
S 20 U 122/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 U 122/98
Datum	22.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 140/00
Datum	13.11.2002

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 22.02.2000 wird zu- rückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1961 geborene Kläger wurde am 09.12.1993 von einem LKW überfahren.

Prof.Dr.S. , Direktor der Chirurgischen Klinik, berichtete nach stationärer Behandlung des Klägers vom 09.12. bis 23.12.1993, beim Kläger bestehe eine Femurschaftfraktur rechts mit Durchspießung der Arteria femoralis und eine Decollement-Verletzung am linken Kniegelenk und Unterschenkel. Wegen einer Unterschenkelvenenthrombose wurde der Kläger vom 27.12. 1993 bis 04.01.1994 stationär behandelt. Bei der Entlassung war eine Vollbelastung des Beines möglich, jedoch noch mit Schmerzen verbunden. Vom 03.05.1994 bis 19.08.1994 wurde der Kläger in der Unfallklinik M. konservativ behandelt. Wegen einer Außenrotationsfehlstellung des rechten Oberschenkels folgte am 06.06.1994 eine

Korrekturosteotomie. Bei der Nachuntersuchung am 09.09.1994 ergab sich weitere Arbeitsunfähigkeit, ebenso am 18.10.1994. Der Chirurg Dr.G. stellte am 20.12.1994 freie Beweglichkeit in den Hüftgelenken, unauffällige Narbenverhältnisse, Muskelverschmächtigung um 2 cm und eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kniegelenks fest. Volle Arbeitsfähigkeit bestehe ab 16.01.1995.

Im Gutachten vom 26.01.1995 führte der Chirurg Prof.Dr.R. aus, die Oberschenkelschaftfraktur sei knöchern in achsengerechter Stellung ausgeheilt, Hüft- und Kniegelenk unauffällig, die Arteria femoralis normal durchblutet. Hüft- und Kniegelenksbeweglichkeit seien frei, die Narben reizlos. Die Oberschenkelmuskulatur sei reduziert, das Bein rechts um 1 cm verlängert, es bestehe ein deutlich hinkendes Gangbild, belastungsabhängige Schmerzen und ein Kraftdefizit. Die MdE werde bis 25.01. auf 30 v.H., von da an bis auf Weiteres auf 20 v.H. geschätzt. Nach Beendigung des zweiten Jahres nach dem Unfall werde sie voraussichtlich 10 v.H. betragen.

Mit Bescheid vom 12.07.1995 gewährte die Beklagte eine vorläufige Rente nach einer MdE von 30 v.H. vom 16.01. bis 24.01.1995 und von da an bis auf Weiteres von 20 v.H. Mit Bescheid vom 07.12.1995 gewährte die Beklagte eine Dauerrente nach einer MdE von 20 v.H.

Prof.Dr.R. kam im Gutachten vom 04.10.1995 zu dem Ergebnis, es habe sich keine Änderung des Beschwerdebildes gegenüber dem Vorgutachten vom 25.01.1995 ergeben. Bei der klinischen Untersuchung sei zwar eine geringgradige Verbesserung des Gangbildes im Sinne einer gewissen Gewöhnung aufgefallen, es zeigten sich jedoch eine geringfügig vermehrte Bewegungseinschränkung der rechten Hüfte sowie eine geringgradige Abnahme der Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Dies lasse auf eine geringere Belastung des rechten Beines schließen. Somit hätten sich keine wesentlichen Befundänderungen ergeben. Die MdE werde mit 20 v.H. bewertet.

Während des stationären Aufenthalts in der Unfallklinik M. vom 16.04.1996 bis 03.05.1996 wurde der Verriegelungsmarknagel am rechten Oberschenkel entfernt.

Der Radiologe Dr.E. erklärte im Gutachten vom 06.09.1996, die Außenrotationsfehlstellung liege im Bereich der Messungenauigkeit. Von einem relevanten Achsendrehfehler sei daher nicht auszugehen. Die Längenmessung habe eine Verkürzung des rechten Oberschenkels um 0,4 cm ergeben.

