

L 17 U 327/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

17

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 2 U 287/00

Datum

15.07.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 17 U 327/04

Datum

07.12.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 15.07.2004 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente über den 25.06.2000 hinaus streitig.

Der 1963 geborene Kläger erlitt am 26.06.1999 einen Arbeitsunfall. Bei der Ankunft von einem Betriebsausflug stieg er aus dem Bus aus, trat dabei ins Leere, rutschte am Bordstein ab und stürzte zu Boden. Der Durchgangsarzt Dr.K. stellte bei ihm eine distale Unterschenkel-Fraktur rechts fest (Bericht vom 30.06.1999). In stationärer Behandlung befand er sich vom 26.06. bis 24.07.1999 im Kreiskrankenhaus O ... Arbeitsunfähig krank war er bis 03.10.1999.

Die Beklagte ließ den Kläger, der bereits 1987 eine Sprunggelenksfraktur rechts erlitten hatte, durch den Chirurgen Dr.K. am 08.12.1999/01.03.2000 und die Nervenärztin Dr.R. am 13.01.2000 untersuchen. Dr.R. stellte eine Peroneusparese rechts fest, wobei die Schwäche der Großzehenheber nicht eindeutig nur auf die Peroneusparese zurückzuführen sei. Wahrscheinlich seien auch bindegewebige Veränderungen im Bereich der Unterschenkelmuskulatur rechts eingetreten, die eine ausreichende Rückbildung der neurogenen Schädigung erschwerten. Die Einzel-MdE beurteilte sie aus neurologischer Sicht mit 25 vH. Dr.K. diagnostizierte eine dislozierte Unterschenkelfraktur rechts mit posttraumatischem Peroneusschaden und Kompartmentsyndrom. Die Einzel-MdE in chirurgischer Sicht bewertete er mit 20 vH, die Gesamt-MdE mit 30 vH.

Für die Beklagte schätzte der Nervenarzt Prof. Dr.G. in seiner Stellungnahme vom 27.03.2000 die MdE mit unter 10 vH ein. Neurologisch seien zwar die Großzehenheberschwäche rechts sowie Berührungsempfindungsstörungen am Fußrücken zu berücksichtigen, die Großzehenheberschwäche sei aber eher als Folge einer direkten Schädigung des Muskels im Rahmen des Kompartmentsyndroms einzuordnen. Für den Nervus peroneus superficialis mit der Folge sensibler Störungen am Fußrücken und dem Nervus peroneus profundus mit der Folge einer motorischen Schädigung der kleinen Zehenheber sei nur von einer körperfernen Schädigung auszugehen. Der Beratungsarzt der Beklagten, der Chirurg Dr.S. , ging in seiner Stellungnahme vom 17.05.2000 von einer unfallchirurgischen MdE von 10 vH aus und wertete die Gesamt MdE mit unter 20 vH.

Mit Bescheid vom 07.06.2000 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Sie erkannte zwar als Art der Verletzung "Körperferner Unterschenkelbruch rechts" und als Folgen des Versicherungsfalls an: Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk sowie im rechten oberen Sprunggelenk, Unsicherheit bei Spitzen- und Hackenstand rechts, leichtes Schonhinken rechts, verminderte Belastbarkeit des rechten Beines mit Schwellneigung, Großzehenheberschwäche rechts, Empfindungsstörungen im Bereich des rechten Fußrückens. Nicht auf den Versicherungsfall führte sie zurück: Verschleißveränderungen im rechten oberen Sprunggelenk nach Sprunggelenksbruch rechts vor 11 bis 13 Jahren. Der Versicherungsfall habe eine MdE im rentenrechtlichen Grade über die 26. Woche hinaus nicht hinterlassen (bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 25.08.2000).

Gegen diese Bescheide hat der Kläger Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben und beantragt, Verletztenrente nach einer MdE um 20 vH auf unbestimmte Zeit zu gewähren.

Die Beklagte hat ein Gutachten des Orthopäden Dr.H. vom 07.05.2001 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass von dem Unfall der

körperferne Unterschenkel rechts betroffen sei. Zum Zeitpunkt des Unfalles habe aber bereits ein erheblicher Vorschaden bestanden. Inzwischen sei der körperferne Schienbeinbruch rechts bei noch liegendem Verriegelungsnagel knöchern vollständig konsolidiert. Die Ausheilung sei in achsengerechter Stellung ohne jegliche daraus resultierenden funktionellen Einbußen erfolgt. Da der Kläger noch Gefühlsminderungen im Bereich des körpernahen Unterschenkel rechts geltend mache, sei die Gesamt-MdE mit 10 vH einzuschätzen. Im ersten Jahr nach dem Unfall sei von einer Gesamt-MdE von 20 vH auszugehen.

