
S 10 U 5082/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 U 5082/97
Datum	25.09.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 438/98
Datum	20.06.2001

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 25. September 1998 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der am 1931 geborene Kläger erlitt am 09.03.1993 beim Zerkleinern von Holz, das für den landwirtschaftlichen Haushalt und Betrieb seines Schwiegersohnes bestimmt war, eine Schenkelverletzung.

Der Durchgangsarzt, der Allgemeinarzt Dr. W. , diagnostizierte am gleichen Tag eine ausgedehnte tiefe Verletzung am linken Unterschenkel, Kreislaufkollaps, Schock, vorübergehenden Herzstillstand durch Ausbluten. Vom 09.03. bis 02.04.1993 wurde der Kläger zunächst in der Intensiv-medizinischen Abteilung, dann in der unfall-chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in R. behandelt. Prof.Dr. N. diagnostizierte eine Kettenschwanzverletzung am linken medialen Knie, Langzeitbeatmung wegen Aspirationspneumonie, kompensierte Niereninsuffizienz, Thrombose linker Unterschenkel. Bei chirurgischer

Revision der Wunde ergaben sich keine Hinweise auf Eröffnung des Kniegelenks, Sehnen- oder Nervenverletzung. Die MdE bei Arbeitswiederantritt nach vier bis sechs Wochen schätzte Prof.Dr.N. auf unter 20 v.H.

Nach Beiziehung von Berichten des Dr.W. vom 18.06.1993 und 23.08.1993 holte die Beklagte ein Gutachten des Chirurgen Dr.T. vom 13.09.1993 ein, in dem Dr.T. ausführte, es handle sich um einen Zustand nach tiefer Weichteilverletzung an der innen gelegenen Seite des linken Kniegelenkes mit endgradigen Bewegungseinschränkungen am Knie, Muskelminderung, Gefäßstörungen, Kollateralschäden der Narbe, Unterschenkelvenenthrombose mit Notwendigkeit einer Antikoagulationstherapie, Gangstörung und glaubhaften Beschwerden. Die MdE schätzte er bis zum Ablauf des ersten Unfalljahres auf 20 v.H.

Mit Bescheid vom 02.11.1993 wurde als Unfallfolge anerkannt: Weichteilverletzung am linken Unterschenkel; als mittelbare Unfallfolge: Venenthrombose am linken Unterschenkel. Die vorläufige Rente betrage vom 09.06.1993 bis auf weiteres 20 v.H.

Den Widerspruch des Klägers vom 09.11.1993 wies die Beklagte nach Einholung einer Stellungnahme des beratenden Arztes Dr.K. mit Widerspruchsbescheid vom 27.12.1993 zurück.

Im hieran anschließenden Klageverfahren (S 10 U 5011/94) holte das SG ein Gutachten des Dr.K. vom 26.09.1994 ein, in dem Dr.K. ausführte, als Unfallfolgen seien eine geringfügige Bewegungseinschränkung im linken Kniegelenk sowie eine leichte Muskelminderung im Unterschenkel feststellbar, außerdem Gefäßstörungen und reizlose Narben mit sichtbarem Weichteildefekt. Es sei davon auszugehen, dass die Thrombose folgenlos ausgeheilt sei. Die MdE betrage 10 v.H.

Daraufhin nahm der Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 26.09.1994 die Klage zurück.

Im Gutachten vom 01.02.1994 kam der Chirurg Prof.Dr. B. (in Praxisgemeinschaft mit Dr.T.) zu dem Ergebnis, es bestehe eine Weichteilverletzung am linken Kniegelenk mit Bewegungseinschränkung, Weichteilverschmächtigung, Narbenbildung mit Sensibilitätsstörungen und glaubhaften subjektiven Beschwerden. Die traumatische Thrombose sei folgenlos abgeheilt. Die MdE betrage 10 v.H.

Nach Anhörung führte die Beklagte im Bescheid vom 23.03.1994 aus, die bisher gewährte vorläufige Rente von 20 v.H. falle mit Ablauf des auf die Zustellung des Bescheides folgenden Monats weg, weil die Erwerbsfähigkeit nicht um mindestens ein Viertel beeinträchtigt werde. Es handle sich hier um die erstmalige, wenn auch negative Dauerrentenfeststellung, dabei komme es auf den Nachweis einer wesentlichen Besserung nicht an.

