
S 5 U 392/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 U 392/00
Datum	02.05.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 240/02
Datum	11.02.2004

3. Instanz

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

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 02.05.2002 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1951 geborene Kläger stürzte am 08.04.1998 aus ca. 2 m Höhe von einem Baugerüst.

Der Notarzt Dr. F. diagnostizierte eine Sprunggelenksfraktur links. Im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in R. stellte der Durchgangsarzt, der Chirurg Prof. Dr. N., eine komplette Unterschenkelfraktur links fest. Die Röntgenaufnahme zeigte eine Tibiaschaftfraktur im Bereich des distalen Unterschenkelmittels sowie eine hohe Fibulafraktur. Vom 08.04. bis 04.05.1998 wurde der Kläger im Krankenhaus behandelt und Druckschmerz über dem rechten Calcaneus festgestellt, außerdem ein postoperatives Compartment-Syndrom. Nach anfänglich komplikationslosem Verlauf sei es am 09.04.1998 zu einer zunehmenden Schwellung und Schmerzhaftigkeit mit erhöhtem Compartmentdruck gekommen.

Neurologische Ausfälle oder Perfusionsstörungen hätten nicht vorgelegen. Nach sofortiger Spaltung aller vier Compartments habe sich der weitere Verlauf komplikationslos gestaltet. Nach regelmäßigen Kontrollen im Krankenhaus stellte Prof. Dr. N. im NMR eine Frakturlinie am Calcaneus rechts fest. Am 10.08.1998 wurde die eingesetzte Schraube im Unterschenkel ambulant entfernt. Am 07.09.1998 klagte der Kläger nach wie vor über Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels, die sich bis zum 16.10.1998 nur unwesentlich besserten. Eine Skelettszintigraphie vom 12.11.1998 zeigte einen leicht erhöhten Knochenstoffwechsel, der mit geringen reparativen Vorgängen zu vereinbaren sei. Im Gegensatz hierzu sei im Bereich des mittleren Tibiaschaftes ein entzündlich ossärer Prozess nachweisbar, der wahrscheinlich chronisch sei. Der Neurologe Dr. K. stellte die Diagnose: Zustand nach compartmentbedingter Peroneusparesis links ohne Anhalt für ein persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom. Es finde sich eine ganz leichte Fuß- und Zehenheberparese und eine leichte dorsale Vorfußhypästhesie. Dr. H. von der Schmerzambulanz des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder erklärte am 22.12.1998, der Kläger habe am 03.12.1998 über zunehmende Schmerzen geklagt. Durch keine der bisher angewandten Maßnahmen habe eine Schmerzbeeinflussung erreicht werden können. Prof. Dr. N. erklärte im Schreiben vom 28.01.1999, er empfehle ab dem 01.02.1999 zunächst einen Wiedereingliederungsversuch mit langsamer Steigerung der Arbeitszeit. Ab 08.03.1999 müsste eine volle Wiedereingliederung wieder möglich sein. Während des stationären Aufenthaltes vom 22.12. bis 23.12.1999 wurde der eingesetzte Nagel entfernt. Am 01.02.2000 klagte der Kläger über Schmerzen. Ihm wurde geraten, intensiv zu üben und das Bein zu belasten.

Im Gutachten vom 03.02.2000 führte Prof. Dr. N. aus, wesentliche Unfallfolgen seien subjektive Beschwerden, Muskelminderung, endgradige Bewegungseinschränkung am linken Sprunggelenk, Reizzustand der Sehne des M. tibialis anterior, Hyposensibilität und Hypästhesien im Narbenbereich mit großer Narbenplatte. Der Kläger sei zur Zeit für einige Wochen arbeitsunfähig, es bestehe eine MdE von ca. 30 v.H. Nach Wiederaufnahme der Arbeit werde die MdE wohl 20 v.H. betragen.

Am 03.03.2000 waren die Kniegelenks- und Sprunggelenksbeweglichkeit frei. Der Kläger gab Schmerzen im Sprunggelenk an. Die Muskulatur des linken Ober- und Unterschenkels war deutlich hypotroph. Die Röntgenaufnahmen vom 31.01.2000 und 03.02.2000 zeigten eine knöchern konsolidierte komplette Unterschenkelfraktur und geringfügige diffuse Osteoporose. Nach Heilverfahren vom 25.05. bis 21.06.2000 in der Unfallklinik M. berichtete Prof. Dr. B., es bestehe eine knöchern konsolidierte Unterschenkelfraktur links mit belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des Knie- und Sprunggelenkes. Die Kernspintomographie habe lediglich narbige Veränderungen im Bereich des Hoffa'schen Fettkörpers und der Patellarsehne gezeigt, ansonsten unauffällige Verhältnisse. Die Schmerzen hätten sich unter intensiver Krankengymnastik nicht gebessert. Eine Änderung der MdE entstehe nicht.

