

L 2 U 4868/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 4 U 3503/09

Datum

30.09.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 2 U 4868/10

Datum

19.04.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30. September 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Gewährung höherer Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 40 v.H. ab dem 26.03.2008.

Der 1964 geborene Kläger war am Unfalltag, dem 14.07.2007 als Lagerarbeiter im Lager seines Arbeitgebers, der Spedition Rolf B. GmbH, T., mit dem Einladen von Waren beschäftigt, als ein neben ihm arbeitender Gabelstapler sich drehte und über seinen rechten Fuß fuhr (schriftliche Erklärung vom 03.08.2007, Bl. 17 Verwaltungsakte - VA -; siehe auch Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 08.08.2007). Der Kläger sei seitlich auf das Hüftgelenk gefallen und der Gabelstapler sei über das Sprunggelenk hinweg gerollt. Bei dem Unfall habe er halbhohe Sicherheitsschuhe getragen (vgl. im wesentlichen übereinstimmende Angaben des Klägers gemäß Erstem Rentengutachten des Prof. Dr. A. vom 01.07.2008, Bl. 162 VA und Gutachten des Dr. B. vom 06.04.2010, Bl. 39 ff. Sozialgerichts-Akte). Der Unfall ereignete sich am 14.07.2007 um ca. 14:45 Uhr. Der Kläger wurde nach dem Unfall mit dem Krankenwagen in das Klinikum P. verbracht, wo er um 15:30 Uhr eintraf.

Mit Durchgangsarztbericht vom 17.07.2007 teilte der Facharzt für Chirurgie Dr. S. (Klinikum P.) mit, der Kläger sei von einem Gabelstapler erfasst worden. Er sei am 14.07.2007 um 15:30 Uhr eingetroffen. Als Erstbefund beschrieb Dr. S. eine Schwellung des gesamten rechten oberen Sprunggelenks (OSG) im Bereich des Außen- und Innenknöchels mit Schürfung über dem Innenknöchel und schmerzbedingt aufgehobener Sprunggelenksbeweglichkeit. Sensibilität und Durchblutung seien intakt gewesen. Ferner bestehe ein Druckschmerz an der rechten Hüfte ohne sichtbare äußere Verletzungszeichen bei guter Beweglichkeit. Gem. Röntgenergebnis bestehe eine Fibulafrakture Typ Weber C, ferner ein Verdacht auf Infraktion im Bereich des Tubercule de chaput rechts. Zudem bestehe eine mögliche Innenwandläsion am rechten OSG. Er stellte folgende Erstdiagnose: "OSG-Frakture rechts, Hüftprellung rechts".

Der Kläger befand sich vom 14.07.2007 bis zum 25.07.2007 in stationärer Behandlung in der Chirurgischen Klinik des Klinikums P ... Gemäß Entlassungsbericht vom 17.09.2007 (Bl. 63 VA) hatte Prof. Dr. A. die Diagnosen einer bimalleolären OSG-Frakture rechts am Außenknöchel Typ Weber C, einer kleinen knöchernen Aussprengung an der Innenseite der Fibula und Aussprengung des hinteren Fragmentdreiecks gestellt. Es erfolgte eine offene Reposition des Bruches mit Plattenosteosynthese am Außenknöchel und Zugschraubenosteosynthese am hinteren Volkmann'schen Dreieck (Operation vom 18.07.2007) und eine Ruhigstellung in einer Unterschenkelnschiene. Die nachfolgende Röntgenkontrolle habe ein gutes postoperatives Ergebnis gezeigt (vgl. Zwischenbericht vom 08.08.2007, Bl. 23 VA). Der Kläger sei an Unterarmgehstützen unter Entlastung gut mobilisiert gewesen.

