S 17 U 467/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	17
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 U 467/15
Datum	28.04.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 17 U 436/17
Datum	27.01.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.04.2017 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

GrÃ¼nde:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der KlÃ¤gerin aufgrund eines bereits anerkannten Arbeitsunfalls eine Verletztenrente zusteht.

Die 1958 geborene KlÃ¤gerin stÃ¼rzte am 10.11.2006 bei AusÃ¼bung ihrer BerufstÃ¤tigkeit als KÃ¼chenhilfe auf den RÃ¼cken und erlitt dabei einen Bruch des achten BrustwirbelkÃ¶rpers (BWK 8).

Der Durchgangsarzt M diagnostizierte in seinem Bericht vom Unfalltag eine Thorax-, Becken- und SteiÃ□beinprellung. Am 13.11.2006 stellte sich die KlÃ¤gerin bei dem Durchgangsarzt Dr. G, Facharzt fÃ¼r Chirurgie, vor. Sie klagte Ã¼ber Schmerzen und Druckschmerz Ã¼ber der Brust- und LendenwirbelsÃ¤ule (BWS/LWS). Dr. G

diagnostizierte in seinem Bericht vom 13.11.2006 ebenfalls eine Prellung der LWS, des Beckens und des Rumpfes, HÃ¶he nicht nÃ¤her bezeichnet. Er hielt die KlÃ¤gerin fÃ¼r arbeitsfÃ¤hig. Da die KlÃ¤gerin weiterhin Ã¼ber Beschwerden im Bereich des BWK 8 klagte, erfolgte auf Veranlassung des Dr. G am 29.11.2006 eine Knochenszintigraphie und am 05.12.2006 ein CT der BWS, die den Nachweis einer relativ frischen Fraktur des BWK 8 ergaben. Da die Knochendichtemessung altersentsprechende Normwerte ergeben hatte, sah Dr. G die Fraktur in seinem Bericht vom 07.12.2006 als traumatisch an. In der Folgezeit erfolgte eine Behandlung zulasten der Beklagten unter anderem in Form einer erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP). Am 15.05.2007 berichtete Dr. G, die KlÃ¤gerin beklage noch einen gÃ¼rtelfÃ¶rmigen linksseitigen Schmerz, der vom BWK 8 auszugehen scheine und in die linke Thorax- seite ausstrahle. Sicherlich sei hierfÃ¼r auch das erhebliche Ãbergewicht mit entsprechender BewegungseinschrÃ¤nkung mit verantwortlich. Nach dem Bericht des Dr. G vom 11.06.2007 waren die EAP-MaÃnahmen mit einer guten Besserung und Schmerzreduktion abgeleistet worden. Am 09.07.2007 stellte sich die KlÃ¤gerin wegen der bekannten BWS-Beschwerden erneut bei Dr. G vor. Nun klagte sie auch Ã¼ber in die LWS ausstrahlende Beschwerden, die sie ebenfalls auf das Unfallereignis zurÃ¼ckfÃ¼hrte. Weiterhin bestehe ein gÃ¼rtelfÃ¶rmiger Schmerz, der sich bilateral in die Rippen, ausgehend vom BWK 8, erstrecke. Ein Atemschmerz wurde nicht beschrieben, auch kein Klopfschmerz Ã¼ber den DornfortsÃ¤tzen, jedoch ein Druckschmerz paravertebral, periphere neurologische AusfÃ¤lle waren nicht feststellbar. Dr. G stellte die Behandlung zulasten der Beklagten nun ein, da das unfallunabhÃ¤ngig bestehende LWS-Syndrom kassenÃ¤rztlich zu behandeln sei. Die Beklagte zog das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse (AOK) bei. Aus diesem ergab sich u.a., dass die KlÃ¤gerin im Dezember 2002, im November 2003 und im Oktober 2006 wegen einer depressiven Episode und im Januar 1997 und im Februar 1996 wegen eines LWS- und eines HWS-Syndroms arbeitsunfÃ¤hig war.

AnschlieÃend holte die Beklagte ein Gutachten von dem Arzt fÃ¼r Chirurgie, Unfallchirurgie und Sozialmedizin Dr. M1 ein. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 11.09.2007 fest, dass bei der KlÃ¤gerin eine mit diskreter HÃ¶henminderung knÃ¶chern verheilte obere Deckenplattenkompressions-/Impressionsfraktur des BWK 8 mit unfallunabhÃ¤ngigen degenerativen VerschleiÃverÃ¤nderungen der BWS sowie beginnende degenerative VerschleiÃverÃ¤nderungen der LWS bei darÃ¼ber hinaus altersentsprechendem Skelettbefund vorlÃ¤gen. Der Schaden am BWK 8 sei ausschlieÃlich auf das Unfallereignis vom 10.11.2006 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Als Unfallfolge lieÃe sich noch eine mit Deformierung knÃ¶chern verheilte Fraktur des BWK 8 mit einem Teil der subjektiv geprÃ¤gten Minderbelastbarkeit ohne funktionelle EinschrÃ¤nkungen nachweisen. Mit dem Tag nach Wiedereintritt der ArbeitsfÃ¤higkeit am 20.06.2007 habe die MdE bis zum Ablauf des ersten Jahres nach dem Unfallereignis, also bis zum 10.11.2007 20 v.H. betragen, fÃ¼r die Zeit danach betrage die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) unter 10 v.H. Es bestehe eine wissenschaftliche Mehrheitsmeinung, dass bei einer mÃ¤Ãigen, keilfÃ¶rmigen Deformierung eines WirbelkÃ¶rpers â wie bei der KlÃ¤gerin â eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung von 20 v.H. angemessen sei. Danach kÃ¶nne nur noch von einer MdE unter 10 v.H. ausgegangen werden, da bei der KlÃ¤gerin eine stabile WirbelsÃ¤ulenfraktur vorliege, ohne Hinweis auf

statisch wirksame Achsenabweichungen und/oder InstabilitÃ¤ten. Eine Nachuntersuchung sei dem Grunde nach nicht erforderlich. Die KlÃ¤gerin habe zwar u.a. Ã¼ber Schmerzen im Bereich der Rippen geklagt (" vom RÃ¼cken ziehen die Schmerzen nach vorne zu den Rippen links mehr als rechts "). Die von der KlÃ¤gerin beklagten Beschwerden im Bereich der Rippen und an der LWS seien aber nicht auf das Ereignis vom 10.11.2006 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Auf der bildgebend-rÃ¶ntgentechnischen Dokumentation vom 11.11.2006 fÃ¤nden sich keine Hinweise auf wesentliche knÃ¶cherne Verletzungen der Rippen. Bei der jetzigen kÃ¶rperlichen Untersuchung und Funktionsdiagnostik im Bereich des Brustkorbes habe sich weder ein Brustkorbkompressionsschmerz noch ein Brustkorbdruckschmerz auslÃ¶sen lassen. Somit hÃ¤tten sich auch keine Hinweise auf Segmentteilblockaden der Rippen-Brustwirbel-Gelenke ergeben. Die LWS-bezogenen Beschwerden und objektivierbaren funktionellen BeeintrÃ¤chtigungen beruhten auf den rÃ¶ntgenologisch und kernspintomografisch nachgewiesenen degenerativen VerschleiÃverÃ¤nderungen unter Einbeziehung der Bandscheiben.

