

L 2 U 148/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 5 U 171/02
Datum
08.03.2004
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 148/04
Datum
29.09.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 12/04 BH
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 08.03.2004 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die 1941 geborene Klägerin stürzte laut Unfallanzeige vom 24.11.2000 am 19.09.2000 und verletzte sich dabei am rechten Knie.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Dr.G. , diagnostizierte am 19.09.2000 eine Patellafraktur mit zwei quer verlaufenden Frakturlinien. Vom 19.09. bis 09.11.2000 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung im Krankenhaus N. bei Dr.G ... Am 21.09.2000 wurde die multifragmentäre Patellafraktur operativ versorgt. In der Nacht vor der Entlassung klagte die Klägerin über Schmerzen, so dass eine Spaltung des Gipstudors notwendig wurde. Am 14.10.2000 wurde nach Rückbildung der Beschwerden ein neuer Gipstudor angefertigt. Da die Klägerin erneut über Druckgefühl und Schmerzen klagte, sowie über Parästhesien am Vorfuß, wurde eine flache Gipsschiene angelegt. Nach weiterer Behandlung zeigten die Gefühlsstörungen eine Rückbildungstendenz. Am 13.12.2000 berichtete Dr.G. , die Klägerin benutze zwei Unterarmgehstützen. Die Kniescheibe sei ohne auffällige Stufenbildung regelrecht aneinander adaptiert, das Schraubenmaterial habe sich nicht auffällig gelockert, der Kalksalzgehalt sei nahezu regelrecht. Die Entlassungsdiagnose lautete: Multifragmentäre Patellafraktur rechts. Als unfallfremde Diagnosen erwähnte Dr.G. einen Zustand nach Bandscheibenoperation, nach Strumektomie, Unterleibsoperation, Nickelallergie und depressive Verstimmung.

Vom 09.11. bis 09.12.2000 wurde die Klägerin im Klinikum L. zur Rehabilitation behandelt. Es habe sich ein guter Rückgang der Schwellungs- und Schmerzsymptomatik erzielen lassen. Volle Belastung sei bereits gegeben, trotzdem benutze die Klägerin zwei Unterarmstützen. Die pausenfreie Gehstrecke habe sich signifikant steigern lassen.

Dr.G. berichtete am 07.02.2001, vom 22.01. bis 03.02.2001 sei die Klägerin im Krankenhaus zur intensiven krankengymnastischen Nachbehandlung stationär aufgenommen worden. Sie klagte über weiter bestehende Schmerzen. Am 21.03.2001 erklärte Dr.G. , die vereinbarte Belastungserprobung sei nur einmal erfolgt, da die Klägerin angeblich wieder Beschwerden bekommen habe. Ein chirurgisches Korrelat sei nicht zu finden. Der Mehrfragmentbruch sei ohne Stufenbildung fest knöchern durchbaut. Die Klägerin sei aus chirurgischer Sicht arbeitsfähig. Die Klägerin teilte im Schreiben vom 29.03.2001 mit, sie habe insgesamt an fünf Tagen jeweils von 13.00 bis 15.00 Uhr gearbeitet.

Der beratende Arzt, der Chirurg Dr.L. , führte in der Stellungnahme vom 09.05.2001 aus, die Patellafraktur sei in sehr guter Stellung knöchern ausgeheilt. Die Behandlung sei bis auf die Metallentfernung als abgeschlossen zu betrachten. Der Orthopäde Dr.K. stellte am 26.06.2001 die Diagnose: Posttraumatische Retropatellararthrose. Am 10.07.2001 wurde die Metallentfernung durchgeführt. Der postoperative Verlauf war, wie Dr.G. erklärte, komplikationslos. Bis zur Entlassung sei die Klägerin ohne Krücken voll mobilisiert gewesen. Am 27.07. 2001 klagte die Klägerin über anhaltende Beschwerden im Kniegelenk. Die Beweglichkeit sei aktiv und passiv eingeschränkt, sie sei aber aufgrund der mangelnden Mitarbeit und einer gewissen Uneinsichtigkeit der Klägerin nicht sicher zu beurteilen. Der Chirurg Dr.B. stellte auf dem Röntgenbild vom 09.08.2001 einen Zustand nach Patellafraktur und Metallentfernung fest mit leichten Unregelmäßigkeiten an der Patellarückfläche. Im Gutachten vom 22.08.2001 führte der Chirurg Dr.N. aus, es bestünden eine Muskelminderung im Ober- und Unterschenkelbereich, Röntgenveränderungen im Sinne einer Retropatellararthrose mit Verminderung des Mineralsalzgehaltes und verminderter Knochenstruktur bei noch sichtbaren Schraubenkanälen und knöcherner Ausziehung am distalen Patellapol, Bewegungseinschränkung, hyperästhetischem Areal präpatellar und subjektiven Beschwerden. Die Kniegelenkssymptomatik sei auf den

Unfall zurückzuführen, die ziehenden Schmerzen, die vom Großzeh zum Unterschenkel angegeben würden, könnten nicht mit der Verletzung in Verbindung gebracht werden. Die MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten. Der Chirurg Dr.L. erklärte in der Stellungnahme vom 12.09.2000, die MdE sei in Höhe von 20 v.H. ab 20.03.2001 bis zum Ende des zweiten Unfalljahres zu gewähren. Im Befundbericht vom 18.09.2001 kam der Neurologe Dr.Z. zu dem Ergebnis, es bestehe kein Hinweis auf eine unfallabhängige neurogene Läsion.