Nachfolgend ist ein protrahierter Heilungsverlauf dokumentiert. So habe gemäß Zwischenbericht Dr. S., Klinikum P., vom 10.10.2007 (Bl. 39 VA) der Kläger am 04.10.2007 unter 35 kg Teilbelastung bei radiologisch exakt stehender Sprunggelenksfrakture über zunehmende Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks sowie über Schmerzen im Bereich des rechten Vorfußes geklagt; beschrieben wurde ferner ein relativ hoher Schmerzmittelverbrauch. Das paratendinöse Gleitgewebe sei noch deutlich geschwollen, das Fortschreiten der Belastungsfähigkeit schlecht.

Vom 31.10.2007 bis 10.12.2007 befand sich der Kläger zur komplex stationären Rehabilitation (KSR) in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BG-Unfallklinik T.). Dort wurde neben den orthopädisch-chirurgischen Diagnosen (Z. n. Weber C-Fraktur und Abbruch Volkmannsdreieck rechts am 18.07.2007, operativ versorgt mit Drittelrohrplatte am AK und Zugschraube von ventral in Volkmann'schem Dreieck) eine äthiologisch unklare Schmerzsymptomatik mit pers. Gangbildstörung bei fraglicher Somatisierungsstörung beschrieben. Die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit und ein EMG am 27.11.2007, welche durchgeführt worden seien um eine mögliche Nervenläsion auszuschließen, hätten unauffällige Ergebnisse erbracht; die Messwerte im Bereich des rechten Fußes seien sogar weit besser gewesen als auf der Gegenseite. Sämtliche durchgeführten Therapieformen hätten gemäß Entlassungsbericht vom 09.01.2008 (Bl. 76 VA) zu keiner Besserung der Beschwerdesymptomatik geführt; das Leistungsvermögen des Klägers sei geprägt gewesen vom Unvermögen ohne Unterarmgehstützen zu laufen, was ihm in unbeobachteten Momenten sehr wohl gelungen sei, ohne dass es zu überschießenden Schmerzen gekommen sei. Der Kläger beharre auf seinem nicht nachvollziehbaren Schmerzsyndrom.

Im Bericht vom 11.01.2008 (Bl. 85 VA) über die ambulante Nachuntersuchung vom 28.12.2007 beschrieb der Unfallchirurg Dr. S. eine deutliche Verfärbung des rechten Unterschenkels und äußerte den Verdacht auf ein zunehmendes CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom). Der Kläger laufe massiv hinkend und klage über erhebliche Probleme beim Laufen auf unebenem Boden. Die Beweglichkeit im Bereich des rechten Sprunggelenks sei deutlich eingeschränkt. Aufgrund der massiven Schmerzsymptomatik sei der Kläger für ein neurologisches Konsil angemeldet.

Neurologische Konsiliaruntersuchungen vom 03.01.2008 (Bericht Dr. Sch., Neurologische Klinik des Klinikums P., vom 04.01.2008, Bl. 80 ff. VA) und vom 17.01.2008 (Bericht Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. F. vom 22.01.2008, Bl. 89 ff. VA) ergaben jeweils die Diagnose einer leichtgradigen/diskreten sensiblen Peroneusläsion rechts. Dr. Sch. führte aus, der Kläger habe eine Hypästhesie sowohl der Fußsohle als auch des Fußrückens links angegeben. Elektromyographisch sei eine neurogene Schädigung der kleinen Fußmuskeln rechts festzustellen, ansonsten bestehe kein pathologischer Befund. Die Symptomatik sei im Wesentlichen schmerzbedingt. Eine wesentliche Nervenschädigung sei nicht feststellbar, ebenso wenig wesentliche Lähmungen und auch kein Hinweis auf ein CRPS. Dr. F. teilte mit, beim Kläger seien seitengleich Muskeleigenreflexe vorhanden. Pathologische Reflexe seien nicht festzustellen gewesen. Die Kraftentfaltung bei der Fuß- und Zehenhebung sei regelrecht gewesen. Es bestehe aber eine deutliche Gefühlsstörung sowohl an der Unterschenkelaußenseite, am Fußrücken als auch an der Fußsohle rechts. Der rechte Fuß zeige eine leichte Schwellneigung und geringe Glanzhautbildung. Die Möglichkeit einer noch bestehenden Restsymptomatik nach CRPS sei anzunehmen. Elektromyographisch sei lediglich eine geringe distale Peroneusläsion beweisbar.

