S 7 U 382/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	§ 1150 Abs 2 S 2 Nr 1 RVO § 220 Abs 1 SGB-DDR § 220 Abs 2 SGB-DDR § 548 Abs 1 RVO § 215 Abs 6 SGB VII § 1154 Abs 1 S 2 RVO § 56 SGB VII § 81 ff SGB VII

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 U 382/97
Datum	07.02.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 U 38/02
Datum	30.01.2004

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 07. Februar 2002 wird zurÃ¼ckgewiesen. II. Die Beklagte trÃ¤gt auch die auÃ□ergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte dem KlÃ¤ger Verletztenrente nach einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) von 20 v.H. zu gewÃ¤hren hat.

Der KlÃ¤ger erlitt am 11.07.1989 als Beifahrer in einem Pkw auf dem Weg zur Arbeit einen Verkehrsunfall. Der Pkw geriet bei einer Geschwindigkeit von mehr als

60 km/h ins Schleudern und prallte gegen einen Baum. Bei der ersten Ã¤rztlichen Untersuchung nach dem Unfall wurden eine Verletzung des rechten Sprunggelenkes, ein stumpfes Bauchtrauma, eine Kontusion der LendenwirbelsÃ¤ule (LWS) und des SteiÃbeines und eine Kinnplatzwunde, ferner diverse SchÃ¼rfungen festgestellt.

Der Verkehrsunfall wurde von der Staatlichen Versicherung der DDR noch im Jahre 1989 als Arbeitsunfall anerkannt.

In einem Ã¤rztlichen Gutachten vom 31.07.1989 nach der stationÃ¤ren Behandlung, die bis zum 28.07.1989 angedauert hatte, ist u.a. ein Zustand nach stumpfem Bauchtrauma mit nachfolgenden BlasenentleerungsstÃ¶rungen, ferner ein Zustand nach LWS- und SteiÃbeinprellungen mit anhaltenden Restbeschwerden aufgefÃ¼hrt. In einem weiteren Gutachten vom 11.06.1990 werden als Beschwerden RÃ¼ckenbeschwerden nach langem Sitzen und ca. halbstÃ¼ndigem Stehen beschrieben, ferner werden Miktions- und PotenzstÃ¶rungen aufgefÃ¼hrt. Eine Untersuchung im Bezirkskrankenhaus fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie A â¦ am 18.07.1991 ergab u.a. SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Bereich S4 bis S5 links; die vorÃ¼bergehend bestandene Impotenz und BeeintrÃ¤chtigung der Blasenfunktion seien jetzt unauffÃ¤llig. In einem Arztbrief vom 08.12.1995 ist weiter vermerkt, dass die Taubheit in der linken GesÃ¤Ãseite weiterbestehe. PrimÃ¤r akute BlasenstÃ¶rungen sind in einem weiteren Arztbrief, dieser vom 18.01.1996, erwÃ¤hnt.