Am 08.10.2007 stellte sich die KlÃ¤gerin wieder bei Dr. G vor und klagte weiterhin Ã¼ber gÃ¼rtelfÃ¶rmige, vor allem nach links ausstrahlende Schmerzen in HÃ¶he von BWK 7/8. Auf Veranlassung des Dr. G erfolgte am 12.11.2007 erneut ein CT der BWS. Der Radiologe fÃ¼hrte zur Beurteilung aus: Alte, 4 mm starke Eindellung der BWK 8-Deckplatte bei Zustand nach einem Jahr alter Fraktur, leichte Facettenarthrosen bei BWK 7/8/9 beidseits, kleinere Kapselverkalkung am linken 8. Kostovertebralgelenk. Keine durchgreifende Kostovertebralarthrose. Kein Anhalt fÃ¼r alte verschobene Fraktur in diesem Bereich, kein Nachweis eines Prolapses, leichte Osteochondrosen der Diski im Untersuchungsvolumen.

Mit Bescheid vom 12.12.2007 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 10.11.2006 als Arbeitsunfall an. AuÃerdem bewilligte sie der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Zeit von 20.06.2007 bis zum 10.11.2007 eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung i.H.v. 20 v.H. FÃ¼r die Zeit danach lehnte sie die GewÃ¤hrung einer Rente ab, weil eine rentenberechtigende MdE nicht mehr vorliege. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie an: Mit Deformierung knÃ¶chern verheilter Bruch des BWK 8 mit einem Teil der subjektiv geprÃ¤gten Minderbelastbarkeit ohne funktionelle EinschrÃ¤nkungen. Folgende Erkrankungen erkannte sie explizit nicht als Unfallfolgen an: Degenerative VerschleiÃverÃ¤nderungen der LWS mit begleitenden unfallunabhÃ¤ngigen anlagebedingten BandscheibenschÃ¤den und unfallunabhÃ¤ngiger WirbelsÃ¤ulengefÃ¼gestÃ¶rung LendenwirbelkÃ¶rper (LWK) 3/LWK 4 und begleitender subjektiver Minderbelastbarkeit mit FunktionseinschrÃ¤nkungen der LWS, Fehlhaltung und ein Teil der Minderbelastbarkeit der BWS mit unfallunabhÃ¤ngigen degenerativen VerschleiÃverÃ¤nderungen.

Hiergegen legte die KlÃ¤gerin Widerspruch ein, soweit die Beklagte die Zahlung einer Rente Ã¼ber den 10.11.2007 hinaus abgelehnt hatte. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, sie leide noch heute unter den Auswirkungen der erlittenen Fraktur des BWK 8. WÃ¤hrend des Widerspruchsverfahrens stellte sich die KlÃ¤gerin am 04.09.2008 in der Schmerzklinik des Katholischen Krankenhauses I (Schmerzklinik I) bei Dr. L vor, der in seinem Bericht vom 26.09.2008 u.a. den Verdacht auf

Neuralgien des Interkostalnervs TH 8 (beidseits) nach nicht operativ versorgter BWK 8 Deckenplattenkompressionsfraktur mit FunktionsstÃ¶rung der BWS Ã¤uÃerte. Vom 11.02.2009 bis zum 14.03.2009 wurde die KlÃ¤gerin dann in der Schmerzklinik I stationÃ¤r behandelt. Dr. L diagnostizierte in seinem Bericht vom 13.03.2009 u.a. AnpassungsstÃ¶rungen mit komplizierter Trauer, ein Burn-out-Syndrom mit beruflichen und privaten Ãngsten im Rahmen einer andauernden PersÃ¶nlichkeitsÃ¤nderung bei chronischem Schmerzsyndrom auf dem Hintergrund von Ãnderungen im Lebenszyklus und beruflichen Problemen, einen funktionellen Thoraxschmerz bei Z.n. BWK 8 Deckplattenkompressionsfraktur mit FunktionsstÃ¶rung der BWS und Ausschluss einer Interkostalneuralgie Th 8 li., ein komplexes myofasziales Schmerzsyndrom mit Schulterschmerz rechts und Beinschmerz links. WÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthaltes der KlÃ¤gerin wies die Beklagte den Widerspruch der KlÃ¤gerin mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2009 zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung bezog sie sich im Wesentlichen auf das Gutachten des Dr. M1.

Die hiergegen vor dem Sozialgericht Dortmund (SG) erhobenen Klage (S 21 U 37/09) nahm die KlÃ¤gerin am 29.01.2010 zurÃ¼ck. Grundlage war ein im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholtes Gutachten des Arztes fÃ¼r Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S. Dieser war in seinem Gutachten vom 07.10.2009 aufgrund einer klinischen und rÃ¶ntgenologischen Untersuchung der KlÃ¤gerin ebenfalls zu der EinschÃ¤tzung gelangt, dass die KlÃ¤gerin bei dem Unfall am 10.11.2006 einen Kompressionsbruch des BWK 8 erlitten hatte und als Unfallfolgen ein Teil der endgradigen BewegungseinschrÃ¤nkung der WirbelsÃ¤ule, ein Teil der muskulÃ¤ren Verspannungen der WirbelsÃ¤ule, rÃ¶ntgenologische VerÃ¤nderungen sowie glaubhafte Beschwerden verblieben seien. Die von ihm festgestellten vermehrten degenerativen VerÃ¤nderungen der BWS unter Betonung des mittleren Abschnittes sowie die geringfÃ¼gigen, das altersphysiologische MaÃ Ã¼berschreitenden degenerativen VerÃ¤nderungen der LWS seien unfallunabhÃ¤ngig. In Ãbereinstimmung mit Dr. M1 schÃ¤tzte er die MdE fÃ¼r die Unfallfolgen Ã¼ber den 10.11.2007 hinaus mit unter 10 v.H. ein. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte er aus, bei der KlÃ¤gerin liege ein stabiler Bruch des BWK 8 ohne Beteiligung der Hinterkante und ohne neurologische AusfÃ¤lle vor. Die Frakturheilung sei ungestÃ¶rt gewesen. Nach Ausheilung sei es zu keiner statisch wirksamen Deformierung des WirbelkÃ¶rpers gekommen, sodass daraus eine Fehlbelastung der WirbelsÃ¤ule resultieren wÃ¼rde. Die FunktionsstÃ¶rungen seien unter BerÃ¼cksichtigung des leichten Vorschadens gering. Dem Gutachten des Dr. M1 stimme er vollinhaltlich zu.

Im April 2013 teilte die KlÃ¤gerin mit, dass sie nach wie vor unter Schmerzen leide. Hinzu komme, dass sie sich im Dezember 2012 auch noch einer Operation an der rechten Schulter habe unterziehen mÃ¼ssen. Sie bitte deshalb nochmals um PrÃ¼fung, ob eine Unfallrente gewÃ¤hrt werden kÃ¶nne.