In der Stellungnahme vom 26.07.2000 erklärte der Chirurg Dr. S. in Anlehnung an die Erfahrungswerte sei die MdE mit unter 20 v.H. ab Beginn der Arbeitsfähigkeit

einzuschätzen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 20.09.2000 die Gewährung einer Rente ab, weil der Versicherungsfall eine MdE in rentenberechtigendem Grade über die 26. Woche hinaus nicht hinterlassen habe. Als Folgen des Arbeitsunfalls wurden anerkannt: Endgradige Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenks, Muskelminderung am linken Bein, Reizzustand der Sehne des vorderen Schienbeinmuskels am knöchelnahen Unterschenkel, Gefäßminderung und Berührungsempfindlichkeit an der Seite des Unterschenkels mit großer Narbenplatte, verminderter Kalksalzgehalt am gesamten linken Unterschenkel, kleine knöchelnahe Ausziehung im ehemaligen Bruchbereich des linken Unterschenkels.

Den Widerspruch vom 09.10.2000, mit dem der Kläger geltend machte, sämtliche Befundberichte des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder R., das Gutachten des Prof. Dr. N. und der Abschlussbericht der Unfallklinik M. bestätigten eine dauernde MdE von 20 v.H., wurde mit Widerspruchsbescheid vom 23.11.2000 zurückgewiesen.

Zur Begründung der Klage vom 14.12.2000 hat der Kläger insbesondere auf das Gutachten des Prof. Dr. N. hingewiesen.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Prof. Dr. A. hat im Gutachten vom 07.02.2002 ausgeführt, Unfallfolgen seien eine endgradige Bewegungseinschränkung des linken oberen Sprunggelenkes, Muskelminderung am linken Bein, Reizzustand der Sehne des vorderen Schienbeinmuskels, Gefäßminderung und Berührungsempfindlichkeit an der Seite des Unterschenkels mit großer Narbenplatte, verminderter Kalksalzgehalt am gesamten linken Unterschenkel, kleine knöchelnahe Ausziehung am ehemaligen Bruchbereich des linken Unterschenkels. Es finde sich eine seitengleich kräftige Fußsohlenbeschwellung. Die Narbenverhältnisse seien reizlos, die Kniegelenke seitengleich frei beweglich. Es zeige sich kein Erguss, keine Entzündungszeichen, eine feste Bandverletzung, der innere und äußere Kniegelenksspalt sei nicht dehnungs- oder stauchungsempfindlich. Das Abrollverhalten des Fußes sei im linken Sprunggelenk endgradig eingeschränkt. Einbein-, Zehen- und Fersenstand seien beidseits sicher möglich. Es bestehe ein aus der Schwere der Verletzung resultierender dauerhafter Defektzustand, der mit einer MdE von 20 v.H. auf Dauer zu bewerten sei. Eine wesentliche Besserung sei nicht zu erwarten.

Hierzu hat die Beklagte eine Stellungnahme des Chirurgen Dr. E. vom 01.03.2002 übersandt, der darauf hingewiesen hat, dass die Unterschenkelfraktur unstrittig in anatomischer Stellung verheilt sei. Eine endgradige Bewegungsbehinderung des Fußgelenks bei freier Kniegelenksbeweglichkeit sei objektiviert, außerdem eine deutliche Muskelminderung des linken Beines, dagegen keine Nervenschädigung. Als Folge der Compartment-Syndrom-Spaltung bestehe eine Gefäßminderung. Auch die Fersenbeinfraktur sei folgenlos abgeheilt. Weder radiologisch noch klinisch seien Folgen objektivierbar. Die nicht geklärte ausgeprägte Schmerzhaftigkeit könne als Unfallfolge nicht eingeordnet oder begründet werden. Die klinischen

und radiologisch objektivierten Unfallfolgen rechtfertigten allenfalls eine MdE von 10 v.H.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 02.05.2002 abgewiesen. Prof. Dr. A. habe im Wesentlichen dieselben Befunde erhoben, wie sie bereits bei der Rentenbegutachtung durch Prof. Dr. N. festgestellt worden seien. Die MdE-Einschätzung durch Prof. Dr. A. und Prof. Dr. N. beruhe offensichtlich darauf, dass sie einen protrahierten Heilverlauf mit Schmerzsymptomatik angenommen hätten. Die Untersuchungen hätten aber kein fassbares medizinisches Korrelat für die Schmerzzustände des Klägers ergeben. Angesichts der funktionellen Ausfälle sei die MdE nicht mit 20 v.H. zu bemessen.

