

S 1 U 1602/14

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Karlsruhe (BWB)

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 U 1602/14

Datum

26.03.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die MdE in der gesetzlichen Unfallversicherung beurteilt sich allein anhand der verbliebenen unfallbedingten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherungsfalls. Bei Gesundheitsstörungen aus mehreren Versicherungsfällen ist keine Gesamt-MdE zu bilden, sondern die MdE für jeden Versicherungsfall gesondert festzustellen.

2. Die Würdigung unterschiedlicher Gutachtenergebnisse oder unterschiedlicher ärztlicher Auffassungen gehört wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweiswürdigung des Gerichts. Eine Verpflichtung zur Einholung eines „Obergutachtens“ besteht auch bei einander widersprechenden Gutachtenergebnissen im Allgemeinen nicht; vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweiswürdigung mit den einander entgegenstehenden Ergebnissen auseinanderzusetzen. Hält das Gericht eines von mehreren Gutachten für überzeugend, darf es sich diesem anschließen, ohne ein weiteres Gutachten einzuholen.
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 04.07.2012.

Der 1964 geborene Kläger, der die türkische Staatsangehörigkeit besitzt, stürzte am 04.07.2012 bei seiner Tätigkeit als Betonbauer von einem Regalbediengerät aus etwa 4 Meter Höhe und fiel auf den Rücken. Dabei zog er sich eine Beckenringfraktur links, eine LWK-II-Fraktur sowie eine Dünndarmperforation mit nachfolgend beginnender Entzündung des Bauchfells zu. Er befand sich ab dem Unfalltag bis zum 08.08.2012 zunächst in stationärer Behandlung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (Klinik). Dort erfolgte noch am Unfalltag eine Laparotomie mit Dünndarmübernähtung sowie am 07.07.2012 eine Relaparotomie mit Lavage. Am 12.07.2012 erfolgte die Versorgung der Beckenringfraktur mittels perkutaner Lochschraubenosteosynthese und Kriechschraube Os pubis von der Symphyse her (vgl. Verlegungsbericht der Klinik vom 07.08.2012). Vom 08.08. bis zum 21.09.2012 befand sich der Kläger in frühstationärer Weiterbehandlung in der Orthopädischen Fachklinik N ... Bei einer im Verlauf durchgeführten neurologischen Konsiliaruntersuchung wegen angegebener Sensibilitätsstörungen an der linken Hand und dem linken Fuß diagnostizierte die Neurologin Dr. St. ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links und eine inkomplette Nervus peroneus-Läsion links (vgl. Befundbericht vom 06.09.2012). Nach weiteren tätigkeitsbezogenen stationären Rehabilitationsverfahren in der Klinik vom 15.01. bis zum 07.02.2013 und erneut vom 12.03. bis zum 23.04.2013 nahm der Kläger in der Zeit vom 29.04.2013 bis zum 15.09.2013 an einer Arbeits- und Belastungserprobung im Arbeitgeberbetrieb teil.

Zur Feststellung von Art und Ausmaß seiner Unfallfolgen ließ die Beklagte den Kläger durch den Chirurgen Dr. H. untersuchen und begutachten. Dr. H. diagnostizierte als Unfallfolgen eine ausgedehnte Narbenbildung im Becken- und Abdominalbereich, eine Bauchwandschwäche rechts sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit von Becken und Lendenwirbelsäule nach Fraktur des 2. Lendenwirbelkörpers und Transfixation des hinteren linken Beckengürtels. Unfallunabhängig leide der Kläger an einer Osteochondrose und Spondylose der Lendenwirbelsäule. Die unfallbedingte MdE bewertete er ab dem Zeitpunkt seiner Untersuchung und Begutachtung (12.07.2013) und unter der Annahme bereits bestehender Arbeitsfähigkeit mit 20 v. H. Gestützt auf das Ermittlungsergebnis anerkannte die Beklagte als Folge des Arbeitsunfalls:

"Nach Bruch der linken Beckenhälfte mit Beteiligung des Kreuzbeins und des vorderen Beckenrings links, Deckplattenimpressionsbruch des 2. Lendenwirbelkörpers sowie Durchbohrung des Dünndarms mit nachfolgender Bauchinfektion eingeschränkte Belastbarkeit von Becken und Lendenwirbelsäule, Bauchwandschwäche rechts, ausgedehnte reizlose Narbenbildung am Becken- und Bauchbereich, reizlos einliegendes Osteosynthesematerial im Bereich des linken Schambeins, des Beckens und des Kreuzbeins."

