

S 5 U 5029/05 L

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 5029/05 L

Datum

18.12.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 7/07

Datum

22.07.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Klage gegen den Bescheid vom 3. Mai 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Juni 2005 wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Parteien ist streitig, ob dem Kläger wegen Folgen des Unfalles vom 02.01.2004 weitere Verletztenrente zu gewähren ist.

Der am 1949 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt selbstständiger Gärtnermeister.

Am 02.01.2004 rutschte der Kläger beim Säubern der Dachrinne des Gewächshauses von der Leiter ab und stürzte ca. 3 m tief ab.

Unmittelbar nach dem Unfall wurde er durch den Notarzt ins Krankenhaus St. E., D., gebracht. Bei der Anfertigung von Röntgenaufnahmen wurde eine Kompressionsfraktur des Lendenwirbelkörpers 2 (LWK 2) ohne Hinterkantenbeteiligung festgestellt. Weitere Frakturen lagen nicht vor. Der Kläger wurde zur Überwachung stationär im Krankenhaus aufgenommen. Vom 02.01. bis zum 26.01.2004 wurde er konservativ stationär behandelt.

Vom 26.01.2004 bis 23.02.2004 schloss sich eine stationäre Behandlung in der Fachklinik I. an.

Bei einer ambulanten Vorstellung im Bezirkskrankenhaus G. am 25.03.2004 wurde ein regelrechter neurologischer Status festgestellt; sensomotorische Defizite lagen nicht vor. Am selben Tag angefertigte Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS) zeigten eine progrediente Überbauung und keine Zunahme der Sinterung oder des Kyphosewinkels.

Bei einer Untersuchung im Krankenhaus St. E. am 25.03.2004 gab der Kläger weiterhin bestehende starke Schmerzen bei Belastung an.

Bei einer am 01.06.2004 angefertigten Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule wurde der Zustand nach stabiler Kompressionsfraktur des LWK 2 mit resultierender, ventraler Keilform und nur angedeuteter thorakolumbaler Kyphosierung festgestellt. Eine signifikante spinale Enge bestand nicht.

Am 01.06. und 04.06.2004 wurde der Kläger erneut im Bezirkskrankenhaus G. untersucht. Bei der Untersuchung wurden eine gerade Wirbelsäule und eine frei bewegliche LWS festgestellt. Manifeste Paresen zeigten sich genauso wie Gefühlsstörungen nicht.

Am 03.08.2004 wurde im Krankenhaus B. R. wegen anhaltender Beschwerden beim Kläger eine Kyphoplastie in Höhe des LWK 2 durchgeführt. Dem dortigen Arztbrief vom 09.08.2004 ist zu entnehmen, dass der postoperative Verlauf komplikationslos war. Die vorher bestehenden starken belastungsabhängigen Lumbalgien hätten sich postoperativ fast vollständig zurückgebildet. Neue neurologische Defizite seien nicht nachweisbar gewesen.

Bei einer Vorstellung des Klägers im Krankenhaus St. E. am 27.09.2004 gab der Kläger gürtelförmige Rückenschmerzen an. Auf aus der Klinik in R. mitgebrachten Röntgenbildern war ein teilweiser wieder aufgerichteter LWK 2 mit innenliegender Zementplombe nach Kyphoplastie zu erkennen. Änderungen an der Stellung der Wirbelsäule waren im Übrigen nicht erkennbar.

Am 10.01.2005 wurde eine Kernspintomographie der LWS angefertigt. Danach war eine unveränderte ventrale Keilform bei Zustand nach

stabiler Kompressionsfraktur, welche verheilt erschien, festzustellen. Eine signifikante spinale Enge war nicht gegeben.

Am 11.01.2005 wurde der Kläger ambulant im Krankenhaus R. untersucht. Aus der angefertigten MRT sei - so die behandelnden Ärzte - eine korrekte Lage des Implantats zu entnehmen; eine spinale Kompression liege nicht vor.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Chirurg und Unfallchirurg Dr. Z. am 11.02.2005 ein erstes Rentengutachten. Der Gutachter wies dabei auf Folgendes hin:

