

L 18 U 508/10

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 13 U 300/08

Datum

20.10.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 18 U 508/10

Datum

30.04.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 175/13 B

Datum

25.09.2013

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zum (fehlenden) Nachweis einer Segmentinstabilität nach Wirbelkörperbruch.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 20.10.2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Unfallrente ab 01.03.2006.

Die Klägerin erlitt am 28.02.2005 einen Arbeitsunfall, als sie auf dem Nachhauseweg von ihrer versicherten Tätigkeit auf einer gefrorenen Stelle des Betriebshofes ausgerutscht und gefallen ist. Laut D-Arztbericht vom 02.03.2005 kam es infolgedessen zu einem Kompressionsbruch des 1. Lendenwirbels. Am 31.03.2005 berichtete der D-Arzt Dr. V. an die Beklagte, dass eine Minderung der Höhe des LWK 1 um ca. ein Viertel eingetreten sei und voraussichtlich eine MdE von 20 v.H. verbleibe.

Die Beklagte holte ein Gutachten von Prof. Dr. B. vom 12.11.2006 ein. Die Klägerin legte hierzu einen fachärztlichen Bericht des Dr. B. vom 08.02.2007 sowie ein Gutachten des Dr. B. im Rentenverfahren vom 09.11.2007 vor.

Mit Bescheid vom 14.03.2008 (Widerspruchsbescheid vom 20.10.2008) erkannte die Beklagte das Ereignis als Arbeitsunfall an und gewährte der Klägerin eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. für die Zeit vom 01.09.2005 bis 28.02.2006. Als Unfallfolge wurden eine anteilige verminderte Belastbarkeit im Übergangsbereich der Brust- zur Lendenwirbelsäule mit anteiligen Verspannungen der Muskulatur sowie eine vermehrte Knickbildung der Wirbelsäule nach unter Keilform verheiltem Stauchungsbruch des 1. Lendenwirbelkörpers anerkannt. Nicht als Unfallfolge anerkannt wurden ein deutliches Übergewicht, Aufbraucherscheinungen im Wirbelsäulenbereich mit Bandscheibenschäden, eine linkskonvexe Rotationsskoliose der Lendenwirbelsäule, eine X-Bein-Stellung beidseits und Knickfüße.

Dagegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhoben.

Das SG hat ein neurologisch-psychiatrisches Fachgutachten gemäß [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - von Dr. G. vom 20.08.2009 eingeholt. Dieser ist zu dem Ergebnis gekommen, dass es auf neurologischem Fachgebiet nicht zu unfallbedingten Verletzungen und Unfallfolgen gekommen sei. Eine MdE auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet liege nicht vor. Das ebenfalls gemäß [§ 106 SGG](#) eingeholte orthopädisch-traumatologische Gutachten von Dr. E. vom 23.06.2009 hat ausgeführt, im Ergebnis läge bei der Klägerin ein segmentaler Achsknick am Brust-Lenden-Übergang vor, der unter 20 Grad liege, aber durch die Lokalisation am Brust-Lenden-Übergang, eingefügt in eine stärkere Globalkyphose der BWS, in einem gewissen Umfang als statisch relevant angesehen werden müsse. Eine bedeutsame Bandscheibenbeteiligung sei anhand des radiologischen Heilverlaufes nicht zu belegen. Ebenso lasse sich eine Instabilität im verletzten Wirbelsäulensegment TH12/L1 oder eine verletzungsbedingte Begleitinstabilität oder Funktionsstörung in den Nachbarsegmenten weder radiologisch noch klinisch ermitteln. Daher sei ab dem 01.03.2006 eine MdE auf Dauer in Höhe von 10 v.H. festzusetzen.