Am 17.01.2008 stellte sich der Kläger in der BG Unfallklinik F. vor. Der Chirurg, Unfallchirurg und Orthopäde Prof. Dr. H. führte in seinem Facharztbericht vom 18.01.2008 (Bl. 92 VA) unter Einbeziehung der Untersuchungsergebnisse von Dr. F. und der Ergebnisse einer schmerztherapeutischen Konsiliaruntersuchung folgende Diagnosen auf: Belastungs- und Bewegungseinschränkung rechter Fuß nach Quetschverletzung mit Außenknöchelfraktur und Fraktur eines hinteren Volkmann-Dreiecks sowie nachfolgender osteosynthetischer Versorgung, leichte Schädigung des körperfernen Peroneusanteils und Restsymptomatik eines abgelautenen CRPS. Auf den Röntgenbildern erkennbar sei lediglich eine Kallusüberbrückung, jedoch noch keine knöcherne Durchbauung der Wadenbeinfraktur. Der Gang des Klägers sei sehr verzögert und stark eingeschränkt. Die Wadenmuskulatur rechts gegenüber links sei deutlich abgemagert. Das Abrollverhalten des rechten Fußes sei nahezu komplett aufgehoben. Es bestehe eine geringgradige dunkle Verfärbung, jedoch keine typische livide Verfärbung. Die OP-Narben seien reizlos. Der Kläger klage eine leichte Berührungsempfindlichkeit bei Angabe von Sensibilitätsstörungen im gesamten Fuß- und Unterschenkelbereich rechts, jedoch mit häufig wechselnder Lokalisation.

Mit weiterem Zwischenbericht der BG-Unfallklinik T. vom 18.02.2008 (Bl. 102 VA) führte Prof. Dr. W. nach Untersuchung des Klägers am 12.02.2008 aus, weder seien eine Schwellung bei seitengleichen Umfangswerten im Bereich der unteren Extremität oder eine Muskelminderung erkennbar, noch Zeichen eines abgelautenen CRPS im Bereich der Haut oder Glanzhaut. Auch sei der rechte Fuß im Vergleich zur Gegenseite nicht verfärbt gewesen. Aufgrund der sich widersprechenden Befunde wurden ein CT und ein MRT durchgeführt. Im weiteren Bericht der BG-Unfallklinik T. vom 25.02.2008 (Bl. 107 VA) hieß es zum Ergebnis der computer- und kernspintomographischen Untersuchung, die Frakturen im rechten Sprunggelenk seien vollständig knöchern durchbaut. Im Bereich des Tarsaltunnels sei keine Raumforderung feststellbar. Ebenso hätten sich keine pathologische Flüssigkeitsansammlung und kein Ödem gebildet. Gezeigt hätten sich lediglich diskrete Narben im Bereich des Ligamentum deltoideum.

Prof. Dr. St., T., führte auf Veranlassung der Beklagten eine weitere neurologisch-psychiatrische Untersuchung des Klägers durch. Im Befundbericht vom 27.02.2008 (Bl. 109 VA) erklärte Prof. Dr. St., ein maßgeblicher krankhafter Befund auf neurologischem Gebiet sei nicht zu erkennen. Die Beschwerden des Klägers seien nicht wesentlich auf eine Teilschädigung des Nervus tibialis und peroneus zurückzuführen. Eine Algodystrophie (Morbus Sudeck) bestehe nach klinischem Befund nicht. Schmerztherapeutische Behandlung werde empfohlen, ebenso der Versuch, mit orthopädischen Schuhen eine Beschwerdelinderung herbeizuführen.