Keine Folgen des Arbeitsunfalls seien krankhafte Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule. Wegen der Unfallfolgen gewährte die Beklagte dem Kläger ab dem 16.09.2013 Verletztenrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 v. H. der Vollrente (Bescheid vom 10.10.2013).

Zur Begründung seines dagegen erhobenen Widerspruchs verwies der Kläger auf weitere Arbeitsunfälle in den Jahren 1998, 2000 und 2005. Hieraus resultierten jeweils verbleibende Schäden, die das Ausmaß der unfallbedingten MdE erhöhten. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 09.04.2014).

Deswegen hat der Kläger am 09.05.2014 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erhoben. Zu deren Begründung trägt er im Wesentlichen vor, er leide unfallbedingt neben einer ausgedehnten Narbenbildung im Becken- und Abdominalbereich an einer Bauchwandschwäche rechts sowie einer eingeschränkten Belastbarkeit des Beckens und der Lendenwirbelsäule. Seine frühere Tätigkeit habe er bislang nicht wieder vollschichtig aufnehmen können. Die ihm von seinem Arbeitgeber zugewiesene deutlich leichtere Tätigkeit könne er ebenfalls nur mit zusätzlichen Pausen und unter Einnahme von Schmerzmitteln bewältigen. Das Ergebnis des Gutachtens des Dr. H., insbesondere dessen Einschätzung der unfallbedingten MdE, sei nicht nachvollziehbar. Zu Unrecht gehe die Beklagte darüber hinaus von einer folgenlosen Ausheilung des Bruchs des 2. Lendenwirbelkörpers aus. Auch deren Annahme, die Bauchwandschwäche bedinge keine unfallbedingte MdE, sei rechtsfehlerhaft. Gleiches gelte für die Ausführungen im Widerspruchsbescheid, die Funktionseinschränkungen früherer Arbeitsunfälle seien im Rahmen der Einschätzung der MdE aufgrund des Arbeitsunfalls vom Juli 2012 nicht entscheidungserheblich.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung schriftlicher Auskünfte des Chirurgen Dr. G. und des ärztlichen Direktors der Klinik, Prof. Dr. Gr., als sachverständige Zeugen: Dr. G. hat bekundet, er habe bei seinen Untersuchungen im November 2013 und Juni 2014 jeweils eine klinisch gute Entfaltung der Lendenwirbelsäule bei Achsengradstand erhoben. Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt gewesen. Radiologisch zeigten sich ein regelrechter innerer und äußerer Beckenring sowie eine knöchern konsolidierte LWK-II- Vorderkantenfraktur. Das Ausmaß der MdE sei in einem Gutachten festzustellen. Prof. Dr. Gr. hat die von ihm im Verlauf der stationären Behandlungen in der Klinik erhobenen Befunde und Krankheitsäußerungen mitgeteilt. Die Nervus peroneus-Läsion links habe sich zurückgebildet. Unfallunabhängig leide der Kläger unter anderem an degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Wirbelsäule mit Verschmälerung des Bandscheibenraums L5/S1. Diese Gesundheitsstörungen hätten keinen Einfluss auf das Unfallereignis, seien jedoch teilweise mitverantwortlich für die vom Kläger angegebenen persistierenden Wirbelsäulenbeschwerden. Die Teil-MdE für die komplette Beckenverletzung mit Beckenringfraktur und geringfügiger Verschiebung des Kreuzbeins links bewerte er mit 15 v. H., die Teil-MdE für die Dünndarmperforation mit nachfolgender Bauchwandschwäche mit 10 v. H. Die Vorderkantenabsprengung des 2. Lendenwirbelkörpers bedinge keine messbare MdE. Die Gesamt-MdE bewerte er mit 20 v. H.

