide trotz ständiger Medikamentierung und Therapie nach multiplen Brüchen sämtlicher Wirbelkörper ab dem BWK 4 abwärts an intensiven Schmerzen, Muskelverspannungen und einer Fehlstatik der Wirbelsäule. Vor dem Unfall hätten keine Gesundheitsbeeinträchtigungen an der Wirbelsäule vorgelegen. Er hat auf ein Gutachten verwiesen, das im Auftrag seiner privaten Unfallversicherung eingeholt worden sei. Darin sei er als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft worden. Er hat weiter vorgetragen, in der gesetzlichen Unfallversicherung sei der Versicherte mit dem gesundheitlichen Zustand versichert, mit dem er die Arbeit angetreten habe. Ein Ursachenzusammenhang zu dem Unfall sei daher auch dann anzunehmen, wenn – auch – die Arteriosklerose, sprich die Osteoporose oder Osteopenie, als rechtlich wesentliche Ursachen anzusehen seien. Zur Untermauerung seines Vortrags hat er die gutachterliche Stellungnahme seines behandelnden Orthopäden Dr. P. vom 15. März 2010 vorgelegt, auf die verwiesen wird.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten gewesen ist, hat das SG bei allen behandelnden Ärzten das vorhandene bildgebende Material eingeholt.

Sodann hat das SG den Facharzt für Orthopädie Dr. D. mit einem orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten beauftragt. Dr. D. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 8. November 2010 bekundet, eine Woche nach dem Unfall seien kernspintomografisch frische knöcherne Verletzungen der Wirbelkörper BWK 4, 6, 9 und 12 sowie LWK 1 bis 5 gesichert worden, die dem Unfallzeitpunkt zugeordnet werden könnten. Die ebenfalls festgestellten knöchernen Verletzungen der BWK 7, 8 und 11 seien bereits konsolidiert gewesen und müssten daher zeitlich vor dem hier zur Diskussion stehenden Unfallereignis abgelaufen sein. Die Knochendichtemessung habe einen verminderten Mineralsalzgehalt mit einem T-score von -1,9 ergeben. Während der konservativen Behandlung der frischen Frakturen habe sich dieser Wert auf -2,6 erhöht, worauf es spontan, also ohne weitere äußere Ursache, zu einer knöchernen Verletzung des BWK 10 im Sinne einer osteoporotischen Sinterungsfraktur gekommen sei. Eine solche Sinterungsfraktur sei auch bei den vorbestehenden Schäden der BWK 7, 8 und 11 anzunehmen. Die anderen Frakturen seien zeitlich betrachtet offensichtlich im Rahmen des Unfalls entstanden. Damit ergäben sich für diese Frakturen drei verschiedene Entstehungsmöglichkeiten. Sie könnten durch eine entsprechend große verkehrsunfallbedingte Gewalteinwirkung während der Seitenkollision des Pkw mit der Mittelleitplanke aufgetreten sein. Sie könnten auch im Rahmen eines Krampfanfall-Leidens entstanden sein; in diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass die im Rahmen des Unfallereignisses aufgetretene Bewusstseinsstörung des Klägers nach wie vor ungeklärt sei. Und letztlich könnten die frischen Frakturen zwar durch verkehrsunfallbedingte Kräfte auf die Wirbelsäule aufgetreten sein, wobei jedoch diese Gewalteinwirkung so gering gewesen sei, dass sie bei Wirbelkörpern mit altersentsprechend regelgerechtem Mineralsalzgehalt keine Verletzungen hervorgerufen hätte; in diesem Falle wäre die Schadensanlage Osteopenie die wesentliche Teilursache für die Frakturen gewesen. Keine dieser drei Möglichkeiten, so Dr. D. abschließend, könne er mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen oder ausschließen. Der Kläger habe berichtet, dass in einem parallel laufenden Zivilgerichtsverfahren ein verkehrsanalytisches Gutachten erwogen worden sei; vermutlich könne auf Grund der dort gewonnenen Ergebnisse in einem weiteren medizinischen Gutachten geklärt werden, ob das Ausmaß der Gewalteinwirkung ausreichend gewesen sei, um den Unfall als wesentliche Teilursache einstufen zu können.

Sodann hat das SG bei Prof. Dr. K., Universitätsklinikum Heidelberg, ein radiologisches Zusatzgutachten eingeholt. Prof. Dr. K. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 15. Februar 2011 ausgeführt, die kurz nach dem Unfall erstellten MRTs dokumentierten einen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den frischen Frakturen der Wirbelkörper BWK 4, 6, 9, 12 und LWK 1 bis 5. Der Kläger habe nach den Angaben der Verkehrspolizei über Rückenschmerzen als klinisches Verdachtsmoment für eine akute Wirbelsäulenverletzung geklagt. Unter Berücksichtigung der Konkurrenzbedingung einer verminderten Knochendichte, für die es im Übrigen auch radiologische Anhaltspunkte gebe, sei der Unfall im Rechtssinn wesentlich ursächlich für die Frakturen, da kein anderes, alltägliches Ereignis zu der selben Zeit die vorhandenen Wirbelkörperfrakturen ausgelöst habe. Anzumerken sei, dass es im Verlauf zu einer weiteren Fraktur bei BWK 10 gekommen sei, zeitlich sei aber eine weitere Verminderung der Knochendichte dokumentiert worden. Da diese der Immobilisierung des Klägers nach dem Unfall geschuldet sei, könne auch diese Fraktur mittelbar dem Unfallereignis zugeordnet werden.

Auf Nachfrage des SG hat der Kläger über den Stand des Zivilverfahrens gegen seine private Unfallversicherung vor dem Landgericht (LG) Heilbronn (4 O 245/09) berichtet. Nachdem dort ein medizinisches Gutachten bei Prof. Dr. A. vom 17. März 2012 eingeholt worden ist, hat der Kläger dieses dem SG vorgelegt. Darin ist ausgeführt worden, dass die Veränderungen an den Wirbelkörpern BWK 4, 6, 9 und 12 sowie der LWK 1 bis 5 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien. Ein – nicht unfallbedingter – Sinterungsvorgang so vieler Wirbelkörper zum gleichen Zeitpunkt ohne massive äußere Einwirkung sei gänzlich unwahrscheinlich. Eine konkurrierende Ursache sei nur hinsichtlich des LWK 11 anzunehmen, dort habe ein "Schmorl'sches Knötchen" vorgelegen, möglicherweise sei ein ehemaliges Schmorl'sches Knötchen auch bei LWK 9 vorhanden gewesen. Der Unfall sei hinsichtlich der genannten Frakturen keinesfalls als Gelegenheitsursache einzustufen, sondern habe ein klares Trauma dargestellt. Insbesondere die hier anzunehmende axiale Stauchung beim Verlassen der Fahrbahn nach links biete glaubwürdig und ausreichend die Möglichkeit der Frakturentstehung. Eine osteoporotisch bedingte Sinterung sei auch deswegen auszuschließen, weil es im weiteren Verlauf an den betroffenen Wirbelkörpern nicht zu weiteren Sinterungen gekommen sei, sondern die Frakturen knöchern konsolidiert ausgeheilt seien.

Nachdem in dem Zivilverfahren zunächst kein verkehrsunfallanalytisches Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, hat die Beklagte ausgeführt, eine massive Krafteinwirkung auf den Pkw des Klägers sei nach dem Schadensbild am Wagen, den Schäden an der Leitplanke und den Angaben der Verkehrspolizei nicht anzunehmen. Die Höhe der Reparaturkosten deute auf einen reinen Karosserieschaden hin. Eine axiale Stauchung, wie sie Prof. Dr. A. angenommen habe, könne nicht angenommen werden. Hiergegen hat der Kläger vorgetragen, die Harmloskeitsgrenze sei bei Seitkollisionen wesentlich geringer als bei Frontal- oder Heckkollisionen.

Im Anschluss hieran hat das SG zunächst das weitere Gutachten bei dem Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. Th. vom 14. Dezember 2012 eingeholt. Dieser Sachverständige hat bekundet, nach dem Unfall hätten sich bildgebend Deckplattenimpressionsfrakturen der BWK 4, 6, 9, 11 und 12 sowie der LWK 1 bis 5 gezeigt. Unfallnah sei eine Verminderung der Knochendichte nachgewiesen, ohne dass eine ausgeprägte Osteoporose vorgelegen habe. Nach den Angaben über den Unfallhergang und nach dem Schadensbild an dem Auto sei eine massive Gewalteinwirkung auf den Körper nicht nachzuweisen. Die erhebliche Schädigung mehrerer Wirbelkörper spreche eher gegen eine (von außen kommende) traumatische Ursache. Bei einem wie auch immer gearteten Hyperflexionstrauma im Bereich der Wirbelsäule seien Deckplattenkompressionsfrakturen – eher – im Bereich des thorakolumbalen Übergangs zu erwarten, hier jedoch seien die obere, die mittlere und die untere BWS und die gesamte LWS betroffen. Bei einer massiven Krafteinwirkung seien auch zusätzliche Verletzungen zu erwarten, insbesondere an den Weichteilen im Umfeld der Wirbelsäule. Unstrittig sei, dass die Frakturen am Unfalltag frisch gewesen seien. Es gebe auch keinen Hinweis auf eine andere Ursache als den Unfall. Ein cerebraler Krampfanfall sei theoretisch sicherlich denkbar. Es gebe aber keine Hinweise auf ein Anfallsleiden. Auch sei eine Deckplattenkompressionsfraktur an zehn Wirbelkörpern extrem ungewöhnlich für einen Krampfanfall. Ferner sei die Knochendichteminderung bei dem Kläger nicht so stark ausgeprägt gewesen, dass sich hierdurch spontane Frakturen in zehn Wirbelkörpern erklären ließen. Nach alledem könnten die Frakturen nicht mit der notwendigen Sicherheit auf den Unfall zurückgeführt werden. Es sprächen viele Argumente für einen Kausalzusammenhang, jedoch viele auch dagegen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. Februar 2013 hat Dr. Th. an seiner Einschätzung festgehalten.

