

L 10 U 2535/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 26 U 978/15
Datum
09.05.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 2535/16
Datum
28.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 09.05.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente wegen eines am 07.08.2013 erlittenen Arbeitsunfalles streitig.

Der am 1953 geborene Kläger ist seit 1975 Miteigentümer in Erbengemeinschaft des Grundstücks H. W. - S. Flurnummer 2421, Flurgrundstück-Nummer 556/2 der Gemarkung A ... Das Grundstück ist eingezäunt und wird von ihm als Ponyweide, die er zusätzlich zweimal jährlich nachmäht, genutzt (Bl. 3/3 bis 3/5 VwA). Am 07.08.2013 rutschte der Kläger bei der Kontrolle der Wasserstelle auf der Weide aus, fiel auf den Rücken (Unfallanzeige vom 15.09.2013, Bl. 3/1 VwA) und erlitt dadurch eine Fraktur des zweiten Lendenwirbelkörpers (LWK 2) mit Grundplatten- und Hinterkantenbeteiligung (Arztbericht Prof. Dr. H. , Chefarzt der Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie, P. -Krankenhaus R.: Druck- und Klopfschmerz über dem thorakolumbalen Übergang, Bl. 6/1 VwA, Entlassungsbericht Prof. Dr. H. , Bl. 18/1 VwA), die im stationären Rahmen konservativ mit Ruhigstellung und anschließender Mobilisation im Dreipunktkorsett behandelt wurde (Bl. 18/1 VwA). Während der ambulanten Weiterbehandlung bei dem Orthopäden K. beklagte der Kläger bei deutlich eingeschränkter Wirbelsäulenbeweglichkeit (Zwischenbericht vom 07.01.2014, fast aufgehobene Reklination, Inklination um die Hälfte der Norm, Seitneigung um zwei Drittel der Norm, periphere Durchblutung, Motorik, Sensibilität - pDMS - ohne Befund, Bl. 20/1 VwA) noch deutliche belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der LWS teilweise mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel. Im Ersten Rentengutachten nach Untersuchung des Klägers am 14.04.2014 (Finger-Boden-Abstand 13 cm, Seitneigen um 1/3 eingeschränkt, Drehen im Sitzen frei, Entfaltbarkeit der BWS und LWS frei, vgl. Messblatt, Bl. 32/8 VwA) sah der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. G. als Unfallfolgen eine LWK 2-Fraktur mit Grundplatten- und Hinterkantenbeteiligung mit Ausheilung und leichter ventraler Sinterung mit einem Kyphosewinkel von 10° mit persistierenden Schmerzen und vegetativer Dysfunktion (Angabe von vermehrtem Harn- und Stuhldrang ohne Inkontinenz, beklagte Erektionsprobleme ohne bisherige urologische Abklärung, Bl. 32/2 VwA) und schätzte die unfallbedingte MdE für die Zeit vom 06.02.2014 bis zum 14.04.2014 mit 20 vom Hundert (v. H.) und anschließend mit 10 v. H. ein (Gutachten vom 01.05.2014, Bl. 31 VwA). Röntgenologisch zeigte sich eine knöchern durchbaute Fraktur mit Versetzung des LWK 2 (zwei Millimeter nach dorsal, Bl. 31/3 VwA) und ventraler Höhenminderung mit Ausbildung eines kyphotischen Knicks im LWK 2 um 10° und subchondralen Sklerosierungen der gesamten Wirbelsäule an Grund- und Deckplatte (thorakolumbalen Übergang etwas kyphosiert mit einer Spondylosis deformans auffällig, Bl. 31/3 VwA).

Mit Bescheid vom 26.05.2014 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 07.08.2013 als Arbeitsunfall und lehnte einen Anspruch auf Verletztenrente für die Zeit ab 06.02.2014 (nach Ablauf der 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalles) ab (Bl. 33/1 VwA). Den hiergegen erhobenen Widerspruch begründete der Kläger mit andauernden Schmerzzuständen Tag und Nacht, wodurch die Ausübung seiner hauptberuflichen Tätigkeit als Ausbilder eingeschränkt und seine Nebentätigkeit als Hufschmied nahezu unmöglich geworden sei. Nach Einholung einer beratungsfachärztlichen Stellungnahme bei dem Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S. (unfallbedingte MdE um 10 v. H. ab Begutachtung, unfallunabhängige Spondylose, teilweise verklammernd der unteren BWS und LWS, Bl. 57/8 VwA) wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 29.01.2015 zurück.