Auf Antrag der Klägerin hat das SG gemäß [§ 109 SGG](#) ein fachorthopädisches Gutachten von Dr. B. vom 05.07.2010 eingeholt, das zu dem

Ergebnis gekommen ist, dass es durch den Unfall vom 28.02.2005 zu einer Verletzung des 1. Lendenwirbelkörpers mit Deckplattenimpression und dadurch Herausbildung eines Keilwirbels mit einem Winkel von 12 bis 13 Grad und einem Kyphosewinkel von 14 bis 16 Grad, einer Beteiligung der Bandscheibe zum 2. Lendenwirbelkörper und zu einer sekundären Instabilität des Dorsolumbalübergangs von TH11 bis L2 mit sekundär reaktiven spondylotischen Randwülsten und den dadurch bedingten Schmerzen unter Belastung im Gehen, Stehen und Sitzen mit Funktionsstörung gekommen sei. Insbesondere die Segmentinstabilität ergebe sich aus verschiedenen orthopädischen Testverfahren. Bei der Klägerin ergebe sich daher, insbesondere unter Berücksichtigung der Segmentinstabilität sowie der Mitbeteiligung der Wirbelkörper TH11 und L2 eine MdE von 20 v.H ...

Das ebenfalls auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) eingeholte Gutachten auf anästhesiologischem Fachgebiet von Dr. Z. vom 30.06.2010 ist zu dem Ergebnis gekommen, die Unfallfolgen seien im Bescheid anatomisch und funktionell ausreichend erfasst. Bislang nicht erfasst sei die genau zum Zeitpunkt des Unfalls beginnende chronische Schmerzerkrankung. Die MdE sei mit 10 v.H. zu bewerten. Am 23.08.2010 hat Dr. Z. ergänzend Stellung genommen.

Dr. E. hat am 25.08.2010 ergänzend Stellung genommen.

Mit Urteil vom 20.10.2010 hat das SG die Klage abgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin Berufung eingelegt.

Der Senat hat ein Gutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Prof. Dr. C. vom 15.08.2011 eingeholt. Dieser führt aus, die geschilderten subjektiven Beschwerden hätten kein objektives klinisches und radiologisches Korrelat gefunden. Die MdE sei nach objektiven Parametern bis 28.02.2006 auf 20 v.H., danach auf Dauer mit 10 v.H. zu bewerten.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 15.11.2011 hat der Gutachter zu Einwendungen des Klägerbevollmächtigten Stellung genommen.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, dass ein verstärkter Kyphosewinkel vorliege. Ein Gutachten des Dr. K. beweise diesen verstärkten Kyphosewinkel, den Prof. Dr. C. nicht berücksichtigt habe. Auch sei auf schmerztherapeutischer Ebene eine zusätzliche Beeinträchtigung gegeben. Sie beziehe sich insoweit auf die Rechtsprechung des Sächsischen Landessozialgerichts (27.11.2003, [L 2 U 117/00](#)). Auch orthopädisch sei eine MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren. Der Gutachter Dr. B. habe das Zusatzgutachten Dr. Z. missverstanden. Dr. B. habe eine deutliche Segmentinstabilität festgestellt. Auch seien mehrere Bandscheibenvorfälle nicht ausreichend beachtet worden. Schon Dr. V. habe 2005 dargestellt, dass voraussichtlich eine MdE von mindestens 20 v.H. verbleiben werde. Auch die Kyphose spreche für eine nicht erreichte Stabilität. Es sei vom höchsten Grad der Kyphose (28 °) auszugehen. Bei einer Kyphose über 15 ° träten immer Beschwerden auf. Auch die Bandscheibenvorfälle in L1/2 sowie L5/S1 seien zweifelsfrei dem Unfall zuzuordnen, weil sie ja direkt im Bereich des Unfalls lägen und dort auch die knöcherne Schädigung vorgelegen habe. Bereits 2006 sei im Rahmen des Schwerbehindertenverfahrens für den Unfallbereich LWK1 ein Einzel-GdB von 30% festgestellt worden. Dr. Groß habe im Rentenverfahren ein Gutachten erstellt, in dem eine mittel- bis schwergradige Funktionseinschränkung chronifiziert der BWS/LWS beschrieben werde nach behandelter stabiler Kompressionsfraktur LWK1 im Februar 2005.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 20.10.2010 aufzuheben sowie den Bescheid vom 14.03.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2008 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine Rente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. zu gewähren,
hilfsweise, nach [§ 106 SGG](#) ein psychiatrisches Gutachten sowie ein radiologisches Gutachten auf der Grundlage einer Funktionsmyelographie in Inklination und Reklination mit Kontrastmitteln einzuholen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 20.10.2010 zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Behördenakte sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Berufung ist indes unbegründet. Die Unfallfolgen sind im angegriffenen Bescheid vom 14.03.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.10.2008 vollständig erfasst, so dass das SG die Klage mit dem angegriffenen Urteil vom 20.10.2010 zu Recht abgewiesen hat.