Am 26.11.1996 erstatteten Prof. Dr. D1 â¦ und der Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die Dipl.-Med. S1 â¦ ein Gutachten fÃ¼r die Beklagte. Der KlÃ¤ger habe ein InstabilitÃ¤tsgefÃ¼hl mit lumbalen Schmerzen im Bereich der LWS beschrieben und es bestÃ¼nden TaubheitsgefÃ¼hle perianal mit StÃ¶rungen des Wasserlassens seit dem Unfall, ferner TaubheitsgefÃ¼hle im Bereich des linken Oberschenkels besonders bei langem Sitzen bzw. Stehen. Die Gehstrecke sei aufgrund des rechten FuÃes deutlich limitiert. Der KlÃ¤ger mÃ¼sse hohes Schuhwerk tragen, um seiner TÃ¤tigkeit nachgehen zu kÃ¶nnen. Infolge des Unfalles bestehe eine den KlÃ¤ger in seiner jetzigen TÃ¤tigkeit deutlich einschrÃ¤nkende InstabilitÃ¤t des rechten Sprunggelenkes mit witterungsabhÃ¤ngigen Schmerzen und klinisch massiver Ãberbeweglichkeit sowie Aufklappbarkeit des oberen fibularen Sprunggelenksanteiles. Es sei nahezu keine fibulare Bandstruktur mehr tastbar. Das linke Sprunggelenk sei altersentsprechend und beschwerdefrei. RÃ¶ntgenologisch zeigten sich keine wesentlichen Frakturfolgen der LWS. Es bestehe eine Spondylolisthesis (Wirbelgleiten Grad I nach MEYERDING), die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als vorbestehende, angeborene Erkrankung gesehen werden mÃ¼sse. Die Kaudasymptomatik mit StÃ¶rung des Wasserlassens und GefÃ¼hlsstÃ¶rung im Analbereich sowie die rezidivierenden lokalen pseudoradikulÃ¤ren Beschwerden seien durch diese vorbestehende Erkrankung zu erklÃ¤ren. Deshalb werde empfohlen, lediglich die Verletzung des Sprunggelenkes als Unfallfolge mit einem Dauerschaden nach einer MdE von 10 v.H. anzuerkennen. Als Unfallfolge seien die Arthrose des rechten oberen Sprunggelenkes mit freiem GelenkkÃ¶rper sowie InstabilitÃ¤t zu nennen. Mit einer wesentlichen Ãnderung der Unfallfolgen in naher Zeit sei nicht zu rechnen. Lediglich eine deutliche

voranschreitende schwere Arthrose des Sprunggelenkes rechts kÃ¶nne im Sinne einer SpÃ¤tfolge zu einer deutlichen VerÃ¤nderung der MdE fÃ¼hren, sei jedoch in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Mit Bescheid vom 10.12.1996 lehnte die Beklagte daraufhin die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente ab. Als Folge des Arbeitsunfalles vom 11.07.1989 wurden geringgradige BewegungseinschrÃ¤nkungen und InstabilitÃ¤t im rechten Sprunggelenk sowie rÃ¶ntgenologisch nachweisbare VerÃ¤nderungen nach Bruch des Sprunggelenkes anerkannt. Als Unfallfolgen nicht anerkannt wurden deutliche rÃ¶ntgenologisch nachweisbare anlagebedingte VerÃ¤nderungen, insbesondere im Bereich der BrustwirbelsÃ¤ule (BWS) und LWS mit StÃ¶rungen beim Wasserlassen, lumbalem, lokalem bis pseudoradikulÃ¤rem Schmerzsyndrom und GefÃ¼hlsstÃ¶rungen im Bein.

Der KlÃ¤ger legte Widerspruch gegen den Bescheid ein und wies u.a. auf Beschwerden beim Wasserlassen und auf GefÃ¼hlsstÃ¶rungen im Analbereich hin. Dem Widerspruchsschreiben beigefÃ¼gt war ein Befundbericht nach einem MRT vom 29.09.1992, in dem deutliche Zeichen eines von rechts lateral leicht eingeengtem RÃ¼ckenkanals durch knÃ¶cherne Verletzung der Lamina rechts in HÃ¶he S1 beschrieben werden. Die Beklagte gab daraufhin bei Dr. T1 â¦/Dr. S2 â¦ ein weiteres Gutachten in Auftrag, das am 03.07.1997 nach einer Untersuchung des KlÃ¤gers erstellt wurde. Die Gutachter kamen zu dem Ergebnis, dass eine strukturelle Verletzung der LWS nicht belegt werden kÃ¶nne, so dass kein ursÃ¤chlicher Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden bestehe. Vielmehr handele es sich zweifelsfrei um eine lumbosacrale AufbaustÃ¶rung, die durch den Unfall nicht verschlimmert worden sei. Als Unfallfolge sei nur eine reizlose Narbe am Kinn verblieben, wÃ¤hrend am rechten Sprunggelenk keine relevanten objektiven Unfallfolgen mehr festgestellt werden kÃ¶nnten. Die unfallbedingte MdE sei daher nicht messbar bzw. mit deutlich unter 10 v.H. zu beziffern.