Am 13.02.2015 hat der Kläger dagegen beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben, seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und dahingehend unter Vorlage eines Berichtes des Facharztes für Neurochirurgie G. (CT der LWS: deutliche Höhenminderung des LWK 2 bei ausgeprägter Impression der Grundplatte, zentral betont, leichte Dorsalverlagerung der unteren Hinterkante in Richtung

Spinalkanal, zusätzlich breitbasige Bandscheibenprotrusion, relative Einengung des Spinalkanals, Foramina ausreichend weit, mäßige polysegmentale Spondylarthrose, Bl. 30 SG-Akte) ergänzt, dass seit dem Unfall Sensibilitätsstörungen an beiden Beinen sowie eine verstärkte Inkontinenz bestünden.

Auf Veranlassung des SG hat der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. D. nach Untersuchung des Klägers im November 2015 (Gutachten Bl. 38 ff. SG-Akte) als unfallbedingte Gesundheitsstörung eine in leichter knöcherner Keilwirbelbildung stabil verheilte ehemalige Kompressionsfraktur des LWK 2 mit daraus resultierender Hypomobilität im Bewegungssegment LWK 2/3 angeführt und die MdE für die Zeit vom 07.08.2013 bis 05.02.2014 mit 100 v. H., für die Zeit vom 06.02.2014 bis 13.04.2014 mit 20 v. H. und ab 14.04.2014 mit 10 v. H. bewertet. Die degenerativen Veränderungen der übrigen Wirbelsäulensegmente und daraus resultierende Bewegungseinschränkungen hat er als nicht unfallbedingt erachtet (insbesondere die Einengung des Spinalkanals in Höhe LWK 4/5 mit möglicher Wurzelaaffektion LWK 5 beidseits, Bl. 45 SG-Akte). Der Kläger ist der Verwertbarkeit dieses Gutachtens wegen einer fehlenden Schmerzmittelanamnese entgegengetreten und hat eine weitere Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen angeregt.

Mit am 09.06.2016 dem Kläger zugestellten Gerichtsbescheid vom 09.05.2016 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, dass unter Verweis auf die gutachterlichen Ausführungen von Dr. D. unfallbedingt eine in leichter, knöcherner Keilwirbelbildung stabil verheilte Kompressionsfraktur des LWK 2 mit daraus resultierender Hypomobilität im Bewegungssegment LWK 2/3 bestehe, die unter zulässiger Anwendung des Segmentprinzips eine MdE um 10 v. H. rechtfertige. Dies stehe auch in Einklang mit der Bewertung im Ersten Rentengutachten durch Dr. G ... Hinsichtlich der beklagten außergewöhnlichen Schmerzzustände sei von einer Wurzelaaffektion L 5 infolge einer nicht unfallbedingten Einengung des Spinalkanals in Höhe LWK 4/5 auszugehen.

Am 07.07.2016 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er hält das fachchirurgische Gutachten von Dr. D. wegen einer fehlenden speziellen Schmerzmittel- und Medikamentenanamnese im Hinblick auf ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom weiterhin für nicht verwertbar. Gleiches gelte für das Erste Rentengutachten aus dem Verwaltungsverfahren. Dr. D. habe ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom allein wegen der Einnahme von Schmerzmitteln am Untersuchungstag überhaupt nicht feststellen können. Auch sei bekannt, dass die aktiven und passiven Bewegungsausmaße durch die Einnahme von Schmerzmitteln verfälscht werden könnten.

Der Kläger beantragt (Antrag vom 06.12.2016 teilweise sachdienlich gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 09.05.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 26.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.01.2015 zu verurteilen, ihm ab der 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalls am 07.08.2013 eine Dauerrente nach einer MdE um wenigstens 30 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ergänzend führt sie an, dass Dr. D. ausdrücklich auf unfallunabhängige Ursachen der beklagten Schmerzen hingewiesen habe. Angaben zur Schmerzmitteleinnahme würden sich in beiden Gutachten finden.