Der Chirurg Prof.Dr.B. führte im Gutachten vom 02.10.1996 zusammenfassend aus, der Oberschenkelschaftbruch sei knöchern fest verheilt, es beständen noch eine geringgradige Muskelverschmächtigung am rechten Ober- und Unterschenkel sowie glaubhafte Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes. Nach Einholung eines Gutachtens von dem Internisten Dr.L. vom 23.09.1996 erklärte Prof.Dr.B., da sich auf internistischem Fachgebiet keine MdE ergebe, betrage die Gesamt-MdE 10 v.H.; die einzig verbliebene Unfallfolge bestehe in einer Muskelverschmächtigung am rechten Bein. Diese habe sich jedoch gebessert und

sei nur noch sehr diskret. Aufgrund der eingetretenen Anpassung und Gewöhnung sei eine MdE von 10 v.H. angemessen.

Nach Anhörung des Klägers mit Schreiben vom 20.02.1997 entzog die Beklagte mit Bescheid vom 10.03.1997 (320) die Rente mit Ablauf des Monats März 1997. Die dem Bescheid vom 07.12. 1995 zugrunde liegenden Verhältnisse hätten sich wesentlich geändert. Die Muskulatur am rechten Bein habe sich vermehrt, die Beinverlängerung sei nicht mehr nachweisbar, das Gangbild habe sich gebessert.

Hiergegen legte der Kläger am 18.03.1997 Widerspruch ein.

Der Orthopäde Dr.G. F. führte im Gutachten vom 04.08. 1997 aus, gegenüber dem Vorgutachten sei eine wesentliche Besserung des objektiven Befundes eingetreten. Die MdE liege jetzt unter 10 v.H.

Der Internist Dr.M. kam im Gutachten vom 18.07.1997 zu dem Ergebnis, im Bereich der Innenorgane sei ein pathologischer Befund auszuschließen. Unfallfolgen seien nicht mehr festzustellen.

Der Kläger übersandte ein Attest des Chirurgen Dr.E. vom 10.10.1997; seit dem Unfall habe der Kläger anhaltend belastungsabhängige Schmerzen. Er könne heute mit Mühe nicht mehr als neun Stunden am Tag arbeiten, vor dem Unfall sei er zwölf bis dreizehn Stunden am Tag im Einsatz gewesen. Auch könne er keinen Sport mehr ausüben. Wiederholt habe er sich nach einem Arbeitstag mit verdicktem rechten Kniegelenk und stark schmerzhafter Bewegungseinschränkung in der Sprechstunde vorgestellt. Am rechten Femur bestehe ein Außenrotationsfehler von 10 Grad.

Nach ambulanter Untersuchung am 12.11.1997 führte Prof.Dr.B. aus, die ehemals vorliegende Außenrotationsstellung sei durch den Korrekturingriff klinisch behoben worden. Es beständen noch Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks. Das Gangbild sei leicht rechtshinkend, ansonsten frei und raumgreifend, der Stand auf beiden Beinen und Einbeinstand rechts wie links sei seitengleich sicher.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.1998 zurück. Soweit Dr.E. auf die berufliche und private Beeinträchtigung und deren finanzielle Folgen hinweise, sei anzumerken, dass derartige Beeinträchtigungen nicht besonders berücksichtig werden, da die Unfallfolgen ausschließlich nach ihren Auswirkungen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens abstrakt zu beurteilen seien.

Mit der Klage vom 17.02.1998 hat der Kläger eingewandt, er sei nach wie vor in seiner Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. gemindert.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.L. hat im Gutachten vom 02.09.1999 zusammenfassend ausgeführt, eine Muskelverschmächtigung am rechten Bein bestehe nicht mehr. Das Gangbild sei

unauffällig. Die Beinlängendifferenz liege deutlich unter 1 cm. Die von Dr.E. erwähnten Gesundheitsstörungen bezögen sich in erster Linie auf einen Knorpelschaden in der Kniescheibengleitbahn. Hierbei handle es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um ein unfallunabhängiges, eigenständiges Krankheitsbild, da es in geringerer Ausprägung auch auf der Gegenseite feststellbar sei. Allerdings sei eine gewisse, aber nicht richtunggebende Akzentuierung und Verschlimmerung durch die Unfallfolgen möglich. Die MdE sei im Hinblick auf die deutliche Besserung ab 01.07.1997 mit 10 v.H. einzuschätzen.