Ferner wurde von Dr. W1 â¦ am 10.07.1997 nach einer Untersuchung ein nervenfachÃ¤rztliches Gutachten erstellt. Der KlÃ¤ger beschrieb auch gegenÃ¼ber diesem Gutachter, dass er seit dem Unfall Schwierigkeiten mit Blase und Darm habe, ferner TaubheitsgefÃ¼hle am Darm und um den After, anfangs auch linksseitig an der Innenseite des Oberschenkels bis zum Knie. Hinsichtlich der Schwierigkeiten mit der Blase gab der KlÃ¤ger an, dass die Entleerung nicht mehr so krÃ¤ftig wie frÃ¼her sei, insbesondere der Strahl nicht. Er habe Schwierigkeiten mit dem Stuhl, wenn er Durchfall habe, kÃ¶nne er ihn nicht halten. Mit der Potenz sei es auch nicht mehr so gut, es sei etwas mÃ¼hsam und er brauche mehr Zeit. Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass die bestehende Symptomatik und das Bescherdebild einem Konussyndrom entsprÃ¤chen. Es liege eine SchÃ¤digung des RÃ¼ckenmarkendes in HÃ¶he des ersten LendenwirbelkÃ¶rpers vor. Die StÃ¶rung der Blasenentleerung, die Schwierigkeiten, den Stuhlgang zu halten und auch die BeeintrÃ¤chtigung der Sexualfunktion seien hierfÃ¼r relativ typisch. Ebenso typisch seien die EmpfindungsstÃ¶rungen. Diese SchÃ¤digung des Konus kÃ¶nne nur eintreten, wenn eine entprechende mechanische BeeintrÃ¤chtigung der LWS vorgelegen habe, die in der Lage gewesen sei, das RÃ¼ckenmarkende zu beeinflussen. Dann bestehe allerdings auch zu Anfang die Symptomatik einer

QuerschnittslÃ¤sion zu Anfang, die in dieser Form nicht beschrieben worden sei und auch nach der Schilderung des KlÃ¤gers nicht vorgelegen habe. Er â der Gutachter â kÃ¶nne einen Unfallzusammenhang nicht bestÃ¤tigen, weil, wie schon ausgefÃ¼hrt, eine traumatische BeeintrÃ¤chtigung des RÃ¼ckenmarkendes am Anfang zu schwerwiegenden Symptomen fÃ¼hre, die allmÃ¤hlich abklÃ¤ngen und besser wÃ¼rden. Wesentliche Unfallfolgen vonseiten seines Fachgebietes lÃ¤gen somit nicht vor.

Daraufhin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 27.11.1997 der Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen. Am 18.12.1997 hat der KlÃ¤ger Klage vor dem Sozialgericht Dresden (SG) erhoben.

Das SG hat im Rahmen seiner umfangreichen Ermittlungen ein Gutachten bei dem Facharzt fÃ¼r Urologie Dr. E1 â¦ vom 13.09.1999 eingeholt, in dem zunÃ¤chst ausgefÃ¼hrt wird, dass der KlÃ¤ger ein seit dem Unfall deutlich verÃ¤ndertes FÃ¼llungsempfinden der Blase beschrieben habe, die BlasenfÃ¼llung werde nur noch im Sinne eines unspezifischen Druckempfindens im Unterbauch registriert. Die Zeit vom ersten unspezifischen FÃ¼llungsempfinden bis zum ersten Drang sei deutlich verkÃ¼rzt. Zur Miktionseinleitung sei weiterhin der Einsatz der Bauchpresse notwendig. Ferner habe der KlÃ¤ger Startschwierigkeiten in der Entwicklung der Gliedsteife beklagt; eine Gliedsteife sei nur unter massiver sexueller Stimulanz mit hinreichender StÃ¤rke zu erzielen. Kongruent zu diesen Beschwerden sei hinsichtlich der neuro-urologischen Komplexdiagnostik eine SchÃ¤digung der viscero-motorischen Achse beschrieben worden. Die Befundkonstellation sei eine typische Folge fÃ¼r Verletzungen im Lendenwirbelbereich. Die neurogene BlasenstÃ¶rung, areflexive Blase bei kompletter LÃ¤sion der viscero-motorischen Achse und ErektionsstÃ¶rung stÃ¼nden in Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Die MdE vonseiten des urologischen Fachgebietes werde mit 30 v.H. festgesetzt.