Der Kläger habe sich am 02.01.2004 einen Kompressionsbruch des LWK 2 zugezogen, der später mit einer Knochenzementplombe stabilisiert worden sei. Eine Aufrichtung des Wirbelkörpers sei nicht mehr gelungen. Als Folgen des Unfalls seien eine Deformierung des Wirbelkörpers ohne Knickbildung der Wirbelsäule, ein Rückversatz des Wirbelkörpers mit Einengung der Nervenaustrittsöffnung und eine schmerzhaft mittel- bis hochgradige Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule nachweisbar. Die vom Kläger angegebenen Beschwerden seien aufgrund des objektiven Befundes glaubhaft. Bei der Verletzung handele es sich um einen Wirbelbruch mit Instabilitätskomponente und Beteiligung der Bandscheiben. Dies ergebe sich aus dem Rückversatz des Wirbelkörpers, obwohl in den Primäraufnahmen eine sichere Beteiligung der Hinterkante nicht nachgewiesen worden sei. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei vom 02.07.2004 bis 31.12.2004 auf 50 v.H., danach auf voraussichtlich noch 40 v.H. zu schätzen. Eine Arbeitsfähigkeit sei noch nicht eingetreten und auch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Am 13.04.2005 äußerte sich der Orthopäde und Sozialmediziner Dr. Sch. als Beratungsarzt der Beklagten zum vorliegenden Gutachten. Danach sei diesem Gutachten nicht zu folgen. Beim Kläger liege eine Kompressionsfraktur des LWK 2 vor, die zwar mit Verformung, aber stabil und ohne Achsknickung zur Ausheilung gekommen sei. Eine Einengung der Nervenaustrittsöffnungen, die der Gutachter für die subjektiven Beschwerden des Klägers verantwortlich gemacht habe, sei nach dem neurologischen Befundbericht des Bezirkskrankenhauses G. nicht gegeben. Es liege eine Diskrepanz zwischen dem subjektiven Beschwerdeerleben des Klägers und dem objektiven Ausheilungsbefund vor. Der Gutachter hätte nicht nach dem subjektiven Beschwerdebild des Klägers eine viel zu hohe MdE vortragen dürfen. Die MdE-Bemessung sei an den objektiven Sachverhalten zu orientieren. Diese erlaubten höchstens eine MdE-Bemessung mit 20 v.H. längstens bis Ende März 2005.

Mit Bescheid vom 03.05.2005 wurde dem Kläger für die Zeit vom 01.01. bis zum 31.03.2005 eine Rente nach einer MdE in Höhe von 20 v.H. zugesprochen. Ein Rentenanspruch darüber hinaus wurde verneint. Als Unfallfolge wurde anerkannt: Nach operativer Versorgung mit leichter Keilform, jedoch ohne kyphotische Knickbildung der Wirbelsäule stabil ausgeheilte Kompressionsfraktur am LWK 2 mit rückläufigen, derzeit noch restlichen Entfaltungsstörungen am Brust-/Lendenwirbelsäulen-Übergang.

Mit Schreiben vom 12.05.2005 erhob der Kläger Widerspruch. Seine Schmerzen hätten sich gegenüber der Begutachtung durch Dr. Z. nicht gebessert, sondern verschlimmert.

Mit Schreiben vom 30.05.2005 äußerte sich der behandelnde Orthopäde des Klägers Dr. N. dahingehend, dass der Bescheid vom 03.05.2005 für ihn nicht nachvollziehbar sei. Der Kläger gebe weiterhin noch erhebliche Beschwerden an. Die vom Kläger geklagte Beschwerdesymptomatik spreche für eine bestehende Instabilität der mittleren bis oberen LWS.

Mit Schreiben vom 30.05.2005 beantragten die Bevollmächtigten des Klägers, dem Kläger Rente nach einer höheren MdE als bisher zu gewähren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.06.2005 wurde der Widerspruch als unbegründet zurückgewiesen. Eine höhere bzw. längere Rentenzahlung sei nicht begründbar.

Mit Schreiben vom 12.07.2005 erhoben die Bevollmächtigten des Klägers Klage.

Mit Schreiben vom 15.09.2005 wurde zur Begründung der Klage darauf verwiesen, dass der Gutachter im Verwaltungsverfahren eine MdE in Höhe von 50 v.H. vorgeschlagen habe. Auch aus Sicht des Dr. L. (Ärztlicher Leiter des Krankenhauses St. E., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung) liege eine krasse Fehleinschätzung der Beklagten vor (Schreiben vom 11.08.2005).

Am 01.12.2005 wurde eine weitere MRT der LWS angefertigt. Danach war der Status im Wesentlichen der selbe wie bei früheren Aufnahmen. Eine signifikante spinale Enge bestand nicht.