Die Beklagte bearbeitete diesen Antrag als Verschlimmerungsantrag. Sie holte zunÃ¤chst Befundberichte ein von der die KlÃ¤gerin behandelnden Neurologin Dr. O (Praxis Dr. H) und von Dr. G. In der Zeit vom 24.06.2013 bis zum 16.07.2013 befand sich die KlÃ¤gerin erneut in stationÃ¤rer Behandlung in der Schmerzklinik I. In dem

Entlassungsbericht vom 19.07.2013 diagnostizierte Dr. L u.a. eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit kÃ¶rperlichen und psychischen Faktoren mit maladaptierter Schmerzverarbeitung und dysfunktionalen Durchhaltemustern auf dem Hintergrund einer AnpassungsstÃ¶rung, einen gÃ¼rtelfÃ¶rmigen Brustschmerz nach sturzbedingter Deckplattenkompressionsfraktur des BWK 8, ein zervikobrachiales Syndrom auf dem Boden eines neurogenen oberen Thoraxkompressionssyndroms links, einen myofaszialen Schmerz. Er fÃ¼hrte aus, dass letztlich auf dem Hintergrund eines Berentungswunsches kein zielgerichteter schmerzpsychologischer Behandlungsauftrag entwickelt werden konnte.

Auf Anregung ihres Beratungsarztes Dr. B, Arzt fÃ¼r Chirurgie/Kinderchirurgie, holte die Beklagte ein Gutachten ein von dem Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. E, Neurologische Klinik des Klinikums E1. Dr. E gelangte in seinem Gutachten vom 10.02.2014 zu dem Ergebnis, dass aus neurologischer Sicht als Folge des Unfalls vom 10.11.2006 ein segmentales interkostales Schmerzsyndrom mit einer MdE von 10 v.H. anzunehmen sei. Sollten messbare Unfallfolgen auf chirurgischen Gebiet verblieben sein, so wÃ¤ren diese neurologischen Unfallfolgen zusÃ¤tzlich (additiv) zu bewerten. Die neurologische Untersuchung habe keinen pathologischen Befund ergeben. Die KlÃ¤gerin habe aber konstant und glaubhaft Ã¼ber einen seit dem Unfall bestehenden gÃ¼rtelfÃ¶rmigen Brustschmerz links, der im Sinne einer Interkostalneuralgie bzw. eines neuropathischen interkostalen Schmerzes anzusehen sei, berichtet. Sowohl die zeitliche Entstehung dieses Schmerzes wie auch dessen Lokalisation stÃ¼nden in direktem Zusammenhang mit der direkten Verletzungsfolge eines Bruchs des BWK 8. Die anerkannten SchÃ¤digungsfolgen im Bescheid vom 12.12.2007 lieÃen dieses Schmerzsyndrom allerdings unerwÃ¤hnt. Die darÃ¼ber hinausgehende Entwicklung einer chronischen SchmerzstÃ¶rung im Sinne einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÃ¶rung bzw. die an anderer Stelle diagnostizierte AnpassungsstÃ¶rung mit depressiver Entwicklung sei hingegen nicht als Unfallfolge anzusehen, hier seien psychische, unfallunabhÃ¤ngige Faktoren fÃ¼r die weitere Entwicklung maÃgeblich.

In seiner Stellungnahme vom 06.04.2014 schloss sich der Beratungsarzt Dr. B der EinschÃ¤tzung des Dr. E, dass ein gÃ¼rtelfÃ¶rmiger Schmerz links im Sinne einer interkostalen Neuralgie nach Fraktur des BWK 8 Unfallfolge sei, an und empfahl eine ÃberprÃ¼fung der MdE. Die Beklagte holte daraufhin noch ein Gutachten von dem OrthopÃ¤den C ein. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 13.07.2014 zu der EinschÃ¤tzung, dass sich an Unfallfolgen noch ein (geringer) Teil der BewegungseinschrÃ¤nkung der RumpfwirbelsÃ¤ule und der fÃ¼r den BWK 8 beschriebene rÃ¶ntgenologische Befund mit knÃ¶chern unter leicht keilfÃ¶rmiger Deformierung und Impression der Deckplatte belastungsstabil verheiltem Bruch des BWK 8 fÃ¤nden. Die degenerativen VerÃ¤nderungen im Bereich der LWS sowie die geringe S-fÃ¶rmige Fehlstatik der BWS sowie eine betonte Kyphosierung im kopfwÃ¤rtigen und mittleren Drittel sowie degenerative VerÃ¤nderungen in diesen Segmenten seien unfallfremd. Auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet betrage die MdE unter 10 v.H. Unter BerÃ¼cksichtigung der von Dr. E auf neurologischen Fachgebiet angenommenen MdE von 10 v.H. sei die Gesamt-MdE wegen der Unfallfolgen auf unter 20 v.H. zu schÃ¤tzen. Das Gutachten des Dr. E stÃ¼tzte sich allerdings allein auf das subjektive Beschwerdebild der KlÃ¤gerin. Hinsichtlich des zeitlichen

Zusammenhangs bestÃ¼nden aus seiner Sicht zumindest Bedenken, weil eine fÃ¼r eine Interkostalneuralgie typische Schmerzsymptomatik zumindest zum Zeitpunkt der ersten gutachterlichen Untersuchung bei Dr. M1 nicht erfasst worden sei. Auch die Schmerzklinik des Katholischen Krankenhauses in I habe in dem Bericht vom 13.09.2009 eine Interkostalneuralgie im Segment Th 8 links ausgeschlossen. Auch in dem weiteren Bericht vom 19.07.2013 sei keine Interkostalneuralgie bestÃ¤tigt worden. Vielmehr sei diagnostisch ein gÃ¼rtelfÃ¶rmiger Brustschmerz nach sturzbedingter Deckplattenkompression BWK 8 gelistet worden, wobei diese Symptomatik lediglich einen Teilaspekt im Rahmen der im Vordergrund stehenden chronischen SchmerzstÃ¶rung dargestellt habe.

Die Beklagte lieÃ die Gutachten durch Dr. Q, Arzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, auswerten, der die EinschÃ¤tzung des OrthopÃ¤den C teilte.

Mit Bescheid vom 30.09.2014 stellte die Beklagte sodann fest, dass ein Anspruch auf eine Rente weiterhin nicht bestehe, da die MdE nicht mindestens 20 v.H. betrage. Nach den gutachterlichen Feststellungen des OrthopÃ¤den C seien folgende Unfallfolgen verblieben: ein (geringer) Teil der BewegungseinschrÃ¤nkung der RumpfwirbelsÃ¤ule, knÃ¶chern unter leicht keilfÃ¶rmiger Deformierung und Impression der Deckplatte belastungsstabil verheilter Bruch des BWK 8. Die degenerativen VerÃ¤nderungen im Bereich der LWS mit Bandscheibenbeteiligung in den Segmenten L4/5 und L5/S1 sowie GefÃ¼gestÃ¶rung L 3/4, die geringe S-fÃ¶rmige Fehlstatik der BWS sowie eine betonte Kyphosierung (RundrÃ¼cken) im kopfwÃ¤rtigen und mittleren Drittel sowie degenerative VerÃ¤nderungen in diesen Segmenten, rezidivierende und chronifizierte Schmerzsyndrome im RÃ¼ckenbereich und einen Teil der BewegungseinschrÃ¤nkung der RumpfwirbelsÃ¤ule erkannte sie explizit nicht als Unfallfolgen an.