Gemäß Entlassungsbericht der BG-Unfallklinik T. vom 14.03.2008 über die bis dahin andauernde stationäre Behandlung des Klägers dort war am 27.02.2008 die Materialentfernung erfolgt; der Kläger sei arbeitsfähig seit dem 17.03.2008. Im endgültigen Entlassungsbericht vom 26.03.2008 wurde ausgeführt, die Fraktur sei gut knöchern durchbaut. Nach Metallentfernung sei der Verlauf zunächst regelhaft gewesen. Auffällig sei gewesen, dass der Kläger nach intensiver Aufforderung ein nahezu unauffälliges Gangbild im Zimmer und auf den Fluren demonstriert habe, im Rahmen der Behandlung jedoch ein ausgeprägtes Schonhinken demonstriert habe, welches sich nicht rund um die Uhr habe beobachten lassen.

Mit Zwischenberichten vom 11.04.2008 über die am 20.03.2008 und am 10.04.2008 erfolgten ambulanten Untersuchungen wurde der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zum 17.03.2008 nochmals bestätigt. Der Kläger arbeite, klage aber über Schmerzen unter Belastung. Er müsse viel gehen, stehen und Stapler fahren. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks (OSG) wurde mit 10-0-30 Grad angegeben, das untere Sprunggelenk sei in der Beweglichkeit um 1/3 reduziert.

Mit Bescheid vom 25.03.2008 stellte die Beklagte die bis dahin erfolgte Verletztengeldzahlung mit Ablauf desselben Tages mit der Begründung ein, die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nach ärztlicher Feststellung am 16.03.2008 geendet. Dagegen wandte sich der Kläger mit am 10.04.2008 erhobenem Widerspruch.

Der Kläger nahm seine Vollzeitätigkeit als Lagerarbeiter und Staplerfahrer wieder auf, klagte jedoch gegenüber Prof. Dr. W. im Rahmen mehrfacher ambulanter Vorstellungen über persistierende Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks (vgl. Zwischenberichte BG-Unfallklinik T. vom 27.06.2008, 12.09.2008 und 29.09.2008 sowie vom 10.10.2008).

Mit Erstem Rentengutachten vom 01.07.2008 schätzte der Facharzt für Chirurgie Prof. Dr. A., Chirurgische Klinik, Klinikum P., den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beim Kläger mit 20 vom Hundert (v.H.) seit dem 17.03.2008 ein. Er legte dieser Einschätzung folgende Unfallfolgen zugrunde: Knöchern konsolidierte Außenknöchelfraktur Typ Weber C und Fraktur des hinteren Volkmann'schen Dreiecks rechts, persistierendes Schmerzsyndrom des rechten oberen Sprunggelenks, leichtgradige sensible Peroneusläsion des körperfernen Anteils rechts sowie eine Bewegungseinschränkung und Störung der Abrollbewegung des rechten oberen Sprunggelenks. Schließlich sei eine schonungsbedingte Hypotrophie der Muskulatur der unteren rechten Extremität zu erkennen. Die Muskulatur des Klägers im rechten Ober- und Unterschenkel im Vergleich zur Gegenseite sei verschmächtigt, eine Verfärbung bestehe aber nicht. Die Fußsohlenbeschwellung sei seitengleich kräftig. Eine Gewebwasseransammlung oder Verhärtungen der Unterhaut, Temperatur und Behaarung seien nicht festzustellen gewesen. Im Bereich des Sprunggelenks zeige sich eine geringe Weichteilschwellung.

Mit Bescheid vom 13.10.2008 bewilligte die Beklagte dem Kläger daraufhin eine vorläufige Verletztenrente wegen der Folgen des von ihm erlittenen Arbeitsunfalls vom 14.07.2007 nach einer MdE um 20 v. H. beginnend ab dem 26.03.2008. Mit Widerspruch vom 10.11.2008 wandte sich der Kläger gegen die aus seiner Sicht zu geringe MdE-Feststellung.

