

L 2 U 416/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 168/09

Datum

10.08.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 416/11

Datum

10.12.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Bestimmung der MdE bei einem unfallbedingten Bandscheibenvorfall in Höhe LWK 4/5.

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 10. August 2011 wird zurückgewiesen.

II. Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid wird zurückgewiesen.

III. Die Beklagte hat dem Kläger ein Siebtel seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Parteien streiten anlässlich eines Unfalls vom 31.01.2006 über die Höhe der nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) zu gewährenden Verletztenrente.

Am 31.01.2006 gegen 16.45 Uhr erlitt der Kläger (= Kl.) einen Unfall, als er während seiner Tätigkeit als Monteur bei der Fa. C. B. GmbH in S. ein Ende eines sehr schweren Rohres in der Hand hielt, ausrutschte und dabei rückwärts gegen eine Betonrampe stieß, wobei er das Rohr nicht aus den Händen fallen ließ, damit ihm dieses nicht auf die Füße fiel. Nach dem Unfall konnte er das rechte Bein nicht mehr bewegen, stellte seine Arbeit sofort ein und begab sich noch während der Arbeitszeit ins Krankenhaus H. Dort wurde er trotz einer Prellung des rechten Beckens für arbeitsfähig befunden. Gleichwohl nahm er danach seine Arbeit nicht wieder auf. Am 27.02.2006 stellte sich der Kläger mit erheblichen Lumboischialgien beim Chirurgen W. vor. Dieser bescheinigte ihm, seit 31.01.2006 arbeitsunfähig zu sein.

Am 28.02.2006 erfolgte eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS), bei der ein Bandscheibenvorfall LWK 4/5 festgestellt wurde mit Wurzelreiz L4 rechts und eventuell auch L5 rechts. Der Neurologe Dr. N. stellte am 10.03.2006 ein sensibles Defizit mit Fußheberschwäche rechts und Beschwerden beim Wasserlassen fest und schlug deswegen eine operative Behandlung vor. Am 15.03.2006 erfolgte die Operation im Krankenhaus I. mittels Nukleotomie.

Mit Bescheid vom 04.08.2006 lehnte die Beklagte (= Bekl.) ab, das Ereignis vom 31.01.2006 als Arbeitsunfall anzuerkennen, da der Bandscheibenvorfall L4/5 schicksalhaft und damit unfallfremd sei. Den folgenden Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 08.02.2007 zurück.

Im Zuge des folgenden Klageverfahrens vor dem Sozialgericht (SG) Augsburg (Az. S 8 U 48/07) erstellte der Chirurg Dr. W. das Gutachten vom 16.05.2007. Danach habe der Kläger am 31.01.2006 einen Bandscheibenvorfall LWK4/5 erlitten. Unfallbedingt bestünden ein schweres Postnukleotomiesyndrom bei Zustand nach operativer Versorgung eines Bandscheibenvorfalls LWK4/5 rechts mit neurologisch gesicherten Ausfallerscheinungen im Bereich der Muskel- und Gefühlsnerven, eine Muskelminderung am rechten Bein sowie erhebliche glaubhafte Beschwerden mit der Notwendigkeit, Schmerzmittel einnehmen zu müssen.

Die Beklagte schloss sich der Einschätzung des Gerichtssachverständigen Dr. W. an und gab mit Schriftsatz vom 07.08.2007 dahingehend

ein Anerkenntnis ab, dass sie den angefochtenen Bescheid vom 04.08.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 08.02.2007 zurücknahm, den Unfall vom 31.01.2006 als Arbeitsunfall anerkannte und feststellte, dass durch den Arbeitsunfall der Bandscheibenvorfall LWK 4/5 verursacht worden war. Dieses Anerkenntnis wurde vom Kläger am 24.08.2007 angenommen.