Hiergegen erhob die KlÃ¤gerin Widerspruch. Sie vertrat die Auffassung, bei ihr liege eine unfallbedingte MdE von mindestens 20 v.H. vor. SÃ¤mtliche gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen resultierten allein aus dem Unfall vom 10.11.2006. Es sei unzutreffend, dass die SchÃ¤digung der LWS mit Bandscheibenbeteiligung keine Folge des Unfalles sei. Gleiches gelte fÃ¼r die ebenfalls angegriffene BWS.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.05.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der KlÃ¤gerin zurÃ¼ck. Die bei der KlÃ¤gerin vorhandenen Beschwerden seien aufgrund der objektiv erhobenen Befunde nicht so gravierend, dass daraus ein rentenberechtigender MdE-Grad von wenigstens 20 v.H. erreicht werde. Soweit die Anerkennung weiterer GesundheitsstÃ¶rungen als Unfallfolgen geltend gemacht werde, sei es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass diese wesentlich durch den Versicherungsfall vom 10.11.2006 verursacht worden seien. Den medizinischen Befundunterlagen seien eindeutige Hinweise zu Vorerkrankungen zu entnehmen, die die bei ihr unfallunabhÃ¤ngig bestehenden GesundheitsstÃ¶rungen plausibel und nachvollziehbar erklÃ¤rten.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 12.06.2015 vor dem SG Klage erhoben, mit der sie die GewÃ¤hrung einer Rente begehrt hat. Sie habe nach dem Unfall immer wieder Ã¼ber Schmerzen geklagt, die auf eine Interkostalneuralgie hÃ¤tten hinweisen

kÃ¶nnen. In dem medizinischen Bericht vom 11.09.2007 (Gutachten des Dr. M1) sei ausgefÃ¼hrt, sie habe angegeben, "vom RÃ¼cken ziehen die Schmerzen nach vorne zu den Rippen links mehr als rechts".

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 30.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.05.2015 zu verurteilen, ihr Verletztenrente zu bewilligen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat den angefochtenen Bescheid fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten. Erneut hat sie darauf hingewiesen, dass die RÃ¼ckenschmerzen auf die unfallunabhÃ¤ngigen degenerativen LWS-VerÃ¤nderungen zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien und das geschilderte Schmerzsyndrom nicht MdE-relevant sei. Auch die anerkannten Unfallfolgen auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet bedingten nach dem Gutachten des OrthopÃ¤den C keine rentenberechtigende MdE. Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin lieÃen die von ihr anlÃ¤sslich der Begutachtung vom 11.09.2007 angegebenen Schmerzen nicht auf eine Interkostalneuralgie schlieÃen. Eine Interkostalneuralgie sei von den behandelnden Ãrzten zu keiner Zeit festgestellt worden.

Das SG hat sodann Beweis erhoben durch Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens von Dr. X und eines nervenÃ¤rztlichen Zusatzgutachtens von Dr. I1.

Dr. I1 hat in seinem Gutachten vom 18.02.2016 aufgrund einer ambulanten Untersuchung der KlÃ¤gerin einschlieÃlich elektrophysiologischer Zusatzuntersuchungen vom 28.01.2016 und unter BerÃ¼cksichtigung der aktenkundigen Unterlagen in den Verwaltungs- und Gerichtsakten bestÃ¤tigt, dass sich die KlÃ¤gerin bei dem Unfall am 10.11.2006 eine Fraktur des BWK 8 zugezogen hat. Auf nervenÃ¤rztlichen Fachgebiet lieÃen sich bei der KlÃ¤gerin aber keine GesundheitsstÃ¶rungen feststellen, die mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 10.11.2006 hervorgerufen worden seien. Diagnostisch handele es sich bei der Erkrankung der KlÃ¤gerin um eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren, die nicht mit hinreichender Sicherheit auf den Unfall vom 10.11.2006 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne. Die HWS- und LWS-abhÃ¤ngigen Schmerzen seien Folge der in der bildgebenden Diagnostik mehrfach dokumentierten degenerativen VerÃ¤nderungen. Auch die weiterhin geschilderten gÃ¼rtelfÃ¶rmigen Brustschmerzen links kÃ¶nnten aufgrund des in den Aktenunterlagen dokumentierten zeitlichen Ablaufes nicht mit hinreichender Sicherheit als unfallabhÃ¤ngig bewertet werden. Insofern kÃ¶nne ein enger zeitlicher Zusammenhang der Schmerzsymptomatik mit dem Unfallereignis nicht festgestellt werden. Prinzipiell sei es denkbar, dass es durch die Impressionsfraktur des BWK 8 zu einer Irritation des entsprechenden Interkostalnerven gekommen sei. Dann wÃ¤re aber zu erwarten gewesen, dass die von der KlÃ¤gerin geschilderten

gÃ¼rtelfÃ¶rmig ausstrahlenden Brustschmerzen unmittelbar nach dem Unfallereignis aufgetreten wÃ¤ren. Ein linksseitiger gÃ¼rtelfÃ¶rmiger Thoraxschmerz sei jedoch erstmals in dem Bericht des Dr. G vom 15.05.2007, also ca. sechs Monate nach dem Unfallereignis, erwÃ¤hnt worden. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Gutachten des Dr. I1 verwiesen.

Dr. X ist in seinem Gutachten vom 23.02.2016 aufgrund einer ambulanten Untersuchung der KlÃ¤gerin vom selben Tag und unter BerÃ¼cksichtigung der aktenkundigen medizinischen Unterlagen sowie des Zusatzgutachtens von Dr. I1 zu dem Ergebnis gelangt, dass als Folge des Unfalls vom 10.11.2006 lediglich noch die knÃ¶chern konsolidierte Fraktur des BWK 8 ohne Einengung der Neuroforamina nachweisbar sei. Weitere Unfallfolgen lieÃen sich heute nicht mehr nachweisen. Eine MdE sei nicht feststellbar. Bei der Untersuchung habe eine wesentliche BewegungseinschrÃ¤nkung im Bereich des Achsenorgans nicht objektiviert werden kÃ¶nnen. Es hÃ¤tten sich auch keine radikulÃ¤ren oder pseudoradikulÃ¤ren Symptome, keine ReflexauffÃ¤lligkeiten und auch keine muskulÃ¤ren Defizite gefunden. Bei der Rumpfbeugung habe die KlÃ¤gerin zwar einen Schmerz unterhalb der Brust angegeben, dieser sei jedoch nicht sicher reproduzierbar gewesen. Bei der Beurteilung der von der KlÃ¤gerin vorgetragenen Beschwerden sei zu berÃ¼cksichtigen, dass sie Ã¼ber eine Vielzahl von Schmerzsymptomen berichte, die sich nur schwer einordnen lieÃen. Ein ursÃ¤chlicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis lasse sich nicht nachweisen, da radiologisch keine Befunde vorlÃ¤gen, die eine Nervenwurzelreizung erklÃ¤ren kÃ¶nnten. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten des Dr. X Bezug genommen.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin hat das SG schlieÃlich noch ein Gutachten nach Â§ 109 SGG von dem Arzt fÃ¼r Chirurgie, Unfallchirurgie, OrthopÃ¤die und Unfallchirurgie Dr. C1 vom WirbelsÃ¤ulenzentrum West in T eingeholt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 28.07.2016 aufgrund einer klinischen Untersuchung der KlÃ¤gerin vom 18.07.2016 und unter BerÃ¼cksichtigung der aktenkundigen Unterlagen zu der Auffassung gelangt, dass aus der Fraktur des BWK 8 eine posttraumatische Kyphose mit bestehender Interkostalneuralgie resultiere. UnfallunabhÃ¤ngig liege eine GefÃ¼gestÃ¶rung L3/L4 hier mit degenerativen VerÃ¤nderungen im Bereich der LWS vor. Aus seiner Sicht betrage die MdE ab Beginn der ArbeitsfÃ¤higkeit 30 v.H., die MdE fÃ¼r die Interkostalneuralgie bewerte er mit 10 v.H., die MdE fÃ¼r die posttraumatische Kyphose im Bereich des BWK 8 mit 20 v.H. Die Interkostalneuralgie sei durch eine PeriduralanÃ¤sthesie (PDA) im Rahmen der stationÃ¤ren Schmerztherapie im Katholischen Krankenhaus I vom 24.06.2013 bis zum 16.07.2013 nachgewiesen. Die PDA habe zu einer deutlichen Schmerzreduktion bis zur partiellen Beschwerdefreiheit gefÃ¼hrt. Beweisend fÃ¼r den bisherigen klinischen Verlauf seien die radiologischen Verlaufskontrollen, welche im Verlauf eine zunehmende Kyphosierung Ã¼ber dem BWK 8 beschrieben. Die linksseitige Interkostalneuralgie sei durch eine entsprechende VerÃ¤nderung im Rahmen der Kyphose wie auch der verdeckten Wirbelgelenke zu erklÃ¤ren. Auch in dem Gutachten des Dr. E werde ein interkostales Schmerzsyndrom am BWK 8 mit einer MdE von 10.v.H. beschrieben. Hiermit stimme er Ã¼berein. Entgegen den AusfÃ¼hrungen des OrthopÃ¤den C sei die Interkostalneuralgie aus seiner Sicht Unfallfolge. Herr C habe die Deckplattenimpressionsfraktur im Bereich des BWK 8