Die Beklagte gewährte mit Bescheid vom 26.09.2001 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v.H. Als Folgen des Arbeitsunfalles wurden anerkannt: Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk, Muskelminderung im Ober- und Unterschenkelbereich rechts, röntgenologische Veränderungen im Sinne einer Retropatellararthrose mit Verminderung des Mineralsalzgehaltes und der Knochenstruktur nach zweifachem Kniescheibenbruch rechts.

Mit Widerspruch vom 25.10.2001 wies die Klägerin auf die starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen hin.

Eine Arthroskopie vom 17.10.2001 zeigte leichte Unregelmäßigkeiten der retropatellaren Gelenkfläche, jedoch keine Chondromalazie. Der übrige Gelenksbefund sei komplett unauffällig gewesen. Die Schmerzsymptomatik ließe sich nicht auf die intraartikulären Veränderungen zurückführen. Dr.L. wies in der Stellungnahme vom 05.12.2001 darauf hin, es gebe keinen nachvollziehbaren Grund, die Schmerzen an der Großzehe bis zum Unterschenkel der Patellafraktur zuzuordnen. In der Stellungnahme vom 20.12.2001 führte er aus, ein hyperästhetisches Areal präpatellar sei keine wesentliche Unfallfolge. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.K. erklärte nach Untersuchung am 13.11.2001, es handele sich um ein recht komplexes Beschwerdebild. Einerseits lägen unfallbedingte Schmerzen vor, zum anderen schienen auch vertebrale Beschwerden eine Rolle zu spielen (164).

Am 07.02.2002 wurde die Klägerin ambulant in der Unfallklinik M. untersucht. Prof.Dr.B. gab an, aufgrund des klinischen und röntgenologischen Untersuchungsbefundes sei das diffuse Beschwerdebild nicht zu erklären. Es bestehe sicher kein Zusammenhang mit der Kniescheibenfraktur. Er verwies auf die Möglichkeit eines Bandscheibenrezidivs. Im Bericht vom 28.02.2002 stellte der Orthopäde Dr.H. die Diagnose: Zustand nach Patellafraktur, Verdacht auf posttraumatische Algodystrophie.

Ein MRT vom 21.03.2002 zeigte einen Zustand nach Patellafraktur mit knöcherner Deformation der Patella, Signalirregularitäten am retropatellaren Gelenknorpel im Sinne einer Chondromalacia patellae.

Die Beklagte änderte mit Bescheid vom 26.03.2002 den Bescheid vom 26.09.2001 insoweit ab, als als Folge des Arbeitsunfalls das "hyperästhetische Areal präpatellar" und die "Belastungsbeschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks" anerkannt wurden.

Den Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 06.05.2002 zurück.

Zur Begründung der Klage vom 27.05.2002 hat die Klägerin geltend gemacht, einen Zusammenhang zwischen der Berührungsempfindlichkeit mit Schmerzen im Großzeh und vorderen und unteren Schienbeinbereich, der herabgesetzten Berührungsempfindlichkeit der beiden daneben liegenden Zehen, des Fußrückens und des Schienbeinbereichs mit Kältegefühl mit der Verletzung vom 19.09.2000 sei nicht mit Sicherheit auszuschließen. Ihre Beschwerden würden eher schlimmer. Sie hat einen Bericht des Neurologen Dr.T. vom 7.05.2002 übersandt, der erklärt hat, da eine aktuelle Kompressionssymptomatik im Peroneausausbreitungsgebiet nicht bestehe, sei von einem Restbefund auszugehen. Weiter hat sie den Operationsbericht (vermutlich vom 21.09.2000) übersandt, in dem ausgeführt wird, dass eine Schraube gebrochen und durch eine andere Schraube ersetzt worden sei. Außerdem hat die Klägerin einen Bericht des Klinikums St. M. , A. übersandt, in dem Dr.B. ausführte, die Schmerzsymptomatik lasse sich nicht auf die Veränderungen an der retropatellaren Gelenkfläche zurückführen, sondern sei als Restzustand nach Patellafraktur werten. Radiologisch könne man an einen Morbus Sudeck denken. Der Orthopäde Dr.H. hat die Diagnosen gestellt: sensible Peroneausschädigung, Zustand nach Patellafraktur.

Im Gutachten vom 25.07.2002 hat der Chirurg Dr.T. erklärt, die leichten degenerativen Veränderungen am rechten und linken Kniegelenk seien vom Unfall unabhängig. Wegen der Unfallfolgen sei eine MdE um 20 v.H. gegeben. Aufgrund des neurologischen Befundes von Dr.T. vom 7.05.2002 werde davon ausgegangen, dass die Missempfindungen am Fuß mit Wahrscheinlichkeit Folge einer postoperativen Druckschädigung seien. Es bestehe der Verdacht auf Aggravation.