Die Beklagte zog anschließend u.a. den Entlassungsbericht der B. K. F. vom 18.01.2007 bei. Danach beklagte der Kläger starke lumbale Rückenschmerzen. Auch nach der Neukleotomie hielten das Taubheitsgefühl des rechten Beines und die Schwäche des rechten Fußes an. Über Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang berichtete der Kläger nicht. Nach dem MDK-Gutachten vom 13.03.2007 litt der Kläger unter rezidivierenden Lumboischialgien bei Zustand nach Nukleotomie L4/5, einem zervikobrachialen Schmerzsyndrom mit muskulären Verspannungen sowie einem psychovegetativen Erschöpfungssyndrom. Die Heilverfahrenskontrolle in der Unfallklinik M. vom 20.11.2007 offenbarte ein anhaltendes Schmerzsyndrom mit deutlich linkshinkendem Gangbild. Nach dem Abschlussbericht der Unfallklinik M. vom 06.12.2007 über den stationären Aufenthalt vom 21.11.2007 bis 05.12.2007 berichtete der Kläger u.a. über einen verspäteten Harndrang und eine inkomplette Entleerung der Harnblase sowie über Impotenz. Kernspintomographisch und elektromyographisch war eine Nervenwurzelkompression L4/5 zu sichern.

Auf der Grundlage des radiologischen Zusatzgutachtens vom 07.05.2008, in welchem ein Bandscheibenvorfall LWK4/5 rechts mediolateral bis nach intraforaminal mit Kompression der Nervenwurzel L4 und L5 rechts beschrieben wurde, erstellten die Chirurgen Prof. D. B./Dr. G./H. das Gutachten vom 05.06.2008. Danach beklage der Kläger starke Schmerzen der unteren Lendenwirbelsäule ausstrahlend ins rechte Bein. Stehen sei ihm nur maximal 30 Minuten möglich. Die Gehstrecke betrage 200 bis 300 m. Bei der Betastung falle ein paravertebraler Hartspann im Lendenwirbelsäulenbereich auf. Ein Klopfschmerz sei über der unteren Lendenwirbelsäule auslösbar. Die Bewegungsprüfung sei aufgrund der Schmerzangaben des Klägers nicht sicher durchführbar. Die Muskulatur an beiden Beinen sei regelrecht ausgeprägt. Es bestehe eine Beinverkürzung um 1 cm. Das Gehen zu ebener Erde geschehe unter Hinken und Entlastung des rechten Beines. Zehenspitzenang und -stand seien nicht durchführbar. An Unfallfolgen seien neurologische Defizite am rechten Bein, eine Schon-/Fehlhaltung mit Spitzfußstellung rechts, ein Beckenhochstand rechts sowie ein unphysiologisches Gangbild festzustellen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei hierfür mit 10 v.H. zu bemessen.

Im Gutachten vom 05.05.2007 (richtig wohl: 2008) vertraten die Neurologen Dr. J./H. die Auffassung, dass unfallbedingt ein L5-Syndrom rechts mit Fußheberschwäche und entsprechender Gang- und Standunsicherheit, eine Hautgefühlsminderung im Wadenbereich, Fußrist und Fußsohlenbereich, elektromyographische Normabweichungen und Schmerzen bestünden. Die Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet bedingten eine MdE von 15 v.H. Der Kläger gebe an, er habe Beschwerden im rechten Bein und der rechten Gesäßhälfte. Er könne nicht lange stehen, sei schnell erschöpft und schwitze schnell. Sitzen und Gehen fielen ihm schwer. Infolge der Schmerzen habe er Schlafstörungen. Dabei seien nicht nur die Rückenschmerzen, sondern auch die Halswirbelsäulen- und Kopfschmerzen beschwerlich. Zudem leide er unter Magenbeschwerden. Die klinische Untersuchung sei bei den Bewegungsprüfungen von massiven Schmerzäußerungen des Klägers geprägt. Das Gangbild sei stark hinkend. Die Gangvariationen seien eingeschränkt. Die Muskulatur des rechten Beines sei verschmächtigt. Es sei eine Fußheberschwäche rechts nachweisbar. Die Grundstimmung sei subdepressiv. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt.

Im Auftrag der Beklagten erstellten die Urologen Dr. L.-E./L. das Gutachten vom 06.05.2008. Diese kamen zu dem Ergebnis, dass durch den Unfall vom 31.01.2006 eine neurogene Blasenfunktionsstörung, ein deutlich verspätetes Harndranggefühl, eine reduzierte Druckleistung der Blase mit der Notwendigkeit, die Harnblasenentleerung mit Hilfe der Bauchpresse durchzuführen, sowie eine schmerzbedingte Sexualfunktionsstörung mit Verminderung der Dauer der Gliedsteifigkeit und verfrühtem Samenerguss verursacht worden seien. Die Unfallfolgen auf urologischem Fachgebiet seien mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten.