streng in Bezug auf die Brustwirbelbilder beschrieben. Letztlich sei zu keiner Zeit eine WirbelsÃ¤ulenganzaufnahme durchgefÃ¼hrt worden, um die sagittale Balance zu untersuchen. Eine posttraumatische Kyphose kÃ¶nne aber nur so sicher diagnostiziert werden. Die AusfÃ¼hrungen des Dr. I1, der die Brustschmerzen nicht mit hinreichender Sicherheit auf das Unfallereignis zurÃ¼ckgefÃ¼hrt habe, teile er nicht. Denn die Interkostalneuralgie sei von den vorhergehenden neurologischen FachÃ¤rzten bestÃ¤tigt worden. Auch kÃ¶nne er den AusfÃ¼hrungen des Dr. X nicht zustimmen. Er sei der Meinung, in den vorliegenden Gutachten sei zu sehr auf die SomatisierungsstÃ¶rungen der KlÃ¤gerin abgestellt worden. Er habe die KlÃ¤gerin in dem GesprÃ¤ch aber als charakterlich gefestigt und deutlich orientiert wahrgenommen. Wegen der Einzelheiten wird auf das Gutachten des Dr. C1 verwiesen.

Mit Urteil vom 28.04.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, der KlÃ¤gerin stehe eine Verletztenrente nicht zu, da eine unfallbedingte MdE nicht mehr vorliege. Hierbei hat es sich insbesondere auf die Gutachten des Dres. X und I1 gestÃ¼tzt; diese stÃ¼nden auch in Ãbereinstimmung mit dem Gutachten des Dr. S aus dem sozialgerichtlichen Vorverfahren S 21 U 37/09. Das Gutachten des Dr. C1 begrÃ¼nde keine Zweifel an diesen Gutachten. Dr. C1 sei der Nachweis dafÃ¼r, dass seine medizinische Sicht der Dinge entgegen den sonstigen aktenkundigen Bewertungen die zutreffende sei, nicht gelungen. Es fehle insbesondere eine positive medizinische ErklÃ¤rung dafÃ¼r, dass die von der KlÃ¤gerin zum Ausdruck gebrachten Schmerzen bei chirurgisch unauffÃ¤lligen Beschwerdebild unfallbedingt sein kÃ¶nnten. Im Ãbrigen sei es unzulÃ¤ssig, dass Dr. C1 aus dem Fehlen von Untersuchungen fÃ¼r die KlÃ¤gerin positive Schlussfolgerungen ziehe und darÃ¼berhinaus fachfremd die von dem neurologisch-psychiatrischen Gutachter Dr. I1 gezogenen SchlÃ¼sse in Zweifel ziehe mit der BegrÃ¼ndung, er habe die KlÃ¤gerin bei der Untersuchung als gefestigte PersÃ¶nlichkeit erlebt. Wegen der Einzelheiten wird auf die EntscheidungsgrÃ¼nde des angefochtenen Urteils verwiesen.

Gegen das ihr am 11.05.2017 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 12.06.2017 (Montag) Berufung eingelegt. Das SG sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass bei ihr keine unfallbedingte MdE mehr gegeben sei. Soweit die Gutachter, denen das SG gefolgt sei, in Abrede gestellt hÃ¤tten, dass sie unter Schmerzen gelitten habe, weise sie darauf hin, dass sie mehrfach in der Schmerzklinik in I stationÃ¤r behandelt worden sei. Sie folge den Gutachten des Dr. E und des Dr. C1, die Ã¼bereinstimmend ein interkostales Schmerzsyndrom am BWK 8 mit einer MdE von 10 v.H. festgestellt hÃ¤tten. Auch Dr. B habe ein interkostales Schmerzsyndrom TH/8 beschrieben.

Die KlÃ¤gerin beantragt schriftsÃ¤tzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.04.2017 abzuÃ¤ndern und den Bescheid der Beklagten vom 30.09.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.05.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr ab Antragstellung Verletztenrente zu bewilligen.

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil aufgrund des Ergebnisses der Beweisaufnahme im sozialgerichtlichen Verfahren fÃ¼r zutreffend. Bei der KlÃ¤gerin liege keine unfallursÃ¤chliche Schmerzerkrankung vor, die bei der EinschÃ¤tzung der MdE (gesondert) zu berÃ¼cksichtigen sei. Dies ergÃ¤be sich aus dem zeitlichen Verlauf, dem PrimÃ¤rkÃ¶rperschaden und dessen Heil- und Behandlungsverlauf, den unfallunabhÃ¤ngigen Vor-, Verlaufs- und NachschÃ¤den im Bereich der WirbelsÃ¤ule und auch anderer KÃ¶rperregionen (z.B. Arme/Schultern), den Begutachtungsergebnissen der Dres. M1 und S, des OrthopÃ¤den C und der Dres. X und I1 sowie der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des Dr. Q. Soweit Dres. E und C1 (zumindest in Teilen) zu anderen EinschÃ¤tzungen gelangt seien, hÃ¤tten diese die zeitlichen VerlÃ¤ufe und objektivierbaren AnknÃ¼pfungstatsachen nicht in gebotener Weise berÃ¼cksichtigt, sich fachfremd geÃ¤uÃ□ert und die ErkenntnisstÃ¤nde zu Schmerzerkrankungen nicht in erforderlicher Weise in ihre Beweisergebnisse einflieÃ□en lassen. Diese seien deshalb nicht schlÃ¼ssig und auch nicht Ã¼berzeugend.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin hat der Senat ein Gutachten nach Â§ 109 SGG von Prof. Dr. C2, Arzt fÃ¼r Neurologie, Psychotherapie, und Schmerztherapie, von der Evangelischen Stiftung U in S1 eingeholt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 25.06.2018 aufgrund einer ambulanten Untersuchung der KlÃ¤gerin vom 01.06.2018 und unter BerÃ¼cksichtigung der aktenkundigen Unterlagen folgende Diagnosen gestellt:

1. ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Chronifizierungsstadium III nach Gerbershagen
â□□ mit einem Kopfschmerzsyndrom
â□□ mit Schmerzen in den Schultergelenken rechtsbetont bei Schultergelenkarthrose
â□□ mit einer Polyarthrose in den Fingergelenken III und IV beidseits
â□□ mit einer degenerativen LWS-Erkrankung ohne radikulÃ¤re Reiz- oder Ausfallerscheinungen
â□□ mit einer Interkostalneuralgie TH 8 links bei posttraumatischer Kyphosierung nach BWK-8-Fraktur durch Unfall am 10.11.2006,

2. eine schwere SchlafstÃ¶rung

3. ein Restless-legs-Syndrom

4. ein chronifiziertes schweres depressives Syndrom.