Über die im Bescheid vom 14.03.2008 anerkannten Unfallfolgen "anteilige verminderte Belastbarkeit im Übergangsbereich der Brust- zur Lendenwirbelsäule mit anteiligen Verspannungen der Muskulatur sowie eine vermehrte Knickbildung der Wirbelsäule nach unter Keilform verheiltem Stauchungsbruch des 1. Lendenwirbelkörpers" hinaus sind zur Überzeugung des Senats keine weiteren Unfallfolgen anzuerkennen. Diese Überzeugung gewinnt der Senat aufgrund des eingeholten Gutachtens des Prof. Dr. C. sowie der vom SG eingeholten Gutachten des Neurologen Dr. G. und des Orthopäden Dr. E ...

Die Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalles und gegebenenfalls die Entschädigung durch Zahlung einer Verletztenrente setzt voraus, dass die Gesundheitsstörung Folge eines Versicherungsfalles, d.h. eines Arbeitsunfalles, ist. Der Arbeitsunfall muss also wesentlich an der Entstehung der Gesundheitsstörung mitgewirkt haben. Davon ist auszugehen, wenn er neben anderen Bedingungen bei wertender Betrachtung diejenige ist, die wegen ihrer besonderen qualitativen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (Theorie der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, vgl. z. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [BSGE 63](#),

[277](#)). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. neben dem Arbeitsunfall auch die Gesundheitsstörung, mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (Vollbeweis). Ein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch darf keinen Zweifel mehr haben (BSG, Urteil vom 27.03.1958, [BSGE 7, 103](#), 106). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie Folgeschäden (haftungsausfüllende Kausalität) ist demgegenüber hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend.

Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zu bejahen, muss absolut mehr für als gegen die jeweilige Tatsache sprechen (BSG, Beschluss vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#) juris Rn 4). Es muss sich also unter Würdigung des Beweisergebnisses ein solcher Grad von Wahrscheinlichkeit ergeben, das ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Möglichkeit ausscheiden und nach der geltenden ärztlichen wissenschaftlichen Lehrmeinung deutlich mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht (BSG, Beschluss vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#), aaO, mwN). Was die hinreichende Wahrscheinlichkeit betrifft, sind die diesbezüglichen Anforderungen grundsätzlich höher als diejenigen an die überwiegende Wahrscheinlichkeit (Glaubhaftmachung im Sinne eines Beweismaßes, vgl. BSG, Beschluss vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#), juris Rn 5; zum BVG BSG, Urteil vom 14.12.2006, [B 4 R 29/06 R](#) juris Rn 116, [BSGE 45, 1](#), 9 f; zum Zivilrecht BGH vom 11.09.2003, [IX ZB 37/03](#) juris Rn 8 = [BGHZ 156, 139](#); vom 15.06.1994, [IV ZB 6/94](#) = [NJW 1994, 2898](#)). Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet die gute Möglichkeit, dass der Vorgang sich so zugetragen hat, wobei durchaus gewisse Zweifel bestehen bleiben können; dieser Beweismaßstab ist durch seine Relativität gekennzeichnet (vgl. BSG vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#) juris Orientierungssatz; vom 14.12.2006, [B 4 R 29/06](#) juris Rn 116). Der sogenannte Vollbeweis ist auf der anderen Seite erst erfüllt, wenn eine Tatsache in so hohem Grade wahrscheinlich ist, dass alle Umstände des Falles nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung, die eben bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben ist, zu begründen (vgl. BSG, Urteil vom 29.03.1963, [2 RU 75/61](#) = [BSGE 19, 52](#); BSG, Urteil vom 22.09.1977, [10 RV 15/77](#) = [BSGE 45, 1](#); vom 01.08.1978, [7 RA R 37/77](#); vom 15.12.1999, [B 9 VS 2/98 R](#) = Breithaupt 2000, 390 f.; BSG, Beschluss vom 08.08.2001, [B 9 V 23/01 B](#) und Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. 2008, § 128 Rn 3b mwN; zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit Rn 3d; Bender/ Nack, Vom Umgang der Juristen mit der Wahrscheinlichkeit, 1983, S. 263).