Sodann hat im Auftrag der Kammer auf Antrag und im Kostenrisiko des Klägers gem. [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) der Orthopäde Dr. W. ein medizinisches Sachverständigengutachten erstattet. Dr. W. hat als Gesundheitsstörungen eine Minderbelastbarkeit des Beckens und der Lendenwirbelsäule bei in leichter Fehlstellung ausgeheilten, osteosynthetisch versorgter Beckenringfraktur links Typ C1 nach A0 und konservativ behandelten LWK-II-Frakturen sowie eine Bauchwandschwäche rechts nach Dünndarmteilresektion infolge traumatischer Dünndarmperforation mit beginnender Unterbauchperitonitis diagnostiziert. Unfallunabhängig leide der Kläger an einer Osteochondrose im Segment L5/S1. Aufgrund der Minderbelastbarkeit des Beckens bei in leichter Fehlstellung ausgeheilten Beckenringfraktur bewerte er die unfallbedingte Teil-MdE hierfür mit 20 v. H. Die Verletzung des 2. Lendenwirbelkörpers sei mit 10 v. H. zu bemessen, weil die Vorderkante noch ventral versetzt sei und noch keine knöcherne Konsolidierung des abgesprengten ventralen Knochenfragments eingetreten sei. Außerdem sei eine Schädigung der Bandscheibe L1/2 infolge der Wirbelkörperfraktur anzunehmen. Die Bauchwandschwäche rechts nach Dünndarmteilresektion bewerte er ebenfalls mit einer Teil-MdE um 10 v. H. und die unfallbedingte Gesamt-MdE mit 40 v. H.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 10. Oktober 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09. April 2014 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 04. Juli 2012 ab dem 16. September 2013 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 30 v. H. der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Unter Vorlage einer beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen Dr. S.-F. erachtet er die angefochtenen Bescheide für zutreffend.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie den der Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) in Verbindung mit Absatz 4 und [§ 56 SGG](#)) zulässig, aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)). Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 v. H.

1. Nach [§ 26 Abs. 1](#) des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Unfallversicherung - (SGB VII) haben Versicherte nach Eintritt eines Versicherungsfalles, unter anderem eines Arbeitsunfalls ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)), Anspruch auf Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung unter anderem in Form von Verletztenrente ([§ 56 SGB VII](#)). Die Gewährung von Verletztenrente setzt nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus bzw. an dem Tag, der auf denjenigen folgt, an dem der Anspruch auf Verletzengeld endet ([§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)), um wenigsten 20 v. H. gemindert ist.

Die MdE richtet sich im Unfallversicherungsrecht 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](#)), d.h. dem sogenannten allgemeinen Arbeitsmarkt (vgl. BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#) sowie Ricke in Kasseler Kommentar, Stand Dezember 2014, [§ 56 SGB VII](#), R. 16). Damit kommt es auf den bisherigen Beruf oder die bisher berufliche Tätigkeit - von hier nicht vorliegenden Ausnahmen ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#)) abgesehen - nicht an (vgl. BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 7](#); BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#) und Breithaupt 2010, 31 bis 37). Bei der Festsetzung der unfallbedingten MdE sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherter die im unfallrechtlichen und unfallmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Regel- oder Normsätze als Anhaltspunkte unter Einbeziehung der jeweiligen Umstände des Einzelfalls zu beachten (vgl. BSG SozR 2200 § 581 Nrn. 15, 22, 23, 27 und 28 sowie vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) - (Juris)). Die MdE-Bewertung enthält weder ein Ermessen noch eine exakte Berechnung, sondern eine nur zu Annäherungswerten kommende Schätzung im Sinne einer Tatsachenfeststellung (vgl. BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Zur Mitwirkung ist regelmäßig ein fachkundiger Arzt berufen. Da aber die Höhe der MdE letztlich eine Rechtsfrage betrifft, sind die Gerichte und die Unfallversicherungsträger nicht an seine Schätzung gebunden (vgl. BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#) und [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)); vielmehr haben sie die MdE aus der aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens gewonnenen Überzeugung in eigener Verantwortung zu prüfen und ggf. zu korrigieren (vgl. BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#), vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) - und vom 30.06.2009 - [B 2 U 3/08 R](#) - (jeweils Juris)).