Schwierig sei die KlÃ¤rung der Ursache der Interkostalneuralgie. Die Schmerzen seien fÃ¼r sich genommen nicht objektivierbar, im Laufe der 13 Jahre seien zwar lokale Blockierungen und gelegentlich auch Muskelverquellungen beschrieben worden, anfÃ¤nglich sei allerdings keine Schmerzausstrahlung angegeben worden

und dann zunÃ¤chst nach rechts und erst etwa ab 2009 vor allen Dingen nach links. Folge man den Argumenten des letzten chirurgischen Gutachters, dass eine leichte zunehmende Kyphosierung als Unfallfolge nach und nach im Sinne einer posttraumatischen Kyphose zu einer Einengung und damit zu einer Interkostalneuralgie fÃ¼hren kÃ¶nne, sei ein Zusammenhang mit dem Unfall denkbar. Unter kritischer WÃ¼rdigung der dokumentierten Befunde, des Verlaufes, der gutachtlichen EinschÃ¤tzungen der Kollegen sowie seiner EinschÃ¤tzung bei der klinischen Untersuchung gelinge es nach Ausschluss andere Ursachen, die chronisch beeintrÃ¤chtigenden Schmerzen als Folge der unfallbedingten Fraktur des BWK 8 mit zunehmender posttraumatischer Kyphosierung im Sinne einer Interkostalneuralgie TH/8 links mit Wahrscheinlichkeit auf die Fraktur des BWK 8 durch den Unfall vom 10.11.2006 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Er schlieÃe sich deshalb der Kausalbeurteilung und der MdE-EinschÃ¤tzung Dr. C1s an, wonach die MdE ab April 2013 fÃ¼r die Interkostalneuralgie mit 10 v.H., die MdE fÃ¼r die Kyphose mit 20 v.H. und die Gesamt-MdE mit 30 v.H. einzuschÃ¤tzen sei. Den AusfÃ¼hrungen des Dr. X kÃ¶nne er nicht folgen. Dieser habe eingerÃ¤umt, dass angesichts der Vielzahl der Schmerzsyndrome insgesamt die EinschÃ¤tzung schwierig sei, einen sicheren ursÃ¤chlichen Zusammenhang zum Unfallereignis habe er aber bei radiologischem Ausschluss von Einengungen der Interkostalforamina jedoch nicht angenommen. Hierbei habe er es versÃ¤umt, eine andere Deutung der geklagten Beschwerden und des Verlaufes vorzunehmen. In dem Gutachten des Dr. I1 sei fÃ¼r ihn Ã¼berraschend gewesen, dass dieser einen im Wesentlichen unauffÃ¤lligen psychopathologische Befund festgestellt habe, obgleich er die schwer beeintrÃ¤chtigenden Klagen der KlÃ¤gerin zitiert habe. Dies kÃ¶nne er sich nur so erklÃ¤ren, dass es zum Zeitpunkt seiner Begutachtung vorÃ¼bergehend zu einer Besserung des psychopathologischen Syndroms gekommen sei oder dass ihm die Schwere der Symptomatik angesichts der Ã¼berlagernden multilokulÃ¤ren Schmerzerkrankung entgangen sei. Das psychopathologische Syndrom kÃ¶nne nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden; auch die anderen Symptome der multimodalen Schmerzerkrankung hÃ¤tten mit dem Unfall nichts zu tun. Schon im Dezember 2002 sei es zu einer depressiven Episode gekommen, sodass bereits vor dem Unfall eine entsprechende Disposition angenommen werden kÃ¶nne. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das Gutachten des Prof. Dr. C2 verwiesen.

Die Beklagte hÃ¤lt das Gutachten des Prof. Dr. C2 nicht fÃ¼r Ã¼berzeugend. Dieser habe die Krankheitsvor- und Verlaufsgeschichte der KlÃ¤gerin nicht hinreichend berÃ¼cksichtigt und differenziert. Insbesondere die sehr knapp gehaltenen AusfÃ¼hrungen zur BegrÃ¼ndung des von ihm positiv gesehenen Ursachenzusammenhangs seien tatsÃ¤chlich wie rechtlich nicht haltbar.

Die KlÃ¤gerin hingegen schlieÃt sich dem Gutachten des Prof. Dr. C2 an. Sie behauptet, vor dem Unfall habe sie keinerlei Depressionen gehabt und sich auch nicht in entsprechender Behandlung befunden.

Mit Schreiben vom 29.04.2020, das am 15.05.2020 bei dem BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin eingegangen ist, sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass der Senat eine ZurÃ¼ckweisung der Berufung durch Beschluss in ErwÃ¤gung zieht.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Ihre Inhalte sind Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen.

II.

Der Senat kann die Berufung nach Â§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss zurÃ¼ckweisen, da er sie einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet hÃ¤lt und die Beteiligten entsprechend gehÃ¶rt worden sind.

Die zulÃ¤ssige Berufung der KlÃ¤gerin ist nicht begrÃ¼ndet. Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Die KlÃ¤gerin ist durch den angefochtenen Bescheid nicht beschwert, da dieser nicht rechtswidrig ist (Â§ 54 Abs. 2 S. 1 SGG). Die Beklagte hat die GewÃ¤hrung einer Rente ab Antragstellung im April 2013 zu Recht abgelehnt. Denn die Unfallfolgen bedingen keine MdE in rentenberechtigender HÃ¶he.

Streitgegenstand ist lediglich die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente ab Antragstellung im April 2013, nicht die Anerkennung weiterer Unfallfolgen. Die Beklagte hat in dem angefochtenen Bescheid zwar nicht nur eine Entscheidung Ã¼ber die Rente, sondern auch eine Entscheidung Ã¼ber die Unfallfolgen getroffen. Ausweislich der AntrÃ¤ge des bevollmÃ¤chtigten Rechtsanwalts der KlÃ¤gerin in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG und im Berufungsverfahren (schriftsÃ¤tzlich) begehrt die KlÃ¤gerin aber nur die GewÃ¤hrung einer Rente ab April 2013. Bei einem von einem Rechtsanwalt oder einem anderen qualifizierten ProzessbevollmÃ¤chtigten gestellten Klageantrag ist in der Regel auch anzunehmen, dass dieser das Gewollte richtig wiedergibt.