In der Stellungnahme vom 06.08.2008 empfahlen die Sachverständigen Prof. D. B./Dr. G./H. eine Gesamt-MdE von 30 v.H. Dieser Einschätzung schloss sich der Chirurg G. in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 30.09.2008 an.

Die Beklagte erließ daraufhin den Bescheid vom 12.12.2008, in welchem sie dem Kläger ab 01.08.2007 eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v.H. gewährte und folgende Unfallfolgen feststellte:

Chronisches Bandscheibenschmerzsyndrom nach operativ entlastetem Bandscheibenvorfall L4/5 mit Wurzelsymptomatik, Schon- und Fehlhaltung mit Spitzfußstellung, Fußheberschwäche rechts mit Gang- und Standunsicherheit, Beckenhochstand rechts, unphysiologisches Gangbild, Hautgefühlsminderung im Waden-, Fußrist- und Fußsohlenbereich, elektromyographisch messbare Normabweichungen, neurogene Blasenfunktionsstörung mit deutlich verspätetem Harndranggefühl, reduzierte Druckleistung der Blase, schmerzbedingte Sexualstörung.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren holte die Beklagte das Gutachten des Chirurgen Dr. P. vom 25.04.2008 und des Neurologen Dr. L. vom 08.12.2008 ein, welche im Klageverfahren erstellt wurden. Danach leide der Kläger u.a. an einem Postnukleotomiesyndrom L4/5 rechts mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5, einer Teillähmung der Fuß- und Zehenhebung rechts sowie Muskel- und Nervenreizerscheinungen. Zudem bestehe eine beginnende Arthrose im rechten Sprunggelenk mit endgradiger Einschränkung der fußrückenwärts gerichteten Bewegungen (Neutralstellung werde erreicht). Nach Dr. L. bestehe kein Anhalt für eine relevante depressive Verstimmung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.2009 wies die Bekl. den Widerspruch gegen den Bescheid vom 12.12.2008 als unbegründet zurück.

Dagegen erhob der Kl. am 22.06.2009 beim SG Augsburg Klage (Az. [S 5 U 168/09](#)).

In einem rentenrechtlichen Parallelverfahren vor dem SG Augsburg (Az.) wurde auf Antrag des Kl. ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten von Dr. B. vom 13.05.2009 eingeholt, in dem dieser die Diagnose einer chronifizierten schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) stellte. In der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02.10.2009 vertrat der Neurologe Dr. W. die Auffassung, dass die MdE mit 30 v.H. ausreichend bemessen sei. Ein schweres chronisches Schmerzsyndrom und eine schwere depressive Episode, wie vom Neurologen Dr. B. im Gutachten des Rentenverfahrens vom 13.05.2009 diagnostiziert, seien nicht nachvollziehbar. Es sei von einer erheblichen Aggravations- und Verdeutlichungstendenz auszugehen. Die geschilderten Panikattacken seien nicht dem Unfall vom

31.01.2006 zuzurechnen.

Am 19.10.2010 wurde der Kl. im Bezirkskrankenhaus G. erneut operiert, wobei in Höhe LWK 4/5 rechts ein Rezidivbandscheibenvorfall entfernt wurde. Im Entlassungsbericht vom 25.10.2010 wurde unter Anamnese berichtet, der Kl. seit nach seiner Operation im Jahr 2006 postoperativ zunächst beschwerdefrei gewesen. Vor ein bis zwei Monaten sei es zu einer Verschlimmerung und zunehmenden rechtsseitigen Lumboischialgien mit Ausstrahlung bis in den Unterschenkel sowie D I bis V gekommen. Blasen- und Mastdarmstörungen würden verneint. Nach der Operation sei kein neues neurologisches Defizit aufgetreten und der Kl. habe über eine deutliche Besserung der präoperativ angegebenen Beschwerdesymptomatik berichtet. Es folgte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vom 28.10. bis zum 18.11.2010 in der Fachklinik E. Nach deren Entlassungsbericht vom 17.11.2010 gestaltete sich die Mobilisierung des Patienten wegen anhaltender Schmerzsymptomatik erheblich erschwert. Die rechtsseitigen Lumboischialgien hätten weder durch Schmerzinfusionen noch durch probatorische Gabe von Analgetika Stufe III nach WHO beeinflusst werden können. Im interdisziplinären Schmerzzentrum der Klinik seien das Vorliegen eines chronischen Schmerzsyndroms Stadium III nach Gerbershagen und eine mittelschwere Depression gesichert worden.