Mit Schreiben vom 10.01.2006 übersandten die Bevollmächtigten des Klägers u.a. ein chirurgisches Gutachten des Dr. L. vom 07.11.2005, das für die Aachen-Münchener Versicherungs AG erstellt worden war. Darin fasste der Gutachter folgende Unfallfolgen zusammen: In Keilform ausgeheilte Kompressionsfraktur des LWK 2, massive Belastungsminderung und Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule, starke Spontan-, Bewegungs- und Belastungsschmerzen an der LWS mit Beteiligung des linken Beines, Unfähigkeit, länger zu sitzen, zu gehen, zu stehen, gebückte Stellung einzunehmen, auf dem Rücken zu liegen, Lasten zu befördern, angewiesen auf dauernde Schmerzmittelleinnahme und physikalische Therapie, ausgeprägte Schlafstörungen, Depressionen, Berufsunfähigkeit für Gartenbaubetrieb. Aufgrund der Kernspintomographie vom 10.01.2005 sowie der vorliegenden Röntgenaufnahmen sei festzustellen, dass die Kompressionsfraktur in starker keilförmiger Deformierung ausgeheilt sei. Eine sichere Aussage über die vollständige Verfestigung des Wirbelkörpers sei nicht möglich, es bestehe der Verdacht auf eine inkomplette Ausheilung. Die keilförmige Deformierung betrage 25 Grad nach ventral. Das Rückenmark sei nicht beeinträchtigt. Es ergebe sich eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Sinne der privaten Unfallversicherung in Höhe von 60 %.

Am 17.02.2006 erstellte der Neurochirurg und Orthopäde Dr. G. im Auftrag des Gerichts ein Gutachten. Darin wies er auf Folgendes hin:

Bei der Untersuchung habe der Kläger angegeben, nach wie vor unter Dauerschmerzen zu leiden, die in beide Flanken und teilweise ins linke Bein bis zum Knie ausstrahlen würden. Der Kläger habe angegeben, dass er häufig die Körperhaltung wechseln müsse und nur noch 20 bis 30 m laufen könne. Weiter sei ein regelmäßiger Schmerzmittelgebrauch angegeben worden. Lähmungen im Bereich der unteren

Extremitäten seien genauso wie Sensibilitätsstörungen nicht feststellbar gewesen. Aus Röntgenaufnahmen der LWS vom 19.10.2005 ergebe sich, dass die Impressionsfraktur des LWK 2 insgesamt verheilt und durch Zement stabilisiert sei. Aus der Kernspintomographie vom 01.12.2005 sei zu ersehen, dass das Rückenmark unauffällig sei und eine spinale Enge nicht bestehe.

Bei dem Unfall sei es zu einer Kompressionsfraktur des LWK 2 ohne neurologische Defizite gekommen. Die Fraktur sei knöchern in leichtem Achsknick verheilt und mit 2 Zementplomben versorgt. Es lägen noch eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung sowie lokale Beschwerden vor. Neurologische Defizite hätten zu keinem Zeitpunkt bestanden. Eine Einengung des Spinalkanals oder abgehender Nervenwurzeln seien nie gegeben gewesen und auch aktuell nicht nachweisbar. Zusätzlich bestehe eine ausgeprägte Hüftarthrose, die unfallunabhängig sei, jedoch die Schmerzsymptomatik beeinflusse. Eine rentenberechtigende MdE ergebe sich daraus nicht. Dies sei damit zu begründen, dass als Unfallfolge ein knöchern fest verheilter Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung und gering ausgeprägtem statischem Achsknick bestehe. Dies bedinge nach der maßgeblichen Begutachtungsliteratur eine MdE in Höhe von 10 v.H. ...

Mit Schreiben vom 03.04.2006 beantragten die Bevollmächtigten des Klägers, den Orthopäden Dr. Sch. gutachtlich gemäß [§ 109 SGG](#) zu hören.

Dr. Sch. kam im Gutachten vom 20.06.2006 zu dem Ergebnis, dass die MdE auf Dauer 30 v.H. betrage. Der Kläger könne den Beruf eines Gärtnermeisters nicht mehr ausüben. Auch leichte körperliche Arbeiten seien aufgrund der gesamten Problematik nicht mehr möglich. Es bestehe Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Dem Gutachten des Dr. G. sei zu widersprechen, da keinerlei Abwägung und kritische Auseinandersetzung zwischen Operationsindikation, posttraumatischer Folge, klinischem Befund und Literaturangaben erfolgt sei. Es sei Aufgabe eines Gutachters, bei der Beurteilung innerhalb des Gutachtens einerseits subjektive Angaben, klinischen Befund, jetzige Beschwerdesymptomatik, andererseits eine Auseinandersetzung zwischen Unfallmechanismus, Frakturbehandlung und Operationsindikation zu würdigen.