Auf Veranlassung und Kosten des Klägers hat der Senat ein orthopädisches Gutachten (mit zusätzlicher radiologischer Diagnostik, MRT der LWS: verheilte LWK 2-Fraktur, mäßige polysegmental degenerativ knöcherne Veränderungen, im Segment LWK 2/3 geringe breitbasige Bandscheibenherniation ohne höhergradige Spinalkanalstenose; Röntgen: ventral betonte Sinterung des LWK 2 mit nachweisbarer Abstützreaktion, fortgeschrittene Spondylosis deformans sowie Spondylarthrose in sämtlichen Etagen der LWS, Bl. 63 bis 65 LSG-Akte) bei Dr. S. (Gutachten Bl. 46 ff. LSG-Akte) eingeholt, der nach Untersuchung des Klägers am 19.10.2017 auf seinem Fachgebiet als Unfallfolgen ein chronisches, lumbales Schmerzsyndrom nach LWK 2-Fraktur traumatisch bedingt mit Hinterkantenbeteiligung und konservativer Therapie, ein Wirbelgleiten von LWK 2 auf LWK 3, Grad I und eine Bandscheibenherniation LWK 2/3 sowie eine mäßiggradige bis geringgradige Spinalkanalstenose LWK 2/3 angeführt und auf Grund einer segmentalen Mikroinstabilität hieraus eine MdE um 20 v. H. gefolgert und auf etwaige mögliche Unfallfolgen auf neuro-urologischem Fachgebiet (Inkontinenz und Erektionsstörungen) hingewiesen hat.

Dieser Einschätzung ist der Beratungsarzt der Beklagten und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. M. unter Verweis auf die fehlende Relevanz einer Mikroinstabilität für das Erwerbsleben entgegengetreten (Bl. 103 ff. LSG-Akte). Hinsichtlich beklagter neurologischer und urologischer Beschwerden hat er darauf hingewiesen, dass kein Anhalt für Erstkörperschäden oder mittelbare Unfallfolgen auf diesen Fachgebieten bestünden. Der Beratungsarzt und Facharzt für Radiologie Dr. H. hat ausgeführt, dass für den Begriff der Mikroinstabilität keine wissenschaftlich akzeptierte Definition existiere. Es fehle an eindeutigen radiologischen und klinischen Kriterien, die diagnostische Aussagekraft bleibe ebenso wie die klinische Relevanz unklar (Bl. 105 ff. LSG-Akte).

In seiner ergänzenden Stellungnahme hat Dr. S. eingeräumt, dass ein neuro-urologischer Erstscha den nicht nachgewiesen sei und es sich bei den Miktionsproblemen um ein multifaktorielles Geschehen handle (Bl. 128 f. LSG-Akte). Die Schmerzgenese im Bereich der LWS könne auch durch Hüftprobleme hervorgerufen werden, zumal sich bereits sonographisch eine Coxarthrose (dringender Verdacht auf Coxarthrose Grad III bis IV, Bl. 61 LSG-Akte) gezeigt habe. Allerdings halte er an seiner MdE-Bewertung fest, da die Fraktur eine plausible problematische schmerzhaft e Situation hinterlassen habe und eine Stufenbildung von LWK 2 gegenüber LWK 3 deutlich sichtbar sei.

Der Kläger hält die Stellungnahme von Dr. H. wegen eines Verstoßes gegen [§ 200 Abs. 2 S. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i. V. m. [§ 76 Abs. 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für nicht verwertbar (Bl. 141 LSG-Akte). Die Beklagte hat eingewandt, dass Dr. H. nicht als Gutachter tätig geworden sei, sondern auf Anforderung der Beklagten eine beratungsärztliche Stellungnahme angefertigt habe (Bl. 147 LSG-Akte).

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die

vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 26.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015 mit dem die Beklagte den Antrag des Klägers auf Gewährung von Verletztenrente ablehnte. Hiergegen wendet sich der Kläger zulässigerweise mit seiner kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (BSG, Urteil vom 31.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#), in SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 5).

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 26.05.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2015 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 30 v. H. Denn die gesundheitlichen Folgen des von ihm am 07.08.2013 erlittenen und von der Beklagten mit Bescheid vom 26.05.2014 anerkannten Arbeitsunfalls bei der Bewirtschaftung in seinem Miteigentum stehender landwirtschaftlicher Nutzflächen rechtfertigen nicht die Bemessung mit einer hier rentenberechtigenden MdE um mindestens 30 v. H.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend die rechtlichen Grundlagen für den hier vom Kläger geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente dargelegt und ebenso zutreffend ausgeführt, dass der Kläger die Voraussetzungen für die Gewährung einer solchen Verletztenrente nicht erfüllt, weil die von Dr. D. als Unfallfolge berücksichtigte in leichter, knöcherner Keilwirbelbildung stabil verheilte Kompressionsfraktur des LWK 2 mit daraus resultierender Hypomobilität im Bewegungssegment LWK 2/3 keine rentenberechtigende MdE rechtfertigt und die vom Kläger angegebenen Schmerzen in Folge einer Wurzelaffektion LWK 5 bei Einengung des Spinalkanals LWK 4/5 bestehen. Der Senat sieht deshalb gemäß § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