Mit der Berufung vom 16.07.2002 macht der Kläger geltend, durch die Schmerzsymptomatik komme es zu Funktionsbeeinträchtigungen, außerdem ¼hre nach den in Schönbberger-Mehrtens-Valentin, Seite 695, angegebenen Erfahrungswerten die Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks zu einer MdE von 30 v.H.; insofern werde eine MdE von 20 v.H. ¼r gerechtfertigt gehalten.

Beigezogen wurde ein Bericht des Allgemeinarztes Dr. W. vom 10.09.2002 über die Behandlung des Klägers von 1993 bis 1996. In Dezember 1994 sei es zu einer Außenbandzerrung am linken Sprunggelenk gekommen, im Dezember 1994 und Januar 1995 sei der Kläger wegen Gicht behandelt worden, im Januar 1995 wegen einer Innenmeniskusläsion am linken Kniegelenk, im Februar 1995 und Januar 1996 hätten ein Zustand nach Arthroskopie am linken Kniegelenk und nach Retinakulumspaltung sowie ein laterales Hyperpressions-Syndrom bestanden.

Der vom Senat zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. F. führte im Gutachten vom 11.02.2003 aus, die Muskelminderung des linken Beines am Oberschenkel bis 2 cm und am Unterschenkel bis 1,5 cm, wie sie Prof. Dr. A. festgestellt habe, sei nicht mehr zu verifizieren. Der Reizzustand der Sehne des vorderen Schienbeinmuskels und die Gefäß- und Berührungsminderung an der Narbenplatte des linken Unterschenkels stellten lediglich Formulierungen subjektiver Beschwerden dar, die sich dem objektiven Nachweis entziehen und sich auf die Höhe der MdE nicht auswirkten. Das linke Kniegelenk funktioniere frei, sei aber vorgeschädigt. Sekundäre degenerative Veränderungen ließen sich ausschließen. Die Verletzungsfolgen am linken Sprunggelenk lägen in Form eines leichten Funktionsdefizites vor. Von einer völligen Versteifung des Gelenks, die zu einer MdE von 20 v.H. führen würde, sei der Kläger weit entfernt. Somit lasse sich eine höhere MdE als 10 v.H., auch im Hinblick auf die ausgedehnten, funktionell jedoch nicht bedeutsamen Vernarbungen nicht begründen. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Fußsohlenbeschwellung links gegenüber rechts kaum verringert sei, der Kläger nach eigenen Angaben gut gehen könne und einen die Beine belastenden Sport, nämlich Kegeln, betreibe.

Der auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) zum Ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. S. kam im Gutachten vom 25.06.2003 zu dem Ergebnis, schmerzbedingt sei eine Belastungsstörung vorhanden, die eine über das normale Maß der Tabelle hinausgehende Beurteilung möglich mache.

Die Vorgutachter seien zu Ergebnissen gekommen, die im Wesentlichen nicht von dem heute gefundenen Funktionsdefizit abwichen. Insgesamt müsste jedoch davon ausgegangen werden, dass durch die Zusammenschau der Veränderungen zwar seitens der Funktion nur eine MdE von unter 25 v.H., jedoch in der Gesamtsicht der unfallbedingten Veränderungen eine MdE von 20 v.H. gerechtfertigt erscheine. Eine höhere MdE als in den üblichen Tabellen vorgesehen sei auch deshalb indiziert, da sich zu der Fraktur ein Compartment-Syndrom zugesellt habe und hierdurch in den muskulären Anteilen des Unterschenkels, Alterationen vorhanden gewesen seien, die zu Bewegungseinschränkungen bzw. schmerzhaften Bewegungsreduzierungen und insbesondere dynamischen Belastungseinschränkungen geführt hätten. Unfallfolgen seien eine Bewegungseinschränkung am linken oberen und unteren Sprunggelenk, Muskelminderung linkes Bein, Reizzustand Hoffa'scher Fettkörper mit Vernarbung und Schmerzzustand der Sehne des vorderen Schienbeinmuskels, Gefäßminderung und Berührungsempfindung an der Seite des Unterschenkels mit großer Narbenplatte links, verminderter Kalksalzgehalt am gesamten linken Unterschenkel, Narbenplatte seitlich linker Unterschenkel. Vorschäden hätten zum Zeitpunkt des Unfallereignisses nicht bestanden.