GemÃ¤Ã Â§ 56 Abs. 1 SÃ¤tze 1 und 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn ihre ErwerbsfÃ¤higkeit infolge eines Versicherungsfalls â hier: eines Arbeitsunfalles â Ã¼ber die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. oder bei Vorliegen eines StÃ¼tzrententatbestandes um 10 v.H. gemindert ist. Bei Verlust der ErwerbsfÃ¤higkeit wird Vollrente, bei einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit wird Teilrente geleistet. Sie wird in der HÃ¶he des vom Hundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht (Â§ 56 Abs. 3 SGB VII). Nach Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII richtet sich die MdE danach, in welchem Umfang die Unfallfolgen das kÃ¶rperliche und geistige LeistungsvermÃ¶gen des Versicherten beeintrÃ¤chtigen und seine ArbeitsmÃ¶glichkeiten im Erwerbsleben vermindern. Steht die unfallbedingte LeistungseinbuÃe fest, ist zu bewerten, wie sie sich im allgemeinen Erwerbsleben auswirkt (BSG, Urt. v. 02.05.2001 â B 2 U 24/00 R â SozR 3 â juris Rn. 20). Dabei sind die medizinischen und sonstigen ErfahrungssÃ¤tze ebenso zu beachten wie die GesamtumstÃ¤nde des Einzelfalls (vgl. BSG, a.a.O.). AnschlieÃend lÃ¤sst sich erkennen, welche Arbeitsgelegenheiten dem Betroffenen versperrt und welche ihm verblieben sind. Wie weit die Unfallfolgen die kÃ¶rperlichen und geistigen FÃ¤higkeiten des Versicherten beeintrÃ¤chtigen, beurteilt sich in erster Linie auf Ã¤rztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Um die MdE einzuschÃ¤tzen, sind die ErfahrungssÃ¤tze zu beachten, die die Rechtsprechung sowie das versicherungsrechtliche und medizinische Schrifttum herausgearbeitet haben. Auch

wenn diese ErfahrungssÃ¤tze das Gericht im Einzelfall nicht binden, so bilden sie doch die Grundlage fÃ¼r eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen ParallelfÃ¤llen der tÃ¤glichen Praxis. Sie sind in Rententabellen oder Empfehlungen zusammengefasst und bilden die Basis fÃ¼r einen Vorschlag, den der medizinische SachverstÃ¤ndige zur HÃ¶he der MdE unterbreitet. Hierdurch wird gewÃ¤hrleistet, dass alle Betroffenen nach einheitlichen Kriterien begutachtet und beurteilt werden. Insoweit bilden sie ein geeignetes Hilfsmittel zur EinschÃ¤tzung der MdE.

Danach hat die KlÃ¤gerin weiterhin keinen Anspruch auf Zahlung von Verletztenrente aufgrund des am 10.11.2006 erlittenen Arbeitsunfalls. Nach dem Gesamtergebnis der Ermittlungen im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren konnte sich der Senat nicht davon Ã¼berzeugen, dass der Arbeitsunfall bei der KlÃ¤gerin GesundheitsstÃ¶rungen hinterlassen hat, die ihre ErwerbsfÃ¤higkeit ab Antragstellung im April 2013 in rentenberechtigendem Grade nach einer MdE von mindestens 20 v.H. gemindert haben.

Die bereits anerkannten Unfallfolgen bedingen weiterhin keine messbare MdE. Dies ergibt sich aus dem im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten des OrthopÃ¤den C und dem im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten des Dr. X. Diese sind Ã¼bereinstimmend zu der EinschÃ¤tzung gelangt, dass der unfallbedingte Bruch des BWK 8 ausweislich der rÃ¶ntgenologischen Befunde unter leicht keilfÃ¶rmiger Deformierung belastungsstabil verheilt und hierdurch nur eine geringe BewegungseinschrÃ¤nkung im Bereich des Achsenorgans bedingt sei. Dr. X hat auch festgestellt, dass keine Einengung der Neuroforamina, keine radikulÃ¤ren oder pseudoradikulÃ¤ren Symptome, ReflexauffÃ¤lligkeiten oder muskulÃ¤re Defizite vorlagen. An dieser Befundung hat der Senat keine Zweifel, zumal auch die SachverstÃ¤ndigen Dr. M1 und Dr. S 2007 bzw. 2009 schon zu demselben Ergebnis gekommen waren und Dr. M1 bereits 2007 von einem Endzustand ausgegangen war. Der OrthopÃ¤de C und Dr. X haben diese Unfallfolgen auch Ã¼bereinstimmend mit unter 10 v.H. eingeschÃ¤tzt. Diese EinschÃ¤tzung ist unter BerÃ¼cksichtigung der unfallmedizinischen Erfahrungswerte, wonach bei einem stabil verheilten Bruch und mÃ¤Ãig keilfÃ¶rmiger Deformierung eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung von 20 v.H., danach eine MdE unter 10 v.H. anzunehmen ist, nicht zu beanstanden (siehe SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, 8.3.1.8, Seite 465, und 8.3.2.2, Seite 452 f.).

Weitere Unfallfolgen liegen nicht vor oder bedingen ebenfalls keine MdE in rentenberechtigender HÃ¶he.

Der Senat konnte sich nicht davon Ã¼berzeugen, dass es sich bei der bei der KlÃ¤gerin vorliegenden Kyphose um eine Unfallfolge handelt. FÃ¼r die Beurteilung des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen dem Gesundheitserstschaden â hier Fraktur des BWK 8 â und der Unfallfolge im Sinne eines lÃ¤nger andauernden Gesundheitsschadens ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit erforderlich (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2007 â B 2 U 27/06 R â juris Rn. 20). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernÃ¼nftiger AbwÃ¤gung aller UmstÃ¤nde diejenigen so stark Ã¼berwiegen, die fÃ¼r den Ursachenzusammenhang sprechen,