2. Orientiert an diesen Rechtsgrundlagen und Bemessungsgrundsätzen sind die angefochtenen Bescheide nicht zu beanstanden und steht dem Kläger ein Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 v. H. der Vollrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 04.07.2012 nicht zu. Für diese Überzeugung stützt sich die Kammer auf die glaubhaften Bekundungen des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. Gr., das Gutachten des Dr. H. sowie die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. S.-F., die die Kammer im Wege des Urkundenbeweises verwertet.

a) Hinzuweisen ist zunächst darauf, dass die unfallbedingte MdE sich vorliegend ausschließlich an den verbliebenen Funktionseinschränkungen aufgrund des Arbeitsunfalls vom 04.07.2012 orientiert. Hat - wie hier - ein Versicherter mehrere Arbeitsunfälle erlitten, ist wegen der Folgen dieser Arbeitsunfälle keine Gesamt-MdE zu bilden, vielmehr ist die MdE für jeden Arbeitsunfall gesondert festzustellen (vgl. BSG vom 24.06.1966 - [2 RU 53/62](#) -; vom 14.11.1984 - [9b RU 58/83](#) - und vom 19.08.2003 - [B 2 U 50/02 R](#) - (jeweils Juris), ferner BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#) sowie Kunze in Becker/Franke/Molkentin, SGB VII, 4. Aufl. 2014, § 56, Rn. 12 und Ricke, a.a.O., Rn. 24). Dies ergibt sich bereits aus dem eindeutigen Wortlaut von [§ 56 Abs. 1](#) Sätze 2 und [3 SGB VII](#), denen zufolge bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle um wenigstens 20 v. H. für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente besteht.

b) Weiter ist darauf hinzuweisen, dass gem. [§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall der Versicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen soll, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann. Eine solche vorläufige Festsetzung hat die Beklagte durch die angefochtenen Bescheide vorgenommen. Da seit dem Unfallereignis bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem erkennenden Gericht noch keine drei Jahre verstrichen sind, erwächst die vorläufige Entschädigung auch nicht kraft Gesetzes ([§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)) in eine Rente auf unbestimmte Zeit. Mithin kann auch das erkennende Gericht allein die Höhe der unfallbedingten MdE mit der von der Beklagten gewährten vorläufigen Entschädigung überprüfen.

c) Als Folge des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls vom 04.07.2012 leidet der Kläger im Anschluss an Prof. Dr. Gr. und Dr. H. an einer knöchern durchbauten Beckenringfraktur mit geringfügiger Verschiebung des Kreuzbeins links ohne Erweiterung der Iliosakralfuge bei fest einsitzendem Osteosynthesematerial, einer Vorderkantenabsprengung des 2. Lendenwirbelkörpers mit geringfügigem Versatz eines abgesprengten Vorderkantenanteils und an einer Bauchwandschwäche rechts. Die darüber hinaus nachgewiesene Osteochondrose und Spondylose der Lendenwirbelsäule des Klägers insbesondere im Segment L5/S1 ist demgegenüber degenerativ, und damit unfallunabhängig, entstanden. Dies haben Dr. H. und der Sachverständige Dr. W. übereinstimmend und zutreffend dargelegt. Eine von der Neurologin Dr. St. im August 2012 diagnostizierte - inkomplette - Läsion des Nervus peroneus links hat sich nach den glaubhaften Bekundungen des Prof. Dr. Gr. zwischenzeitlich zurückgebildet. Über Missempfindungen im Bereich der linken Hand hat er überdies weder gegenüber Dr. H. noch dem Sachverständigen Dr. W. geklagt.