Sodann hat das SG von Amts wegen den Unfallchirurgen Dr. N. mit einer medizinischen Begutachtung des Klägers beauftragt. Dr. N. hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 9. September 2013 ausgeführt, ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und – allen – Deckplatteneinbrüchen der Wirbelkörper des Klägers sei nicht zu bejahen. Das Unfallereignis scheine nicht schwer genug gewesen zu sein, um die zahlreichen Impressionsfrakturen zu verursachen. Das von der Polizei dargestellte Verhalten des Klägers nach dem Unfall sei nicht als Schock, sondern als postiktaler Dämmerzustand einzustufen. Es sei zu klären, ob die Wirbelkörperfrakturen direkte Folge des danach anzunehmenden Krampfanfalls seien und bzw. oder durch Berührung des Fahrzeugs mit der Mittelleitplanke oder durch andere Faktoren

entstanden seien und ob hierbei eine Gefahrenanlage aus dem versicherten Bereich vorgelegen habe. Dabei sei von einer Osteopenie als vorbestehender Schadensanlage auszugehen. Insgesamt, so Dr. N., überwiege eine Gesundheitsstörung aus innerem Anlass. Der Unfall könne nicht als rechtlich wesentliche Bedingung für die Frakturen eingestuft werden. Es liege auch keine richtunggebende Verschlimmerung vor, da ein Vorschaden nicht dokumentiert sei. Werde dagegen doch ein Unfallzusammenhang angenommen, bestände eine MdE von 20 v.H. Wegen der Ausführungen Dr. N.s zur Höhe der MdE wird auf S. 82 ff. seines Gutachtens Bezug genommen.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG sodann den Facharzt für Orthopädie Dr. P. mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser Arzt hat in seinem Gutachten vom 30. Juni 2014 ausgeführt, bei dem Kläger seien die osteoporotischen Kompressionsfrakturen bei BWK 12 und LWK 1 bis 4 mit Beteiligung der Hinterkante, die deutlichen Höhenminderungen bei LKW 2 bis 4, die Impressionsfraktur der Grundplatte des BWK 9 sowie die Impressionen der Deckplatte bei BWK 4 und 6 ohne Höhenminderung oder Hinterkantenbeteiligung auf den Unfall zurückzuführen. Die nur geringfügigen Verformungen des Pkw seien kein Indiz für eine nur geringe Krafteinwirkung. Es seien auch Verformungen der Mittelleitplanke beschrieben, zumindest bei dem ersten Aufprall. Zum anderen genüge unfallanalytisch eine geringe Delta-V-Veränderung im Seitenaufprall für erhebliche BWS-Veränderungen inklusive Wirbelkörperfrakturen. Es seien sicher – zwar – auch Strukturveränderungen der Wirbelsäule frakturbegünstigend gewesen. So sei die Osteopenie eine sicher festgestellte Konkurrenzursache. Ein Vorschaden sei – jedoch – nicht bekannt, insbesondere ständen die bildgebend als "alte" Veränderungen beschriebenen Frakturen nicht im Zusammenhang mit einer möglichen Verschlimmerung durch den Unfall am 28. März 2008. Insgesamt überwögen die Indizien für eine Kausalität gegenüber den geringen Zeichen für einen Anfall oder ein Spontanereignis. Die MdE, so Dr. P. abschließend, habe vom 1. Oktober 2008 bis 30. März 2009 bei 20 v.H. gelegen und liege seit dem 1. April 2009 bei 10 v.H. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe am 30. Juni 2009 geendet.

Mit Urteil auf Grund mündlicher Verhandlung vom 12. August 2014 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, die Frakturen der neun Wirbelkörper BWK 4, 6, 9 und 12 und LWK 1 bis 5 als Folge des Arbeitsunfalls vom 28. März 2008 anzuerkennen und eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. ab dem 25. August 2008 auf Dauer zu gewähren. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Zur Begründung hat das SG im Wesentlichen auf die Ausführungen der Sachverständigen Dr. K. und Dr. P. verwiesen. Danach sei der Unfall nicht nur als bloße Gelegenheitsursache einzustufen. Die Osteopenie des Klägers als Konkurrenzursache sei nicht so leicht ansprechbar gewesen, dass jedes alltägliche Ereignis zu derselben Zahl von Frakturen geführt hätte, eine Osteoporose habe nicht vorgelegen. Der Kläger habe in der mündlichen Verhandlung glaubhaft bekundet, zuvor beschwerdefrei gewesen zu sein. Dr. Th. habe ausgeführt, es gebe keinen Hinweis auf eine andere Ursache als den Unfall. Für den gemutmaßten cerebralen Krampfanfall ergäben sich keine genügenden Verdachtsmomente. Die entsprechende Annahme Dr. N.s bewege sich im Bereich der Spekulation. Die Beweislast für die körpereigene Ursache als anspruchsvernichtender Tatsache liege bei dem Unfallversicherungsträger. Diesen Beweis habe die Beklagte im Hinblick auf einen Krampfanfall nicht geführt. Insbesondere könne sich der Kläger an den Unfallhergang nicht erinnern. Die Höhe der MdE von 20 v.H. hat das SG dem Gutachten von Dr. N. entnommen und mit Ausführungen zu unfallversicherungsrechtlichen Erfahrungswerten zur Bewertung stabil ausgeheilte Wirbelsäulenverletzungen begründet. Die Verletztenrente sei ab dem 25. August 2008 zu gewähren, weil nach dem Zwischenbericht der BG-Klinik Tübingen vom 12. September 2008 ab diesem Tage vollschichtige Arbeitsfähigkeit eingetreten sei.

Das Urteil in vollständig abgefasster Form ist den Beteiligten am 18. August 2014 zugestellt worden.

Gegen dieses Urteil haben die Beklagte am 28. August 2014 und der Kläger am 15. September 2014 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt.

Die Beklagte trägt vor, die Karosserie des Unfallwagens sei auf der linken Seite nur um wenige Zentimeter eingedrückt. Front und Heck seien unbeschädigt. Anhand der Unfalldokumentation sei daher eine massive Gewalteinwirkung auf den Kläger nicht anzunehmen. Insbesondere scheide eine axiale Stauchung, wie sie Prof. Dr. A. angenommen habe, aus. Das SG habe fünf Gutachten eingeholt. Dr. P., auf den es sich letztlich maßgeblich gestützt habe, habe unmittelbar nach dem Unfall die Behandlung des Klägers aufgenommen. Es sei daher zu bezweifeln, dass er die gebotene Neutralität aufweise. Er habe die auch von ihm angenommenen älteren Frakturen, für die offensichtlich ein Trauma nicht vonnöten gewesen sei, nicht erklärt. Auch den biomechanischen Hergang, der seiner Ansicht nach zu dem Trauma geführt habe, habe er nicht ausreichend beleuchtet. Wie Dr. Th. zutreffend ausgeführt habe, rechtfertige das zeitnahe Auftreten der Verletzungen nach dem Unfall nicht die Annahme einer Verursachung, sondern allenfalls die eines Anlasses. Es sei darauf hinzuweisen, dass der vom SG angenommene Bruch des LWK 5 in dem Gutachten von Dr. P. keine Stütze finde. Ferner habe sich das SG hinsichtlich der MdE-Bewertung gerade von diesem Gutachten distanziert. Auch hinsichtlich der Beweislastverteilung könne dem SG nicht gefolgt werden. Die Beweislast für den Unfallzusammenhang trage der Versicherte. Erst wenn über den zeitlichen Zusammenfall hinaus weitere Umstände für einen solchen Zusammenhang sprächen, sei die Frage einer Anspruchsvernichtung durch den Nachweis einer körpereigenen Ursache relevant. Vor diesem Hintergrund sei den Gutachten von Dr. D., Dr. Thom und Dr. N. zu folgen, die jeweils eine Verursachung verneint oder – so Dr. D. – mehrere denkbare Abläufe für gleichermaßen wahrscheinlich erklärt hätten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. August 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 12. August 2014 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 3. September 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. Dezember 2009 weiter abzuändern und sie weitergehend zu verurteilen, ab dem 25. August 2008 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vom Hundert zu gewähren sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er verteidigt das angegriffene Urteil. Zur Höhe der MdE führt er aus, die Unfallfolgen seien erheblicher als das SG angenommen habe, insbesondere leide er auch unter Kopfschmerzen und müsse regelmäßig Schmerzmedikamente einnehmen.

Auf Anfrage des Senats hat das Polizeiautobahnrevier Neumünster unter dem 16. Oktober 2014 und 6. November 2014 mitgeteilt, konkrete Angaben zum damaligen Unfall könnten nicht mehr gemacht werden.

Der Kläger hat mitgeteilt, dass das LG Heilbronn das Gutachten des Dipl.-Ing. R. vom 25. August 2014 eingeholt habe, und dieses zur Akte gereicht. Aus diesem Gutachten geht hervor, dass der Kläger mit seinem Wagen unter einem sehr geringen Winkel von maximal 5° gegen die links seiner Fahrbahn angeordnete Mittelleitplanke gestoßen bzw. daran entlanggestreift sei. Mit welcher Geschwindigkeit der Kläger gefahren und angeprallt sei, habe nicht festgestellt werden können. Zur Eingrenzung der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung seien daher vier entsprechende Crashtests herangezogen worden. Allerdings seien die Beschädigungen an den Pkw in allen vier Tests z.T. deutlich stärker ausgeprägt gewesen als bei dem Wagen des Klägers. Es habe daher dort ein größerer Kollisionswinkel vorgelegen. Dieser Winkel habe auf die Geschwindigkeitsänderung in Längs- und Querrichtung Einfluss, diese Änderungen seien bei einem größeren Winkel größer. Gehe man von den drei Tests aus, bei denen die Beschädigungen nur wenig größer gewesen seien als bei dem Pkw des Klägers und lege die dort gemessenen Geschwindigkeitsänderungen zu Grunde, so ergebe sich, dass bei dem Unfall des Klägers die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung in Längsrichtung maximal 3,5 km/h und in Querrichtung maximal 11,1 km/h betragen habe; die mittleren Verzögerungen hätten daher bei max. 2,8 m/s² in Längs- und max. 7,1 m/s² in Querrichtung betragen. Nach dem Aufprallwinkel sei davon auszugehen, dass sich der Oberkörper des Klägers im Sinne einer Seitenauslenkung nach links in Richtung der B-Säule sowie leicht schräg nach vorn links bewegt habe.

Der Senat hat daraufhin die Akten des landgerichtlichen Verfahrens beigezogen und daraus folgende Unterlagen, die noch nicht bekannt gewesen sind, zur Akte des hiesigen Verfahrens genommen:

Unter dem 24. August 2009 hat Prof. Dr. R. für die private Unfallversicherung des Klägers ein Gutachten erstattet. Darin sind allein Veränderungen des BWK 9 auf den Unfall zurückgeführt worden, im Übrigen ist der Gutachter von "vorbestehender Osteoporose und osteoporotischen Sinterungen" an den BWK 6, 7, 11 und 12 sowie den LWK 1 bis 5 ausgegangen.

Ein weiteres Gerichtsgutachten hat der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. B. unter dem 15. Juni 2010 erstellt. Er hat ausgeführt, er halte den Unfall generell für geeignet, eine Verletzung herbeizuführen, jedoch nicht eine wie hier vorliegende multisegmentale Frakturierung der Brust- und Lendenwirbelsäule, ohne dass eine Grunderkrankung vorliege. Es sei davon auszugehen, dass eine manifeste Osteoporose vorgelegen habe, wie sie sich in dem noch in der BG-Klinik Tübingen gemessenen DEXA-Wert von T -2,6 gezeigt habe. Die im Polizeibericht beschriebene fehlende Ansprechbarkeit könne durchaus auf einem Unfallschock beruhen, jedoch auch eine Unterzuckerung gewesen sein. Ob die nebenbefundlich beschriebene arachnoidale Zyste links temporal Einfluss auf eine kurzzeitige Wahrnehmungsstörung gehabt haben könne, sei bislang nicht näher untersucht worden.