Das Gericht forderte die Befundberichte des Dr. B. vom 16.03.2011 und des Allgemeinarztes A. vom 06.04.2011 an. Diese diagnostizierten eine chronifizierte depressive Erkrankung, ein chronisch-rezidivierendes Lumbalsyndrom mit Wurzelläsion L5 und Lendenstrecksteife, einen Z. n. Sprunggelenksdistorsion und eine Sprunggelenks-arthrose links sowie eine psychovegetative Erschöpfung. Im Befundbericht des Psychiaters Dr. B. fand sich keine Angabe zum Schweregrad der depressiven Erkrankung.

Anschließend erhob das Gericht Beweis, indem es den Chirurgen Dr. E. zum medizinischen Sachverständigen bestellte. Nach dessen Gutachten vom 24.05.2011 gab der Kläger körperliche Einschränkungen beim Gehen und Stehen an. Er habe am ganzen Körper Schmerzen. Autofahren könne er nicht. Eine Bewegungsprüfung des Rumpfes sei nur eingeschränkt möglich. Die Rumpfdrehung erfolge unter erheblicher Schmerzklage. Das Aufstehen aus sitzender Körperhaltung oder der Wechsel vom Untersuchungsstuhl zur Liege gelinge nur schleppend unter häufigem Abstützen und erheblicher Schmerzklage. Die Beschwellung beider Fußsohlen sei seitengleich. Die Fußhebung sei rechts aktiv nicht möglich, passiv bei kontraktum Spitzfuß deutlich eingeschränkt. Ein freies Gehen ohne Krücken werde vom Kläger nicht vorgeführt. Infolge des Unfalls vom 31.01.2006 sei es zur Ausbildung eines chronischen Schmerzsyndroms nach Operation eines Bandscheibenvorfalles L4/5 rechts und eines Nervenwurzelenschadens L5 rechts mit Gefühlsstörung am Ober- und Unterschenkel außenseitig sowie am Fußrücken, einer Fuß- und Zehenheberschwäche sowie einer Muskelverkürzung bei unbehandeltem Spitzfuß gekommen. Eine Arthrose des rechten Sprunggelenks bestehe nicht, wie die aktuelle Röntgenaufnahme bestätige. Daneben bestünden die urologischen Unfallfolgen. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen auf neurologischem und chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet überlagerten sich. Beim Kläger liege ein Zustand vor, welcher in der MdE-Bewertung einem lumbalen Wurzelkompressionssyndrom mit starken belastungsabhängigen Beschwerden und motorischen Störungen funktionell wichtiger Muskeln sowie starken Funktionseinschränkungen und Beschwerden nach Operation nahekomme. Dieser Zustand rechtfertige nach der Begutachtungsliteratur eine MdE von 30 bis 40 v.H. Der operierte Bandscheibenvorfall sei stabil ausgeheilt. Die funktionellen Einschränkungen der Wirbelsäule seien abzüglich der erheblichen psychischen Überlagerung und der Verdeutlichungstendenzen nur geringfügig. Daneben bestehe ein leicht kontrakter Spitzfuß. Vergleichsweise werde eine Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von 90 bis 100 Grad zum Unterschenkel mit einer MdE von 20 v.H. bewertet. Dies dürfe dem Schaden auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet unter Einschluss der neurologischen Störung angemessen sein. Zusammen mit den urologischen Folgen, die für sich genommen eine MdE von 20 v.H. begründeten, ergebe sich eine Gesamt-MdE von 40 v.H.