Die Beklagte übersandte eine Stellungnahme des Chirurgen Dr. K. vom 08.08.2003, in der Dr. K. ausführte, Dr. S. beschreibe eine seitengleich freie Beweglichkeit der Hüft- und Kniegelenke, ausgeprägte Unauffälligkeit des oberen und unteren Sprunggelenks ohne Schwellung, Rötung, Entzündungszeichen oder Ergussbildung. Er erwähne eine diskrete Einschränkung der unteren Sprunggelenksbeweglichkeit links, wobei die von ihm angegebenen Bewegungsmessungen in Normbereichen lägen. Weitere Auffälligkeiten im Sinne von Funktionsstörungen oder objektiven Zeichen für eine Belastungsinsuffizienz zeige er nicht auf. Er erwähne lediglich eine Wadenbeinnervschädigung. Bei fast völlig freier Sprunggelenksbeweglichkeit, fehlender Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, regelrechten Durchbauzuständen im Röntgenbild, einer Kalksalzminderung lediglich im betroffenen Frakturbereich, fehlender Muskelminderung und seitengleich ausgebildeter Fußsohlenbeschwellung sei eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß nicht gerechtfertigt. Dr. S. habe es auch versäumt, auf die Vorerkrankungen und Nebendiagnosen wie Gicht und Diabetes einzugehen.

Hierzu erklärte Dr. S. in der Stellungnahme vom 15.10.2003, er habe mit den Worten "Gefäßminderung und Berührungsempfindung an der Seite des Unterschenkels" eindeutige Sensibilitätsstörungen am Fußrand und im Unterschenkelbereich beschrieben. Motorische Lähmungen seien nicht festgestellt. Die von ihm vorgenommene Herabwertung gründe sich nicht auf subjektiv geklagte Veränderungen, sondern auf Funktionsuntersuchungen.

Dr. K. führte hierzu in der Stellungnahme vom 18.11.2003 aus, Dr. S. habe weiterhin keinerlei medizinische Befunde benannt, die eine Abweichung von den anerkannten MdE-Richtwerten rechtfertigen würden.

Der Kläger stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom

02.05.2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20.09.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.11.2000 zu verurteilen, ihm Verletztenrente in Höhe von 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Der Kläger hat unstreitig am 08.04.1998 einen Arbeitsunfall ([§ 8 SGB VII](#)) erlitten. Eine MdE von mindestens 20 v.H., die Voraussetzung für einen Anspruch auf Verletztenrente wäre ([§ 56 SGB VII](#)), liegt aber über die 26. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus nicht vor. Der ärztliche Sachverständige Dr. F. hat im Gutachten vom 11.02.2003 überzeugend erlutert, dass eine MdE über 10 v.H. wegen der Folgen des Unfalls vom 08.04.1998 nicht verblieben ist.

Am 08.04.1998 ist es durch den Arbeitsunfall zu einem kompletten Unterschenkelbruch links und einer Fraktur des Fersenbeines rechts ohne Dislokation gekommen. Die Frakturen sind knöchern fest verheilt. Der Kläger kann zügig und flüssig mit guter Schrittlänge gehen und rollt normal ab. Die Narben als Folgen der Compartmentspaltung und der Marknagelung sind nicht entzündlich verändert. Es finden sich keine Ödeme, beide Kniegelenke sind frei beweglich, links mehr als rechts, ein Reizerguss liegt beidseits nicht vor. Radiologisch laufen leichte Verschleißerscheinungen in beiden Kniegelenken ab, die links eine Spur mehr als rechts ausgeprägt sind. Dies ist jedoch, so Dr. F., auf den bekannten Vorschaden zurückzuführen. Bereits 1995 erfolgten zwei operative Eingriffe am linken Kniegelenk, im Jahr 2002 auch eine Operation am rechten Kniegelenk, außerdem war 1995 das Außenband des linken Sprunggelenkes verletzt. Die Funktion des linken Sprunggelenkes ist gegenüber rechts eine Spur eingengt. Die Röntgenuntersuchung zeigt eine diskrete Verschmälerung des Sprunggelenkspaltes links und minimale Gelenkkörperertrundungen. Der Kalksalzgehalt ist noch etwas reduziert. Messtechnisch ist das linke Bein aber, wie Dr. F. betont, weder am Ober- noch am Unterschenkel abgemagert. Somit ist die von Prof. Dr. A. noch festgestellte Muskelminderung des linken Beines nicht mehr zu verifizieren. Die von Prof. Dr. A. erwähnten Unfallfolgen, wie Reizzustand der Sehne des vorderen Schienbeinmuskels und Gefäß- und Berührungsminderung an der Narbenplatte des linken Unterschenkels, stellen lediglich subjektive Beschwerden dar, die sich dem objektiven Nachweis entziehen, wie Dr. F. erlutert. Wesentliche Funktionsstörungen des Knie- und Sprunggelenks sind nicht gegeben. Das linke Kniegelenk funktioniert frei, wobei sekundäre degenerative Veränderungen im Hinblick auf die achsengerechten Verhältnisse des linken Unterschenkels, so Dr. F.