In rechtlicher Hinsicht weist der Senat darauf hin, dass der Kläger im Zeitpunkt des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls am 07.08.2013 als Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a SGB VII kraft Gesetzes unfallversichert war. Unternehmen der Landwirtschaft sind vor allem solche mit Bodenbewirtschaftung, wobei dieser Begriff diejenigen Tätigkeiten umfasst, die dazu bestimmt sind, Bodengewächse aufzuziehen und abzuernsten (BSG, Urteil vom 18.01.2011, [B 2 U 16/10 R](#), in juris, Rdnr. 16). Dazu gehört auch Viehhaltung, wenn sie mit einer versicherten Bodenbewirtschaftung im Zusammenhang steht (BSG, Urteil vom 25. 04. 1962, [3 RK 14/58](#), in juris). Das ist u.a. bei einer so genannten "Weidewirtschaft" der Fall, bei der eine landwirtschaftliche Fläche dadurch genutzt wird, dass sie von Tieren abgeweidet (abgegrast) wird (LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.07.2005, [L 17 U 1/05](#), in juris, Rdnr. 22). Eine bodenbewirtschaftende Tätigkeit jedweder Art ist auch dann anzunehmen, wenn der Boden von Tieren abgeweidet wird, für die die abgeweideten Gewächse lediglich einen Anteil ihres Futters ausmachen, also ggf. zusätzlich zum Weidegras noch weiteres Futter gestellt werden muss. Die Motivation des Betreibers ist dabei unbeachtlich. Die landwirtschaftliche Tätigkeit muss weder gewerblich noch gewinnorientiert sein. Es genügt, wenn sie zur Freizeitgestaltung, als Hobby oder zu Therapiezwecken ausgeübt wird. In Ansehung dessen betrieb der Kläger im Unfallzeitpunkt ein landwirtschaftliches Unternehmen im unfallversicherungsrechtlichen Sinn, da er als Miteigentümer in Erbengemeinschaft des Flurgrundstücks Nr. 556/2 Gemarkung A. über Grund und Boden verfügte und die Grünfläche - wie von ihm selbst mehrmals angegeben - als Wiese und Weide für sein Pony nutzte und somit Bodenbewirtschaftung betrieb. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstreitig.

Landwirtschaftliche Unternehmer haben - auch hiervon ist das SG zutreffend ausgegangen - Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente - abweichend von § 56 Abs. 1 und 2 SGB VII - nach § 80 a SGB VII (eingefügt durch das Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - LSVMG - vom 18.12.2007, [BGBl. I S. 2984](#), in Kraft seit 01.01.2008) erst ab einer MdE um 30 v. H. (zur Verfassungsmäßigkeit des § 80a SGB VII bei einer Berufskrankheit, BSG, Urteil vom 20.03.2018, [B 2 U 6/17 R](#), in juris, Rdnr. 13 ff.).

Die beim Kläger verbliebenen Unfallfolgen rechtfertigen nicht die Annahme einer MdE in dieser Höhe. Wie das SG schließt sich somit auch der Senat der übereinstimmenden Beurteilung von Dr. G. und Dr. D. an.