aa) Die Folgen der Beckenringfraktur rechtfertigen für sich eine unfallbedingte Teil-MdE um 15 v. H., wie Prof. Dr. Gr. und der Beratungsarzt Dr. S.-F. übereinstimmend und zutreffend (vgl. Schönberger/Merten/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Seite 579) ausgeführt haben. Insoweit ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Fraktur nach den von Dr. H. durchgeführten Röntgenuntersuchungen knöchern durchbaut ist ohne Erweiterung der Iliosakralfuge. Das Becken selbst ist geschlossen bei nur geringgradigem Hochstand des linken Kreuzbeins im Vergleich zu rechts. Diese Befunde hat auch der Sachverständige Dr. W. aufgrund der von ihm erneut durchgeführten Röntgenaufnahmen des Beckens bestätigt. Allerdings darf die MdE für Beckenknochenfrakturen nicht allein aufgrund des Röntgenbefundes bemessen werden. Vielmehr stehen im Vordergrund die Folgen der Verletzung für die Statik und Dynamik der Wirbelsäule und der unteren Gliedmaßen im Sinne von Beeinträchtigung der Wirbelsäule, Instabilität der Wirbelsäule und/oder Leistungsminderung der unteren Gliedmaßen (vgl. Schönberger/Merten/Valentin, a.a.O., Seite 578). Bei der Untersuchung und Begutachtung des Klägers durch Dr. H. gab der Kläger keinen Beckenkompressionsschmerz an. Die Funktion der Rumpfwirbelsäule war klinisch nicht messbar eingeschränkt, nachdem der Kläger die Rumpfbeuge nach vorn bis zu einem Finger-Boden-Abstand von 10 cm ausüben konnte. Dabei entfaltete sich die Brustwirbelsäule mit einem Ott'schen Zeichen von 30/33 cm und die Lendenwirbelsäule mit einem Schober'schen Zeichen von 10/15 cm jeweils regelrecht. Auch die Drehung und Neigung der Brust- und Lendenwirbelsäule konnte der Kläger bis beidseits 40-0-40 Grad innerhalb des Normbereichs ausführen. Anhaltspunkte für eine Bewegungseinschränkung der Hüft-, Knie- und Fußgelenke hat Dr. H. nicht objektiviert. Dies entspricht auch den von Dr. W. erhobenen Befunden und Krankheitsäußerungen: So konnte der Kläger das Gangbild zu ebener Erde hinkfrei und uneingeschränkt ausführen. Auch der Zehen- und Hackenstand sowie der Einbeinstand war beidseits uneingeschränkt möglich. Lediglich beim In-die-Hocke-gehen gab der Kläger linksseitige Beckenschmerzen an. Die Brust- und Lendenwirbelsäule hat Dr. W. als "lotgerecht aufgebaut" bezeichnet und die von Dr. H. beschriebenen Funktionsausmaße bestätigt. Anhaltspunkte für Nervendehnungszeichen hat Dr. W. ebenfalls verneint. Auch einen Beckenkompressions- und Beckenstauchungsschmerz konnte er nicht auslösen. Anhaltspunkte für eine wesentliche Seitendifferenz des Kraftaufwands beider Beine hat er nicht objektiviert, ebenso keine relevante Muskelumfangsdifferenz an den Beinen. Der von ihm erhobene neurologische Untersuchungsbefund war unauffällig ohne Hinweise auf ein peripher sensomotorisches Defizit. Wenn deshalb Prof. Dr. Gr. und Dr. S.-F. die Teil-MdE für diesen Funktionenkomplex mit 15 v. H. bewerten, ist dies auch für das erkennende Gericht nachvollziehbar und überzeugend. Die insoweit abweichende Einschätzung der unfallbedingten Teil-MdE durch Dr. W.