Ein weiteres Gutachten ist von dem Facharzt fÃ¼r OrthopÃ¤die und Chirurgie/Unfallchirurgie, Dr. P1 â¦ am 13.01.2000 erstellt worden. Der Gutachter hat ausgefÃ¼hrt, dass eine in Fehlstellung verheilte Fraktur des Kreuzbeines mit StÃ¶rungen der dort austretenden RÃ¼ckenmarknerven bestehe. Die GesundheitsstÃ¶rungen seien die unmittelbare Folge des Ereignisses vom 11.07.1989. UnfallunabhÃ¤ngige Kausalfaktoren hÃ¤tten nicht festgestellt werden kÃ¶nnen. Die Gesamt-MdE sei mit 35 v.H. zu beziffern.

Hierzu ist von Dr. T1 â¦/Dr. S2 â¦ am 14.03.2000 eine gutachtliche Beurteilung nach Aktenlage vorgelegt worden, in der die Gutachter nochmals darauf hingewiesen haben, dass es sich ihrer Ansicht nach beim KlÃ¤ger um eine ungewÃ¶hnlich deutlich ausgeprÃ¤gte lumbosakrale AufbaustÃ¶rung und Formvariante des Kreuzbeines handele, deren Folgen auch durch den Unfall nicht hÃ¤tten verschlimmert werden kÃ¶nnen.

Prof. Dr. D1 â¦ hat in einer Stellungnahme vom 22.05.2000 ausgefÃ¼hrt, dass im Bereich S1/S2 eine stumpfwinklige Abknik-kung zwischen S1 und S2 mit inkomplettem Zwischenwirbelraum vorhanden sei. Insgesamt liege eine sehr

komplexe Fehlbildung am lumbosacralen Ãbergang vor. Dass die Fehlform bei S1/S2 mit Einengung des Wirbelkanales unfallbedingt sei, kÃ¶nne auch durch das MRT vom 16.08.1999 nicht nachgewiesen werden. Das Krankheitsbild des KlÃ¤gers kÃ¶nne auch durch eine fehlbildungsbedingte Formvariante hervorgerufen werden. Aufgrund unfallchirurgischer Erfahrungen halte er eine unfallbedingte Verursachung der Deformation im Bereich S1/S2 nicht fÃ¼r mÃ¶glich.

Dr. P1 â¦ hat die AusfÃ¼hrungen von Dr. S2 â¦ und Prof. Dr. D1 â¦ in einer Stellungnahme vom 24.08.2000 nicht fÃ¼r Ã¼berzeugend gehalten. An der EinschÃ¤tzung, dass die DeformitÃ¤t im Bereich S1/S2 und die hiermit zusammenhÃ¤ngenden Beschwerden unfallbedingt entstanden seien, sei festzuhalten, da ein Unfallereignis mit geeigneter Gewalteinwirkung und eindeutige BrÃ¼ckensymptome vorlÃ¤gen. Die Annahme einer anlagebedingten Missbildung beruhe hingegen auf allgemeinen ErfahrungssÃ¤tzen, die den Besonderheiten des vorliegenden Falles nicht gerecht wÃ¼rden.

Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG hat der als SachverstÃ¤ndige befragte Facharzt fÃ¼r Urologie Dr. E1 â¦ ausgefÃ¼hrt, dass eine LÃ¤sion der viscero-motorischen Achse auch anlagebedingt mÃ¶glich sei. Im vorliegenden Fall spreche fÃ¼r einen Unfallzusammenhang eindeutig der Zeitablauf. Vor dem Unfall seien Ã¼berhaupt keine Miktions- oder Erektionsbeschwerden dokumentiert, nach dem Unfall jedoch durchgÃ¤ngig bis heute. Die urologische Diagnostik bis zu seiner Untersuchung im Jahre 1999 sei vÃ¶llig insuffizient gewesen, da keine neuro-urologische Komplettdiagnostik durchgefÃ¼hrt worden sei. Unter der visceromotorischen Achse verstehe man die Nervenverbindung zur Steuerung der Blase. Um diese NervenstrÃ¤nge zu schÃ¤digen, sei eine Fraktur im Bereich der WirbelsÃ¤ule Ã¼berhaupt nicht erforderlich, eine kurzfristige Verschiebung der WirbelkÃ¶rper zueinander reiche aus, um eine solche LÃ¤sion zu verursachen. Wegen der LÃ¤sion der viscero-motorischen Achse kÃ¶nne der KlÃ¤ger seinen BlasenschlieÃmuskel nicht mehr willentlich steuern. Auch die Erektionsbeschwerden seien durch die LÃ¤sion der Achse bedingt. Angeborene SchÃ¤digungen der viscero-motorischen Achse machten sich in der Regel im Kleinkindalter bemerkbar, wenn die Blasenfunktion willentlich beherrscht werden kÃ¶nne. Er habe noch nie einen Fall gesehen, bei der eine anlagebedingte Anomalie im lumbosacralen Ãbergangsbereich einfach so und ohne wesentliches Trauma zu einer LÃ¤sion der viscero-motorischen Achse gefÃ¼hrt habe. So etwas sei hÃ¶chstens schleichend mÃ¶glich, nicht aber so akut wie im vorliegenden Fall. So sei in der Akte dokumentiert, dass der KlÃ¤ger nach dem Unfall ein paar Tage inkontinent gewesen sei.

Das SG hat mit Urteil ebenfalls vom 07.02.2002 die Beklagte zur GewÃ¤hrung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ab 01.01.1996 verurteilt und zur BegrÃ¼ndung u.a. ausgefÃ¼hrt, dass das Gericht auÃer der bereits mit Bescheid vom 10.10.1996 als Unfallfolge anerkannten FunktionsbeeintrÃ¤chtigung des rechten Sprunggelenkes auch eine neurogene BlasenstÃ¶rung, eine BeeintrÃ¤chtigung der Gliedsteife und eine SchÃ¤digung der LWS mit geringgradigen funktionellen Auswirkungen als Folge des Arbeitsunfalles vom 11.07.1989 ansehe. Der Ursachenzusammenhang im naturwissenschaftlich-