Soweit der Kläger im Berufungsverfahren daran festhält, dass das Gutachten des Sachverständigen Dr. D. wegen einer fehlenden Medikamentenanamnese nicht verwertbar sei und gleiches für das von Dr. G. erstellte Erste Rentengutachten gelte, teilt der Senat diese Rechtsauffassung nicht. Zu einen hat der Kläger in der Untersuchungssituation bei Dr. D. die Einnahme von Schmerzmitteln konkret angegeben (Medikament und Dosierung). Diese wurde auch entsprechend dokumentiert ("ich nehme täglich oft zweimal Ibuprofen 800", Bl. 40 SG-Akte). Gleiches gilt für das von Dr. G. erstellte Gutachten. Hier gab der Kläger dasselbe Schmerzmittel in der gleichen Dosierung an ("die Einnahme von Antiphlogistika [Ibuprofen 800 mg] wegen der Schmerzen ist fast täglich erforderlich", Bl. 31/3 VwA), so dass der Einwand der Unvollständigkeit der Gutachten nicht überzeugt. Zum anderen vermag der Senat nicht zu erkennen, weshalb die Gutachtenergebnisse unter Berücksichtigung dieser Angaben verfälscht sein könnten. Denn unterstellt man zugunsten des Klägers eine schmerzbedingt notwendige Einnahme von Ibuprofen 800 mg am Untersuchungstag, ändert dies nichts an den erhobenen orthopädischen Befunden, zumal für die Bemessung der MdE nicht entscheidend ist, welche schmerzbedingten Funktionseinschränkungen ohne jegliche Schmerzmedikation/Therapien bestehen würden. Insofern greift auch der Einwand nicht durch, Dr. D. habe sich unzulässigerweise auf die Feststellung orthopädischer Funktionsbeeinträchtigungen beschränkt. Vielmehr hat Dr. D. dem gerichtlichen Auftrag entsprechend nach persönlicher Untersuchung des Klägers (einschließlich einer orientierenden neurologischen Untersuchung) ein sein Fachgebiet betreffendes fachchirurgisches Gutachten erstattet.

Nach dem vom Senat bei der Bemessung der MdE regelmäßig zu Grunde gelegten Werk von Schönberger, Mehrstens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 465 f. beträgt die MdE 1. für einen stabil verheilten Wirbelbruch, ohne oder mit nur geringer Fehlstatik (Keilwirbel (10°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung unter 10 v. H., 2. für einen stabil verheilten Wirbelbruch mit leichtem Achsenknick (Keilwirbel 10° bis (0°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit mäßiger segmentbezogener Funktionsstörung 10 v. H., 3. für einen stabil verheilten

Wirbelbruch mit statisch wirksamem Achsenknick (Keilwirbel) 25°) und ggf. Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit deutlicher segmentbezogener Funktionsstörung oder für einen verheilten Wirbelbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität (muskulär teilkompensiert) oder bei Versteifung von zwei Segmenten der LWS (einschließlich BWK 12/LWK 1) oder der HWS (unterhalb HWK 2) 20 v. H. Der Senat geht dabei - wie bereits das SG - davon aus, dass der erlittene Wirbelkörperbruch mit Hinterkantenbeteiligung in leichter knöcherner Keilwirbelbildung (10°) und daraus resultierender Hypomobilität im Bewegungssegment LWK 2/LWK 3 stabil verheilt ist, so dass dies eine MdE um 10 v. H. rechtfertigt.

Eine MdE-Bewertung in rentenberechtigendem Umfang (30 v. H.) ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung der Ausführungen des Sachverständigen Dr. S ... Denn die von ihm angenommenen chirurgisch-orthopädischen Unfallfolgen (einschließlich einer Mikroinstabilität und eines chronischen lumbalen Schmerzsyndroms) hat er mit einer MdE um 20 v. H. bewertet (Bl. 81 LSG-Akte), so dass sich der Rentenanspruch schon deshalb nicht auf sein Gutachten stützen lässt.