überzeugt demgegenüber nicht. Denn eine MdE um 20 v. H. der Vollrente setzte eine instabile Beckenringfraktur mit Schoßfügenerweiterung von mehr als 15 mm oder eine zusätzliche Arthrose in den Kreuz-Darmbein-Gelenken, eine einseitige Verschiebung der Beckenhälfte über 10 mm oder eine beidseitige Verschiebung jeweils über 10 mm voraus (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.). Entsprechende Befunde hat indes auch Dr. W. nicht objektiviert. Mit einer Teil-MdE um 15 v. H. berücksichtigt die Beklagte in ausreichendem Ausmaß auch die eingeschränkte Belastbarkeit des Beckens.

bb) Die Folgen der Dünndarmperforation mit nachfolgender Bauchwandschwäche bewertet auch das erkennende Gericht, ebenfalls in Übereinstimmung mit dem sachverständigen Zeugen Prof. Dr. Gr. und dem Beratungsarzt Dr. S.-F., mit 10 v. H. Als Restfolge der Dünndarmperforation mit nachfolgender beginnender Bauchfellentzündung besteht eine rechts vermehrt ausladende Vorwölbung der im Übrigen geschlossenen Bauchdecke. Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Ernährung oder der Verdauung des Klägers sind weder vorgetragen noch aufgrund des Gesamtergebnisses des Verfahrens ersichtlich. Entgegen der Annahme des Sachverständigen Dr. W. erfolgte im Übrigen während des stationären Aufenthalts des Klägers in der Klinik im Juli 2012 keine Resektion von Darmanteilen, sondern (nur) eine Dünndarmübernähtung und Relaparatomie mit Lavage drei Tage später, wie sich aus dem Verlegungsbericht der Klinik vom 07.08.2012 ergibt. Weiter findet sich im Bereich der Bauchdecke eine ausgedehnte Mittelschnittnarbe von 34 cm Länge mit Linksumschneidung des Bauchnabels. Diese Narbe ist zwar mit Dr. H. teilweise verbreitert und etwas wulstig verändert, jedoch reizlos und ohne Anhalt für eine Narbenhernie. Diese Befunde hatten bereits die Ärzte der Klinik im Abschlussbericht vom 30.04.2013 bestätigt. Die Teil-MdE um 10 v. H. entspricht auch unfallmedizinischen und unfallrechtlichen Bewertungsgrundsätzen (vgl. Schönberger/Merten/Valentin, a.a.O., Seite 927 f).

cc) Die Folgen der LWK-II-Fraktur bedingt eine Teil-MdE von weniger als 10 v. H. Auch insoweit folgt die Kammer der Einschätzung von Prof. Dr. Gr. und Dr. S.-F. ... Nach dem von Dr. H. erhobenen röntgenologischen Befund zeigt sich im Segment L2 ein Kantenabbruch mit geringfügigem Versatz eines wohl abgesprengten Vorderkantenanteils. Eine wesentliche Keilwirbelform oder sonstige knöcherne Veränderungen der Wirbelkörper der Lendenwirbelsäule hat Dr. H. nicht bestätigt. Eine relevante Keilwirbeldeformität insbesondere im Segment L2 hat auch Dr. W. bei seiner Nachbefundung der Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom Januar und März 2013 verneint. Anhaltspunkte für einen statisch wirksamen Achsenknick aufgrund des Wirbelkörperbruchs enthalten die zahlreichen aktenkundigen medizinischen Unterlagen wie insbesondere auch das Gutachten von Dr. W. nicht. Denn der Sachverständige selbst hat die Wirbelsäule als lotrecht aufgebaut bezeichnet und ein in der Seitenansicht physiologisches Profil bestätigt. Auch die von ihm erhobenen Funktionsausmaße im Bereich der Lendenwirbelsäule (Finger-Boden-Abstand 7 cm, Schober'sches Zeichen 10/15 cm, negatives Lasègue'sches Nervendehnungszeichen beidseits) widerlegen stärkergradige Auswirkungen des Wirbelkörperbruchs. Mithin handelt es sich um einen isolierten Wirbelkörperbruch ohne Bandscheibenbeteiligung, die nach unfallrechtlichen und unfallmedizinischen Bewertungskriterien (vgl. Schönberger/Merten/Valentin, a.a.O., Seite 442) eine MdE von weniger als 10 v. H. bedingt. Auch der Umstand, dass im abgesprengten ventralen Knochenfragment nach LWK-II-Fraktur noch keine knöcherne Konsolidierung eingetreten ist, rechtfertigt nicht die Annahme einer unfallbedingten Teil-MdE von 10 v. H.