Der Neurologe Dr.K. hat am 08.08.2004 erklärt, es finde sich kein Hinweis auf eine unfallbedingte neurogene Schädigung. Der Orthopäde Dr.E. hat im September/Oktober 2002 angegeben, die Klägerin klage über erhebliche Beschwerden im Bereich des Kniegelenks, die nicht allein auf den retropatellaren Gelenknorpelschaden zurückzuführen seien, sondern es sei sicherlich eine neurologische Mitursache gegeben. Dr.T. hat am 12.08.2002 die Diagnosen gestellt: sensibler Restbefund einer Peroneaus-Schädigung rechts, z.B. Folge einer Druckschädigung. Dr.H. hat am 05.12.2002 ausgeführt, die Klägerin insistiere auf ihren Beschwerden und sei von ihrer Diagnose Hyperästhesie nicht abzubringen. Sicherlich spiele auch eine gewisse Somatisierungsstörung eine Rolle. Am 19.12.2002 erklärt Dr.H. , er habe die Klägerin noch einmal darauf hingewiesen, dass ihre Beschwerden nicht als Unfallfolgen zu werten seien. Im Gutachten vom 16.04.2003 hat Dr.T. die MdE auf 10 v. H. eingeschätzt. Es bestehe Aggravation.

Nach Anhörung der Klägerin hat die Beklagte mit Bescheid vom 24.06.2003 die Rente mit Ablauf des Monats Juni 2003 entzogen. Die Erwerbsfähigkeit werde jetzt nicht mehr in rentenberechtigendem Grad gemindert. Dieser Bescheid gelte als mitangefochten gemäß [§ 96 SGG](#).

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.M. hat im Gutachten vom 10.09.2003 zusammenfassend ausgeführt, als objektivierbare Unfallfolgen bestünden Bewegungseinschränkung am rechten Kniegelenk, Muskelminderung am rechten Oberschenkel, Narbenbildungen sowie röntgenologische Zeichen einer retropatellaren Knorpelschädigung. Hinweise für neurologische Schädigungen ergäben sich nicht. Es bleibe somit ungeklärt, wodurch die massive Schmerzsymptomatik verursacht sein könnte. Die Weichteilverhältnisse seien bis auf die Narben regelrecht. Es lägen kein Schwellungszustand vor, keine Entzündungszeichen, kein Gewebsschwund. Auch der kernspintomografische Befund vom 21.03.2002 zeige keine Befunde, die die Diagnose eines Morbus Sudeck stützen würden. Möglicherweise stehe das Schmerzsyndrom mit den Bandscheibenschäden in Zusammenhang. Da ein Bewegungsmaß bei Streckung und Beugung von 0/130° vorliege und stabile Bandverhältnisse gegeben seien, sei die MdE mit 10 v.H. einzuschätzen.

Der vom SG gleichfalls zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr.G. hat im Gutachten vom 11.08.2003 ausgeführt, auf neurologischem Gebiet fänden sich keine objektiven Unfallfolgen. Subjektiv geklagte Gefühlsstörungen seien atypisch begrenzt und würden tendenziell vorgebracht. Gefühlsstörungen an der Fußaußenkante und der ASR-Verlust seien unfallunabhängige Folgen eines Bandscheibenleidens, nämlich leichte radikuläre Reststörungen nach Bandscheibenoperation 1976.

Eine Ganzkörperskelettszintigraphie vom 22.03.2002 erbrachte keinen Hinweis auf einen Morbus Sudeck oder eine Arthritis am Fuß.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 08.03.2004 abgewiesen und sich dabei auf die überzeugenden Ausführungen von Dr.M. und Dr.G. gestützt. Es bestünden keine bisher unerkannten Unfallfolgen neurologischer Art, und die anerkannten Unfallfolgen seien von der Beklagten angemessen und ausreichend berücksichtigt.

Zur Begründung der Berufung vom 15.04.2004 verweist die Klägerin auf Nervenverletzungen und Nervenschäden. Die Arbeitsunfallfolgen hätten sich ausgebreitet, zweimal den gesamten Körper durchwandert und sich zum dritten Mal verschlimmert. Es seien Lähmungen im Gesicht, an den Fingern und am linken Bein entstanden. Außerdem bestünden Schmerzen, Temperaturunterschiede und Farbwechsel am Körper. Die Klägerin übersandte einen Bericht von Prof.Dr.S. über eine stationäre Behandlung vom 21.04. bis 28.04.2002 mit den Diagnosen: Zustand nach Patellafraktur rechts, Hoffahypertrophie, lokale Synovialitis, degenerative Knorpelschäden. Die Röntgenaufnahmen zeigten sowohl am linken als auch am rechten Kniegelenk eine medial betonte Gonarthrose und eine deutliche Retropatellararthrose.

Die Klägerin stellt den Antrag, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 08.03.2004 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 26.09.2001 sowie des Bescheides vom 26.03.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.05.2002 sowie unter Aufhebung des Bescheides vom 24.06. 2003 zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 19.09.2000 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. 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.

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

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.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-12-15