Mit in diesem Sinne hinreichender Wahrscheinlichkeit liegt ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 28.02.2005 und den von der Beklagten im angefochtenen Bescheid vom 14.03.2008 anerkannten Unfallfolgen auf chirurgisch-orthopädischem Gebiet vor. Darüber hinausgehende Unfallfolgen, etwa im Sinne einer Instabilität der Wirbelsäule, lassen sich dagegen nicht mit dem notwendigen Wahrscheinlichkeitsgrad feststellen. Insbesondere Prof. Dr. C. hat festgestellt, dass sich in dem von der Fraktur betroffenen Wirbelkörpersegment keine relevante Kyphosierung und keine relevante seitliche keilförmige Verformung des Wirbelkörpers zeigt und radiologisch kein Wirbelgleiten im Sinne einer Antero- bzw. Retrolisthese. Auch hat der frakturierte Lendenwirbelkörper keinen Anteil an der daher unfallunabhängig vorliegenden Skoliose, wie Prof. Dr. C. zu Recht betont. Diese Skoliose war zudem bereits am Unfalltag vorhanden und hatte bereits damals degenerative Veränderungen bewirkt, wie Prof. Dr. B. und Dr. M. am 18.12.2007 bestätigt haben. Der Scheitel der leichten linkskonvexen Skoliose liegt zudem unterhalb der Fraktur und stellt auch deshalb keine frakturbedingte seitliche Deformierung der Wirbelsäule dar. Die dem Arbeitsunfall zuzuordnende keilförmige Deformierung des 1. LWK hat Prof. Dr. C. an den vorliegenden Funktionsaufnahmen und der aktuellen Röntgendiagnostik mit 13° ausgemessen. Der von der Klägerin angesprochene Kyphosewinkel von 48,2° bzw. Lordosewinkel von 44,1° bezieht sich auf die Gesamtstatik der Wirbelsäule und hat damit, worauf Prof. Dr. C. zu Recht verweist, keinen Bezug zur segmentalen Pathologie nach der erlittenen Fraktur des 1. LWK. Die Funktionsaufnahmen ergaben keine Hinweise auf ein vermehrtes Klaffen in den betroffenen Segmenten. Es zeigte sich auch kein Wirbelgleiten im Sinne einer Antero- oder Retrolisthese. Somit besteht in keinsten Weise radiologisch ein Hinweis auf eine segmentale Instabilität in den an den von der Fraktur betroffenen Wirbelkörper angrenzenden Bewegungssegmenten. Die Gesamtbeweglichkeit zwischen Inklination und Reklination betrug in Bezug auf die Wirbelkörperhinterkanten 8° und lag damit im Rahmen der physiologischen Beweglichkeit. Der aus diesen Untersuchungsergebnissen von Prof. Dr. C. unter Hinweis auf den aktuellen Stand der Wissenschaft gezogene Schluss, dass eine segmentale Instabilität nicht vorliegt, ist daher nachvollziehbar und schlüssig. Die von Dr. B. im Unterschied zu Dr. E. und Prof. Dr. C. konstatierte Segmentinstabilität kann schon deshalb nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit angenommen werden, weil Dr. B. aufgrund untauglicher Tests auf diese Instabilität schließt, worauf Dr. E. zu Recht hingewiesen hat. Die von Dr. B. beschriebenen Tests dienen nämlich der Differenzierung oder Lokalisierung von Lendenwirbelsäulenschmerzen und können deshalb eine Segmentinstabilität nicht beweisen. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang auf die objektiven, insbesondere radiologischen Befunde abzustellen, die Dr. E. und Prof. Dr. C. als nicht mit einer Segmentinstabilität vereinbar angesehen haben. Insofern kann die Auffassung des Dr. B., der die klinische Überprüfung für entscheidend hält, nicht gefolgt werden. Wie Prof. Dr. C. mit Hinweis auf die einschlägige Literatur (Rompe u.a., Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009) belegt, sind die von ihm gemessenen Ausmaße der Segmentbeweglichkeit im Rahmen der normalen Werte anzusiedeln. Soweit Dr. B. zu einer anderen Beurteilung kommt, ist diese schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil sie keinen Bezug zu den einschlägigen Tabellen (vgl. dazu Rompe u.a., aaO., S. 677) aufweist. Schließlich kann auch das von der Klägerin vorgelegte Gutachten des Prof. Dr. K. (Gutachterstelle der Bayerischen Landesärztekammer), das zu der Frage, ob die Klägerin nach dem Unfall angemessen behandelt wurde, erstellt worden war, nichts zu der hier entscheidenden Frage beitragen, da es, worauf Prof. Dr. C. zu Recht verweist, ebenfalls von einem stabil verheilten Bruch des 1. LWK ausgeht.