Am 03.03.1995 berichtete der Chirurg Dr.M. über ein unklares Schmerzsyndrom

am linken Unterschenkel. Der Arzt für Neurologie und Psychologie Dr.K. führte im Bericht vom 09.03.1995 aus, die Verletzung habe zu einer Läsion des linken Nervus saphenus mit Neuralgie und Sensibilitätsstörungen geführt. Nach Behandlung vom 04.03. bis 20.03.1995 erklärte der Chirurg Dr.K. , die MdE liege unter 20 v.H.

Im Nachschaubericht vom 04.04.1995 teilte Dr.M. mit, er schlage die Vorstellung in einer Schmerzambulanz vor. Dr.H. von der Abteilung für Schmerztherapie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  uerte den Verdacht auf sympathisch unterhaltenes Schmerzsyndrom. Nach Behandlung einer akuten Pankreatitis vom 28.04. bis 02.06.1995 wurde im Entlassungsbericht ausgeführt, die regionalen Sympathikusblockaden hätten einen minimalen Therapieerfolg erbracht. Dr.K. schlug Akupunkturbehandlung vor.

Der Radiologe Dr.N. führte nach MR-Tomographie des linken Kniegelenkes vom 18.01.1996 aus, es sei eine Gonarthrose und Retropatellararthrose festzustellen, vor allem im medialen Kniegelenksabschnitt ausgeprägte Chondropathie, mehr degenerativ imponierende Innen- und Au enmeniskusver nderungen, nebenbefundlich kleine mediale Popliteazyste, narbige Innenwandver nderungen.

Am 23.01.1996 beantragte der Kläger, wegen Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes die MdE auf 30 v.H. festzusetzen. Im übrigen sei zu berücksichtigen, dass wegen eines Arbeitsunfalls vom 05.05.1991 eine MdE von 10 v.H. festgestellt worden sei.

Am 07.05.1996 beantragte der Kläger die Überprüfung gemäß [   44 SGB X](#), hilfsweise nach [   48 SGB X](#). Es liege eine MdE von mindestens 20 v.H. vor.

Prof.Dr.B. führte nach stationärer Behandlung vom 25.03. bis 26.04.1996 aus, es bestehe eine Neuralgie am linken Unterschenkel nach Läsion des Nervus saphenus links im Rahmen einer Weichteilsch digung. Der Nachweis von Klappeninsuffizienzen im Oberschenkelbereich erkläre das klinische Bild der chronisch-venösen Insuffizienz beidseits.

Im Gutachten vom 14.11.1996 erläuterte der Nervenarzt Dr.N. , festzustellen sei eine geminderte Hautempfindlichkeit im Nervus saphenus-Versorgungsgebiet. Bei erhaltener Schutzsensibilit t sei unter Berücksichtigung der schmerzhaften Überempfindlichkeit die MdE auf neurologischem Fachgebiet mit 10 v.H. einzuschätzen.

Prof.Dr.B. kam im Gutachten vom 28.11.1996 zusammenfassend zu dem Ergebnis, es best nden eine endgradige Beugehemmung des Kniegelenks mit Muskelverschm chtigung im Bereich des Oberschenkels, Hyperästhesie und Sensibilitätsstörungen, Zustand nach Unterschenkelvenenthrombose mit gestörtem Gangbild, verminderter Belastung und Gebrauchsfähigkeit des Beines und glaubhaften subjektiven Beschwerden. Die MdE liege wie bisher bei 10 v.H.

Der Internist Dr.L. führte im Gutachten vom 14.11.1996 aus, auf internistischem

Fachgebiet bestÄ¼nden als Unfallfolgen eine folgenlos ausgeheilte Thrombose, geringe Verschwielung des rechten Zwerchfells und der Thoraxwand nach Aspirationspneumonie ohne Nachweis einer restriktiven VentilationsstÄ¶rung. Die MdE schÄ¶tze er mit 0 v.H. ein.

Mit Bescheid vom 07.03.1997 lehnte die Beklagte den Antrag auf WiedergewÄ¶hrung der Rente ab, weil Unfallfolgen, die die ErwerbsfÄ¶higkeit wesentlich beeintrÄ¶chtigten, nicht festgestellt seien und weil bei der frÄ¶heren Feststellung weder das Recht unrichtig angewandt noch von einem unrichtigen Sachverhalt ausgegangen worden sei ([Ä§ 48](#) und [44 SGB X](#)).