, auszuschließen sind.

Dagegen besteht am linken Sprunggelenk, wie Dr. F. ausführte, ein leichtes Funktionsdefizit. Mit einer kompletten Versteifung des Gelenks, die zu einer MdE von 20 v.H. führt, ist dieser Zustand aber bei weitem nicht zu vergleichen. Somit lässt sich eine höhere MdE als 10 v.H. auch im Hinblick auf die ausgedehnten, funktionell jedoch nicht bedeutsamen Vernarbungen nicht begründen. Im Hinblick darauf, dass, wie Dr. F. festgestellt hat, keine Muskelminderung mehr am linken Ober- und Unterschenkel besteht, die Fußsohlenbeschwielung links gegenüber rechts kaum verringert ist, der Kläger nach eigenem Bekunden gut gehen kann, ist kein Anlass für die Festsetzung einer höheren MdE als 10 v.H. gegeben.

Auch Dr. S. hat im Gutachten vom 25.06.2003 darauf hingewiesen, dass eine weitgehende achsen- und gelenkgerechte knöcherner Konsolidierung der Unterschenkelfraktur besteht. Die Hüftgelenksbeweglichkeit war beidseits frei, ebenfalls die Kniegelenksbeweglichkeit, wobei die Meniskus-Tests negativ waren, keine Schwellung bestand, kein Anzeichen einer intraartikulären Ergussbildung, keine Entzündungszeichen, keine Überwärmung, die Verschieblichkeit der Kniescheiben war beidseits unauffällig, die Seitenbänder im Vergleich beidseits stabil, ebenso das vordere und hintere Kreuzband. Am oberen Sprunggelenk zeigte sich eine Bewegungseinschränkung links, an den unteren Sprunggelenken eine nur diskrete Einschränkung links, die Vorfußsupination und -pronation war beidseits unauffällig, die Zehengelenke frei beweglich, das Fersenbein rechts ohne Schmerzbefund und ohne Auffälligkeiten. Dr. S. stellte beim Fersenstand einen starken Zugschmerz fest. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Dr. H. von der Schmerzambulanz im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder keine fassbaren medizinischen Korrelate für die Schmerzzustände des Klägers feststellen konnte. Wenn Dr. S. darauf hinweist, dass schmerzbedingt eine Belastungsstörung vorhanden sei, die eine über das normale Maß der Tabelle hinausgehende Beurteilung möglich mache, so ist ihm entgegen zu halten, dass nach den Erfahrungswerten ein gut verheiltes Sprunggelenksbruch mit einer MdE von null bis 10 v.H. bewertet wird. Erst bei einer Versteifung werden Werte von 20 v.H. oder höher erreicht. Insoweit ist Dr. F. und Dr. K. zuzustimmen, dass im Hinblick auf die fast völlig freie Sprunggelenksbeweglichkeit, die fehlende Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, die regelrechten Durchbauungszustände der Brüche, die fehlende Muskelminderung und die seitengleiche Fußsohlenbeschwielung von einer höheren MdE als 10 v.H. nicht ausgegangen werden kann. Im Übrigen ist im Hinblick auf die vom Kläger angegebenen Schmerzzustände auch auf die wesentlichen Vorerkrankungen an den Kniegelenken und die früher bei ihm festgestellten Erkrankungen wie Gicht und Diabetes hinzuweisen, die, so Dr. F., ebenfalls Ursache der geklagten Schmerzen sein können.

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

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

Erstellt am: 03.05.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024