Der Einholung eines ergänzenden radiologischen Gutachtens, wie von der Klägerin hilfsweise beantragt, bedurfte es nach alledem nicht. Von Relevanz für die Begutachtung einer Instabilität sind, worauf Prof. Dr. C. zu Recht verweist, Funktionsaufnahmen, die eine objektive Beurteilung einer eventuellen pathologischen Segmentbeweglichkeit ermöglichen. Solche wurden von der BG-Unfallklinik am 01.11.2005 und von Prof. Dr. C. im Rahmen der Begutachtung angefertigt und gutachtlich mit dem Ergebnis gewürdigt, dass kein Hinweis auf eine pathologische Instabilität erkennbar ist. Soweit die Klägerin nunmehr eine Funktionsmyelographie mit Kontrastmitteln für erforderlich hält, ergeben sich hierfür keinerlei Anhaltspunkte; insbesondere hat kein Gutachter dies bislang für erforderlich gehalten. Der von der Klägerseite mit dem Schriftsatz vom 29.04.2013 als "BK 25" vorgelegte Ausdruck, dessen Herkunft nicht nachvollziehbar ist, enthält in Bezug auf die dort genannte Myelographie den Hinweis "invasives Verfahren im Rahmen der Begutachtung nicht erlaubt". Hieraus lässt sich nicht der Schluss ziehen, dass eine solche Untersuchung sinnvoll und erforderlich sei, wie von der Klägerin vorgetragen. Eine Myelographie ist nur nach sorgfältiger Abwägung der medizinischen Notwendigkeit vor Operationen zulässig (vgl. z. www.neuroradiologie.med.uni-goettingen.de/content/diagnostik.shtml sowie www.medizininfo.de/ruecken/diagnostik/myelographie.shtml). Diese Indikationen treffen im Rahmen der Begutachtung von Unfallfolgen nicht zu.