In der mündlichen Verhandlung beim LG Heilbronn am 16. Dezember 2010 hat Dr. B. dieses Gutachten erläutert. Er hat dort ausgeführt, es sei anerkannt, dass bei einem Seitenaufprall nicht unbedingt große Schäden am Auto vorliegen müssten, aber gleichwohl eine große energetische Wirkung auf den Körper bestehen könne. Es sei daher keineswegs auffällig, dass bei einem solchen Verkehrsunfall eine einzelne Wirbelfraktur auftrete. Auffällig sei hier die Mehrsegmentalität mit mindestens 7 Frakturen. Diese könne auch andere Ursachen haben oder andere Faktoren könnten die Bruchwirkung bei den Wirbelkörpern begünstigt haben. Auf Nachfragen hatte Dr. B. weiter ausgeführt, dass sich die Muskeln bei einer ersten Berührung der Leitplanke hätten anspannen müssen, sodass die Gefahr eines Bruchs bei den weiteren Anstößen nicht mehr so groß gewesen sei, dass sich aber bei Bewusstlosigkeit die Muskeln nicht angespannt hätten, sodass dann jeder weitere Aufprall zu einer Fraktur haben führen können. Der Gutachter ist bei seiner Einschätzung geblieben, dass zwar – sicher – alle Wirbelkörperfrakturen – auch jene bei BWK 9 – Folge des Unfalls waren, dass aber ohne einen Vorschaden nicht wahrscheinlich sei, dass gleich mehrere Frakturen aufgetreten seien.

In einer Stellungnahme vom 24. Mai 2012 der in dem Zivilverfahren beklagten Unfallversicherung hat der Radiologe Prof. Dr. B. ausgeführt, Prof. Dr. A. habe in seinem Gutachten vom 17. März 2012 einige Frakturen, und zwar die "älteren", unterschlagen. Ferner habe er nicht klar Stellung dazu bezogen, ob eine Osteoporose vorliege. Er habe die beschriebene Kettenfraktur als "klar traumatisch" gewertet. Dagegen sehe "der radiologische Gutachter" hier keinerlei Klarheit. Allenfalls bei BWK 9 sei – wegen der beschriebenen Keilbildung – eine traumatische Verursachung denkbar. Im Übrigen sei an der Akuteit der Veränderungen bei BWK 12 und LWK 1 bis 5 zu zweifeln. Diese Zweifel gründeten in dem Nachweis von Sklerosierungen im CT, in dem sehr flachen, bandförmigen Signal in der MRT und in der fehlenden Beteiligung der Weichteile in und hinter den Wirbelkörpern. Es sei wissenschaftlich so, dass trotz aller bildgebenden Verfahren nicht immer eindeutig traumatische von osteoporotischen Frakturen zu unterscheiden seien. Die Literaturlage auf diesem Gebiet sei ausgesprochen dünn. Auch bei dem Kläger sei es auf der Basis "bildmorphologischer Kriterien" nicht möglich, bei BWK 12 und LWK 1 bis 5 zwischen akuten Traumata und unfallunabhängigen Veränderungen, die sich in den letzten Monaten vor dem Unfall entwickelt hätten, zu unterscheiden. Prof. Dr. A. sei auch darin zu widersprechen, dass ein Biegungs- oder Stauchungstrauma der Wirbelsäule vorliege. Vielmehr schlossen die bildgebenden Befunde ein solches aus. Die Wirbelkörper seien zentral mittig eingebrochen, Vorder- und Hinterkanten seien – nur – im Sinne einer harmonischen Sinterung beteiligt. Nur bei dem BWK 9 liege eine leichte Keilform vor, die auf einen Beugemechanismus zurückgeführt werden könne; allerdings zeigten sich auch an diesem Wirbelkörper "flächige Sklerosierungen oberhalb der Grundplatte, die nicht mit akuten Frakturen (Einstauchungen) zu vereinbaren" seien.

Sodann hat das LG Heilbronn das neurologische Gutachten vom 5. April 2013 bei Dr. E. eingeholt. Dieser Sachverständige hat auf Grund einer Untersuchung des Klägers mitgeteilt, im EEG hätten sich intermittierend dys-rhythmische Wellen ohne Nachweis epileptischer Potenziale gezeigt, somit bestehe Verdacht auf einen Herdbefund links temporal. In einem Schädel-MRT seien zwei Arachnoidalzysten gefunden worden, nämlich eine mittelständige, an den Kleinhirnwurm heranreichende, und eine noch ausgedehntere temporopolar links mit einer Größe von 4x4x3 cm. Ferner hätten sich eine Fehlkongfiguration der angrenzenden Amygdala und der Hippocampus-Formation sowie eine Ventrikelasymmetrie mit rechts deutlich größerem Seitenventrikel gezeigt. Zusammenfassend seien dies Zeichen einer perinatalen Entwicklungsstörung, keine Trauma-folgen. Aus den Angaben im Unfallbericht der Verkehrspolizei und den Aussagen des Klägers bei der Begutachtung sei zu entnehmen, dass initial eine Bewusstlosigkeit, zumindest eine schwere Bewusstseinsstörung von grob geschätzten 10 min Dauer vorgelegen habe. Danach sei es zu einem schrittweisen Wiederaufklaren des Bewusstseins gekommen, das insgesamt mindestens eine Stunde gedauert habe. Am Schädel des Klägers hätten sich keine Verletzungszeichen gefunden. Das in Neumünster durchgeführte Schädel-CT und auch das spätere MRT hätten keine Trauma-folgen ergeben. Somit sei ein Schädel-Hirn-Trauma auszuschließen. Auch ein Sekundenschlaf habe nicht vorgelegen, denn hier erwache der Betroffene durch das Unfallereignis und sei sofort

wieder bewusstseinsklar. Somit bleibe als wahrscheinlichste Ursache für den Unfall ein generalisierter epileptischer Anfall. Solche Anfälle, die nicht selten seien, führten in etwa 15 % zu Wirbelkörperbrüchen, meist einzelne Brüche in der LWS oder Serienbrüche in der mittleren und unteren BWS. Dies beruhe darauf, dass ein epileptischer Anfall zu einer sehr heftigen Streckbewegung des Körpers führe (tonische Anfallsphase). Hierbei könnten die Rückenmuskeln, insbesondere bei körperlich trainierten Betroffenen, eine heftige Kraft auf die Wirbelsäule ausüben. Meist entstanden Keilfrakturen, aber auch Berstungsfrakturen, die operativ stabilisiert werden müssten, seien möglich. Wenn der Betroffene angegurtet sei, sei die Krafteinwirkung auf die Wirbelsäule besonders ungünstig. Vorerkrankungen wie eine Osteoporose seien keine Voraussetzung für einen Wirbelbruch durch generalisierten epileptischen Anfall. Ein generalisierter epileptischer Anfall bedeute nicht, dass eine Epilepsie als Krankheit vorliege. Vielmehr blieben viele solcher Anfälle ein Einzelereignis im Leben. Dies gelte jedoch nur, wenn kein pathologischer Befund für den Anfall nachgewiesen werden könne. Bei dem Kläger ließen sich aus dem Schädel-MRT Hinweise für eine perinatale Entwicklungsstörung entnehmen, nämlich einer primär angeborenen Fehlbildung, die in der Regel klinisch vollständig kompensiert werde, also nicht zwangsläufig zu einer umschriebenen Symptomatik führen müsse. Eine solche Fehlbildung bedeute jedoch ein leicht erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle im Verlauf des Lebens. Insgesamt sei daher die Ursache des Unfalls am 28. März 2008 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein generalisierter epileptischer Anfall.

Zu diesem Gutachten hat Prof. Dr. St. vom Medizinischen Begutachtungsinstitut in Tübingen im Auftrag des Klägers unter dem 14. Juni 2013 Stellung genommen. Er hat ausgeführt, für einen generalisierten Krampfanfall fänden sich keine Befunde. Es habe zwar nach dem Unfall eine Bewusstseinsstörung vorgelegen, dies sage aber nichts zu dem Zustand unmittelbar vor dem Anstoß an der Leitplanke aus. Es könne auch durch den Anstoß eine Gehirnerschütterung aufgetreten sein. Auch der Zustand und das Verhalten des Klägers am Unfallort sprächen gegen einen epileptischen Anfall. Ein solcher betreffe auch die prämotorischen Hirnregionen. Bei dem Kläger seien keine motorischen Folgen beobachtet worden, weder z.B. ein Zungenbiss, noch ein Urinabgang, eine Lippenverletzung, oder der bekannte Schaum vor dem Mund. Es sei auch nicht vorstellbar, dass der Kläger nach einem solchen Anfall sein Fahrzeug noch 2,3 km geradeaus geführt habe, bevor ihn die Polizei gestoppt habe. Typischerweise folge einem solchen Anfall nicht nur Bewusstlosigkeit, sondern ein auffälliger Schlaf von mindestens 20 min Dauer. Einen solchen Zustand hätten die Ersthelfer am Unfallort bemerkt. Prof. Dr. St. hat auch darauf hingewiesen, dass die Wirbelkörperbrüche bildgebend als Sinterungen einzustufen seien, also als osteoporotisch bedingt. Sie seien daher nicht Folgen eines Anfalls mit heftigen motorischen Endäußerungen, wie Dr. E. annehme.

In seiner Erwiderung auf diese Stellungnahme hat Dr. E. unter dem 26. August 2013 ausgeführt, er schließe weiterhin ein relevantes Schädel-Hirn-Trauma auf Grund des Unfalls aus. Bereits der Hergang spreche gegen eine ausreichend große Energieeinwirkung auf den Kläger. Bei seitlichem Aufprallmuster komme es erfahrungsgemäß zuerst zu einer Verletzung der HWS, die hier fehle. Daraus folge, dass die relevante Geschwindigkeitsänderung ("Delta V") noch unter der für HWS-Verletzungen relevanten Harmlosigkeitsgrenze von 10 bis 15 km/h gelegen habe. Erst recht könne sie daher kein Schädel-Hirn-Trauma ausgelöst haben. Für eine geringe Krafteinwirkung spreche auch, dass der Seitenairbag nicht ausgelöst worden sei und der Kläger keine Kopfverletzungen aufgewiesen habe. Ein "Schock", wie ihn der Kläger selbst vermute, könne ausgeschlossen werden. Bei psychischen Schocks, also einer akuten Belastungsreaktion, träten zwar einige Symptome auf, die auch bei dem Kläger beschrieben worden seien, jedoch könnten sich die Betroffenen an das auslösende, lebensbedrohliche Ereignis erinnern. Für einen epileptischen Anfall spreche weiterhin die Art der Frakturen. Die heftige Streckbewegung des Körpers könne durch den angelegten Sicherheitsgurt behindert werden. Die Symptome, die Prof. Dr. St. als Indizien gegen einen Anfall gewertet habe, schlossen einen solchen hier nicht aus. Ein Urinabgang sei nicht zwangsläufig, ein Zungenbiss könne fehlen oder übersehen werden. Außerdem müsse hier der eigentliche Anfall des Klägers längst vorbei gewesen sein. Ein solcher Anfall dauere zwei bis drei Minuten, danach beginne die "Postiktal-Phase", eine unterschiedlich lang dauernde Verwirrtheit. Nur diese hätten die Polizeibeamten feststellen können. Ein "Terminalschlaf", wie ihn Prof. Dr. St. fordere, sei möglich, werde aber auch meist durch die medikamentöse Sedierung durch den Notarzt verstärkt und schließe sich einem Anfall keineswegs zwangsläufig an. Dr. E. hat sodann noch darauf hingewiesen, dass bereits in dem neurologischen Bericht des Krankenhauses Neumünster differenzialdiagnostisch an einen epileptischen Anfall gedacht worden sei.