philosophischen Sinne sei schon aufgrund des zeitlichen Zusammenhanges offensichtlich. Es lasse sich nicht plausibel begrÃ¼nden, dass die RÃ¼cken-, Miktions- und Erektionsbeschwerden auch ohne den streitgegenstÃ¤ndlichen Arbeitsunfall zum etwa gleichen Zeitpunkt in etwa gleicher AusprÃ¤gung aufgetreten wÃ¤ren. Anlagebedingte Faktoren kÃ¶nnten nur dann in die KausalitÃ¤tsprÃ¼fung einbezogen werden, wenn sie im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen seien. Insofern stehe zur Ãberzeugung des Gerichtes fest, dass zum Zeitpunkt des streitgegenstÃ¤ndlichen Arbeitsunfalles eine komplexe Fehlbildung am lumbosakralen Ãbergang vorgelegen habe. Es kÃ¶nne unterstellt werden, dass diese Fehlbildung die Miktions-, Erektions- und RÃ¼ckenbeschwerden des KlÃ¤gers mitverursacht habe, da auch bei dieser fÃ¼r den KlÃ¤ger ungÃ¼nstigen Annahme der streitgegenstÃ¤ndliche Arbeitsunfall als rechtlich allein wesentliche Ursache der Beschwerden des KlÃ¤gers anzuerkennen sei. Es kÃ¶nne nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden des KlÃ¤gers mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne das streitgegenstÃ¤ndliche Unfallereignis durch beliebig austauschbare Einwirkungen des unversicherten Alltagslebens zu annÃ¤hernd gleicher Zeit und mit annÃ¤hernd gleicher Schwere aufgetreten wÃ¤ren. Auch den im Ãbrigen beigezogenen medizinischen Unterlagen lasse sich nicht entnehmen, dass beim KlÃ¤ger bereits vor dem Unfall eine entsprechend gravierende Schadensanlage vorgelegen habe. Hinweise auf eine erhÃ¶hte SchÃ¤digungsanfÃ¤lligkeit der viscero-motorischen Achse fehlten vÃ¶llig. Aufgrund der Unfallfolgen sei die ErwerbsfÃ¤higkeit des KlÃ¤gers um 20 v.H. gemindert. Die Beschwerden im Bereich des rechten FuÃes seien mit einer MdE von unter 10 v.H. zu bewerten. Hinsichtlich der FunktionsstÃ¶rungen der WirbelsÃ¤ule werde zur BegrÃ¼ndung der MdE ergÃ¤nzend auf die Anhaltspunkte fÃ¼r die Ã¤rztliche GutachtertÃ¤tigkeit abgestellt. Zwar entfalteten diese im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung keine unmittelbare Wirkung. Jedoch bestÃ¼nden nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) grundsÃ¤tzlich weder rechtlich noch medizinisch fundierte Unterschiede zwischen der MdE-Bemessung im Unfallversicherungs- und im Schwerbehindertenrecht. Insgesamt betrachtet seien die funktionellen Auswirkungen der LWS-SchÃ¤digung als geringgradig einzustufen und mit einer MdE von hÃ¶chstens 10 v.H. zu bewerten. Auch die Miktionsbeschwerden rechtfertigten keine MdE von mindestens 10 v.H. Jedoch mÃ¼ssten die unfallbedingten Erektionsbeschwerden eine MdE von 20 v.H bewertet werden. FÃ¼r den vollstÃ¤ndigen Verlust des Penis halte das Gericht eine MdE von 40 bis 50 v.H. fÃ¼r angemessen. Die BeischlafunfÃ¤higkeit sowie der vollstÃ¤ndige Ausfall der Gliedsteife seien etwas niedriger und damit mit einer MdE von 30 bis 40 v.H. zu bewerten. Da bei einer SchwÃ¤che der Gliedsteife die BeischlaffÃ¤higkeit grundsÃ¤tzlich noch gegeben sei, sei die MdE abhÃ¤ngig von der EinschrÃ¤nkung beim Beischlaf mit 10 bis 25 v.H. angemessen bewertet. Aufgrund der glaubhaften Angaben des KlÃ¤gers sei dieser in seinem Sexualleben jedoch erheblich eingeschrÃ¤nkt, so dass das Gericht in Ãbereinstimmung mit Dr. E1 â¦ fÃ¼r die Erektionsbeschwerden und die damit verbundenen EinschrÃ¤nkungen des Sexuallebens eine MdE von 20 v.H. als gerechtfertigt ansehe. Die Gesamt-MdE sei angesichts der nur leichteren BeeintrÃ¤chtigungen im Ãbrigen ebenfalls mit 20 v.H. zu bewerten.