Am 30.10.2008 stellte der Kläger sich erneut in der BG-Unfallklinik T. vor. Im Bericht vom 04.11.2008 (Bl. 210 VA) führte Prof. Dr. W. aus, es bestehe eine unveränderte Beschwerdesituation am rechten Fuß nach knöchern konsolidierter, ehemals stattgehabter Sprunggelenksfraktur rechts und Metallentfernung. Es sei von einem Verharrungszustand auszugehen. Daraufhin stellte sich der Kläger am 12.12.2008 auf Veranlassung der Beklagten nochmals bei Prof. Dr. St. zur neurologisch-psychiatrischen ambulanten Untersuchung vor. Im Befundbericht vom 17.12.2008 berichtete Prof. Dr. St. über einen klinisch-neurologisch regelrechten Befund bei regelrechter elektrophysiologischer Untersuchung. Der Kläger demonstrierte Beeinträchtigungen, die so nicht vorlägen. Die Befunde hätten sich im Vergleich zur Voruntersuchung gebessert; die Umfangsmaße der unteren Extremitäten seien seitengleich, Zeichen einer vegetativen Fehlregulation seien nicht erkennbar. Das damals noch bestehende regionale Schmerzsyndrom sei in Abheilung begriffen. Auf neurologischem Gebiet ließen sich keine krankhaften Befunde und Unfallfolgen mehr feststellen. Auch der psychiatrische Befund sei unauffällig.

Nachdem der Kläger seit dem 3.11.2008 wieder arbeitsunfähig krank war (vgl. Zwischenbericht vom 04.11.2008), führte die Beklagte zunächst eine weitere KSR (vom 04.12.2008 bis zum 18.12.2008, vgl. Bericht vom 21.01.2009, Bl. 239 VA) und nachfolgend eine Arthroskopie des OSG rechts zur Behandlung eines diagnostizierten Weichteilimpingements und zweit- bis drittgradigen Knorpelschadens der Tibiavorderkante rechts durch (Bericht der BG-Unfallklinik T. vom 22.01.2009, Bl. 244 VA).

Das Arbeitsverhältnis des Klägers als Staplerfahrer/Lagerarbeiter bei der Firma B. endete durch arbeitgeberseitige betriebsbedingte Kündigung am 31.01.2009 ("Arbeitsmangel im Lager", vgl. Klagebegründung vom 10.08.2009 und Auskunft der Firma B. im Sozialgerichtsverfahren vom 23.11.2009, Bl. 30 SG-Akte).

Die Beklagte veranlasste schließlich ein Zweites Rentengutachten zur Rentennachprüfung bei Prof. Dr. W., BG Unfallklinik T ... In dem am 10.06.2009 (Bl. 331 VA) erstatteten Gutachten wurden folgende Unfallfolgen beschrieben: Knöchern in regelrechter Stellung verheilte ehemalige Wadenbeinfraktur körperfern bei unregelmäßig berandeten Gelenkflächen im Bereich des Innenknöchels an der Gelenkfläche des Schienbeines rechts. Weiter bestehe unfallbedingt eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenks um 10° für die Fußhebung und um 20° für die Fußsenkung. Auch die deutliche Umfangsminderung des rechten Beines um circa 2 cm im Bereich des rechten Oberschenkels von circa 2,5 cm im Bereich des rechten Unterschenkels sei unfallbedingt. Ansonsten bestünden reizlose, gut verheilte jedoch dunkel gefärbte und auch druckschmerzbehaftete Narben nach Arthroskopie vorn seitlich. Außerdem sei unfallbedingt eine Abrollstörung im Barfußgang des rechten Fußes nachzuweisen. Die MdE werde weiter mit 20 vom Hundert geschätzt. Nach Eingewöhnung mit den orthopädischen Schuhen sei eine Verbesserung der MdE zu erwarten.

Im Folgenden wies die Beklagte die Widersprüche vom 10.04.2008 und 10.11.2008 mit Widerspruchsbescheid vom 10.07.2009 als unbegründet zurück. Zur Begründung bezog sie sich auf die Feststellungen in den Rentengutachten von Prof. Dr. A. und Prof. Dr. W ...