In der mündlichen Verhandlung beim LG Heilbronn am 21. März 2014 ist Dr. E. ergänzend zu seinem Gutachten befragt worden. Er hat mitgeteilt, die Formulierung "Verdacht auf Herdbefund" bedeute eine Funktionsstörung der elektrischen Hirnaktivität. In diesem Bereich sei eine Arachnoidalzyste festgestellt worden. Diese sei die beschriebene perinatale Entwicklungsstörung. Er bleibe dabei, dass ein Schädel-Hirn-Trauma und auch eine Gehirnerschütterung als Folge des Unfalls ausgeschlossen werden könnten. Auf die Frage, ob sicher ein epileptischer Anfall vorgelegen habe, hat der Sachverständige bekundet, ein solcher Anfall sei sicher nur festzustellen, wenn ihn der Arzt erlebe. Die Einschätzung in seinem Gutachten sei ein Rückschluss auf Grund der vorliegenden Indizien. Es seien damals nach dem Unfall Untersuchungen unterlassen worden, die einen sicheren Rückschluss auf einen epileptischen Anfall ermöglicht hätten, etwa die Messung angestiegener Muskelenzyme und eines biochemischen Markers, eines Prolaktinhormons, das ein typischer Befund für einen solchen Anfall sei. Befragt zu der angenommenen - geringen - Verzögerung der Geschwindigkeit aufgrund des Linksanstoßes hat er angegeben, die Entschleunigung habe sich während des Entlangschlitterns an der Leitplanke mindestens 200 m hingezogen. Das sei nicht mit einem Frontalzusammenstoß zu vergleichen, der ein Schädel-Hirn-Trauma auslösen könne. Auch er sei wie einige Orthopäden der Ansicht, dass ein Unfall wie hier einen Wirbelkörper brechen lassen könne, nicht aber mehrere. Wegen der weiteren Angaben des Sachverständigen wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung beim LG verwiesen.

Der Kläger hat zu diesen Aussagen von Dr. E. eine weitere Stellungnahme von Prof. Dr. St. vom 10. April 2014 vorgelegt, in der insbesondere ausgeführt wird, sehr wohl könnten Schädel-Hirn-Traumata ohne äußere Verletzungszeichen auftreten, vor allem bei rotatorischen Beschleunigungen. Auf diese Stellungnahme wird Bezug genommen.

Mit Urteil vom 25. April 2014 hat das LG Heilbronn die Klage des Klägers gegen seine private Unfallversicherung abgewiesen. Versicherungsschutz sei hier ausgeschlossen, da der Unfall im Sinne der einschlägigen Versicherungsbestimmungen durch "Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person" ergriffen, ausgeschlossen sei. Das LG hat sich zur Begründung im Wesentlichen auf die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Sachverständigen Dr. E. gestützt. Dieses lasse sich lebensnah erschließen. Der Unfall müsse einen Auslöser gehabt haben. Nach den Angaben des Klägers habe dieser nicht in der Verkehrssituation gelegen. Daher müsse eine innere Ursache vorgelegen haben. Nur eine solche erkläre auch schlüssig das seltsame Unfallgeschehen mit dreimaligem Touchieren der Mittelteilplanke ohne jeden Brems- oder Schleudervorgang. Auch der Zustand und das Verhalten des Klägers bei Eintreffen der Polizei lasse sich nach den überzeugenden Ausführungen Dr. E.s zwanglos als Phase nach einem epileptischen Anfall erklären. Letztlich spreche das Verletzungsbild mit mehreren Wirbelkörperfrakturen für eine innere Verursachung. Bei einem bewusstseinsklaren Menschen hätte der erste Kontakt mit der Leitplanke zu einem Adrenalinschub und

Muskelanspannungen geführt, wodurch weitere Frakturen bei den späteren Anstößen nur noch schwer erklärlich seien. Abschließend hat das LG noch auf verfahrensrechtlicher Ebene ausgeführt, warum nach der Gegenüberstellung des Gerichtsgutachtens von Dr. E. mit dem Privatgutachten von Prof. Dr. St. keine weiteren Ermittlungen notwendig gewesen seien, weil nämlich das Gutachten von Prof. Dr. St. nur auf dem Polizeibericht, den Zwischenberichten der Klinik Neumünster, den Arztberichten der BG-Klinik Tübingen und einem Bericht von Dr. P. und damit auf nur rudimentärer Tatsachengrundlage erstellt worden sei.

Der frühere Berichterstatter des Senats hat den Kläger persönlich angehört und die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Wegen des Ergebnisses wird auf das Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung vom 15. April 2015 Bezug genommen.

Der Vermieter des Pkw, mit dem der Kläger den Unfall erlitten hat, hat dem Senat Kopien der Schadensmeldung vom Unfalltag und einer Reparaturkostenkalkulation vom 2. April 2008 über die genannten EUR 3.351,73 brutto nebst sechs Fotos der Unfallschäden übermittelt.

Der Kläger hat im weiteren Verlauf unter anderem mitgeteilt, sein Gesundheitszustand, auch die Beschwerden an der Wirbelsäule, hätten sich weiter verschlechtert. Er hat hierzu den Notaufnahmefebrief des Klinikums Ludwigsburg vom 17. Juli 2014 vorgelegt, in dem perianale Blutabgänge 5/2014 bei Perianalekzem, eine unklare Raumforderung in der linken Niere, eine arterielle Hypertonie, ein chronisches BWS-/LWS-Syndrom nach Unfall und Nikotinabusus als Diagnosen genannt worden sind. Der Kläger hat ferner mitgeteilt, die Angabe in dem Gutachten von Dr. P., die MdE betrage 10 v.H., beruhe auf einem Schreibfehler, der Gutachter habe vielmehr eine MdE von 60 v.H. gemeint. Er hat hierzu ein Schreiben vom Dr. P. vom 19. Juni 2015 vorgelegt, worin dieser ausführt, er habe die MdE-Einschätzung korrigiert, ab dem 1. Juni 2008 betrage die "Gesamt-MdE" 60 v.H.

Der Senat hat am 23. April 2015 den im Zivilverfahren betrauten Gutachter Prof. Dr. B. mit einem weiteren, nunmehr unfallversicherungsrechtlichen (Zusatz-)Gutachten nach Aktenlage beauftragt. Der Sachverständige hat unter dem 23. Juli 2015 nach einer eigenen Befundung aller vorliegenden CT- und MRT-Aufnahmen ausgeführt, entgegen seiner früheren Einschätzungen seien die Frakturen BWK 9 und 12 sowie LWK 1 bis 5 mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall am 28. März 2008 zurückzuführen. Dies gelte (wohl) auch für die Frakturen bei BWK 4 und 6. Diese abweichende Einschätzung beruhe darauf, dass die nunmehr vorliegenden Verlaufsuntersuchungen mittels MRT eine nachvollziehbare Änderung der Knochenödeme in den Wirbelkörpern BWK 12 und LWK 1 bis 5 innerhalb dreier Monate und im weiteren Verlauf belegten. Auch das Ödem im BWK 9 habe sich wie jene in den anderen Wirbelkörpern gleichermaßen zurückgebildet. Auf der Basis der Rückschau müsse eingeräumt werden, dass die bandförmigen Verdichtungen in den Wirbelkörpern in der CT-Untersuchung vom 28. März 2008 als Reparaturzeichen gewertet werden müssten. Konkurrenzursachen für die nunmehr dem Unfall zuzuordnenden "Kettenfrakturen" wären Stürze von Bäumen. Gelegenheitsursachen wie ein Stolpertrauma oder das Heben schwerer Gegenstände könnten diese Vielzahl akuter Frakturen nicht erklären, auch nicht unter Berücksichtigung des Co-Faktors der Knochendichteminderung. Allerdings müsse bedacht werden, dass die nachgewiesene, aber bislang nicht erklärte osteoporotische Stoffwechselstörung des Klägers einen völlig altersuntypischen Befund darstelle. Bei den BWK 7, 8 und 11 lägen zum Zeitpunkt des Unfalls definitiv alte Wirbelkörpersinterungen vor. Auch die fehlende Sklerosierungslinie am Rande des Deckplatteneinbruchs bei BWK 6 weise darauf hin, dass sich hier ein akutes Trauma auf eine vorbestehende Fraktur der Deckplatte "aufgepfropft" habe. Ebenso ergebe sich aus der frischen, traumatisch nicht zu erklärenden Fraktur des BWK 10 im Oktober 2008, dass der Stoffwechselstörung des Klägers zumindest eine zusätzliche Rolle bei der Entstehung der Frakturen zugesprochen werden müsse. Eine Gelegenheitsursache sei jedoch, wie nunmehr ausgeführt, nicht anzunehmen.

Die Beklagte ist Prof. Dr. B.s nunmehriger Einschätzung unter Vorlage der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 18. November 2015 entgegengetreten. Darin ist ausgeführt, der Vollbeweis einer Wirbelkörperfraktur gelinge allenfalls für den BWK 12. Hier sei in den unfallnahen CT-Aufnahmen eindeutig ein Frakturspalt zu sehen. In allen anderen Wirbelkörpern sehe man keine Veränderungen, um die Diagnose einer Wirbelkörperfraktur zu stellen. Eine Fraktur lasse sich letztlich aber nur mit Hilfe eines CT nachweisen. Die im MRT zu sehenden Knochenmarksödeme könnten über Wochen oder Monate persistieren, dies gelte auch bei osteoporotischen Sinterungen. Die beschriebenen Ödeme bei den (anderen betroffenen) Wirbelkörpern bedeuteten nur, dass hier eine vermehrte Knochenstoffwechselaktivität nachgewiesen worden sei. Dies lasse sich MRT-morphologisch nicht von osteoporotischen Sinterungen unterscheiden. Das Gleiche gelte für die beschriebenen bandförmigen Verdichtungen. Hiernach könne nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf (am 28. März 2008) frische Wirbelkörperfrakturen geschlossen werden.