Der Bewertung der MdE mit 40 v.H. durch Dr. E. hat die Bekl. mit folgenden Argumenten widersprochen: Der Sachverständige vergleiche die Funktionseinschränkungen im rechten Fuß mit einer Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von 90-100 Grad zum Unterschenkel. Beim Kl. bestehe jedoch keine Versteifung des oberen Sprunggelenks. Vielmehr sie nur das Heben nicht möglich, das Senken jedoch ohne Einschränkungen. Dass sich hieraus keine Teil-MdE von 20 v.H. ergeben könne, ergebe sich auch aus dem seitengleichen Muskelmantel an den Beinen und der seitengleichen Beschwellung der Fußsohlen. Eine Gesamt-MdE von 30 v.H. sei angemessen.

Mit Gerichtsbescheid vom 10.08.2011 (Az. [S 5 U 168/09](#)) hat das SG unter Abänderung des Bescheides vom 12.12.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2009 die Bekl. verurteilt, dem Kl. eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v.H. ab 01.08.2007 infolge des Arbeitsunfalls vom 31.01.2006 zu gewähren, und die Klage im Übrigen - also soweit sie auf Gewährung einer höheren Rente nach einer MdE von mehr als 40 v.H. gerichtet war - abgewiesen. Zur Begründung hat sich das Gericht auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. E. berufen.

Die Bekl. hat gegen den Gerichtsbescheid, der ihr am 18.08.2011 zugestellt worden war, am 09.09.2011 Berufung eingelegt. Der Kl. hat gegen den Gerichtsbescheid, der ihm am 17.08.2011 zugestellt worden war, am 14.09.2011 Berufung eingelegt.

Das Bayerische Landessozialgericht (LSG) hat die Neurologin und Psychiaterin Dr. D. zur Sachverständigen ernannt, die in ihrem Gutachten vom 26.03.2012 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine gemischte Angststörung auf dem Hintergrund einer überwiegend sensitiven Persönlichkeitsstörung feststellte, die nicht wesentlich mit dem Unfall in Zusammenhang stünden. Unfallbedingt seien eine Belastungsminderung der rechten unteren Extremität und eine urologische Störung, die jeweils für sich genommen eine Teil-MdE von 20 v.H. begründeten und deshalb, weil sie sich in ihren Auswirkungen nicht überlappten, zu einer Gesamt-MdE von 40 v.H. grenzwertig aufzuaddieren seien. Die Bewertung der Belastungsminderung der rechten unteren Extremität mit einer Teil-MdE von 20 v.H. sei dabei nur grenzwertig möglich, weil sie in ihren Auswirkungen nicht ganz einer vollständigen Lähmung des Nervus peroneus entspreche, die mit einer MdE von 20 v.H. bewertet werde. Wenn man aber die besondere Schmerz Vulnerabilität des Kl. berücksichtige, so erscheine aus nervenärztlicher Sicht die Ausschöpfung einer MdE von 20 v.H. für die Belastungsminderung der rechten unteren Extremität grenzwertig vertretbar.

Die Bekl. hat die Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. P. (ohne Angabe einer Fachrichtung) vom 22.06.2012 vorgelegt, der bezüglich des Gutachtens von Dr. E. gerügt hat, dieser hätte die Funktion des rechten Sprunggelenks gar nicht prüfen können, da der Kl. bei der Untersuchung eine sog. Aircast-Orthese trug. Beeinträchtigungen beim Gehen seien nicht objektivierbar, da die Schuhe gleichmäßig abgelaufen gewesen seien und stärkergradige Muskelverschmächtigungen nicht ausdrücklich beschrieben würden. Die Messwerte seien

auch in sich widersprüchlich. Die beschriebene Spitzfußstellung könne auch eine vorübergehende Folge der im Untersuchungszeitpunkt getragenen Orthese gewesen sein.

Auf Antrag des Kl. hat das LSG das Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. C. vom 30.12.2012 eingeholt, der eine unfallbedingte MdE in Höhe von 40 v.H. über den 01.08.2007 hinaus bejaht hat.