Es lässt sich auch kein dem Beweismaß der hinreichenden Wahrscheinlichkeit entsprechender Überzeugungsgrund feststellen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 28.02.2005 und der bei der Klägerin vorliegenden chronischen Schmerzstörung

beziehungsweise weiteren Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Gebiet. Voraussetzung für die Anerkennung von psychischen Gesundheitsstörungen als Unfallfolge und die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund psychischer Gesundheitsstörungen ist zunächst die Feststellung der konkreten Gesundheitsstörungen, die bei dem Verletzten vorliegen und seine Erwerbsfähigkeit mindern (BSG, Urteil vom 29.01.1986, [9b RU 56/84](#); vgl. BSG-Urteil vom 19.08.2003, [B 2 U 50/02 R](#); Urteil vom 09.05.2006, [B 2 U 1/05 R](#)). Die Klägerin leidet zwar nach den Feststellungen des Gutachters Dr. Z., denen sich der Senat insoweit anschließt, an einer anhaltenden Schmerzstörung im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms (ICD-10 M 79.70) bzw. einer Myalgie (ICD-10 M 79.10) und Schmerzen an mehreren Lokalisationen (ICD-10 M 79.60). Diese Gesundheitsstörungen sind aber nach den oben genannten Grundsätzen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, wie Prof. Dr. C. zu Recht ausgeführt hat. Das Unfallereignis war nicht wesentlich im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung für die Entstehung dieser Gesundheitsstörung.

Die Zusammenhangsbeurteilung zwischen einem Unfallereignis und einer psychischen Gesundheitsstörung muss den Schweregrad des Unfallereignisses und des Unfallerlebnisses, die Persönlichkeitsstruktur und die individuellen Erlebnisressourcen, nachgewiesene Vorschäden und mögliche sekundäre Motive berücksichtigen sowie die Frage behandeln, ob anlagebedingte Faktoren die Entstehung derart beeinflusst haben, dass sich das Unfallereignis als bloße Gelegenheitsursache darstellt (vgl. zu alldem Schönberger/ Mehrrens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, 5.1).

Die Klägerin hat bei dem Unfall keine unfallbedingten Verletzungen auf neurologischem Gebiet erlitten, wie der neurologische Gutachter Dr. G. festgestellt hat. Abgesehen von einer möglicherweise wurzelbezogenen Symptomatik der Wurzel L1 mit einer Schmerzausstrahlung von der Wirbelsäule in die Leisten in der Anfangszeit nach dem Unfall (nur insoweit ist auch die Bandscheibenmitbeteiligung im Segment L1/2 relevant) fanden sich bei allen neurologischen Untersuchungen keine neurologischen Ausfallerscheinungen, so dass das Unfallereignis allenfalls als auslösendes Ereignis in Betracht kommt, nicht aber Bild und Ausmaß der späteren Beschwerden erklären kann, wie auch der Gutachter des Vertrauens der Klägerin Dr. Z. in seinem Gutachten vom 30.06.2010 ausgeführt hat. Dieser hat in diesem Gutachten daraus zu Recht den Schluss gezogen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen den Schmerzen und der knöchernen Verletzung nicht gesehen werden kann. Prof. Dr. C. hat eine lokal vermehrte Schmerzhaftigkeit im Bereich des frakturierten Wirbels klinisch nicht eindeutig nachweisen können und zieht zu Recht den Schluss, dass die Klägerin nicht mehr in der Lage ist zu differenzieren welche Beschwerden auf die Unfallverletzung zurückzuführen sind. Dr. Z. hat auch darauf hingewiesen, dass die vorliegenden prädisponierenden Pathogenesefaktoren und möglicherweise eine nicht ausreichende Behandlung verantwortlich für die eingetretenen Beschwerden sind. Wie sich aus dem von der Klägerin bereits erwähnten Gutachten des Prof. Dr. K. ergibt, wurde die Unfallverletzung der Klägerin aber adäquat behandelt. Dies wurde auch von den übrigen gerichtlichen Gutachtern nicht in Frage gestellt. Der Senat schließt sich daher dem von Prof. Dr. C. gezogenen Schluss an, dass das Schmerzsyndrom der Klägerin nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit kausal auf den Unfall vom 28.02.2005 und die dabei erlittenen Verletzungen, sondern auf prädisponierende Pathogenesefaktoren zurückzuführen ist.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Klägerin am 29.04.2013 vorgelegte Gutachten der Neurologin und Schmerztherapeutin Dr. K. vom 02.12.2010, das diese für das Bayerische Landessozialgericht in einem Verfahren gegen die Deutsche Rentenversicherung erstattet hat. Dr. K. diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vom Prädominantyp der Fibromyalgie (ICD 10 - F 45.5), eine gemischte Angst und depressive Störung (ICD 10 - F 41.2) sowie eine Schmerzchronifizierung Grad III (ICD 10 - R 52.2). Hinweise darauf, dass es sich dabei um Unfallfolgen der am 28.02.2005 erlittenen Verletzungen handeln könnte, enthält das Gutachten nicht. Vielmehr führt auch Dr. K. aus, dass der Einschätzung des Dr. B., das Schmerzsyndrom sei auf eine somatisch feststellbare Instabilität der LWS mit Belastungsinsuffizienz zurückzuführen, nicht gefolgt werden könne, sondern das Krankheitsbild vielmehr auf eine somatoforme, also von einer körperlichen Ursache unabhängigen Erkrankung zurückzuführen ist. Dementsprechend sieht die Gutachterin Dr. K. eine Möglichkeit, dass die Klägerin die Schmerzchronifizierung durch zumutbare Willensanstrengung und entsprechende therapeutische Maßnahmen überwinde könnte. Dr. K. bestätigt damit aus schmerztherapeutischer Sicht die Einschätzung von Prof. Dr. C., dass das Schmerzsyndrom der Klägerin nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit kausal auf den Unfall vom 28.02.2005 zurückzuführen ist. Der Sachverhalt ist daher auch insoweit erschöpfend aufgeklärt, so dass für ein ergänzendes psychiatrisches Gutachten, wie von der Klägerin hilfsweise beantragt, keine Notwendigkeit besteht.