Diesem Ergebnis lagen folgende Erwägungen zugrunde: Auf aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen sei ein Zustand nach Kyphoplastie des LWK 2 zu erkennen; der Wirbelkörper sei auf die Hälfte der ursprünglichen Höhe gesintert. Die aus Sicht des Gutachters unkritisch angewendete Kyphoplastie und der jetzt noch nachweisbare Kyphosewinkel von 25 Grad würden den Schluss zulassen, dass dieser Eingriff in keiner Weise eine Verbesserung der Statik, eine Schmerzreduktion und eine Wirbelkörperkorrektur erbracht habe. Durch die unverändert bestehende Keilform des Wirbelkörpers bestehe nachweislich eine mehr oder weniger starke Aufhebung der physiologischen Lordose. Damit bestehe eine funktionelle Einbuße durch die traumatische Achsabweichung. Da beim Kläger die Indikation zur Kyphoplastie unkritisch gestellt worden sei, der operative Eingriff keinen Erfolg gebracht habe und der Kyphosewinkel nach wie vor 25 Grad betrage, könne zweifelsfrei nachvollzogen werden, dass die Gesamtbeschwerdesymptomatik durch die traumatische Fraktur des LWK 2 nahezu unverändert bestehe.

In seiner Zusammenfassung wies Dr. Sch. darauf hin, dass sich die Meinung, das Ausmaß der posttraumatischen Abweichung in Graden entspreche dem Grad der MdE in Prozent, nicht durchgesetzt habe. Weiter sei davon auszugehen, dass jede Wirbelkörperverletzung mit Kompression und Abweichung von 10 Grad und mehr als instabil zu sehen sei, weil es in diesen Fällen neben der Deformierung des Wirbelkörpers auch zu Schädigungen des Bandapparates und zur Subluxation der Gelenkfortsätze komme. Als Unfallfolge bestehe eine Deformität des Wirbelkörperbruchs der LWK 2 mit einer keilförmigen Deformierung von 25 Grad. Durch die Instabilität und statische Achsabweichung von ventral 25 Grad sei die damit verbundene funktionelle Bewegungseinschränkung mit rezidivierender Schmerzhaftigkeit ursächlich zweifelsfrei mit dem Unfall vom 02.01.2004 in Zusammenhang zu bringen. Ab Beginn der 27. Woche nach dem Unfall bestünden Funktionseinschränkungen der LWS, eine Aufhebung der physiologischen Lordose, eine Belastungsinsuffizienz sowie ein chronisches Schmerzsyndrom.

Der Gutachter wies u.a. auch darauf hin, dass sensible oder motorische Störungen nicht bestünden und der neurologische Befund damit unauffällig sei.

Zu diesem Gutachten legte die Beklagte mit Schreiben vom 21.09.2006 eine beratungsärztliche Stellungnahme vom 13.09.2006 vor. Darin wurde am Gutachten des Dr. Sch. kritisiert, dass dieses letztlich auf reine Subjektivismen abstelle. Relevant seien aber allein objektive Sachverhalte. Zudem seien durch die Kyphoplastie am LWK 2 stabile Verhältnisse wieder hergestellt worden. Die verbliebene Keilform sei mit einer kyphotischen Komponente von lediglich 5 Grad verbunden. Höhere Winkelgrade seien nicht nachvollziehbar.

In der mündlichen Verhandlung vom 18.12.2006 beantragte die Bevollmächtigte des Klägers, den Bescheid vom 03.05.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.06.2005 insofern aufzuheben, als dem Kläger für eine längere Zeit und nach einer höheren MdE Verletztenrente zu gewähren sei.

Der Vertreter der Beklagten beantragte, die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Akten des Gerichts und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Beklagte hat die beim Kläger vorliegenden Folgen des Unfalles vom 02.01.2004 zutreffend mit einer MdE in Höhe von 20 v.H. nur bis zum 31.03.2005 bewertet. Eine höhere MdE ist genau so wie eine rentenberechtigende MdE für einen längeren Zeitraum nicht begründbar.

Ein Arbeitsunfall ist gemäß § 7 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) ein Versicherungsfall. Dabei sind nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#), 287). Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kann (vgl. [BSGE 58, 80](#), 83; [61, 127](#), 128). Hingegen genügt für den ursächlichen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie zwischen der schädigenden Einwirkung und der Gesundheitsstörung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. [BSGE 58, 80](#); [61, 127](#), 129).

Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dann gegeben, wenn nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. [BSGE 45, 285](#), 286; [60, 58](#), 59).

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. [BSGE 63, 277](#), 280). Daran fehlt es, wenn eine Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (vgl. [BSGE 62, 220](#), 221).

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 herleiten möchte, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des Klägers (vgl. [BSGE 6, 70](#), 72).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Sofern die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mindestens 10 v.H. beträgt, ist bei Vorliegen mehrerer Versicherungsfälle eine Berücksichtigung im Rahmen einer Stützrente möglich ([§ 56 Abs. 1](#) Sätze 2 und [3 SGB VII](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Dabei kommt es nicht auf die Schwere der beim versicherten Unfall ursprünglich erlittenen Verletzungen an. Entscheidend ist vielmehr, welcher Gesundheitsschaden aufgrund des Unfalls verblieben ist und welche Funktionsbeeinträchtigungen in Sinne einer Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Fähigkeiten sich aus diesem verbliebenen Schaden ergeben. Auch auf den bisherigen Beruf oder die bisherige Tätigkeit kommt es grundsätzlich nicht an (vgl. Ricke, in: Kasseler Kommentar, [§ 56 SGB VII](#), RdNr. 16). Damit ist sichergestellt, dass bei identischen Unfallfolgen die MdE aller Verletzten unabhängig von der individuellen beruflichen Tätigkeit prinzipiell die selbe ist. Bei der Festlegung der MdE ist auf den Maßstab der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor Eintritt des Versicherungsfalles abzustellen (vgl. [BSGE 21, 63](#), 66), wobei für die MdE die Erwerbsfähigkeit jedes Versicherten vor dem Versicherungsfall mit 100 anzusetzen ist (vgl. [BSGE 43, 209](#), 210).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung haben sich für die Schätzung der MdE in Form von Rententabellen oder Empfehlungen im Laufe der Zeit Erfahrungswerte herausgebildet. Voraussetzung für die Anerkennung von Empfehlungen zur MdE-Bemessung als allgemeine Erfahrungssätze ist, dass sie auf wissenschaftlicher Grundlage von Fachgremien ausschließlich aufgrund der zusammengefassten Sachkunde und Erfahrung ihrer sachverständigen Mitglieder erstellt worden sind und dass sie immerwiederkehrend angewendet und von Gutachtern, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträgern, Gerichten sowie Betroffenen anerkannt und akzeptiert werden (vgl. [BSGE 40, 120](#), 123, 124). Derartigen Empfehlungen oder MdE-Tabellen, wie sie in der Kommentarliteratur (vgl. z.B. Ricke, a.a.O., [§ 56 SGB VII](#), RdNr 40-82) und in der Begutachtungsliteratur (vgl. z.B. Schönberger, Mehrrens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, u.a. S. 282, 342, 382, 432, 477, 514, 536, 537, 562, 604, 661, 685, 724, 897, 951; Mehrhoff, Meindl, Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Auflage, S. 143-194, 315-332) zu den verschiedensten Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten enthalten sind, kommt nicht der Rechtscharakter einer gesetzlichen Norm zu. Sie stellen vielmehr als antizipierte Sachverständigengutachten allgemeine Erfahrungssätze im oben genannten Sinne dar, um den unbestimmten Rechtsbegriff der MdE auszufüllen, und tragen dazu bei, dass im Sinne des allgemeinen Gleichheitssatzes gleichartige Schadenslagen mit der gleichen MdE eingeschätzt werden. Allgemeine Wertungen zur MdE bei bestimmten Schadenslagen sind dabei nur dann als Richtwerte im Sinne allgemeiner Erfahrungssätze anzusehen, wenn darin die Folgen dieser Schadenslagen für die Erwerbsfähigkeit so weitgehend abgeklärt sind, dass eine Beurteilung durch medizinische Sachverständige im Einzelfall hinsichtlich der Anwendung dieser Richtwerte, der Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles sowie der Prüfung, ob wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, dass diese Richtwerte einer erneuten Überprüfung bedürfen, ausreicht (vgl. BSG, Beschluss vom 19.03.1996, Az.: [2 BU 161/95](#)).

Die Beurteilung, ob und in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Bei der Bewertung der MdE sind die von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten, die zwar nicht für die Entscheidung in jedem Einzelfall bindend sind, aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (vgl. BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#) m.w.N.).