Der Kläger hat ein Attest des Dr.E. vom 13.10.1999 übersandt, in dem ausgeführt wird, der Kläger habe anhaltende belastungsabhängige Schmerzen. Er sei regelmäßig auf Schmerzmittel angewiesen. Bei längerem Sitzen bekomme er Krämpfe und Parästhesien im rechten Bein, beim Treppensteigen und Auf- und Absteigen vom LKW habe er Beinschmerzen. Knien und Sitzen in der Hocke sei ihm nicht mehr möglich.

Dr.L. hat hierzu in der Stellungnahme vom 29.11.1999 erwidert, mit einer MdE von 10 v.H. werde dem objektiven Funktionsbild beim Kläger zutreffend Rechnung getragen.

Mit Urteil vom 22.02.2000 hat das SG die Klage abgewiesen.

Zur Begründung der Berufung wendet der Kläger ein, nicht berücksichtigt seien die belastungsbedingten Beschwerden, die Beinverkürzung, die Außenrotationsfehlstellung und die Bewegungseinschränkungen.

Er hat eine Stellungnahme des Dr.E. vom 16.10.2000 übersandt, der nochmals rügt, dass die aus dem Unfall resultierenden beruflichen und sozialen Probleme des Klägers nicht berücksichtigt worden seien. Der Kläger habe weiterhin belastungsabhängig starke Schmerzen. Die Einschränkung der Beinfunktion als bleibender Schaden müsse berücksichtigt werden.

Auf Antrag des Klägers wurde Dr.E. gemäß [§ 109 SGG](#) zum ärztlichen Sachverständigen ernannt. Im Gutachten vom 30.06. 2001 hat er zusammenfassend ausgeführt, die belastungsabhängigen Schmerzen und die Ergussbildung in den Kniegelenken ständen mit größter Wahrscheinlichkeit in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfall. Es gäbe keinen Beweis, dass es sich um degenerative Veränderungen handle. Vor dem Unfall habe der Kläger, wie er glaubhaft versichere, nie Kniebeschwerden gehabt. Auch Arbeitsunfähigkeitszeiten seien im Leistungsauszug der AOK nicht festgestellt. Ein Rotationsfehler liege nicht mehr vor, es bestehe aber eine Beinlängendifferenz von 2 cm. Außerdem seien eine Verdickung des Oberschenkelknochens gegeben und eine Muskelhernie am rechten Oberschenkel. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sei aufgrund der narbigen Verwachsungen erheblich eingeschränkt. Insgesamt sei eine unfallbedingte MdE von 25. v.H. gegeben.

Die Beklagte hat hierzu im Schreiben vom 19.09.2001 eingewandt, gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Ergussbildung und dem Unfall spreche

das Betroffensein beider Kniegelenke. Außerdem würde ein zeitlicher Zusammenhang, der nicht ausreichend belegt sei, für die Anerkennung als Unfallfolge nicht ausreichen.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 13.11.2001 führt Dr.L. aus, der subakute bis akute Reizzustand an beiden Kniegelenken entspreche dem typischen Bild eines links beginnenden und rechts fortgeschrittenen degenerativen Knorpelschadens der Kniescheibe und der Kniescheibengleitbahn. Es handle sich hier sehr wahrscheinlich um ein eigenständiges Krankheitsbild, zumal eine unmittelbare Verletzung des rechten Kniegelenks, insbesondere der Kniescheibenrückseite oder der Kniescheibengleitbahn beim Unfall nicht stattgefunden habe. Die Möglichkeit der Mitwirkung einer aufgrund der narbigen Muskelverwachsungen am Oberschenkel eventuell bestehenden muskulären Imbalance an der Knorpelschädigung sei zwar gegeben, könne aber nicht wahrscheinlich gemacht werden. Die einzige noch objektivierbare Unfallfolge liege in der endgradigen Beugeeinschränkung des rechten Kniegelenks aufgrund der narbigen Verwachsungen der Oberschenkelstreckmuskulatur. Die von Dr.E. festgestellte Beinlängendifferenz von 2 cm lasse sich anhand der vorliegenden Bilddokumente klar widerlegen. Es ergebe sich daraus eine Längendifferenz von 0,47 cm. Dr.E. bleibe eine Begründung, wieso Unfallfolgen am primär nicht verletzten Kniegelenk beständen, schuldig. Den Funktionszustand beschreibe Dr.E. in fast identischer Form, wie ihn Dr.L. festgestellt habe.