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass er auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. S. die Bewertung der Unfallfolgen mit einer MdE um 10 v. H. für zutreffend hält. Dr. S. stimmt den Ausführungen der Vorgutachter Dr. D. und Dr. G. dabei zunächst insoweit zu, als auch er keinen statisch wirksamen Achsenknick von über 25° festgestellt hat. Ebenso hat er eine Versteifung von zwei Segmenten der LWS verneint. Soweit er dann die MdE um 20 v. H. mit einer kernspintomographisch diagnostizierten Mikrosegmentinstabilität auf der Höhe LWK 2/3 (Dislokation der Grundplatte von LWK 2 auf LWK 3 in Richtung Spinalkanal um wenige Millimeter, Bl. 70, 134 LSG-Akte) unter Annahme einer verbliebenen segmentalen Instabilität begründet, überzeugt dies im Ergebnis nicht, denn die bloßen MRT-Befunde sind hierfür nicht geeignet. Zutreffend hat Dr. M. in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass für die Bemessung der MdE nicht abstrakte bildgebende Befunde, sondern der durch Funktionsbeeinträchtigungen bedingte verschlossene Anteil des allgemeinen Erwerbslebens maßgebend ist (Bl. 103 Rückseite LSG-Akte). Dr. S. hat daraufhin ergänzend eingeräumt, dass die bloße Feststellung einer Stufenbildung allein keine Rückschlüsse auf eine Instabilität zulasse (Bl. 134 LSG-Akte), allerdings eine konkludente Symptomatik in diesem Segment und diesem Bereich bestehe, ohne dies konkret darzulegen. In seinem Ausgangsgutachten hat er ausgeführt, dass sich in der Untersuchung keine wesentlichen neurologischen Auffälligkeiten ergeben haben (Bl. 72 f. LSG-Akte), was mit dem von Dr. D. erhobenen Befund übereinstimmt. Soweit Dr. S. in seinem Gutachten eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich LWK 1 bis LWK 3 (Bl. 57 LSG-Akte) beschrieben hat, bleibt die Genese dieser Schmerzen unklar. Dr. S. hat selbst darauf hingewiesen, dass auch in diesem Bereich altersbedingte Degenerationen des hinteren Wirbelsäulenfragments (Facettengelenksarthrosen) vorhanden sind, die er folgerichtig als nicht versicherte Schäden eingeordnet hat (Bl. 71 LSG-Akte). In Bezug auf die von Dr. S. angeführten radiologischen Befunde hat Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass für den Begriff der Mikroinstabilität aktuell keine wissenschaftlich akzeptierte Definition existiere, es fehlten eindeutige radiologische Kriterien für den Nachweis einer Mikroinstabilität, Gleiches gelte für validierte klinisch prognostisch prädispositive Tests (Bl. 106 Rückseite LSG-Akte). Dies hat Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme bestätigt (Bl. 136 LSG-Akte), so dass eine Gleichsetzung der von Dr. S. postulierten Mikroinstabilität mit der segmentalen Instabilität nach Schönberger u.a. bereits mangels einheitlicher - und damit rechtlich nachprüfbarer - medizinischer Kriterien nicht in Betracht kommt.

Entgegen der Auffassung des Klägers sind die Ausführungen von Dr. H. verwertbar. Er ist nicht als Gutachter, sondern - wie von der Beklagten ausführlich dargelegt (Bl. 147 f. LSG-Akte) - als beratender Arzt für die Beklagte (zur medizinischen Bewertung des Gutachtens von Dr. S.) tätig geworden. Der Senat hat keinen Zweifel an der Richtigkeit der Darlegung der Beklagten und nimmt deshalb zur weiteren Feststellung hierauf Bezug. Dr. H. hat sich auch auf die Würdigung des Gutachtens von Dr. S. beschränkt und seine Ausführungen ausdrücklich als beratungsärztliche Stellungnahme bezeichnet. Damit hat kein Widerspruchsrecht des Klägers gegen die Datenübermittlung nach [§ 200 Abs. 2](#) 2. Hs. SGB VII i. V. m. [§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X](#) bestanden (BSG, Urteil vom 18.01.2011, [B 2 U 5/10 R](#), in juris, Rdnr. 28).

Soweit der Kläger geltend macht, unter einem außergewöhnlichen Schmerzsyndrom zu leiden, das eine von den Sachverständigen Dr. D. und Dr. G. abweichende höhere MdE-Bewertung rechtfertigen könnte, folgt der Senat dem - auch dies angesichts der MdE-Bewertung von Dr. S. nur ergänzend dargelegt - nicht. Die üblicherweise mit einer körperlich fassbaren Gewebeschädigung - hier mit der Deckplattenimpressionsfraktur des LWK 2 - verbundenen Schmerzen sind als Begleitsymptomatik in den Bewertungstabellen für die jeweilige Schädigung bereits berücksichtigt (Schönberger u.a., a.a.O., S. 231) und rechtfertigen daher keine zusätzliche MdE. Darüber hinaus gehende außergewöhnliche Schmerzzustände, etwa im Sinne eines von Dr. S. beschriebenen chronischen lumbalen Schmerzsyndroms (Bl. 86 LSG-Akte), die eine abweichend höhere MdE rechtfertigen könnten, vermag der Senat hingegen nicht festzustellen.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden geltend gemachte Gesundheitsstörung 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; sie müssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#), in SozR 4-2700 § 8 Nr. 60). Nur hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung sowie der schädigenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#), in SozR 2200 § 555a Nr. 1 mit weiteren Ausführungen zur Begründung); hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#), in SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#), in SozR 3-2200 § 551 Nr. 16). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#), in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#), in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11).