Mit Widerspruch vom 12.03.1997 wandte der KlÄ¶ger ein, die wesentliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes, insbesondere erhebliche SchÄ¶den an der Lunge mit Herzbeschwerden seien auÄ¶er acht geblieben. AuÄ¶erdem seien narbige InnenwandverÄ¶nderungen nicht berÄ¶cksichtigt.

Nach Einholung einer Stellungnahme des OrthopÄ¶den Dr.D. wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.1997 zurÄ¶ck.

Mit der Klage vom 11.08.1997 hat der KlÄ¶ger geltend gemacht, nicht berÄ¶cksichtigt seien die Dauerfolgen auf internistischem Fachgebiet sowie das Schmerzsyndrom. Er hat die Einholung eines Gutachtens gemÄ¶Ä¶ [Ä§ 109 SGG](#) von Dr.M. beantragt. Auf Anfrage des SG, ob er voraussichtlich zu einem wesentlich anderen Ergebnis als die Vorgutachter kommen werde, hat Dr.M. in der Stellungnahme vom 15.12.1997 ausgefÄ¶hrt, die MdE von 10 v.H. auf neurologischem Gebiet gehe zum Teil in den unfallchirurgisch festgestellten Unfallfolgen auf. Nach eigener Kenntnis des Verletzten sowie nach Durchsicht der Akten und Kenntnis des Befundes erscheine die MdE auf somatischem Gebiet mit 10 v.H. angemessen.

Mit Urteil vom 25.09.1998 hat das SG die Klage abgewiesen. Nachdem Dr.M. erklÄ¶rt habe, dass er die MdE voraussichtlich wie die Vorgutachter bewerten werde, habe kein Anlass bestanden, ihn oder einen anderen Arzt zu hÄ¶ren.

Mit der Berufung vom 16.11.1998 macht der KlÄ¶ger geltend, sein Gesundheitszustand sei nicht zutreffend bewertet. Insbesondere sei die Nervenverletzung nicht hinreichend gewÄ¶rdigt. Beantragt wird die Einholung eines Gutachtens gemÄ¶Ä¶ [Ä§ 109 SGG](#) durch den Unfallchirurgen Dr.N. â¶!

Im Gutachten vom 29.10.1999 kommt Dr.N. zusammenfassend zu dem Ergebnis, die Gutachten von Prof.Dr.B. , Dr.N. und Prof.Dr.B. zeigten keine Ä¶nderung des Funktionsverlustes im Vergleich zum Vorbefund von Dr.T. â¶! Die von Prof.Dr.B. angenommene MdE von 10 v.H. sei nicht zutreffend, da eine wesentliche Besserung der Funktion beim KlÄ¶ger nicht eingetreten sei. Der Funktionsausfall aufgrund des Schmerzsyndroms sei mit dem Zustand eines posttraumatischen GelenkverschleiÄ¶es nach Bruch des oberen Sprunggelenkes zu vergleichen. Daher sei eine MdE von 20 v.H., wie sie im ersten Rentengutachten vorgeschlagen worden sei, angemessen, zumal es in der Folgezeit zu keiner wesentlichen VerÄ¶nderung

des Funktionsverlustes aufgrund der Schmerzen gekommen sei.

Im röntgenologischen Zusatzgutachten vom 25.11.1999 f hrt Prof. Dr.F. aus, im Bereich der Lunge best nden keine postpneumonischen Residuen. Sowohl im Bereich der linken als auch der rechten Patella längen geringe degenerative Veränderungen im Sinne einer Femoropatellararthrose vor, die linksseitig bereits 1988 bestanden hätten und sich nur diskret weiterentwickelt hätten.

Auf Anfrage des Bevollmächtigten des Klägers erklärt Dr.N. am 24.01.2000, beim Kläger sei in allen bisherigen gutachtlichen Stellungnahmen der jetzt bestehende Funktionsverlust völlig gleich beschrieben worden. Eine Änderung habe nie stattgefunden. Daher sei weiterhin eine MdE von 20 v.H. gegeben.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. führt im Gutachten vom 21.07.2000 aus, bei dem Unfall sei es zu einer geringfügigen Schädigung des Nervus saphenus gekommen. Eine typische Saphenusneuralgie liege aber nicht vor. Bei Ablenkung seien keinerlei Schmerzäußerungen erfolgt. Ein wesentlicher Funktionsausfall des linken Beines oder Fußes sei nicht anzunehmen. Hiergegen spr chen auch die seitengleichen Gebrauchsspuren. Die MdE sei mit 10 v.H. großzügig bewertet.