Mit Schreiben vom 20.06.2001 hat sich die Beklagte bereit erklärt, Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH für die Zeit vom 04.10.1999 bis 25.06.2000 zu gewähren. Der Kläger hat dieses Angebot mit Schreiben vom 11.07.2001 abgelehnt.

Auf Veranlassung des Klägers hat die Beklagte ein Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von dem Chirurgen Prof. Dr.F. eingeholt. In dem Gutachten vom 23.10.2001 hat er dargelegt, dass auf Grund der Vorschädigung durch die Sprunggelenksfraktur und auf Grund des Untersuchungsbefundes die Bewegungseinschränkungen im rechten Kniegelenk sowie im rechten oberen Sprunggelenk als Unfallfolgen wegfielen. Es verblieben lediglich die Unsicherheiten bei Spitzen- und Hackenstand rechts, leichtem Schonhinken rechts bei Belastung, verminderter Belastbarkeit des rechten Beines mit Schwellneigung, Großzehenheberschwäche rechts und Empfindungsstörung im Bereich des rechten Fußrückens. Sowohl chirurgisch als auch neurologisch sei die Teil-MdE mit jeweils 10 vH einzuschätzen. Die Gesamt-MdE betrage 20 vH, da noch funktionelle Einbußen vorhanden seien.

In einem weiteren nervenärztlichen Gutachten hat Dr.K. am 25.03.2002 als Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet eine Teilschädigung des Ramus profundus des Nervus peroneus rechts mit motorischen und sensiblen Störungen im Bereich des Fußrückens objektiviert. Darüberhinaus bestehe in Höhe des Narbengebietes eine hochgradige Minderung der Schmerz- und Berührungsempfindung. Die MdE im neurologischen Bereich betrage unfallbedingt daher 10 vH. Auf Grund der chirurgischen Unfallfolgen sei von einer unfallbedingten Gesamt-MdE von 20 vH auszugehen. Die Beklagte hat dem mit Schreiben vom 26.07.2002 widersprochen und vorgetragen, dass chirurgisch nahezu keine Funktionseinschränkungen vorliegen. Unfallbedingte Bewegungseinschränkungen seien nicht nachzuweisen. Über den 25.06.2000 hinaus sei keine Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH anzunehmen. Im Übrigen werde die Gesamt-MdE auch nicht durch Addition gebildet.

In der mündlichen Verhandlung vom 10.10.2002 hat die Beklagte ihr Vergleichsangebot dahingehend erweitert, dass als weitere Unfallfolge "Teilschädigung des Ramus profundus des Nervus peroneus rechts in Höhe des körperfernen Unterschenkeldrittels mit einem mittel- bis hochgradigen motorischen und mäßiggradigen sensiblen Defizit im Innervationsgebiet dieses Nervenastes" festgestellt wird. Der Kläger hat das Vergleichsangebot als Teilvergleich angenommen.

In weiteren gutachtlichen Stellungnahmen hat Dr.H. am 24.11.2002 keine wesentlichen Unfallfolgen auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet erkennen können, die eine messbare Teil-MdE begründen würden. Prof. Dr.F. hat in seinen Stellungnahmen vom 19.05.2003/15.03.2004 im chirurgischen Bereich noch eine messbare Teil-MdE von 10 vH gesehen, die unter Berücksichtigung der neurologischen Gutachten zu einer Gesamt-MdE von 20 vH führe. Dr.K. hat in Stellungnahmen vom 29.07.2003/04.11.2003/13.01.2004 die MdE auf neurologischem Fachgebiet weiterhin mit 10 vH bewertet. Bei der Gesamt-MdE ist er von einer MdE von 15 vH ausgegangen wegen Überschneidung der Unfallfolgen im neurologischen Bereich mit dem unfallchirurgischen Fachgebiet.

Mit Urteil vom 15.07.2004 hat das SG Nürnberg die Klage abgewiesen und dabei nur die Unfallfolgen im neurologischen Fachgebiet mit einer MdE von 10 vH bewertet.

Hiergegen hat der Kläger Berufung eingelegt und sich im Wesentlichen auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr.F. gestützt.