Hiergegen hat der Kläger am 10.08.2009 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit der Begründung erhoben, die von der Beklagten zuerkannte MdE für den am 14.07.2007 erlittenen Arbeitsunfall sei wesentlich zu niedrig bemessen. Angemessen sei eine MdE um mindestens 40, eher 50 vom Hundert. Dies habe die Beklagte anzuerkennen und eine entsprechende höhere Rente (nach) zu zahlen. Der Kläger sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen. Erst seit dem Unfall leide er unter chronischen Schmerzen, welche Folge des Unfalles seien. Das rechte Gelenk gebe bei Bewegung auch ein klackendes Geräusch von sich. Zudem sei die Muskulatur am rechten Bein deutlich geringer ausgebildet als am linken. Vor dem Unfall sei die Muskulatur gleichmäßig ausgebildet gewesen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die angefochtenen Bescheide seien zutreffend.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines neurologisch-psychiatrischen Gutachtens bei Dr. B., Institut für neurologische Begutachtung am Klinikum K., vom 06.04.2010 erstattet hat. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, bis auf eine leichte distale sensible Nervus-peroneus-Läsion rechts bestünden keine überdauernden Unfallfolgen. Nach Abklingen eines wahrscheinlichen leichten komplexen regionalen Schmerzsyndroms im Februar 2008 habe auf seinem Fachgebiet keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestanden; die MdE für die Nervus peroneus-Läsion betrage seit dem 17.03.2008 unter 10 v.H. Diese führe nicht zu einer Erhöhung der auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet festzustellenden Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Prof. Dr. Sch.; Facharzt für Visceral- und Unfallchirurgie, Orthopädie und spezielle Unfallchirurgie, Institut für chirurgische Begutachtung, Bergisch-Gladbach - Zweigstelle P. - ist mit auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers gem. §109 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) am 05.07.2010 (Untersuchungstag 24.06.2010/05.07.2010) erstattetem Gutachten zu dem Ergebnis gekommen, mit hoher Wahrscheinlichkeit habe postoperativ beim Kläger ein passageres komplexes regionales Schmerzsyndrom vorgelegen. Zum Untersuchungszeitpunkt ergäben sich gleichwohl keine Hinweise mehr für dessen Vorliegen. Die MdE betrage seit Entlassung des Klägers aus der stationären Behandlung bis

zum Untersuchungstag 40 v.H. Zunächst habe ein CPRS bzw. eine Algodystrophie bestanden, welche nun im wesentlichen abgeklungen sei. Gleichzeitig hätten sich zunehmend Zeichen der Arthrose eingestellt (posttraumatische Arthrose an der Tibiavorderkante). Dies sei bislang ebenso wenig wie die unfallbedingte distale sensible Nervus-peroneus-Läsion gewürdigt worden.

Mit Urteil vom 30.09.2010 hat das SG gestützt auf die Ergebnisse der Begutachtungen durch Prof. Dr. A., Prof. Dr. W. und Dr. B. die Klage abgewiesen. Selbst wenn man unterstelle, dass 2008 ein komplexes regionales Schmerzsyndrom bestanden habe, so sei diese Diagnose jetzt nicht mehr zu stellen. Die Bewegungseinschränkungen im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks würden auch unter Zugrundelegung der von Prof. Dr. Sch. erhobenen Messwerte nur eine MdE um 10 v.H. bedingen, erst durch das Hinzutreten der zusätzlichen unfallbedingten arthrotischen Veränderungen sei eine MdE um 20 v.H. angemessen. Das Fehlen einer wesentlichen Muskelminderung am rechten Bein zeige, dass keine höhere Funktionsbeeinträchtigung vorliege als von der Beklagten festgestellt. Dr. B. habe im übrigen für die Nervus peroneus-Läsion eine MdE von unter 10 v.H. vorgeschlagen und nicht, wie von Prof. Dr. Sch. vorausgesetzt, um 10 v.H.