Die ärztlichen Schätzungen zur MdE sind für das Gericht bedeutsame, oft unentbehrliche Anhaltspunkte, ohne dass das Gericht daran gebunden wäre (vgl. Schönberger, a.a.O., S. 154). So hat das Bundessozialgericht mehrfach (vgl. z.B. Beschluss vom 22.08.1989, Az.: [2 BU 101/89](#)) darauf hingewiesen, dass die Bewertung der MdE nicht die eigentliche Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen ist. Dessen Sachkunde bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit sich derartige Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben daher keine für das Gericht bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen.

Der Gesichtspunkt der Schmerzen hat bei der Bemessung der MdE im Regelfall keinen entscheidenden Einfluss auf die Höhe der MdE. Dies begründet sich zum einen damit, dass in den Richtwerten bereits die üblicherweise vorhandenen Schmerzen enthalten sind (vgl. Schönberger, a.a.O., S. 312). Zum anderen wird dadurch der Problematik Rechnung getragen, dass Schmerzen nicht objektiv messbar sind,

sondern das Schmerzempfinden subjektiv geprägt ist. Daher gilt der Grundsatz, dass nicht der Schmerz selbst, sondern seine Wirkung auf die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen in die MdE-Bewertung einzufließen hat (vgl. Schönberger, a.a.O., S. 312 f), wobei die Auswirkungen des Schmerzes objektivierbar sein müssen.

Auf den hier zu entscheidenden Fall übertragen bedeutet dies Folgendes:

Der Kläger hat - unstrittig - einen Bruch des LWK 2 erlitten. Dieser Wirbelkörperbruch ist - ebenfalls unstrittig - mit einer Bandscheibenbeteiligung verbunden, wobei neurologische Defizite nach den übereinstimmenden Gutachten nicht vorliegen.

Uneinigkeit besteht bei den mit der Beurteilung befassten Ärzten und Gutachtern jedoch darüber, ob der Bruch stabil verheilt ist und in welchem Umfang ein statisch wirksamer Achsknick vorliegt.

Sofern der chirurgische Gutachter Dr. L. im Gutachten für die private Unfallversicherung des Klägers vom 07.11.2005 den Verdacht auf eine inkomplette Ausheilung äußert, so ist dieser Verdacht nach den eigenen Aussagen des Gutachters nicht objektivierbar. So äußert sich der Gutachter selbst dahingehend, dass eine sichere Aussage nicht möglich sei.

Der Gutachter gemäß [§ 109 SGG](#) Dr. Sch. hingegen begründet die von ihm angenommene Instabilität damit, dass eine statische Achsabweichung von über 10 Grad vorliege und in derartigen Fällen grundsätzlich von einer instabil verheilten Wirbelkörperfraktur auszugehen sei. Dieser Annahme kann das Gericht nicht folgen. Zum einen ist bereits erheblich zweifelhaft, ob tatsächlich eine Achsabweichung von über 10 Grad vorliegt. Nach den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Gutachters Dr. G. und auch des Beratungsarztes der Beklagten in der Stellungnahme vom 13.09.2006 ist davon auszugehen, dass lediglich eine geringfügige Achsabweichung (von 5 Grad) gegeben ist. Insofern ist es für das Gericht nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen, dass tatsächlich überhaupt eine Achsabweichung von mehr als 10 Grad vorliegt. Zum anderen wäre die Annahme des Gutachters Dr. Sch. zur instabilen Ausheilung auch unter Berücksichtigung der maßgeblichen Begutachtungsliteratur (vgl. Schönberger, aaO, S. 535) nicht nachvollziehbar. Danach ist nämlich eine mechanische Instabilität definiert als abnorme Beweglichkeit, also Beweglichkeit in unphysiologischer Richtung. Dass bei einem bestimmten Umfang der Achsabweichung eine derartige Instabilität zwingend gegeben sein sollte, ist logisch nicht nachvollziehbar. Dies gilt um so mehr, als bei der Beurteilung eines Wirbelkörperbruchs nach den unterschiedlichen Graden der Bandscheibenbeteiligung (vgl. Schönberger, aaO, S. 536) der Gesichtspunkt einer stabilen oder instabilen Ausheilung zu differenzieren ist vom Gesichtspunkt der Achsabweichung. Daraus lässt sich - auch für den medizinischen Laien - der unzweifelhafte Rückschluss ziehen, dass die Frage der Instabilität der Ausheilung nicht vom Umfang des Achsknicks abhängen kann. Andere Gesichtspunkte, die für eine instabile Ausheilung sprechen könnten, sind vom Gutachter weder genannt oder ersichtlich. Es kann damit - zumindest auch bei Berücksichtigung der objektiven Beweislast - nur davon ausgegangen werden, dass der Wirbelkörperbruch stabil ausgeheilt ist.