Der Senat hat den behandelnden Hausarzt des Klägers, Dr. B., schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dieser hat unter dem 29. Dezember 2015 bekundet, er habe den Kläger vor dem hier angeschuldigten Unfall – nur – wegen Gastroenteritis acuta, wegen Kniebeschmerzen links, wegen Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, Überlastungsschmerzen in der linken Fußwurzel und wegen Mittelfußbeschwerden/Abklärung auf Rheuma behandelt.

Die private Krankenversicherung des Klägers hat dem Senat die Krankheitszeiten und Behandlungstermine vor dem Unfall mitgeteilt, aus denen sich jedoch keine Diagnosen ergeben.

Prof. Dr. B. hat am 6. Januar 2016 ergänzend Stellung zu den Einwänden der Beklagten gegen seine nunmehrige gutachterliche Einschätzung genommen. Er hat ausgeführt, entgegen der Ansicht Dr. K.s habe er sehr wohl Frakturen unterschiedlichen Alters gesehen, nämlich alt bei den BWK 7, 8 und 11, frisch bei BWK 9, 12 und LWK 1 bis 5 und wohl auch bei BWK 4 und 6, nach dem Unfall entstanden bei BWK 10. Die hiernach frischen Frakturen seien am 28. März 2008 und bildgebend am 1. April 2008 diagnostiziert worden. Der Einfluss der nie wirklich abgeklärten Knochenstoffwechselstörung bleibe dabei – allerdings – ungeklärt. Die in den CT über zwei Jahre festzustellenden relevanten Veränderungen (Auflösung der "Sandwichphänomene" an den Deckplatten, überstehende Knochenanteile am Rand hätten sich bis April 2016 wieder, wenn auch fehlkonfiguriert, in die Wirbelkörper integriert, ein Knochenrahmen sei wieder entstanden, Sklerosierungsbänder haben sich weitgehend aufgelöst) seien der direkte Beweis, dass am 28. März 2008 frische Frakturen vorgelegen haben müssen. Auch die Feststellungen über die Knochenödeme in den MRT-Aufnahmen stützten im Gegensatz zu Dr. K.s Ansicht die traumatische Genese am 28. März 2008. Alle Verletzungen führten zu Schäden in der Knochenstruktur, die Einblutungen und Schwellungen nach sich zögen, die im MRT sichtbar seien. Der Knochenstoffwechsel habe damit zunächst nichts zu tun, er sei erst bei der Heilung relevant. Wegen dieser Möglichkeit, Ödeme nachzuweisen, sei das MRT die derzeit empfindlichste Methode zum Nachweis (frischer) Frakturen. Gerade sehr frische und wenig ausgeprägte Frakturen könne das MRT besser und eher nachweisen als das CT.

Zu den weiteren Beweisaufnahmen im Berufungsverfahren haben die Beklagte unter dem 22. Februar 2016 und der Kläger mit Schriftsatz vom 14. März 2016 Stellung genommen.

Nach den Angaben des Klägers in der Berufungsverhandlung vor dem erkennenden Senat am 12. Mai 2016 hat er sich mit seiner privaten Unfallversicherung in dem Berufungsverfahren vor dem Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart vergleichsweise dahin geeinigt, dass die Hälfte der Versicherungssumme, EUR 25.000,00, als Einmalzahlung ausgezahlt worden ist.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Auszüge aus der beigezogenen Akte des Verfahrens beim LG Heilbronn sowie auf die Gerichtsakten beider hiesiger Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen beider Seiten sind statthaft ([§ 143 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Insbesondere waren sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) zulassungsbedürftig. Beide Berufungen betreffen – einerseits dem Grunde, andererseits der Höhe nach – die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente, also einer laufenden Sozialleistung für mehr als ein Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Die Beklagte wendet sich ferner gegen ihre Verurteilung zur Feststellung von Gesundheitsschäden: hierbei handelt es sich nicht um eine Klage auf eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung.

Beide Berufungen sind auch im Übrigen zulässig. Auch die Berufung des Klägers ist innerhalb der Monatsfrist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) erhoben worden, sodass es sich um eine selbstständige Berufung handelt und nicht nur um eine Anschlussberufung.

Allerdings sind beide Berufungen unbegründet. Auch nach den weiteren Ermittlungen des Senats im Berufungsverfahren ergibt sich, dass das SG zu Recht die Beklagte zur Anerkennung der streitigen neun Wirbelkörperbrüche als Folgen des Unfalls vom 28. März 2008 und zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. verurteilt hat, und dass es zu Recht die weitergehende Klage betreffend eine höhere Verletztenrente abgewiesen hat.

Für die Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, gerichtet auf eine Verurteilung der Beklagten zu einer Anerkennung der genannten Gesundheitsschäden ([§ 131 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)), besteht ein ausreichendes Rechtsschutzbedürfnis. Der Kläger ist nicht auf eine Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) beschränkt. Feststellungsklagen sind gegenüber Leistungsklagen subsidiär. Dem entspricht es, dass ein Versicherter hinsichtlich der Anerkennung von Unfallfolgen zwischen gerichtlicher und behördlicher Feststellung wählen kann (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#), SozR 4-2700 § 11 Nr. 1). Einer solchen Verpflichtungsklage liegt auch eine ausreichende Klagebefugnis im Sinne von [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zu Grunde (vgl. BSG, Urteil vom 27. April 2010 - [B 2 U 23/09 R](#), UV-Recht Aktuell 2010, 897), weil das Unfallversicherungsrecht mit [§ 102](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i.V.m. [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) eine Anspruchsgrundlage für derartige Feststellungen der Versicherungsträger bereithält (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011, [a.a.O.](#)). Ferner hat die Beklagte in dem hier angegriffenen Bescheid vom 3. September 2009 über die Anerkennung der geltend gemachten Gesundheitsschäden ausdrücklich – negativ – entschieden, sodass zu diesem Punkt ein angreifbarer Verwaltungsakt vorliegt und das nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendige Vorverfahren durchgeführt worden ist (vgl. zu allem Urteil des Senats vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) –, Rz. 29, juris).

Die Grundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente stellt [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) bereit. Auch dieser Anspruch war Gegenstand des angegriffenen Bescheides und des Widerspruchsverfahrens, sodass die entsprechende Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1, Abs. 4 SGG) zulässig ist.

Der Kläger stand während der Fahrt auf der Bundesautobahn A 7 Richtung Hamburg am 28. März 2008 unter Unfallversicherungsschutz. Er befand sich auf dem Rückweg von einer im Außendienst angefallenen beruflich veranlassten Tätigkeit in Dänemark, also noch auf einem Betriebsweg ([§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1](#) i. V. m. [2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) vgl. BSG, Urteil vom 9. November 2010 - [B 2 U 14/10 R](#)-, Rz. 20, juris).

Der Kläger hat auf diesem Weg einen Arbeitsunfall im Sinne von [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) erlitten. Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis während einer versicherten Verrichtung einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat (BSG, Urteil vom 23. April 2015 - [B 2 U 5/14 R](#) –, SozR 4-2700 § 2 Nr. 33, Rz. 11; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 526/13](#) –, Rz. 43, juris). Hier nun hat die Beklagte das Ereignis vom 28. März 2008 in dem angegriffenen Bescheid vom 3. September 2009 als Arbeitsunfall und zumindest eine "folgenlos ausgeheilte Prellung des Brustkorbs" als Gesundheits(erst)schaden anerkannt. Sie hat zwar nicht ausgeführt, worin das von außen herrührende Ereignis liegen soll. Aus den weiteren Ausführungen in dem Bescheid ist jedoch zu entnehmen, dass sie den mehrfachen Anstoß des Pkw des Klägers an der Mittelleitplanke als Unfall eingestuft hat ("Ihr Arbeitsunfall hat zu nachstehenden Beeinträchtigungen geführt., ".wegen der Folgen Ihres Arbeitsunfalls haben Sie."). Zwischen den Beteiligten steht daher bestandskräftig und damit mit Bindungswirkung ([§ 77 SGG](#)) fest, dass es eine solche äußere Einwirkung durch die Anstoßereignisse gegeben und dass nicht etwa eine innere Ursache wie z.B. der zwischenzeitlich diskutierte Krampfanfall allein die Gesundheitsschäden bei dem Kläger verursacht hat. In einer ähnlichen Situation hat auch das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 16. April 2010 - [L 8 U 5043/09](#) –, Rz. 23, juris) bereits eine Bindung an die Feststellung eines Arbeitsunfalls insgesamt trotz erheblicher Zweifel am Vorliegen eines von außen einwirkenden Ereignisses angenommen.

Ebenso wie das SG geht der Senat davon aus, dass die hier streitigen neun Wirbelkörperbrüche mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf diese äußere Einwirkung als wesentlicher Ursache zurückzuführen sind.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12. April 2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht

ursächlich. Kann dagegen das Unfallereignis nicht hinweggedacht werden, ohne dass der Gesundheitsschaden entfiel (*conditio sine qua non*), ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. 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 (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)). Die hier vorzunehmende Kausalitätsprüfung hat somit nach dieser zweistufigen Prüfung zu erfolgen. Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung müssen erwiesen sein, d. h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30. April 1985, [2 RU 43/84](#) in [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006, [a.a.O.](#) auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Dieser differenzierte Beweismaßstab gilt auch in den Fällen, in denen ein innerer Umstand als ursächlich oder mitursächlich und dann - sofern auch eine äußere Einwirkung ursächlich im natürlichen Sinne war - als wesentliche Teilursache angeschuldigt wird. Ebenso wie das äußere Ereignis selbst muss auch diese "innere Ursache" im Vollbeweis feststehen, die materielle Beweislast dafür trägt grundsätzlich der Versicherungsträger (Krasney, in: Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Band 3 - gesetzliche Unfallversicherung, § 8 Rz. 335 m.w.N.). Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass "innere Ursachen" sowohl bei Berufskrankheiten ebenso wie bei Arbeitsunfällen nur in die Ursachenbeurteilung und -abwägung miteinbezogen werden dürfen, wenn sie mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit feststehen (st. Rspr. des BSG: Urteil vom 2. Februar 1978, [8 RU 66/77](#), [BSGE 45, 285, 286](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#) für eine alkoholbedingte Fahruntüchtigkeit; [BSGE 61, 127, 129 f](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 84](#) wonach die nicht auszuräumende - bloße - Möglichkeit einer inneren Ursache die Bejahung eines Arbeitsunfalls nicht ausschließt, die innere Ursache muss sicher feststehen, um in den Abwägungsprozess mit einbezogen zu werden; BSG vom 24. Februar 1988 - [2 RU 30/87](#) - Sturz einer Verkäuferin mit Anfallsleiden - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11, 14](#); Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) -, Rz. 22, juris). Entsprechend hat auch das LSG Baden-Württemberg entschieden, dass die innere Ursache mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen muss und ihre bloße Möglichkeit nicht genügt (Urteil vom 12. November 2009 - [L 10 U 3951/08](#) -, Rz. 39, juris).