Gegen dieses am 07.10.2010 dem Klägerbevollmächtigten gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil richtet sich die am 15.10.2010 erhobene Berufung. Der Kläger vertritt weiterhin die Auffassung, es bestehe seit dem 26.03.2008 eine MdE von 40 v.H auf Dauer. Es liege eine Häufung von Unfallfolgen vor. Weder die Fehlstellung des verletzten Fußes noch die schmerzhaft Wackelbeweglichkeit im OSG seien adäquat gewürdigt worden, ebenso nicht neurologische Ausfälle mit Sekundärfolgen im CRPS. Unfallbedingt bestehe eine komplexe Funktionsminderung betreffend den Unterschenkel und die Führung des Fußes. Im Gegensatz zu einem Unterschenkelamputierten habe der Kläger ständig Schmerzen bei Bewegung und Belastung im Unterschenkel bzw. Sprunggelenk, was ebenfalls gutachterlich nicht ausreichend gewürdigt worden sei. Die Schmerzen seien auch durch eine Arthrose verursacht, weshalb auch zunehmende Bewegungseinschränkungen bestünden. Zudem bestehe eine Schädigung eines Fußnervs durch eine Untersuchung durch Prof. Dr. St., schon seit Anfang 2009. Diese sei mittelbare Unfallfolge.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30. September 2010 aufzuheben, die Bescheide vom 25. März 2008 und vom 13. Oktober 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Juli 2009 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger rückwirkend ab dem 26. März 2008 höhere Verletztenrente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit um 40 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die angefochtenen Bescheide seien zutreffend und die Höhe der MdE sei angemessen.

Der Kläger hat an seinen Bevollmächtigten gerichtete Schreiben des Prof. Dr. Sch. vom 04.10.2010 und vom 07.12.2010 zur Senatsakte gereicht. Hierin hat dieser seine bereits mit Gutachten vom 05.07.2010 vertretene Auffassung bekräftigt, wonach die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 14.07.2007 einen Grad der MdE um 40 v.H. rechtfertigen würden.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die Akte des Sozialgerichtsverfahrens sowie die Senatsakte verwiesen.

II.

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

Das Urteil des SG vom 30.09.2010 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 4 SGG](#) zulässig, aber nicht begründet. Die beim Kläger nachgewiesenen Unfallfolgen sind mit einem Grad der MdE um 20 v.H. angemessen bewertet; Anspruch auf Verletztenrente nach einem höheren Grad der MdE besteht nicht.

Der Senat schließt sich den Gründen des Urteils des SG vom 30.09.2010 nach eigener Prüfung in vollem Umfang an und sieht insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen von einer erneuten Darstellung ab.

Ergänzend ist bezüglich des Vorbringens des Klägers im Berufungsverfahren, insbesondere auch unter Berücksichtigung der vorgelegten ergänzenden Stellungnahmen des Prof. Dr. Sch., folgendes auszuführen: Soweit Prof. Dr. Sch. seine Auffassung, die MdE für die gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls vom 14.07.2007 betrage im streitigen Zeitraum durchgehend 40 v.H., auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS), synonym verwendet mit dem Begriff der Algodystrophie, gestützt hat, überzeugt dies nicht, denn ein derartiges Krankheitsbild konnte beim Kläger – insbesondere während des hier streitigen Zeitraumes ab dem 26.03.2008 – nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden. Zwar hat Dr. S. aufgrund der Untersuchung des Klägers vom 28.12.2007 den Verdacht auf Bestehen eines CRPS geäußert, der Neurologe Dr. Sch. hat dessen Vorliegen jedoch aufgrund Ergebnisse der wenige Tage später erfolgten eingehenden Untersuchung des Klägers ausdrücklich ausgeschlossen, wie auch Prof. Dr. St., welcher zwar ein (unspezifisches) Schmerzsyndrom diagnostiziert, eine Algodystrophie mit Bericht vom 27.02.2008 aber ausdrücklich ausgeschlossen hat. Dr. F. hat, wie auch der Gutachter Dr. B., zwar den Verdacht auf eine Restsymptomatik nach CRPS geäußert, dies gleichwohl in seinem Bericht vom 22.01.2008 lediglich als Möglichkeit bezeichnet, wie auch Dr. B. ein – im übrigen im Verlaufe des Februar 2008 jedenfalls abgeklungenes – leichtes komplexes regionales Schmerzsyndrom am rechten Fuß lediglich als wahrscheinlich, jedoch nicht als tatsächlich bewiesen angesehen hat. Damit hat bis auf Prof. Dr. Sch., welcher sein Gutachten mehrere Jahre nach dem Unfallereignis erstattet und ebenfalls bestätigt hat, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung durch ihn ein CRPS nicht zu diagnostizieren war, lediglich Prof. Dr. H. nach einmaliger ambulanter Untersuchung des Klägers am 17.01.2008 ein CRPS – begrifflich synonym verwendet mit einer Morbus Sudeck – (und auch dies nur im Sinne einer "Restsymptomatik" eines "abgelaufenen" und damit zum Untersuchungszeitpunkt letztlich schon nicht mehr bestehenden CRPS) als tatsächlich nachgewiesen angesehen. Allerdings vermag den Senat die von ihm angeführte Begründung, der Verweis auf eine "allgemeine Schmerzhaftigkeit", nicht zu überzeugen. Die für eine Morbus Sudeck typische livide Verfärbung des rechten Fußes ist von Prof. Dr. H. im von