dass darauf eine richterliche Ãberzeugung gegrÃ¼ndet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 31.01.2012 â B 2 U 2/11 R â juris Rn. 17; BSG, Urteil vom 09.05.2006 â B 2 U 1/05 R â juris Rn. 20). Eine derartige Wahrscheinlichkeit lÃ¤sst sich keinem einzigen Gutachten entnehmen. Die SachverstÃ¤ndigen Dres. M1 und S (Chirurgen) und der sachverstÃ¤ndige OrthopÃ¤de haben vermehrte degenerative VerÃ¤nderungen an der BWS der KlÃ¤gerin diagnostiziert. Einen Zusammenhang zwischen dem Bruch des BWK 8 und der Kyphose hat keiner dieser Ãrzte gesehen. Der OrthopÃ¤de C hat sogar ausdrÃ¼cklich erklÃ¤rt, dass die Kyphosierung unfallunabhÃ¤ngig sei. Die anderslautende KausaleinschÃ¤tzung des Dr. C1 vermag den Senat nicht zu Ã¼berzeugen. Schon dessen eigene AusfÃ¼hrungen begrÃ¼nden nicht die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen der Fraktur des BWK 8 und der Kyphose. Eine nachvollziehbare BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Annahme des SachverstÃ¤ndigen findet sich in seinem Gutachten nicht. Allein die radiologischen Verlaufskontrollen, die eine zunehmende Kyphosierung Ã¼ber BWK 8 beschreiben, machen den Ursachenzusammenhang schon deshalb nicht wahrscheinlich, weil eine Kyphose der BWS auch idiopathisch auftreten und sehr verschiedene Ursachen haben kann (z.B. Haltungsfehler, eine schwach ausgeprÃ¤gte Muskulatur, degenerative VerÃ¤nderungen). Hiermit hat sich Dr. C1 Ã¼berhaupt nicht auseinandergesetzt. Im Ãbrigen hat er selber erklÃ¤rt, dass eine posttraumatische Kyphose nur durch eine WirbelkÃ¶rperganzaufnahme, die nie durchgefÃ¼hrt worden sei, auch nicht von ihm, nachgewiesen werden kÃ¶nne. Wie er dann trotzdem einen Ursachenzusammenhang als wahrscheinlich annehmen kann, erschlieÃt sich dem Senat nicht. Letztlich ist es aber unerheblich, ob es sich bei der Kyphose um eine Unfallfolge handelt. Denn diese bedingt â entgegen der Auffassung des Dr. C1 â keine MdE in rentenberechtigendem Grad. In Hinblick auf die von allen von Amts wegen beauftragten SachverstÃ¤ndigen beschriebenen nur geringen FunktionseinschrÃ¤nkungen ohne neurologische AusfÃ¤lle an der BWS ist die EinschÃ¤tzung des Dr. C1, dass die Kyphose eine MdE von 20 v.H. bedinge, schlichtweg nicht nachvollziehbar. Bei der EinschÃ¤tzung hat er auch nicht berÃ¼cksichtigt, dass bei der KlÃ¤gerin, ebenfalls nach den Ã¼bereinstimmenden Feststellungen aller von Amts wegen beauftragten SachverstÃ¤ndigen, auch degenerative VerÃ¤nderungen an der BWS vorliegen, die ebenfalls zu FunktionseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hren kÃ¶nnen. Im Ãbrigen hat die Beklagte bereits in dem bestandskrÃ¤ftigen Bescheid vom 10.11.2006 explizit entschieden, dass die Fehlhaltung und ein Teil der Minderbelastbarkeit der BWS mit degenerativen VerschleiÃverÃ¤nderungen keine Unfallfolgen sind. Hiervon hat der Senat auch auszugehen, da im vorliegenden Verfahren die RechtmÃ¤Ãigkeit des Bescheides vom nicht zur Ãberprüfung steht. Dem Antrag der KlÃ¤gerin von April 2013 kÃ¶nnte zwar ein entsprechender Antrag entnommen werden. Die Beklagte hat den Antrag aber als "Verschlimmerungsantrag" beantragt und keine PrÃ¼fung des Bescheides vom 10.11.2006 vorgenommen. Dementsprechend enthÃ¤lt der angefochtene Bescheid hierzu auch keine Regelung.

Ob es sich bei der von Dres. E, C1 und C2 festgestellten Interkostalneuralgie um eine Unfallfolge handelt, kann der Senat offen lassen. Denn diese bedingt ebenfalls keine MdE in rentenberechtigendem Grade. Nach den Ã¼bereinstimmenden Gutachten der genannten Dres. ist die MdE hierfÃ¼r mit 10 v.H. einzuschÃ¤tzen. Da

es keinen einzigen Arzt gibt, der von einer hÃ¶heren MdE ausgeht, hat der Senat keinen Anlass, an dieser EinschÃ¤tzung zu zweifeln.

Die von den SachverstÃ¤ndigen diagnostizierte chronische Schmerzerkrankung und die Depressionserkrankung sind nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Dies steht zur Ãberzeugung des Senats fest aufgrund der insoweit Ã¼bereinstimmenden Gutachten der Neurologen und Psychiater Dres. E, I1 und des Neurologen Prof. Dr. C2, die einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang dieser Erkrankungen mit der Fraktur des BWK 8 nicht wahrscheinlich machen konnten. An dieser EinschÃ¤tzung hat der Senat keine Zweifel. Auch die Schmerzklinik in I hat keinen ursÃ¤chlichen Zusammenhang zwischen diesen Erkrankungen und der verheilten Fraktur des BWK 8 hergestellt. Bei der EinschÃ¤tzung des Chirurgen und OrthopÃ¤den Dr. C1, die SomatisierungsstÃ¶rung sei auf den langen Leidensweg der KlÃ¤gerin nach dem Unfall mit den entsprechenden Diagnosen, Therapien und gerichtlichen Schritten zurÃ¼ckzufÃ¼hren, handelt es sich um eine nicht begrÃ¼ndete Behauptung, die schon allein wegen dessen fehlender Fachkompetenz auf psychiatrisch-neurologischem Gebiet keinen Anlass zu Zweifeln an den Gutachten der neurologisch-psychiatrisch qualifizierten FachÃ¤rzte geben. In Hinblick auf die objektiv nur geringen Restbeschwerden des bereits spÃ¤testens im September 2007 knÃ¶chern fest verheilten BWK 8 ist auch fÃ¼r den Ã¼berwiegend aus medizinischen Laien bestehenden Senat nicht ersichtlich, dass die Fraktur des BWK 8 eine derartig schwere, inzwischen fast den ganzen KÃ¶rper betreffende eigenstÃ¤ndige Schmerzerkrankung verursacht haben kÃ¶nnte. Soweit die KlÃ¤gerin behauptet, vor dem Unfall habe sie keinerlei Depressionen gehabt und sich auch nicht in entsprechender Behandlung befunden, ist ihr entgegenzuhalten, dass sich aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse eindeutig ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten wegen depressiver Episoden im Dezember 2002, November 2003 und Oktober 2006, die also alle vor dem Unfall vom 10.11.2006 lagen, ergeben.

Auch die Beschwerden an der LWS sind nicht durch die Fraktur des BWK 8 bedingt. Dies ergibt sich zur Ãberzeugung des Senats aus den Gutachten der Dres. M1, S, I1 und C1, des Prof. Dr. C2 und des Herrn C, die die Beschwerden an der LWS Ã¼bereinstimmend auf degenerative VerÃ¤nderungen zurÃ¼ckgefÃ¼hrt haben. Auch der Durchgangsarzt Dr. G hatte schon im Juli 2007 festgestellt, dass das LWS-Syndrom unfallunabhÃ¤ngig und deshalb zu Lasten der Krankenkasse zu behandeln sei. Im Ãbrigen litt die KlÃ¤gerin schon lange vor dem Unfall an einem LWS- und HWS Syndrom. Dies ergibt sich aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse, in dem im Januar 1997 und im Februar 1996 ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten wegen eines LWS- und eines HWS-Syndroms dokumentiert sind. Im Ãbrigen weist der Senat bezÃ¼glich der LWS-Beschwerden darauf hin, dass die Beklagte in dem bestandskrÃ¤ftigen und damit bindenden Bescheid vom 10.11.2006 es auch abgelehnt hatte, die degenerativen VerschleiÃverÃ¤nderungen der LWS mit begleitenden anlagebedingten BandscheibenschÃ¤den und unfallunabhÃ¤ngiger WirbelsÃ¤ulengefÃ¼gestÃ¶rung LWK 3/LWK 4 und begleitender subjektiver Minderbelastbarkeit mit FunktionseinschrÃ¤nkungen der LWS als Unfallfolgen anzuerkennen.

Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die zahlreichen anderen GesundheitsstÃ¶rungen der KlÃ¤gerin auf den Bruch des BWK 8 zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind, sind nicht ersichtlich. Entsprechende UnfallzusammenhÃ¤nge wurden von den behandelnden Ãrzten der KlÃ¤gerin und allen Gutachtern noch nicht einmal in ErwÃ¤gung gezogen.

Die Kostenentscheidung im Ãbrigen beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 08.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024