Ähnliches gilt auch für den Umfang der Achsabweichung. So stehen sich zu diesem Gesichtspunkt unterschiedliche Aussagen medizinischer Gutachter gegenüber. Dass eine Achsabweichung von 25 Grad gegeben wäre, wie dies Dr. Sch. annimmt, kann als nicht bewiesen betrachtet werden. Ganz abgesehen davon, dass dieser Aussage die überzeugenden Feststellungen des gerichtlichen Gutachters Dr. G., der dem Gericht aus vielen Verfahren als äußerst erfahren bekannt ist, gegenüber stehen, kann auch den Beschreibungen des Äußeren des Klägers, wie sie bei den verschiedenen Begutachtungen erfolgt sind, kein Bild entnommen werden, das einer derart erheblichen Achsabweichung entsprechen würde. Auch den Berichten zu den diversen angefertigten Kernspintomographien und Röntgenaufnahmen lässt sich eine derart erhebliche Achsabweichung nicht entnehmen. Zudem geht auch Dr. Z. im Rentengutachten vom 11.02.2005 davon aus, dass zwar der Wirbelkörper deformiert ist, sich daraus aber eine Knickbildung der Wirbelsäule nicht ergibt. Es ist daher - auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Beweisgrundsätze - davon auszugehen, dass eine nur geringe Achsabweichung gegeben ist; die Nichterweislichkeit eines größeren Abweichungswinkels geht zu Lasten des Klägers.

Es ist daher für die Bemessung der MdE davon auszugehen, dass beim Kläger der Bruch des LWK 2 stabil verheilt ist und ein statisch wirksamer Achsknick in nur geringem Umfang vorliegt.

Für die Einschätzung der MdE bei Wirbelkörperverletzungen sind nach der maßgeblichen Begutachtungsliteratur (vgl. Schönberger, aaO, S. 535 ff.) zwei Berechnungsmodelle anerkannt. Dabei orientiert sich ein Modell am Grad der Bandscheibenbeteiligung, das andere differenziert mit Hilfe des Segmentprinzips weiter:

1. Beurteilung nach dem unterschiedlichen Grad der Bandscheibenbeteiligung:

Ein Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung ist je nach dem Ergebnis der Ausheilung mit einer MdE von unter 10 v.H. bis zu 30 v.H. zu bewerten. Sofern die Bandscheibenmasse weitgehend erhalten ist und die Ausheilung stabil ist, ist die MdE auf unter 10 v.H. zu schätzen. Kommt zum vorgeschilderten Zustand ein statisch wirksamer Achsknick, liegt die MdE im Bereich von 10 bis 20 v.H. ... Erst bei einer instabilen Ausheilung ist eine MdE in Höhe von mindestens 20 v.H. begründbar. Wie oben ausgeführt, liegt hier ein stabil verheilte Wirbelkörperbruch mit Bandscheibenbeteiligung vor, wobei der statisch wirksame Achsknick nur gering ausgeprägt ist. Nach der Begutachtungsliteratur ist bei der Achsabweichung erheblich erst ein Knickwinkel von 15 bis 20 Grad (vgl. Schönberger, aaO, S. 535). Ein derartiger Umfang des Knickwinkels ist hier nach den Ausführungen des Dr. G., des Beratungsarztes der Beklagten (Stellungnahme vom 13.09.2006) und auch des Dr. Z. (Gutachten vom 11.02.2005) nicht erreicht. Die anzunehmende MdE muss sich daher im Bereich von nicht mehr als 10 v.H. bewegen. Eine rentenberechtigende Höhe von 20 v.H. ist mit Sicherheit nicht erreicht.