d) Die unfallbedingte Gesamt-MdE bewertet auch das erkennende Gericht in Übereinstimmung mit der Beklagten sowie den Ärzten Dr. H., Prof. Dr. Gr. und Dr. S.-F., mit 20 v. H. Maßgebend hierfür ist eine integrierende Gesamtschau der Gesamteinwirkungen aller Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Dabei ist in einem ersten Schritt von den Funktionsstörungen mit der höchsten Einzel-MdE auszugehen und sodann zu prüfen, ob weitere Funktionsstörungen das Ausmaß der Einschränkungen vergrößern (vgl. Schönberger/Merten/Valentin, a.a.O., Seite 103). Gemessen daran erachtet es das erkennende Gericht für sachgerecht, aber auch ausreichend, die unfallbedingte Teil-MdE für die verbliebenen Folgen der Beckenringfraktur aufgrund der Auswirkungen der Bauchwandschwäche um 5 Prozentpunkte auf insgesamt 20 v. H. anzuheben.

e) Ohne Erfolg beruft sich der Kläger auf die Einschätzung der unfallbedingten MdE durch den Sachverständigen Dr. W. ... Denn ungeachtet dessen, dass bereits dessen Bewertung der Teil-MdE-Sätze nur in Bezug auf die Restfolgen der Bauchwandschwäche überzeugt, ergibt sich die von ihm angenommene MdE von 40 v. H. allein aus einer - unzulässigen - Addition mehrerer Teil-MdE-Werte. Dr. W. berücksichtigt damit nicht die Kriterien zur Bildung einer unfallbedingten Gesamt-MdE. Der vom Klägervertreter in der mündlichen Verhandlung angeregten Einholung eines "Obergutachtens" bedurfte es nicht, weil die von Dr. H. und Dr. W. erhobenen Befunde im Wesentlichen übereinstimmen. Die Würdigung unterschiedlicher Gutachtenergebnisse oder unterschiedlicher ärztlicher Auffassungen gehört wie die anderer sich widersprechender Beweisergebnisse zur Beweismwürdigung des Gerichts ([§ 128 SGG](#)). Eine Verpflichtung zur Einholung eines "Obergutachtens" besteht auch bei einander widersprechenden Gutachtenergebnissen im Allgemeinen nicht; vielmehr hat sich das Gericht im Rahmen der Beweismwürdigung mit den einander entgegenstehenden Ergebnissen auseinanderzusetzen (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 128 Rn. 7d und 7e m.w.N.). Hält das Gericht eines von mehreren Gutachten für überzeugend, darf es sich diesem anschließen, ohne ein weiteres Gutachten einzuholen. Bei einer derartigen Fallgestaltung ist für eine weitere Beweiserhebung regelmäßig kein Raum (vgl. BSG SozR 4-1500 § 160a, Nr. 21, Rn. 21, und BSG vom 01.04.2014 - [B 9 V 54/13 B](#) -, Rn. 10 (Juris)). Außerdem ist die MdE-Bemessung im Bereich gesetzlichen Unfallversicherung tatrichterliche Aufgabe unter Hinzuziehung ärztlicher Gutachten nach freier richterlicher Überzeugung und unter Beachtung rechtlicher Vorgaben (st. Rspr., vgl. [BSGE 4, 147](#), 149; BSG SozR 3-2200 § 581 Nrn. 7 u. 8; BSG SozR 4-2700 § 200 Nr. 3, Rn. 16; BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#), Rn. 10; ferner BSG vom 13.09.2005 - [B 2 U 4/04 R](#) -, Rn. 33, sowie Hess. LSG vom 05.06.2014 - [L 3 U 254/10](#) - (jeweils Juris); vgl. auch Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., Rn. 3g).

3. Aus eben diesen Gründen sind die angefochtenen Bescheide rechtmäßig und musste das Begehren des Klägers erfolglos bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193](#) Absätze 1 und [4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-15