Gegen das ihr am 04.04.2002 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 12.04.2002

Berufung eingelegt und zur BegrÃ¼ndung zunÃ¤chst darauf hingewiesen, dass das Unfallereignis und die durch den Unfall verursachten GesundheitsstÃ¶rungen in vollem Umfang und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein mÃ¼ssten. Es kÃ¶nne nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass der KlÃ¤ger eine Kompressionsfraktur im Bereich S1/S2 erlitten habe, auch stehe nicht fest, ob eine kurzfristige Verschiebung der WirbelkÃ¶rper zu einer SchÃ¤digung der viscero-motorischen Achse gefÃ¼hrt habe. Auch kÃ¶nne das Krankheitsbild des KlÃ¤gers durch eine allgemeine kÃ¶rperliche Erkrankung auch psychischer Art hervorgerufen werden.

Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 30.01.2004 hat der KlÃ¤ger ausgefÃ¼hrt, dass die Miktionsbeschwerden seit dem Unfall unverÃ¤ndert fortbestÃ¼nden. Er habe kein GefÃ¼hl fÃ¼r die FÃ¼llung der Blase und sei stÃ¤ndig gezwungen, darauf RÃ¼cksicht zu nehmen. Hierin liege eine nicht unerhebliche BeeintrÃ¤chtigung fÃ¼r ihn. Die einigermaÃen schmerzfreie Gehstrecke betrage ca. 2 km. Die dann auftretenden starken Schmerzen gingen hauptsÃ¤chlich von der LWS aus. Das rechte Sprunggelenk schmerze nur gelegentlich, er kÃ¶nne aber nicht wandern und wenn er nicht Acht gebe, knicke er sehr stark um. Bei der beruflichen TÃ¤tigkeit mÃ¼sse er deshalb feste und knÃ¶chelhohe Schuhe tragen. Hinsichtlich seiner Erektionsprobleme sei es so, das er versucht habe, einen Psychologen zu finden, mit dem er habe reden kÃ¶nnen. Er habe aber niemanden gefunden, zu dem er das erforderliche VertrauensverhÃ¤ltnis habe aufbauen kÃ¶nnen.

Die Beteiligten haben sich mit Schreiben vom 27.05.2003 und 04.06.2003 mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin einverstanden erklÃ¤rt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten aus beiden RechtszÃ¼gen und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Das Gericht konnte durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin entscheiden, da die hierfÃ¼r gemÃ¤Ã Â§ 155 Abs. 4, 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erforderlichen EinverstÃ¤ndniserklÃ¤rungen vorliegen.

Die zulÃ¤ssige Berufung ist nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur GewÃ¤hrung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ab 01.01.1996 verurteilt.

Hinsichtlich des Vorliegens von Unfallfolgen â neurogene BlasenstÃ¶rung, BeeintrÃ¤chtigung der Gliedsteife und SchÃ¤digung der LWS mit leichteren funktionellen Auswirkungen â wird gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 2 SGG auf die GrÃ¼nde der Entscheidung des SG verwiesen, denen sich das Gericht nach eigener PrÃ¼fung insoweit anschlieÃt. Auch zur Ãberzeugung des Berufungsgerichtes steht angesichts der fÃ¼r eine SchÃ¤digung der visceromotorischen Achse typischen Beschwerden, die vor dem Unfallereignis nicht vorhanden waren, fest, dass die

visceromotorische Achse des KlÃ¤gers am 11.07.1989 mit den bereits genannten Folgen geschÃ¤digt wurde. Aus dem Vorbringen der Beklagten ergibt sich insbesondere angesichts des engen zeitlichen Zusammenhanges zwischen Unfallereignis und Eintritt der Beschwerden nichts anderes. Hinweise darauf, dass die Beschwerden des KlÃ¤gers auf sonstige Erkrankungen -z. B. im psychischen Bereich â beruhen kÃ¶nnten, sind nicht vorhanden.