Die Anstöße gegen die Mittelteilplanke als von außen herrührendes Ereignis ergeben sich, wie ausgeführt aus der bindenden Feststellung des Ereignisses vom 28. März 2008 als Arbeitsunfall. An ihnen ist aber auch in der Sache nicht zu zweifeln. Die Eindellungen und Schleifspuren sowohl an der Leitplanke als auch an der linken Seite des Pkw, den der Kläger gefahren ist, beweisen sie hinreichend.

Der Senat kann auf der anderen Seite nicht im Vollbeweis feststellen, dass bei dem Kläger Sekundenbruchteile vor dem Unfall ein epileptischer Anfall stattgefunden hat, der dann als "innere Ursache" allein oder ggfs. als wesentliche Mitursache neben den folgenden Anstößen gegen die Leitplanke die Wirbelkörperbrüche verursacht hat. Einen solchen Anfall als innere Ursache hatte bereits Dr. N. hat in seinem vom SG eingeholten Gutachten vom 9. September 2013 als mögliche Ursache angenommen, aber diese Schlussfolgerung nicht näher belegt, insbesondere nicht durch neurologische Untersuchungen. Deutlich dann hat der neurologische Gutachter in dem Zivilverfahren des Klägers, Dr. E., einen einmaligen epileptischen Anfall als alleinige Ursache der Wirbelfrakturen angenommen. Dieses Gutachten kann der Senat nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 411a](#) Zivilprozessordnung (ZPO) auch in dem hiesigen Verfahren als Gutachten eines Gerichtssachverständigen verwerten und nicht nur im Wege des Urkundenbeweises. Dr. E. ist davon ausgegangen, dass die Frakturen durch eine innere Verkrampfung der Muskulatur um die Wirbelsäule herum verursacht worden waren, eventuell verstärkt durch Gegendruck auf Grund des Sicherheitsgurts, den der Kläger angelegt hatte. In diesem Fall hätten die Frakturen insgesamt bereits im Vollbild bestanden, als der Wagen des Klägers erstmals an der Leitplanke anstieß. Aber für den Vollbeweis eines solchen Anfalls reichen die ärztlichen Feststellungen während der Behandlung und auch Dr. E.s eigene Ausführungen nicht aus. Es bleibt nicht mehr als die schlichte Möglichkeit, dass es einen solchen Anfall gegeben hat. Die bloße Möglichkeit der Mitverursachung durch eine innere Ursache vermag die festgestellte Ursächlichkeit der versicherten Tätigkeit jedoch nicht zu verdrängen. Das hat das BSG gerade für einen möglichen (epileptischen) Anfall entschieden, der zu einem Sturz geführt und eine Verletzung verursacht hat (Urteil vom 17. Februar 2009 - [B 2 U 18/07 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 31](#), Rz. 15). Ist unklar, ob der Versicherte bereits vor dem Sturz einen Anfall erlitten hat, scheidet dieser Anfall als Sturzursache und damit als Ursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne aus (vgl. Ziegler, in: SGB VII, Gesetzliche Unfallversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 2. Aufl., § 8 Rz. 275). Dr. E. hat zwar eine Vielzahl an Umständen herausgearbeitet, die als Indizien für einen Anfall in Betracht kommen. Auch mag es sein, dass die beim Kläger vorliegende perinatale Entwicklungsstörung ein, aber nur leicht erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle begründet. Das macht das Auftreten eines einzelnen Anfalls, wie er dann beim Kläger imponiert hätte, aber nur möglich. Wie Dr. E. in seiner mündlichen Anhörung beim LG Heilbronn am 21. März 2014 einräumen musste, kann eine gesicherte Diagnose für einen epileptischen grundsätzlich nur gestellt werden, wenn der Arzt den Anfall bemerkt. Die Indizien, die Dr. E. zusammengetragen hat, können den Senat in ihrer Gesamtschau nicht im Sinne an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon überzeugen, dass ein Anfall vorlag. So hat Dr. E. zwar bildgebend Veränderungen im Gehirn des Klägers gemessen (Verdacht auf einen Herdbefund links temporal, sowie - gesichert - zwei Arachnoidalzysten), die nach seiner wissenschaftlichen Einschätzung das Risiko solcher Anfälle erhöhen. Er hat diese Erhöhung allerdings nur als geringfügig beschrieben. Ferner hat er darauf hingewiesen - wie vor ihm schon Dr. D. in dem orthopädischen Gutachten vom 8. November 2010 -, dass die behandelnden Neurologen im Krankenhaus Neumünster einen Krampfanfall erwogen hatten (Bericht vom 1. April 2008 nach einem neurologischen Konsil). Aber dabei handelte es sich nur um eine differenzialdiagnostische Möglichkeit, in den Vordergrund war auch in Neumünster die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas gerückt worden, dass dann in allen weiteren Behandlungsberichten übernommen worden war. Dr. E. hat zwar ausgeführt, dass bei einer Rückschau die Diagnose eines Schädel-Hirn-Traumas nicht habe gestellt werden können. Aber selbst wenn dies zutrifft, sich diese Diagnose also als falsch erweist - was z.B. Prof. Dr. St. in seinen Stellungnahmen zu dem Gutachten von Dr. E. mehrfach bestritten hat -, dann wäre damit immer noch nicht die gesicherte Diagnose eines epileptischen Anfalls möglich. Die einzelnen Symptome, die bei dem Kläger unmittelbar

nach dem Unfall festgestellt worden sind, noch dazu von Polizeibeamten und nicht von Ärzten, reichen nicht aus, einen solchen Anfall für bewiesen zu halten. Prof. Dr. St. hat auch darauf hingewiesen, dass die Bewusstlosigkeit nicht zwingend auf einen Anfall zurückzuführen ist und dass vielmehr andere Symptome, die zu erwarten gewesen wären, gefehlt haben (Einnässen, Zungenbiss, Schaum) und es in Anbetracht der zu erwartenden motorischen Phänomene, die mit einem generalisierten Krampfanfall einhergehen, kaum vorstellbar ist, dass der betroffene Fahrer - wie hier aber geschehen - das Fahrzeug weiterhin geradeaus steuert. Schließlich fehlt es am typischen auffälligen Schlaf mit einer Dauer von 20 Minuten - oft auch länger - mit ungewöhnlich tiefer Atmung, die Ersthelfer oder die eintreffende Polizei hätten bemerken müssen. Und letztlich spricht auch die völlige Beschwerdefreiheit des Klägers auf neurologischem Gebiet vor und nach dem Unfall gegen eine erhöhte Neigung zu epileptischen Anfällen. Ganz unabhängig davon ist, selbst wenn ein Anfall als solcher erwiesen wäre, nicht nachgewiesen, ob er wirklich vor dem ersten Anstoß begonnen hatte oder nicht vielmehr selbst durch den Anstoß verursacht worden ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 192 f.).

Die Osteopenie, die bei dem Kläger gesichert vorliegt, kommt für sich allein letztlich ebenfalls nicht als innere Ursache der Wirbelkörperbrüche in Frage. Der Kläger hatte zwar schon vor dem Unfall solche Frakturen erlitten - wohl mindestens drei und eventuell einen älteren an dem nunmehr erneut betroffenen BWK 6 - und auch sechs Monate nach dem Unfall, im Oktober 2008, brach ein weiterer Wirbelkörper (BWK 10). Aber es ist davon auszugehen, dass diese Frakturen, die der Kläger nicht bemerkt hatte, jeweils einzeln aufgetreten sind. Dass bereits im Vorfeld zu dem hier streitigen Unfall eine Serienfraktur mehrerer Wirbelkörper aufgetreten war, steht nicht fest und kann daher im Rahmen der Abwägung der Verursachungsbeiträge nicht zu Grunde gelegt werden. Im Rahmen des hier angeschuldigten Unfalls waren sich alle gehörten Sachverständigen darin einig, dass auch bei dieser Erkrankung, wie sie bei dem Kläger vorliegt, ein äußerlich wirkendes Ereignis notwendig war, um eine Serie von neun Wirbelkörperbrüchen zu verursachen. Welchen Mitverursachungsanteil die Osteopenie letztlich zu den Frakturen beigetragen hat, ist im Folgenden im Rahmen der notwendigen Abwägung der Ursachenbeiträge zu entscheiden.

Vor diesem Hintergrund geht der Senat davon aus, dass die Anstöße des Pkw des Klägers an der Mittelteilplanke mit hinreichender Wahrscheinlichkeit *conditio sine qua non* für die Frakturen waren und dass sie - in Abwägung mit der Osteopenie - auch den rechtlich wesentlichen Ursachenbeitrag geleistet haben.