ihm erhobenen Befund gerade verneint worden (keine typisch livide Verfärbung); ödematöse Veränderungen oder Glanzhautphänomene hat er nicht beschrieben.

Nachdem die Diagnose eines CRPS behauptet worden war, hatten sowohl Prof. Dr. Weise als auch Prof. Dr. St. den Kläger im Hinblick darauf nochmals eingehend untersucht; beide sind - unter eingehender Auseinandersetzung mit den dafür maßgebenden Befunden - übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, dass Anhaltspunkte für ein CRPS (synonym mit Algodystrophie bzw. Morbus Sudeck) nicht bestanden haben. Dabei konnten sie die Befunde beim Kläger zeitnah (im Februar 2008) erheben und haben diese Schlussfolgerung gerade nicht - wie Prof. Dr. Sch. - mit erheblichem zeitlichem Abstand nach Aktenlage getroffen.

Soweit Prof. Dr. Sch. mit ergänzendem Schreiben vom 07.12.2010 die von ihm angenommene höhere MdE um 40 v.H. auf das Bestehen einer diskreten Arthrose im Bereich des OSG gestützt hat, handelt es sich nicht um neue Erkenntnisse, denn bereits im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie vom 22.01.2009 war ein zweit- bis drittgradiger Knorpelschaden im Bereich der Tibiavorderkante festgestellt worden. Dieser Befund ist bei Begutachtung des Klägers durch Prof. Dr. Weise ebenso bekannt gewesen wie der Umstand, dass der Kläger rechts hinkt. Prof. Dr. Weise hat diese Befunde in seine MdE-Bewertung einbezogen. Auch die leichte körperferne Teilschädigung des Nervus peroneus mit Sensibilitätsstörungen der drei äußeren Zehen (letztere wurden ausdrücklich im Untersuchungsbefund von Prof. Dr. Weise angeführt) haben Berücksichtigung gefunden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der letztgenannte Befund, welcher Unfallfolge ist, nach den schlüssigen Darlegungen von Dr. B. die chirurgisch-orthopädisch festzustellende Höhe der MdE nicht zu erhöhen vermag.

Entgegen der Auffassung des Klägers haben mithin weder Prof. Dr. Weise noch das SG die Bewertung der MdE auf eine unvollständige Tatsachengrundlage gestützt noch sind die für die MdE-Beurteilung maßgeblichen Befunde nur teilweise berücksichtigt oder falsch gewichtet worden.

Der Senat hat sich auch in Kenntnis des Vortrages des Klägerbevollmächtigten nicht gedrängt gesehen, nochmals eine chirurgisch-orthopädische Begutachtung zu veranlassen. Auch in Kenntnis der von Klägerseite gegen die erstinstanzliche Entscheidung erhobenen Einwendungen sieht der Senat diese in Begründung und Ergebnis als zutreffend an, weshalb die Berufung als unbegründet zurückzuweisen war.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-06-07