Sodann hat das Gericht den Sachverständigen Dr. E. gebeten, zu den gegen sein Gutachten erhobenen Einwänden Stellung zu nehmen. Mit Schreiben vom 03.04.2013 hat Dr. E. bezüglich der Einwände der Bekl. mitgeteilt, gegen sein Gutachten könne nicht eingewandt werden, dass Prof. B. mit Gutachten vom 05.06.2008 eine gleichmäßige Bemuskelung beider Beine festgestellt habe, da zwischen jenem Gutachten und seinem eigenen ein Zeitraum von drei Jahren liege. Im Übrigen habe der Sachverständige Dr. W. in seinem Gutachten vom 08.05.2007 bereits eine deutliche Minderbemuskelung des rechten Beines festgestellt. Er selbst habe einen Schwund der rechten Wadenmuskulatur 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspalts gemessen, dazu eine Verringerung des Umfangs des rechten Vorfußes um 2 cm, was den eingeschränkten Gebrauch desselben ausreichend begründe. Dass der Kl. bei der Untersuchung eine Aircast-Orthese getragen habe, habe einer Überprüfung der Fußhebung und -senkung nicht entgegengestanden, da diese Orthese nur seitliche Kippbewegungen des Fußes verhindere. Die Orthese hätte deshalb auch nicht die Spitzfußstellung bewirken können.

Mit Schreiben vom 19.03.2013 hat der Kl. bezüglich des Gutachtens von Dr. E. gerügt, das rechte Sprunggelenk sei deutlich stärker in seiner Beweglichkeit eingeschränkt als von Dr. E. dargestellt, der rechte Fuß lasse sich fast nicht bzw. um max.

10 Grad abwinkeln und schwele im Sprunggelenksbereich regelmäßig an, so dass der Kl. rechts eine Schuhnummer größer benötige. Dr. E. habe verkannt, dass am rechten oberen Sprunggelenk eine Arthrose vorliege, die auch Dr. C. bestätigt habe. Dr. E. berücksichtige nicht die erheblichen Schmerzen des Kl., die zu regelmäßigen Schlafstörungen führten. Das Gutachten lasse die psychiatrischen Befunde von Dr. B. außer acht, zudem bestehe seit 2006 unfallbedingt eine Hypertonie. Der hierzu um ergänzende Stellungnahme gebetene Sachverständige Dr. E. hat am 29.04.2013 mitgeteilt, dass er die von ihm gemessenen Werte sorgfältig erhoben und vollständig dokumentiert habe. Die Beurteilung internistischer oder psychiatrischer Erkrankungen falle nicht in sein Fachgebiet.

Der Neurologe und Psychiater Dr. B. hat mit Attest vom 04.07.2013 und Befundbericht vom 12.07.2013 eine schwere chronifizierte Anpassungsstörung mit einer ausgeprägten depressiven Symptomatik bestätigt. Die zweite Bandscheibenoperation im Oktober 2010 habe die Symptomatik nicht gebessert. Die depressive Symptomatik habe sich auch durch die medikamentöse Behandlung mit Citalopram und Mirtazapin nicht beeinflussen lassen.

Der Kläger, Berufungskläger und Berufungsbeklagte beantragt,

1. den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 10.08.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 12.12.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 50 v.H. ab 01.08.2007 in Folge des Arbeitsunfalls vom 31.01.2006 zu gewähren und
2. die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte, Berufungsklägerin und Berufungsbeklagte beantragt,

1. in Abänderung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Augsburg vom 10.08.2011 die Klage in vollem Umfang abzuweisen und
2. die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen sowohl des Klägers als auch der Beklagten sind zulässig, insbesondere wurden sie form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Berufungen bedürfen gemäß [§ 144 SGG](#) keiner Zulassung.

Sowohl die Berufung des Klägers als auch die der Beklagten sind unbegründet. Zu Recht hat das SG mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. ab dem 01.08.2007 zugesprochen und im Übrigen die Klage abgewiesen. Die Klage ist im zusprechenden Umfang des angefochtenen Urteils zulässig und begründet, im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Anspruch auf Verletztenrente haben Versicherte nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Weiter regelt [§ 56 Abs. 3 SGB VII](#), dass bei Verlust der Erwerbsfähigkeit Vollrente und bei einer MdE Teilrente geleistet wird, die in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der dem Grad der MdE entspricht.

Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch die Unfallfolgen eingeschränkt werden, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Bei der Beurteilung der MdE sind auch die von der Rechtsprechung sowie von dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze - entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft - zu beachten, die zwar nicht im Einzelfall bindend sind, aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.1987 Az. [2 RU 42/86](#) m. w. N.). Bei der Bildung der MdE sind alle Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die mit Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen. Die Bemessung der MdE ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft; dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen

zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG, Urteil vom 05.09.2006 Az. [B 2 U 25/05 R](#)).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt: Als Voraussetzung für die Feststellung von Unfallfolgen und die Bewilligung von Leistungen müssen die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung zur Zeit des Unfalls, das Unfallereignis und die Gesundheitsschädigung im Sinn des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitsschaden bzw. der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung der Entschädigungspflicht ist nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen; dafür genügt grundsätzlich die "hinreichende" Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 31.01.2012 Az. [B 2 U 2/11 R](#); Urteil vom 02.04.2009 Az. [B 2 U 29/07 R](#)). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann ([BSGE 45, 285](#); [60, 58](#)). Hierbei trägt der Versicherte, also der Kläger, die objektive Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. deren etwaige Nichterweislichkeit geht zu ihren Lasten (vgl. BSG, Urteil vom 05.02.2008 Az. [B 2 U 10/07 R](#)).

Der Senat ist der Überzeugung, dass die vom SG vorgenommene Einstufung des Kl. mit einer MdE von 40 v.H. korrekt ist. Sie entspricht der übereinstimmenden Auffassung aller drei gerichtlich bestellten Sachverständigen, also sowohl des Chirurgen Dr. E. als auch der Neurologin und Psychiaterin Dr. D. (wenn auch diese die MdE von 40 v.H. nur "grenzwertig" erreicht sehen will) und des Orthopäden Dr. C ...

Keine Zweifel bestehen am objektiven Vorliegen einer Fußheberschwäche rechts. Die vom Beratungsarzt der Bekl. vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten von Dr. E. hat dieser mit seiner Stellungnahme vom 29.04.2013 überzeugend widerlegt. Allerdings ist die Einstufung dieser Fußheberschwäche mit einer Teil-MdE von 20 v.H. rein von der funktionellen Beeinträchtigung her problematisch, da sie insoweit weder einer vollständigen Versteifung des oberen Sprunggelenks in günstiger Stellung (so der vorrangige Vergleichsmaßstab von Dr. E.) noch einer vollständigen Peroneuslähmung (so der vorrangige Vergleichsmaßstab von Dr. D.) entspricht - die beide jeweils mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten wären. Die Sachverständige Dr. D. hat jedoch überzeugend herausgearbeitet, dass es aufgrund der sensitiven Persönlichkeitsstörung, die als solche nicht unfall- sondern anlagebedingt ist, zu einer fehlerhaften Schmerzverarbeitung kommt, so dass sich die Folgen der Fußheberschwäche unter Berücksichtigung der erhöhten Schmerz Vulnerabilität für den Kl. verstärkt auswirken, was eine Teil-MdE von 20 v.H. grenzwertig rechtfertigt. Der Senat hat auch keine Zweifel daran, dass der Kl. die von ihm geschilderten Beschwerden tatsächlich so wahrnimmt und erlebt, wie er es schildert, weil dies belegt wird durch die von dem Sachverständigen Dr. E. gemessene Minderbemuskelung am rechten Bein, die Verminderung des Umfangs des rechten Vorfußes und die Spitzfußstellung rechts, die nicht nur von Dr. E. festgestellt, sondern bereits von der Bekl. im angefochtenen Bescheid anerkannt worden ist.

Die Bewertung der urologischen Unfallfolgen mit einer Teil-MdE von 20 v.H. entspricht der Einschätzung der Urologen Dr.L.-E. und L. in ihrem Gutachten vom 06.05.2008 und wurde von keiner der Parteien in Zweifel gezogen. Die entsprechenden Unfallfolgen einer neurogenen Blasenfunktionsstörung mit deutlich verspätetem Harndranggefühl, einer reduzierten Druckleistung der Blase und einer schmerzbedingten Sexualstörung hat auch die Bekl. in ihrem Bescheid vom 12.12.2008 anerkannt.

Da sich die Bewegungseinschränkungen im rechten Bein und die damit verbundenen Schmerzen einerseits und die urologischen Auswirkungen andererseits nicht überlappen, erscheint es gerechtfertigt, sie bei der Bildung der Gesamt-MdE aufzuaddieren zu 40 v.H.