Für einen Zusammenhang zwischen den Anstößen an der Leitplanke bei dem Unfall am 28. März 2008 und den Wirbelkörperfrakturen bei dem Kläger spricht zunächst der zeitlich enge Zusammenhang zu ihrer Erstdiagnose. Der Senat geht daher davon aus, dass alle neun diskutierten Frakturen am Unfalltag entstanden sind. Bereits am 28. März 2008 waren diese Frakturen im Klinikum Neumünster, in das der Kläger eingeliefert worden war, beschrieben und zwei Tage später bildgebend mit einem CT diagnostiziert worden. Nahezu alle gehörten Gutachter und Sachverständigen, auch die Fachärzte für Orthopädie und Radiologie, haben nicht in Abrede gestellt, dass die Frakturen am Unfalltag "frisch" waren. Lediglich die Frakturen an den BWK 7, 8 und 11, die aber auch das SG nicht als unfallbedingt angesehen hat, sind älteren Datums gewesen. Bereits der von der Beklagten beauftragte Prof. Dr. R. hat in seinem Gutachten vom 24. August 2009, das der Senat nach [§ 118 Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 418 ZPO](#) als öffentliche Urkunde verwertet, angeführt, nach den MRT-Untersuchungen in Tübingen, die vollständiger und besser zu bewerten seien als jene aus Neumünster, habe der Kläger an neun Wirbelkörpern frische Frakturen gehabt (BWK 4, 6, 9, 12 sowie LWK 1 bis 5). Diese könnten etwa dem Unfallzeitpunkt zugeordnet werden. Ebenso haben Dr. D., Dr. K., Prof. Dr. A. in dem Zivilrechtsstreit vor dem LG Heilbronn, Dr. Th., Dr. N. und zuletzt der nach [§ 109 SGG](#) gehörte Dr. P. - dieser allerdings nur auf acht Wirbelkörper bezogen - diese Frakturen als frisch bezeichnet. Bereits Dr. N. hatte sich zur Begründung hierfür im Wesentlichen auf die gleichmäßige Rückbildung der Knochenödeme in den betroffenen Wirbelkörpern gestützt, die in den MRT-Aufnahmen der Folgezeit zu sehen ist und die für eine zeitgleiche Entstehung der Frakturen spricht. Auch der Neurologe Dr. E., der im Zivilverfahren gehört worden ist, hat die Entstehung der Frakturen am 28. März 2008 nicht in Abrede gestellt. Insbesondere stützen die Ausführungen des Radiologen Prof. Dr. B. die Annahme, dass die Frakturen frisch waren. Dieser Arzt, der zunächst von der Beklagten beauftragt worden war und den dann der Senat im Berufungsverfahren zum Gerichtssachverständigen ernannt hat, hat in seinem Gutachten vom 23. Juli 2015 nach Auswertung der zusätzlich vorgelegten MRT-Bilder und an Hand der Entwicklung der dort zu sehenden Knochenödeme überzeugend dargelegt, dass die Frakturen in die Zeit des Unfalls eingeordnet werden können. Er hat differenziert dargelegt, warum er nunmehr - im Gegensatz zu seinen früheren Einschätzungen - von akuten Frakturen ausgeht. Die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. S. vom 8. November 2015 und von Dr. K. vom 18. November 2015, die nunmehr alle Frakturen mit Ausnahme jener bei BWK 12 als alt bzw. vorbestehend eingestuft haben, konnten den Senat dagegen nicht überzeugen. Prof. Dr. B. hat, wie er unter dem 6. Januar 2016 nochmals erläutert hat, seine Stellungnahme auf alle vorliegenden CT- und MRT-Bilder gestützt, während den Beratungsärzten der Beklagten anscheinend nur einzelne Unterlagen vorlagen. Außerdem hat Prof. Dr. B. schlüssig dargelegt, dass wegen der Abbildung von Knochenödemem auch und gerade MRT-Aufnahmen Auskunft über das Alter von Frakturen geben können und sie deswegen anderen bildgebenden Verfahren überlegen sind. Die MRT-Aufnahmen hatte, wie bereits ausgeführt, in gleicher Weise wie Prof. Dr. B. schon Dr. N. seinem Gutachten zu Grunde gelegt.

Der Hergang des Unfalls und auch das Verletzungsbild bei dem Kläger sprechen nicht gegen einen Ursachenzusammenhang:

Aus dem Gutachten des Dipl.-Ing. R. vom 25. August 2014 aus dem Verfahren vor dem LG Heilbronn ergibt sich, dass bei dem Unfall des Klägers die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung in Längsrichtung maximal 3,5 km/h und in Querrichtung maximal 11,1 km/h betragen habe; die mittleren Verzögerungen hätten daher bei max. 2,8 m/s² in Längs- und max. 7,1 m/s² in Querrichtung betragen. Nach dem Aufprallwinkel sei davon auszugehen, dass sich der Oberkörper des Klägers nach links in Richtung der B-Säule sowie leicht schräg nach vorn links bewegt habe. Wegen dieser Bewegungsrichtung ist die Geschwindigkeitsverzögerung in Querrichtung relevant. Mehrere Gutachter haben diese Verzögerung als nicht geeignet zur Verursachung einer Wirbelkörperserienfraktur bezeichnet. Konkret hierzu hat sich allerdings nur Dr. E. geäußert, der ausgeführt hat, Verzögerungen unterhalb einer "Harmlosigkeitsgrenze" von 15 km/h Verzögerung könnten nicht einmal Verletzungen der HWS, des empfindlichsten WS-Abschnitts, verursachen. Eine solche Harmlosigkeitsgrenze gilt jedoch nicht generell. Auch der Bundesgerichtshof (BGH) hat eine solche Grenze - im dortigen Fall sogar bei 4 bis 10 km/h angesetzt - abgelehnt, weil sie in der Rechtsprechung und ärztlicherseits in Zweifel gezogen werde und weil die Beantwortung der Kausalitätsfrage nicht allein von der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung, sondern daneben von einer Reihe anderer Faktoren abhängt, wobei u.a. auch die Sitzposition des betreffenden Fahrers eine Rolle spielen kann (BGH, Urteil vom 28. Januar 2003 - [VI ZR 139/02](#) -, Rz. 6, juris). Dessen ungeachtet hat Dr. B. darauf hingewiesen, dass bei einem Seitenaufprall eine große energetische Wirkung auf den Körper bestehen kann. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass solche Grenzen von dem Idealbild eines gesunden Fahrers ausgehen, dass aber hier im Unfallversicherungsrecht eher ein subjektiver Maßstab gilt, weil nämlich der Versicherte - grundsätzlich - mitsamt seinen Vorerkrankungen versichert ist und es z.B. - gerade auch bei Verkehrsunfällen auf sein individuelles Leistungsvermögen ankommt (LSG Baden-Württemberg,

Urteil vom 19. März 2013 – [L 9 U 3957/09](#) –Rz. 44 juris; Urteil vom 18. März 2016 – [L 8 U 5111/13](#) –, Rz. 42, juris). Bei einer Vorschädigung, wie sie hier in der Osteopenie des Klägers lag, können auch geringere Krafteinwirkungen Wirbelkörperfrakturen auslösen. Auch diesen Punkt hat Prof. Dr. B. in seiner letzten Äußerung noch einmal herausgehoben (S. 5 seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2016). Abschließend weist der Senat – wie schon Dr. Th. in seinem Gutachten vom 25. Juli 2012 – darauf hin, dass die Energie, die bei den Anstößen auf den Körper des Klägers eingewirkt hat, immerhin ausreichend war, um die in Neumünster diagnostizierte Lungenkontusion zu verursachen.

Ähnliches gilt für die Bewertung des Schadensbilds. Zunächst waren die betroffenen Wirbelkörper nicht durchgängig nur in ihren mittleren Anteilen betroffen, es lagen also nicht durchgängig nur (Deckplatten)impressionsfrakturen vor. Zumindest bei BWK 12 haben sogar Dr. K. und Dr. S. in ihren beratungsärztlichen Stellungnahmen von November 2015 eine Keilbildung und eine frische Fraktur angenommen. Das Schadensbild war auch an den anderen Wirbelkörpern nicht derart, dass allein das Innere der Wirbelkörper in sich zusammengesackt war, sondern es waren, wie es bei Seitenanstößen zu erwarten ist, auch Seitenbeteiligungen festzustellen. Bereits die bildgebenden Befunde bei der Behandlung in Neumünster hatten zumindest bei den BWK 12 bis LWK 5 eine Hinterkantenbeteiligung angenommen. Insbesondere Prof. Dr. A. hat in seinem Gutachten aus dem Zivilverfahren zu diesem Punkt überzeugend Stellung genommen, dass auch die hier im Vordergrund stehenden Grund- und vor allem Deckplattenimpressionsfrakturen auf den hier angeschuldigten seitlichen Aufprall zurückgeführt werden könnten. Gestützt auf eine wissenschaftliche Veröffentlichung im Jahre 1992 hat er ausgeführt, dass auch bei Seitenstößen signifikante Belastungen auf die in Lateralflexion gehaltene Wirbelsäule einwirken könnten. Ferner hat er darauf hingewiesen, dass der Wagen des Klägers mit den linken Rädern nicht mehr auf der Fahrbahn, sondern dem unebenen Mittelstreifen fuhr, sodass auch kompressive Belastungen auf die Lendenwirbelsäule auftreten könnten (S. 39 f. Gutachten).

Ein epileptischer Anfall als konkurrierende innere Ursache ist, wie ausgeführt, nicht im Vollbeweis gesichert, sodass er auch nicht als Indiz bei der Abwägung mehrerer Ursachenbeiträge herangezogen werden kann.

Die stattdessen nachgewiesene Knochendichteminderung hat nach Ansicht des Senats zwar ursächlich im Sinne natürlicher Kausalität an der Entstehung der Wirbelkörperfrakturen mitgewirkt. Zumindest ist davon auszugehen, dass die Schädigung gleich mehrerer Wirbel zum gleichen Zeitpunkt nicht ohne die Osteopenie des Klägers aufgetreten wäre. Mehrere Gutachter haben es für möglich gehalten, dass die Seitenstöße an der Mittelleitplanke allein zwar zu einem Wirbelkörperbruch führen konnten, dass jedoch die hier aufgetretene Mehrsegmentfraktur bei einem gesunden Menschen angesichts der doch geringen Geschwindigkeitsverzögerung bei den Kollisionen nicht aufgetreten wäre. Insbesondere Dr. D. und Dr. Th. haben in ihren orthopädischen Gutachten dargestellt, dass bei Anstößen wie hier "normalerweise" allenfalls einzelne WS-Segmente im thorakolumbalen Übergangsbereich betroffen sind, aber die Frakturen der LWK wie bei dem Kläger gänzlich unüblich seien. Dass die Wirbelkörper des Klägers wegen der Osteopenie auf geringfügige Belastungen leicht ansprechen, zeigt sich auch in den drei vorbestehenden Wirbelkörperfrakturen, die der Kläger nicht bemerkt hatte und für die er auch kein größeres Trauma als Ursache benennen konnte.

Der Senat ist jedoch davon überzeugt, dass bei der Abwägung dieser Ursachenbeiträge die Anstöße an der Mittelleitplanke rechtlich die wesentliche Ursache darstellten und der Ursachenbeitrag der vorbestehenden Osteopenie dahinter zurücktritt. Diese Wertung stützt sich nicht nur auf die Vielzahl der Frakturen zur gleichen Zeit. Eine solche wäre bei einer alltäglichen Belastung mit einer Einwirkung, die hinter jener durch den Verkehrsunfall zurückbleibt, nicht aufgetreten. Dass die alten vor dem Arbeitsunfall vorbestehenden Wirbelbrüche spontan als Kettenfraktur entstanden sind, ist eine durch nichts belegte Vermutung der Beklagten. Zuletzt hat der Sachverständige Prof. Dr. B. dies für den Senat schlüssig dargelegt. Eine Knochendichteminderung kann danach zu einzelnen Brüchen, aber nicht zu einer "Kettenfraktur" führen. Dazu bedarf es eines relevanten Ereignisses wie dem Sturz von einem Baum. Diese Einschätzung haben auch jene Sachverständigen geteilt, die letztlich zu einer anderen Wertung gekommen sind. Soweit ersichtlich hat kein Gutachter außer den Beratungsärzten der Beklagten, Dr. K. und Dr. S., die Ansicht vertreten, dass die Knochendichteminderung des Klägers derart leicht ansprechbar war, dass die Einwirkungen während des Unfalls nur als "Gelegenheitsursache" einzustufen wären. Hierbei ist festzuhalten, dass nach dem in Tübingen gemessenen T-score von -1,9 keine "manifeste Osteoporose" vorlag, wie sie noch Dr. B. in seinem Gutachten vom 15. Juni 2010 angenommen hatte. Der genannte Wert lag nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. Dr. R. aus seinem – privat erhobenen – radiologischen Fachgutachten vom 24. August 2009 oberhalb der Grenze von -2,5, an der erst eine Osteoporose diagnostiziert werden kann. Erst nach dem Unfall, bedingt durch die Immobilisation, hatte sich der T-score auf -2,6 weiter verschlechtert. Dieser Wert von -2,5 für die Abgrenzung zwischen Osteopenie ("altersassoziierter Knochenmasseverlust") und (präklinischer) Osteoporose Grad 1 entspricht den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation WHO (vgl. Schönberger/Mehrtens/Va-len-tin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 447). Nach den relevanten wissenschaftlichen Erfahrungswerten ist selbst bei einer präklinischen Osteoporose Grad 1 bei einer ausreichend großen Energieeinwirkung bei einem Unfall dieser als wesentliche Teilursache einzustufen, erst bei klinisch manifesten Osteoporosen in den Graden 2 und 3 ist der Unfall für einen Wirbelkörperbruch in der Regel unwesentlich (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 439). Erst recht muss daher eine bloße Osteopenie, wie bei Kläger vorhanden, hinter einer traumatischen Einwirkung bei einem Unfall zurücktreten.