In den ergänzenden Stellungnahmen vom 12.12.2001 und 24.07.2002 verweist Dr.E. darauf, dass er bei der Beurteilung der MdE die Längendifferenz nicht berücksichtigt habe. Bei einem schweren Überrolltrauma traten in der Umgebung der Fraktur immer auch Weichteilschädigungen ein. Im Bereich des linken Knies sei das Weichteiltrauma auch äußerlich durch die Hautablenkung offensichtlich gewesen. Nach Versorgung mit einem Marknagel komme es nicht selten zu Schwellungszuständen und Ergussbildungen im Kniegelenk. Auch sei noch eine zweite Korrekturoperation erforderlich gewesen, was wiederum ein Weichteiltrauma bedeute. Die Summe der aufgezeigten Faktoren mache die Verursachung der Kniebeschwerden durch den Unfall sehr wahrscheinlich, zumal vor dem Unfall nie eine entsprechende Behandlung stattgefunden habe. Zu einer wesentlichen Besserung sei es daher nicht gekommen. Es bestehe ein konstanter Dauerschaden.

Die Beklagte weist im Schreiben vom 20.08.2002 darauf hin, dass der Reizzustand an beiden Kniegelenken unfallfremd sei. Im Übrigen müsse der Gesundheitsschaden bewiesen sein. Fehlende Beschwerden vor einem Unfallereignis hätten keine Aussagekraft hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs.

Der Kläger stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 04.04.2000.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der

beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird ([Ä§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen Dr.E. im Gutachten vom 30.06.2001 sowie seine ergänzenden Stellungnahmen vom 12.12. 2001 und 24.07.2002 den Senat nicht davon zu überzeugen vermochten, dass keine wesentliche Besserung im unfallbedingten Gesundheitszustand des Klägers eingetreten sei. Dr.E. hat eingeräumt, dass ein Außenrotationsfehler nicht mehr besteht und die von ihm angenommene Längendifferenz nicht zutreffend ist. Auch hat er, wie die Vorgutachter, bestätigt, dass die Oberschenkelfraktur knöchern konsolidiert ist, dass regelrechte Durchblutungsverhältnisse mit geringer Narbenbildung bestehen und dass die Bewegungseinschränkung des rechten Knies nicht ausgeprägt ist. Er selbst bewertet diese Unfallfolge mit einer MdE von 10 v.H.

Nicht zuzustimmen ist Dr.E. , soweit er den Reizzustand mit rezidivierender Ergussbildung an beiden Knien als Unfallfolge beurteilt. Auch Dr.L. hat im Gutachten vom 02.09.1999 auf den subakuten bis akuten Reizzustand hingewiesen, der das typische Bild eines links beginnenden und rechts fortgeschrittenen Knorpelschadens in der Kniescheibengleitbahn darstellt. Es handelt sich hierbei aber, so Dr.L. , um ein eigenständiges Krankheitsbild, das oft durch Überbelastung, oft aber auch ohne feststellbare Ursache auftritt. Auf die Möglichkeit, dass eine muskuläre Imbalance der Oberschenkelstreckmuskulatur als Folge der unfallbedingten narbigen Verwachsung an der Knorpelschädigung mitgewirkt habe, hat auch Dr.L. hingewiesen. Diese Möglichkeit kann aber keinen Unfallzusammenhang begründen, hierzu wäre die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs erforderlich, die Dr.L. ausschließt. Das Vorhandensein der Reizzustände an den Knien kann nicht zur Annahme eines Kausalzusammenhangs führen, zumal die Unfallfolge Oberschenkelschaftfraktur in deutlicher Entfernung des Kniegelenks gelegen ist. Die Argumentation Dr.E. , dass Weichteilverletzungen auch am linken Knie anzunehmen sind, ist ebenfalls nicht überzeugend, da derartige Verletzungen, abgesehen von der am 09.12. 1993 festgestellten Hautabblutung, von den behandelnden Ärzten niemals erwähnt wurden. Bei der Entlassung aus der Chirurgischen Klinik am 23.12.1993 war diese Decollement-Verletzung in reizloser Abheilung befindlich. Der Nachweis einer Weichteilverletzung als Unfallfolge ist nicht gefahrt; der Kausalzusammenhang der Veränderungen an beiden Kniegelenken mit dem Unfall ist somit nicht wahrscheinlich zu machen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [Ä§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 03.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024