Die von der Beklagten zutreffend bezeichneten Unfallfolgen sind für einen Zeitraum ab 01.03.2006 nicht mehr mit einer MdE von mindestens 20 v.H. zu bewerten, wie Dr. E. und Prof. Dr. C. übereinstimmend zu Recht ausgeführt haben. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat unter Hinweis auf die einschlägigen Erfahrungswerte an (vgl. Mendl/Meinhoff/Muhr Unfallbegutachtung, 12. Aufl. 2010, S. 155; Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 442: WK-Bruch mit Bandscheibenbeteiligung stabil nur mit statisch wirksamen Achsenknick MdE 10-20 v.H.). Dabei ist eine Mitbeteiligung der Bandscheibe berücksichtigt, wobei bereits das Juliuspital B-Stadt in einem MRT vom 05.07.2005 keinen Hinweis auf einen traumatischen Bandscheibenvorfall L1/2 gesehen hat und auch der neurologische Gutachter Dr. G. in Übereinstimmung damit weder einen engen Spinalkanal noch eine sonstige nachhaltige Beteiligung der spinalen Wurzeln hat erkennen können. Die daher allein funktionell zu berücksichtigende Achsabweichung ist nicht statisch wirksam und erreicht keinen Wert, der eine MdE von 20 v.H. rechtfertigen könnte.

Soweit der Klägerbevollmächtigte beantragt hat, die SG-Gutachter Dr. B. und Dr. Z. ergänzend zu befragen, braucht dem schon deshalb nicht nachgegangen werden, weil die Fragen verspätet, nämlich erst im Berufungsverfahren nach Ladung zur mündlichen Verhandlung gestellt wurden. Zudem wurde dieser Antrag in der mündlichen Verhandlung vom 30.04.2013 nicht aufrecht erhalten.

Da sich somit das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 20.10.2010 in vollem Umfang als rechtmäßig erweist, war die dagegen erhobene Berufung zurückzuweisen.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-10-17