Dass der Kl. an keiner schweren depressiven Störung leidet, wie von Dr. B. in seinem auf Antrag des Kl. für ein Rentenverfahren erstellten gerichtlichen Gutachten vom 13.05.2009 bescheinigt, hat die Sachverständige Dr. D. überzeugend dargelegt. Dr. B. selbst hat sich in späteren Befundberichten bezüglich des Schweregrads der angeblichen depressiven Störung nicht mehr festgelegt, ohne auf eine etwaige Verbesserung des Zustands des Kl. einzugehen, was die Glaubwürdigkeit seiner Feststellungen insgesamt reduziert. So enthält der Befundbericht vom 16.03.2011 nur den Hinweis, insgesamt sei von einer "chronifizierten depressiven Erkrankung" auszugehen, ohne dass eine Diagnose nach ICD-10 oder ein Schweregrad der Episode angegeben wäre. Mit seinem Attest vom 04.07.2013 bezeichnet er die chronifizierte Anpassungsstörung als schwer, nicht aber die Depression, im Befundbericht vom 12.07.2013 ist von einer chronifizierten Anpassungsstörung mit einer "ausgeprägten" depressiven Symptomatik die Rede, man werde von "schwerwiegenden psychischen Dauerfolgen" aufgrund des Unfalls ausgehen können. Eine derartig unklare Terminologie, die sich in die international anerkannten Diagnoseschlüssel nicht einreihen lässt, zeigt deutlich, dass auch Dr. B. eine schwergradige depressive Episode nicht bestätigen kann. Die Sachverständige

Dr. D. hat in ihrem Gutachten weiter überzeugend dargelegt, dass die chronische Schmerzstörung und die gemischte Angststörung nicht unfallbedingt, sondern Ausdruck einer sensitiven Persönlichkeitsstörung des Kl. sind. Dr. D. hat hierzu die psychodynamischen Wirkungsmechanismen herausgearbeitet, die aus den Kindheitserlebnissen des Klägers resultieren, der mit seinem Bruder nicht bei seinen Eltern aufgewachsen ist. Damit ist die psychische Störung - gleich ob sie nun auch als depressive Störung einzustufen ist oder nicht und unabhängig von dem Grad, den sie erreicht - jedenfalls nicht im rechtlichen Sinne wesentlich durch den Unfall verursacht worden, sondern stellt eine anlagebedingte, unfallunabhängige Störung dar, deren Symptome allenfalls durch den Unfall im Sinne einer Gelegenheitsursache ausgelöst oder verstärkt wurden. Berücksichtigung findet die psychische Störung lediglich im Sinne einer die Folgen der Bewegungseinschränkung am Bein verstärkenden Schadensanlage dadurch, dass die Bewegungseinschränkung des Kl. am rechten Bein aufgrund der psychisch verstärkten Schmerzwahrnehmung mit einer MdE von 20 v.H. bewertet wird, obwohl die rein funktionellen Bewegungseinschränkungen noch unterhalb einer MdE von 20 v.H. liegen.

Keinen Anlass sah der Senat, die MdE von 40 v.H. erst ab einem späteren Zeitpunkt als dem 01.08.2007 zuzusprechen, wie von der Bekl. noch zuletzt vorgeschlagen, da bereits in dem im Vorprozess vom SG Augsburg eingeholten Gutachten des Sachverständigen Dr. W. vom 16.05.2007 neurologisch gesicherte Ausfallerscheinungen, eine Muskelminderung am rechten Bein und erhebliche glaubhafte Beschwerden mit der Notwendigkeit, Schmerzmittel einnehmen zu müssen, als Unfallfolgen festgestellt worden waren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Maßgeblich für die Quotelung ist die Überlegung, dass der Kl. mit seinem Begehren, die MdE von 30 auf 100 v.H. zu erhöhen, nur zu einem Siebtel Erfolg gehabt hat. Die Begrenzung der Klage auf "mindestens 50 v.H." erfolgte erst in der mündlichen Verhandlung vom 10.12.2013 und hatte deshalb auf die Kostenquote keinen Einfluss mehr.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des

Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-02-27