Der vom Senat gleichfalls zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr.F. kommt im Gutachten vom 31.07.2000 zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass lediglich Weichteile in der Umgebung des linken Kniegelenkes ohne Mitbeteiligung der Kapsel, Bänder oder Sehnen betroffen gewesen seien. Auch eine Knochenverletzung sei nicht abgelaufen. Die Arthrose im linken Kniegelenk, die bereits 1990 bestanden habe, sei durch das Unfallgeschehen nicht beeinflusst worden. Eine MdE von 10 v.H. lasse sich durch die ausgedehnten Narbenverhältnisse begründen, sei jedoch an der oberen Grenze des Möglichen angesetzt.

In der ergänzenden Stellungnahme gemäß [  109 SGG](#) f hrt Dr.N. am 21.03.01 aus, der Befund am linken Fuß habe seit der ersten Begutachtung keine Veränderung erfahren. Es bestehe eine schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung, die mit 20 v.H. zu bewerten sei.

Der Kläger stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 02.02.1999 mit der Maßgabe, dass die Beklagte verpflichtet wird, ihm Verletztenrente von mindestens 20 v.H. der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung 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.

Die Entscheidung richtet sich nach den bis 31.12.1996 geltenden Vorschriften der RVO, da der streitige Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und über einen daraus resultierenden Leistungsanspruch vor dem 01.01.1997 zu entscheiden gewesen wäre ([Â§ 212](#), [214 Abs.3 SGB 7](#) i.V.m. [Â§ 580 RVO](#)).

Zu Recht hat das SG Regensburg im Urteil vom 25.09.1998 ausgeführt, dass eine höhere MdE als 10 v.H. nicht gegeben ist. Der Kläger hat unstreitig am 09.03.1993 einen Arbeitsunfall ([Â§ 548 RVO](#)) erlitten. Eine MdE von mindestens 20 v.H. der Vollrente, die Voraussetzung für einen Anspruch auf Verletztenrente wäre ([Â§ 580 Abs.1](#), [581 Abs.1 RVO](#)), liegt aber seit Mai 1994 nicht vor. Dies steht zur Überzeugung des Senats fest aufgrund der Ausführungen der ärztlichen Sachverständigen Dr.K. und Dr.F. sowie von Prof.Dr.B. , Dr.N. und Prof.Dr. B. , deren im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Gemäß [Â§ 44 Abs.1 SGB X](#) ist der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass des Verwaltungsakts das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Vorliegend hat der Kläger nach wie vor keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente, da eine MdE rentenberechtigenden Grades bei ihm nicht vorliegt. Der Verwaltungsakt ist auch nicht für die Zukunft aufzuheben, da eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Verwaltungsaktes vorgelegen haben ([Â§ 48 SGB X](#)) nicht eingetreten ist.

Die Sägeverletzung vom 09.03.1993 hat, wie Dr.K. erläutert, zu einer geringfügigen Schädigung des Nervus saphenus geführt. Der Nervus saphenus ist ein rein sensibler Nerv, Endast des Nervus femoralis und versorgt sensibel die Innenseite des linken Unterschenkels und einen Teil der medialen Fußsohle. Die weitere sensible Versorgung des Fußes erfolgt durch den Nervus tibialis bzw. den Nervus peroneus, deren Schädigung schon aus anatomischen Gründen auszuschließen ist. Eine typische Saphenusneuralgie liegt aber nicht vor. Denn es besteht keine Schmerzausstrahlung in dessen selektives Versorgungsgebiet. Insbesondere gab der Kläger zunächst die Berührung am Weichteildefekt als schmerzhaft an, während Dr.K. die Narbe später bei Ablenkung in der ganzen Ausdehnung abtasten konnte, ohne dass der Kläger Schmerz äußerte. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass es sich bei angegebenen Schmerzen immer um subjektive Symptome handelt.

Von Bedeutung ist auch, wie Dr.K. ausgeführt, dass der Kläger in normalen Konfektionsschuhen erschien, die seitengleich abgenutzt waren. Auch die Beschwielung beider Fußsohlen war seitengleich und die kleine Fußmuskulatur und die Unterschenkelmuskulatur regelrecht ausgebildet.