In Anwendung dieser Grundsätze sieht der Senat den erforderlichen Vollbeweis dafür, dass der Kläger an einem außergewöhnlichen Schmerzsyndrom leidet, als nicht erbracht an. Hierfür fehlt es bereits an entsprechenden medizinischen Befunden. Der bloße Umstand, dass der Kläger regelmäßig Ibuprofen 800 mg einnimmt, reicht zum Nachweis eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms dabei nicht aus. Dem

vom Kläger vorgelegten Bericht des Neurochirurgen G. (Bl. 29 SG-Akte) sind über die Beschwerdeschilderungen des Klägers hinaus keine medizinischen Anknüpfungspunkte für die behaupteten außergewöhnlichen Schmerzzustände zu entnehmen. Es finden sich weder Angaben zu aktuellen schmerztherapeutischen Maßnahmen noch werden solche empfohlen. Der Kläger selbst hat, bis auf die tägliche Einnahme von Ibuprofen 800 mg - auch nach richterlicher Aufforderung (Bl. 26 SG-Akte) - keine weiteren wegen der Schmerzzustände erforderlichen Arztkontakte oder Behandlungen, insbesondere nicht im Rahmen einer gezielten schmerztherapeutischen Intervention angegeben, so dass der Senat nicht davon überzeugt ist, dass der Kläger an außergewöhnlichen Schmerzzuständen leidet. Abweichendes ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung der gutachterlichen Ausführungen von Dr. S., der die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms ausschließlich auf die Beschwerdeschilderungen des Klägers unter Berücksichtigung der - weiterhin unveränderten - Schmerzmitteleinnahme (Ibuprofen 800, Bl. 54 LSG-Akte) gestützt hat.

Zudem ist der naturwissenschaftliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den beklagten Schmerzzuständen im Bereich der Wirbelsäule nicht hinreichend wahrscheinlich. Gleiches gilt für angegebene Sensibilitätsstörungen. Bereits in den im Unfallzeitpunkt gefertigten Röntgenaufnahmen (07.08.2013 und 13.08.2013) zeigten sich neben der unfallbedingten Fraktur des LWK 2 degenerative Veränderungen im Bereich unteren LWS und verklammernd der unteren BWS (spondylotische Randzacken LWK 4/5, verklammernd auch BWK 11/12, Bl. 57/5 f. VwA), so dass der Beratungsarzt Dr. S. die beklagten Beschwerden nur teilweise mit der Bruchschädigung des LWK 2 in Übereinstimmung bringen konnte (Bl. 57/8 VwA). In Auswertung einer CT der Wirbelsäule und einer elektrophysiologischen Untersuchung im Januar 2015 hat der Neurochirurg G. eine mäßige polysegmentale Spondylarthrose sowie bei LWK 4/5 eine flache Bandscheibenprotrusion, eine Flavumhyperthrophie sowie eine diskoligamentäre Spinalstenose beschrieben. Die beklagten Beschwerden im Bereich der LWS (chronisch lumbale Schmerzen und zeitweilige Ausstrahlung ins linke LWK 5-Dermatom sowie zeitweilige Parästhesien im rechten L 4-Dermatom, Befund: Druckschmerz der unteren LWS, Bl. 29 SG-Akte) sah er als mit einer nicht unfallbedingten Wurzelaffektion LWK 5 beidseits vereinbar an, Bl. 30 SG-Akte). Dr. S. hat in seinem Gutachten nicht unfallbedingte Facettendegenerationen auf sämtlichen Etagen der Lendenwirbelsäule bestätigt (Bl. 70, 71 LSG-Akte) und eingeräumt, dass auch die von ihm sonographisch diagnostizierte ausgeprägte, fortgeschrittene Coxarthrose in beiden Hüftgelenken (Bl. 61 f. LSG-Akte) eine Schmerzgenese in der Wirbelsäule hervorrufen kann (Bl. 135 LSG-Akte), so dass sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststellen lässt, dass die beklagten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule auf die Folgen der LWK 2-Fraktur zurückzuführen sind. Gleiches gilt für angegebene Sensibilitätsstörungen, die der Neurochirurg G. ebenfalls auf die Wurzelaffektion LWK 5 zurückführte.