Hiernach kommt auch der Senat wie das SG zu dem Ergebnis, dass die neun von ihm festgestellten Wirbelkörperbrüche Folgen des Arbeitsunfalls sind. Ob auch der Bruch des BWK 10, der erstmals im Oktober 2008 festgestellt worden ist, Unfallfolge ist kann an dieser Stelle offen bleiben, da dieser BWK als festzustellende Gesundheitsstörung als Folge des Ereignisses vom 28. März 2008 nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist. Hinzuweisen ist aber darauf, dass dieser Wirbelkörperbruch nach den Angaben des Klägers bei einem weiteren Verkehrsunfall entstanden sein dürfte, den der Kläger auf dem Weg zu einer von der Beklagten geleisteten physiotherapeutischen Behandlung erlitten hat ([§ 11 Abs. 1 SGB VII](#)). Ferner könnte die Verschlimmerung der vorbestehenden Osteopenie, die zwischenzeitlich wegen der Immobilisation des Klägers nach dem ersten Unfall den Grad einer manifesten Osteoporose erreicht hatte, diesen erneuten Wirbelkörperbruch begünstigt haben.

Die Höhe der begehrten Verletztenrente des Klägers bestimmt sich nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Rentenanspruch haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. 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 ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind dabei nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil

vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)), den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber 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. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und 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 im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind 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 (vgl. zu allem Beschluss des Senats vom 14. Februar 2011 - [L 6 U 3704/10](#) -, Rz. 21, juris).

In Übereinstimmung mit dem SG bemisst der Senat die MdE mit 20 v.H.

Die Erfahrungswerte bei der Bemessung der MdE für Wirbelsäulenverletzungen, soweit unterschiedliche oder mehrere Segmente betroffen sind, folgen in Analogie zur Begutachtung peripherer Gelenkschäden dem "Segmentprinzip". Maßgebend ist vor allem die segmentale (Rest)beweglichkeit. Entsprechend seiner funktionellen Bedeutung hat jedes Bewegungssegment der Wirbelsäule einen tabellarisch aufgelisteten Segmentwert (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 443 f.). Hierbei wird die vollständige Versteifung der Wirbelsäule mit einer MdE von 100 v.H. bewertet. Die in der Tabelle genannten Anteilswerte für die Versteifung jedes einzelnen Bewegungssegments an diesem Gesamtwert gelten in reiner Form - nur - bei stabil ausgeheilten Frakturen ohne Deformierung. Bei WS-Deformitäten wie Verkrümmungen sind die Werte zu verdoppeln, bei segmentaler Ankylose oder Hypomobilität zu verdreifachen und bei segmentaler Instabilität mit vier bis sechs zu multiplizieren (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Mit dieser formalen Betrachtung sind die üblichen Funktionseinbußen, wie sie sich aus den beschriebenen verbliebenen Schäden ergeben, erfasst, seien es Beweglichkeitseinschränkungen, seien es auch oder nur Schmerzen.

Nach diesen Werten entspricht z.B. die vollständige Versteifung aller fünf Segmente der LWS (L1/2 bis L5/S1) einem Anteil von 21,7 % einer Versteifung der gesamten Wirbelsäule. Die Anteile der einzelnen Segmente der BWS sind am geringsten, sie liegen z.B. bei 1,8 % für T7/8 bis T11/12. Für vier Segmente der BWS wie bei dem Kläger kämen daher bei vollständiger Versteifung unter 10 % hinzu, sodass eine vollständige Versteifung jener Wirbelkörper, die auch beim Kläger betroffen sind, eine MdE um die 30 v.H. bedingen würde. Würde man noch den Bruch des BWK 10 im Oktober 2008 als - mittelbare - Unfallfolge mit berücksichtigen, würde sich bei einer vollständigen Versteifung eine MdE-Erhöhung um 1,8 % ergeben.

Nachdem die betroffenen Wirbelkörper bei dem Kläger nicht versteift sind, muss die MdE durch einen Vergleich mit den bei ihm vorliegenden Funktionseinbußen bestimmt werden. Diese entnimmt der Senat den sachverständigen Ausführungen von Dr. N. - der allerdings selbst eine Unfallkausalität verneint hatte -, weil dieser Sachverständige als einziger entsprechende Messungen vorgenommen und die oben genannten Kriterien und Erfahrungswerte seiner Bewertung zu Grunde gelegt hat (S. 82 ff. seines Gutachtens). Bei dem Kläger liegen demgegenüber - lediglich - Einbußen vor, die eine MdE von 20 v.H. bedingen. Die neun Wirbelkörperfrakturen haben nicht zu vollständigen Segmentversteifungen geführt. Insgesamt hat z.B. Dr. N. bei dem Kläger nach der knöchernen Ausheilung nur leichte Verformungen der Wirbelkörper selbst mit geringfügigen Limitierungen der Bewegungsmaße feststellen können (S. 79 Gutachten). So hat Dr. N. im Bereich der LWS den (zweimal gemessenen) Finger-Boden-Abstand mit 24 cm als leicht eingeschränkt eingestuft, ebenso war das Schober'sche Zeichen für die Entfaltbarkeit der LWS mit 10:13 cm (Norm 10:15 cm) leicht beeinträchtigt. Die Beweglichkeiten der Brust- und Lendenwirbelsäule im Übrigen (Seitneigung, passive Rumpfdrehung) waren nicht eingeschränkt (S. 52 Gutachten). Die HWS, die aber auch nicht unfallbetroffen war, hat Dr. N. unbeeinträchtigt gefunden (S. 53 Gutachten). Im Vordergrund der Beschwerden des Klägers stehen die Schmerzen, die insbesondere von der LWS ausgehen. Der Kläger behandelt sie laufend medikamentös. Nach seinen Angaben bei Dr. N. nimmt er, seitdem er 2011 Katadolon und Tramadolon abgesetzt hat, nunmehr Novaminsulfon 500 mg zweimal täglich und bedarfsabhängig zusätzlich Ibuprofen (Wirkstoff Ibuprofen) 600 mg zwei- bis viermal am Tag. Diese Behandlung deutet auf merklicheres Schmerzerleben hin, zumal zusätzlich ein Magenschoner (Pantoprazol) genommen wird. Als Ursachen der Schmerzempfindungen hat Dr. N. nach einer Auswertung eines am 10. Juni 2013 durchgeführten MRT auf durchweg geringe, aber vorhandene Einengungen der Neuroforamen (Nervenaustrittskanäle) bei BWK 7 bis 10 und bei L4/5 sowie eine beginnende Einengung des Spinalkanals (bzw. eine geringe Imprimierung des Düralschlauchs) bei L3/4 hingewiesen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Einschätzung der verbliebenen MdE durch Dr. N. nachvollziehbar. Insbesondere lag keiner der Umstände vor, die nach den wissenschaftlichen Erfahrungswerten die Tabellenwerte für Versteifungen einzelner WS-Segmente sogar noch erhöhen können. Die Frakturen bei dem Kläger sind stabil verheilt, eine instabile Ausheilung ist nicht nachweisbar. Der BWS-Kyphosewinkel liegt innerhalb der Altersnorm (ca. 40 Grad), eine Skoliosekrümmung besteht, eine Versteifung liegt nicht vor. Ein im Rahmen des Unfallgeschehens bedingter Bandscheibenschaden lässt sich nicht nachweisen. Eine instabile Ausheilung besteht nicht, Rückwirkungen auf die Funktion der beteiligten Bewegungssegmente sind nicht objektivierbar. Auch eine ungenügende Ertüchtigung der WS-Haltemuskulatur liegt nicht vor. Der Frakturtyp ist als günstig für eine Ausheilung ohne Funktionsbeeinträchtigung anzusehen, eine knöcherne Abstützreaktion als mögliches Zeichen einer Segment-Instabilität liegt nicht vor, ein statisch wirksamer Achsenknick besteht nicht, zu einer Bandscheibenbeteiligung ist es nicht gekommen und es besteht eine Ausheilung ohne nennenswerte Rückwirkung auf die Funktion.

Demnach sind die Unfallfolgen - wie auch von Dr. N. schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt - mit einer MdE von 20 v. H. zu bewerten. Eine höhere MdE lässt sich nicht begründen. Die MdE in dieser Höhe liegt bereits im mittleren bis oberen Ermessensspielraum der Erfahrungswerte.

Ebenso tritt der Senat den Ausführungen des SG bei, dass der Anspruch auf die Verletztenrente ab dem 25. August 2008 besteht. Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte werden nach [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletzengeld endet. Dies ist nach [§ 46 Abs. 3 Nr. 1 SGB VII](#) mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder

der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme der Fall. Bei dem Kläger ist nach dem Zwischenbericht der BG-Klinik Tübingen vom 12. September 2008 mit dem 25. August 2008 wieder vollschichtige Arbeitsfähigkeit eingetreten. In diesem Zeitraum ging auch die stufenweise Wiedereingliederung des Klägers auf seinem alten Arbeitsplatz zu Ende. Dass der Kläger ab dem 6. Oktober 2008 wiederum arbeitsunfähig war, hat nicht zu einem neuen Anspruch auf Verletzengeld geführt. Denn die neuerliche Arbeitsunfähigkeit beruhte nicht mehr auf den Folgen des Unfalls vom 28. März 2008. Der Kläger hat dazu selbst in seinem Schreiben an die Beklagte vom 18. Oktober 2008 ausgeführt, der Arbeitsdruck sei hoch. Ferner waren im August und bei dem weiteren Verkehrsunfall am 6. Oktober 2008 weitere Wirbelkörperbrüche aufgetreten, die zu der erneuten Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

Nach alledem waren die Berufungen beider Seiten zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-05-22