2. Beurteilung nach dem Segmentprinzip:

Mit Hilfe des Segmentprinzips (vgl. Schönberger, a.a.O. S. 536 f) können Verletzungen an der Wirbelsäule weiter differenziert werden. Dabei werden in Analogie zur Begutachtung peripherer Gelenkschäden Schäden am Bewegungssegment und segmentale Beweglichkeit berücksichtigt. Entsprechend seiner funktionellen Bedeutung wird jedem Bewegungssegment der Wirbelsäule ein bestimmter Segmentwert zugerechnet. Betroffen ist hier das Segment LWK 1/2, da diese Bandscheibe vom Unfall betroffen ist (vgl. z.B. Gutachten Dr. Sch.). Dem Segment LWK 1/2 entspricht ein Bewegungsmaß von 21 Grad. Daraus ergibt sich ein einfacher Segmentwert von 3,3 %. Sofern die Fraktur

stabil ohne Deformierung ausgeheilt ist, kommt dieser einfache Segmentwert als Prozentsatz zur Anwendung. Liegt hingegen eine posttraumatische Wirbelsäulendeformität mit Verkrümmung in der Scheitel- oder Frontalebene vor, ist der Wert des betroffenen Segments zu verdoppeln. Erst bei einer segmentalen Ankylose oder Hypomobilität ist der Segmentwert zu verdreifachen, bei einer segmentalen Instabilität je nach dem Schweregrad mit dem Faktor 4 bis 6 zu multiplizieren. Da vorliegend ein leichter Achsknick bewiesen ist, ist der Segmentwert von 3,3 % allenfalls zu verdoppeln. Daraus errechnet sich ein Endwert von 6,6 %, der auf die nächste 5 %-Stufe abzurunden ist. Es ergibt sich damit - wie bereits bei der Beurteilung nach dem unterschiedlichen Grad der Bandscheibenbeteiligung - eine MdE in Höhe von deutlich unter 20 v.H ...

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass die von der Beklagten angenommene MdE in Höhe von 10 v.H. nicht zu niedrig gegriffen ist; eine rentenberechtigende MdE ist nicht erreicht.

Dass dem Kläger für vorübergehende Zeit eine Rente nach einer rentenberechtigenden MdE gewährt worden ist, steht diesem Ergebnis nicht entgegen. Denn es ist - insbesondere bei Wirbelkörperverletzungen - regelmäßig so, dass für eine vorübergehende Zeit wegen der typischerweise in diesem Zeitraum vorliegenden primären Beschwerden eine höhere MdE als für die spätere Zeit zuerkannt wird.

Sofern der Gutachter im Verwaltungsverfahren sowie der gemäß [§ 109 SGG](#) benannte Gutachter und die weiteren vom Kläger angeführten Ärzte eine höhere MdE für den Kläger beanspruchen, so steht deren Ansicht in Widerspruch zu der maßgeblichen Begutachtungsliteratur. Insbesondere muss diesen Gutachtern entgegen gehalten werden, dass sie ihre Schätzung der MdE zum Teil entscheidend auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen des Klägers und nicht auf die vorliegenden objektiven Befunde aufbauen. Maßgeblich im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sind jedoch nur objektivierbare Funktionseinschränkungen. Dr. Sch. zeigt zudem damit, dass er eine Berufs- und Erwerbsunfähigkeit des Klägers als Grundlage für seine MdE-Schätzung annimmt, dass er mit den Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung nicht vertraut ist. Denn maßgeblich für die Einschätzung der MdE ist die Beeinträchtigung auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens und nicht die Beeinträchtigung in einem konkret ausgeübten Beruf. Darüber hinaus sind die Ausführungen des Dr. Sch. zur aus seiner Sicht fehlerhaften Operationsindikation ohne Bedeutung für die Sache. Sofern der behandelnde Arzt des Klägers Dr. N. im Schreiben vom 30.05.2005 eine Instabilität der LWS annimmt, so ist dieser Annahme mitnichten zu folgen. Denn Dr. N. zieht den Schluss einer Instabilität allein aus der vom Kläger angegebenen Beschwerdesymptomatik. Dass eine Instabilität aber nicht durch subjektive Beschwerdeangaben, sondern allein durch objektive Befunde begründbar ist, liegt auf der Hand. Das Gutachten des Dr. Z. vom 11.02.2005 schließlich ist schon wegen der mit den Vorgaben der Begutachtungsliteratur nicht im Entferntesten zu vereinbarenden viel zu hohen MdE-Schätzung fragwürdig. Zudem erkennt er, wenn er für die subjektiven Beschwerden des Klägers eine Einengung der Nervenaustrittsöffnung verantwortlich macht, völlig, dass durch mehrfache Kernspintomographien und Röntgenaufnahmen nachgewiesen ist, dass eine derartige Verengung ebenso wie eine Verengung des Spinalkanals nicht vorliegt und neurologische Schäden ausgeschlossen worden sind. Die Klage ist daher als unbegründet abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-06-07