Soweit der Kläger darüber hinaus neurologische bzw. urologische Ausfallerscheinungen (Inkontinenz, Erektionsstörungen, Bl. 16 SG-Akte) als weitere Unfallfolgen geltend macht, folgt der Senat dem nicht. Der Senat sieht den erforderlichen Vollbeweis dafür, dass der Kläger neben dem unfallbedingten Wirbelkörperbruch neurologische oder sonstige Verletzungen, die zu den beklagten Störungen führen könnten, erlitt, als nicht erbracht an. Weder aus dem Entlassungsbericht über die stationäre Behandlung noch den ergänzenden Ausführungen des dort behandelnden Chefarztes der Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie Prof. Dr. H. lassen sich diesbezügliche neurologische Befunde oder Beschwerdeschilderungen des Klägers entnehmen. Die Mobilisierung des Klägers während des stationären Aufenthaltes wird ohne zwischenzeitlich eingetretene Komplikationen beschrieben (Bl. 17/1 VwA). Dem Zwischenbericht des Arztes für Orthopädie K. ist (bei beklagten Schmerzzuständen und Sensibilitätsstörungen im linken Oberschenkel) ein neurologisch unauffälliger Befund (periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität ohne Befund, Bl. 20/1 VwA), zu entnehmen. Dr. D. hat bei der Untersuchung des Klägers am 06.11.2015 keine Hinweise für ein motorisches oder sensibles Nervenwurzelreiz-Syndrom seitens lumbaler Spinalnerven finden können und neurologische Symptome auf Grund der erlittenen Fraktur klinisch und elektrophysiologisch (in Auswertung der CT der Lendenwirbelsäule vom 22.01.2015: keine die neuralen Strukturen irritierende Einengung des Wirbelkanals in der Höhe der Grundplatte von LWK 2, Bl. 29, 44 SG-Akte) ausgeschlossen (Bl. 42, 45 SG-Akte). Auch Dr. S. hat nach Untersuchung des Klägers am 19.10.2017 ebenfalls einen unauffälligen allgemein neurologischen Befund (ohne aktuelle Hyposensibilität, Motorik unauffällig, Reflexstatus unauffällig, Nervendehnungszeichen Laègue negativ, Bl. 57 LSG-Akte) mitgeteilt. Der Neurochirurg G. (Bl. 29 f. SG-Akte) hat auch in Bezug auf die ihm geschilderten Beschwerden (Schmerzen, Parästhesien, Inkontinenz und Erektionsstörungen) - wie für die lumbalen Schmerzen und die Parästhesien bereits erwähnt - keinen Zusammenhang mit dem unfallbedingten LWK 2-Bruch gesehen. Schließlich hat auch Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme eingeräumt, dass ein urologischer oder neuro-urologischer Erstkörperschaden nicht im Vollbeweis erwiesen sei (Bl. 128 LSG-Akte).

Auch die feststellbare Beschwerdeentwicklung spricht gegen einen ursächlichen Zusammenhang. Der Kläger gab erstmals bei der ersten Rentenbegutachtung durch Dr. G. (ca. acht Monate nach dem Arbeitsunfall) eine vermehrte Harndrangsymptomatik sowie Erektionsstörungen an, die er bisher nicht urologisch habe abklären lassen (Bl. 31/3 VwA). Bei der Begutachtung durch Dr. D. hat der Kläger dann keinerlei urologische Beschwerden mehr geäußert (Bl. 40 VwA) und bei Dr. S. hat er insoweit Harndrang und Erektionsprobleme seit dem Unfall angegeben (Bl. 53 LSG-Akte). Das Vorliegen einer zunehmenden Inkontinenz - wie vom Prozessbevollmächtigten des Klägers mehrmals vorgetragen - hat der Kläger selbst nicht angegeben. Damit ist jedenfalls eine erstmalige Schilderung dieser Problematik acht Monate nach dem Arbeitsunfall festzustellen, während sich für die Behauptung des Klägers, diese Problematik bestehe seit dem Unfall angesichts der insoweit unauffälligen zeitnahen Arztberichte (Prof. Dr. H.) kein Anhalt findet. Noch im Arztbericht von Dr. K. vom 07.01.2014, also sechs Monate nach dem Unfall, sind solche Beschwerdeangaben nicht dokumentiert. Bereits die zeitliche Latenz zwischen dem Unfallereignis und dem erstmaligen Beschwerdevortrag (erstmalig bei der Untersuchung durch Dr. G. ca. acht Monate nach dem Unfall) spricht gegen einen Kausalzusammenhang. Zudem hat Dr. S. in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Problemen eines über 60-jährigen um ein multifaktorielles Geschehen handle (Bl. 129 LSG-Akte) und mithin auch nicht unfallbedingte Ursachen (etwa das Lebensalter) in Betracht kommen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-26