Beim Unfall waren lediglich Weichteile in der Umgebung des linken Kniegelenkes ohne Mitbeteiligung der Kapsel, der Bänder oder der Sehnen betroffen. Auch eine Knochenverletzung ist nicht abgelaufen. Schon die Röntgenaufnahmen von 1990 zeigten fortgeschrittene degenerative Veränderungen im linken Kniegelenk, die durch das Unfallgeschehen nicht wesentlich beeinflusst wurden. Eine geringe Zunahme der Knochenausziehungen an den Schienbeinerkern entspricht dem üblichen Verlauf einer Arthrose, die immer die Tendenz zur Progression in sich trägt.

Dass beim Kläger bereits vor dem Unfall Verschleißerscheinungen des linken Kniegelenkes vorlagen, ergibt sich aus dem im Klageverfahren S 1/Lw 101/91 beigezogenen ärztlichen Unterlagen. So diagnostizierte Dr. W. am 04.11.1991 beidseits eine initiale Coxarthrose sowie eine initiale mediale Gonarthrose. Der Orthopäde Dr. B. führte am 14.10.1991 aus, an beiden Kniegelenken zeige sich bei noch freier Beweglichkeit eine leichte Kapselschwellung, Druckschmerz über dem inneren Gelenkspalt, deutliches retropatellares Reiben mit Verschiebeschmerz. Es liege eine initiale mediale Gonarthrose links mehr als rechts vor. Er verordnete eine laterale Schuhrandelevation. Der Orthopäde Dr. J. erklärte am 01.04.1992, es bestehe eine beidseitige Arthrosis deformans der Kniegelenke.

Dr. T. stellte im Gutachten vom 13.09.1993 eine endgradige Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes fest. Diese Diagnose ist aber nach den Angaben im Messblatt nicht nachvollziehbar, denn beide Kniegelenke konnten bis 130° gebeugt werden; das linke Kniegelenk war lediglich nicht wie das rechte um 5° überstreckbar. Eine derartige Differenz ist innerhalb der Messfehlerbreite liegend; im übrigen stellt die Überstreckung eines Gelenkes, so Dr. F., eher einen ungewöhnlichen als einen günstigen Befund dar. Zum damaligen Zeitpunkt war die Muskulatur des linken Beines am Oberschenkel zwischen 1 und 2 cm abgemagert, am Unterschenkel um 2,5 cm. Dies spricht dafür, dass, teils aufgrund der Narbenverhältnisse, teils wegen der unfallunabhängigen Arthrose, eine gewisse Schonung vorlag.

Eine Besserung dieses Befundes ist im Gutachten von Prof. Dr. B. dokumentiert: er stellte nur noch eine Muskelminderung am Oberschenkel von 1 cm fest. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. Dr. B. war nur eine endgradige Beugehemmung des linken Kniegelenks gegeben.

Zwar ging der Kläger bei der Untersuchung durch Dr. F. linkshinkend, der Zehen- und Fersengang wurden so gut wie nicht vollzogen, ebenso der Einbeinstand links, und die Hocke erreichte ohne Abstützen 1/5. Andererseits geht der Kläger, worauf der Sachverständige ebenfalls hinweist, mit gut ausgreifenden Schritten. Über die Fäule wird normal abgerollt, Zehen- und Fersenstand werden beidseits ausgeführt, links sogar ausgiebiger als rechts und der Einbeinstand ist rechts kaum besser als links. Auch Dr. F. stellte wie Dr. K. fest, dass die Fußsohlen beidseits etwa mittelgradig beschwiele sind.

Eine wesentliche Funktionseinschränkung, wie sie Dr. N. im Gutachten vom 24.01.2000 und der ergänzenden Stellungnahme vom 21.03.01 beschrieben hat,

kann daher nicht angenommen werden. Zu berücksichtigen sind der schon vor dem Unfall existierende Verschleißschaden des linken Kniegelenks, die seitengleiche nicht geminderte Muskulatur und die gleichmäßige Beschwiellung, die auf einen nur wenig behinderten Einsatz des linken Beines hindeuten.

Ein Anlass für die Gewährung einer Stützzrente gemäss [Â§ 581 Abs.3 RVO](#) ist nicht gegeben, da die bisherigen aktenkundigen Arbeitsunfälle des Klägers keine MdE von wenigstens 10 v.H. zur Folge hatten.

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

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

Erstellt am: 24.11.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024