Hinsichtlich der der Bemessung der MdE zugrunde liegenden Normen wird ebenfalls gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 2 SGG auf die Entscheidung des SG verwiesen. Hinsichtlich der SchÃ¤tzung der Gesamt-MdE ist zwar mit dem SG von einer MdE von 20 v.H. auszugehen. Jedoch kann sich das Gericht den AusfÃ¼hrungen des SG nicht anschlieÃen, soweit dieses fÃ¼r die Erektionsprobleme eine MdE von 20 v.H. als angemessen betrachtet, fÃ¼r die Sprungsgelenksbeschwerden und die Miktionsbeschwerden jedoch nur eine MdE von jweils unter 10 v. H. und fÃ¼r die LWS-Beschwerden eine MdE von allenfalls 10 v.H. fÃ¼r angemessen hÃ¤lt.

Vielmehr ist nach Auffassung des Berufungsgerichtes hinsichtlich der FunktionseinschrÃ¤nkungen bzw. Beschwerden im rechten Sprunggelenk und der LWS, die bezÃ¼glich des GehvermÃ¶gens eine Funktionseinheit bilden, von einer MdE von 10 v.H. auszugehen. Insoweit hat das Gericht auch berÃ¼cksichtigt, dass Prof. Dr. D1 â¦ schon in seinem im November 1996 erstellten Gutachten allein fÃ¼r die FunktionsstÃ¶rungen im Bereich des rechten Sprunggelenkes von einer MdE von 10 v.H. auf Dauer ausging.

Die beim KlÃ¤ger vorhandenen Miktionsbeschwerden rechtfertigen ebenfalls eine MdE von jedenfalls 10 v.H. Nach den MdE-Erfahrungswerten bedingt eine BlasenschwÃ¤che leichten Grades eine MdE von 10 bis 20 v.H., eine BlasenschwÃ¤che schweren Grades eine MdE von 20 bis 40 v.H.(Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung; Stand August 2002, Anhang 12 J 020). Da der KlÃ¤ger seit dem Unfallereignis unter einem mangelndem GefÃ¼hl fÃ¼r die FÃ¼llung der Blase leidet und zudem Wasserlassen nur unter Einsatz der Bauchpresse mÃ¶glich ist, erscheint eine MdE von 10 v.H. angemessen. Hinsichtlich der Erektionsprobleme des KlÃ¤gers ist die MdE mit 10 v.H. ebenfalls angemessen bewertet. Nach den MdE-Erfahrungswerten (a.a.O.) bedingt eine SchwÃ¤che der Gliedsteife eine MdE von 10 bis 20 v. H. Da der KlÃ¤ger in seinem Sexualleben nach seinen Angaben zwar beeintrÃ¤chtigt ist, jedoch eine BeischlafunfÃ¤higkeit (die eine MdE von 20 bis 40 v.H. bedingen wÃ¼rde) nicht vorliegt, kann die Einzel-MdE fÃ¼r die ErektionsschwÃ¤che lediglich mit 10 v.H. bewertet werden.

Zur Ãberzeugung des Gerichtes steht fest, dass die FunktionsstÃ¶rungen insgesamt eine MdE von 20 v.H. bedingen. Das Gericht verkennt dabei nicht, dass in der Regel eine Einzel-MdE von 10 v.H. bei der Bemessung der Gesamt-MdE nicht berÃ¼cksichtigt wird. Doch hÃ¤lt das Gericht im Rahmen einer Gesamtschau die MdE mit 20 v.H. angesichts der insgesamt doch erheblichen BeeintrÃ¤chtigung des KlÃ¤gers durch die Unfallfolgen fÃ¼r angemessen bewertet.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG. GrÃ¼nde fÃ¼r eine Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs. 2 SGG). â

Erstellt am: 15.10.2004

Zuletzt verändert am: 23.12.2024