Der Berichterstatter hat eine Krankheitsauskunft der Barmer Ersatzkasse O. vom 17.11.2004 sowie einen Arztbericht des Orthopäden Dr.P. vom 15.02.1988 beigezogen. Aus dem Arztbericht ergibt sich, dass der Kläger am 15.07.1987 einen Privatunfall erlitten hat, bei dem er sich einen Innen- und Außenknöchelbruch rechts zuzog. Anschließend haben der Orthopäde Dr.W. und der Nervenarzt Dr.H. Gutachten erstellt. Dr.H. hat in seinem Gutachten vom 05.04.2005 ausgeführt, dass es zu einer Besserung der Peroneusschädigung im Vergleich zum Gutachten vom März 2002 gekommen sei. Die neurologische unfallbedingte MdE sei ab 25.06.2000 mit 10 vH, ab 01.04.2005 mit unter 10 vH einzuschätzen. In seinem Gutachten vom 08.06.2005 hat Dr.W. auf orthopädischem Fachgebiet noch eine multiple Narbenbildung am rechten Oberschenkel und rechten Unterschenkel, einen Knochendefekt am rechten Schienbeinkopf nach Unterschenkelmarknagelung, knöcherne Umfangsvermehrung am körperfernen rechten Schienbein bei operativ behandeltem, achsen- und gelenkgerecht, vollständig knöchern konsolidierten, körperfernen Schienbeinspiralbruch rechts sowie Muskelhüllendefekt an der Außenseite des körperfernen rechten Unterschenkels festgestellt. Die MdE auf orthopädischem Gebiet betrage ab 25.06.2000 unter 10 vH. Bis 24.05.2005 sei von einer Gesamt-MdE von 10 vH, danach unter 10 vH auszugehen.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des SG Nürnberg vom 15.07.2004 und des Bescheides vom 07.06.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 25.08.2000 zu verurteilen, Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH über den 25.06.2000 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Nürnberg vom 15.07.2004 zurückzuweisen.

In der mündlichen Verhandlung vom 07.12.2005 haben sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt, dass der Berichterstatter in der Sache als Einzelrichter entscheidet.

Wegen weiterer Einzelheiten wird ergänzend auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente auf Grund des Arbeitsunfalles vom 26.06.1999 über den 25.06.2000 hinaus, da die Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Die Berufung ist nach [§ 153 Abs 2 SGG](#) aus den Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen.

Ergänzend ist auszuführen, dass die vom Berichterstatter vorgenommene weitere Sachaufklärung keine Anhaltspunkte erbracht hat, mit denen das Begehren des Klägers zu begründen wäre. Nach dem Gutachten des Nervenarztes Dr.H. kam es durch den anerkannten Arbeitsunfall nach einer distalen Unterschenkelfraktur rechts auf neurologischem Gebiet zu einer Peroneausschädigung rechts auf Grund eines Kompartmentsyndroms, das operativ behandelt wurde. Zur Deckung der Wunde, die auf Grund der Kompartmentspaltung auftrat, war eine Hautverpflanzung vom rechten Oberschenkel auf den rechten Unterschenkel erforderlich. Aktuell findet sich noch eine Sensibilitätsminderung entlang der großen Narbe am Oberschenkel rechts, teilweise eine Anästhesie; auch im Bereich der Narbe des rechten Unterschenkels besteht eine Gefühlsstörung im Sinne einer Anästhesie. Keine Sensibilitätsstörung ist mehr im Versorgungsbereich des sensiblen Anteils des Nervus peroneus profundus (Zehenzwischenraum 1 und 2) nachzuweisen. Es lässt sich zwar eine deutliche Gefühlsminderung im Bereich des rechten Fußrückens, der den Versorgungsbereich des Nervus peroneus superficialis zuzuordnen ist, erkennen. Hier kann man zusätzlich Zeichen einer Fehlinnervation auf Grund von hervorrufbaren Dysästhesien im Bereich des distalen Unterschenkels rechts und des Fußrückens rechts wahrnehmen. Bei der Kraftprüfung lassen sich aber in allen Unterschenkel- bzw. Fußmuskeln keine signifikanten Seitenunterschiede mehr nachweisen. Insbesondere ist die Fußhebung und Großzehenhebung kräftig durchführbar, ebenso die Anhebung der Kleinzehen und die Fußaußenrandanhebung, die sämtlich vom Nervus peroneus superficialis und profundus versorgt werden. Neurologischerseits nicht zu berücksichtigen ist eine deutliche Muskelatrophie im distalen Narbenbereich am lateralen Unterschenkel rechts. Zu beachten sind aber die ausgeprägten Gefühlsstörungen am lateralen Ober- und Unterschenkel, die durch die Hautentnahme bzw. -verpflanzung entstanden sind infolge Schädigung einzelner Hautäste des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts bzw. Nervus cutaneus surae lateralis. Insgesamt gesehen ist es zu einer Verbesserung der Peroneausschädigung im Vergleich zu dem Gutachten von Dr.K. gekommen. Die Zehenextension ist nämlich mit guter Kraft wieder durchführbar, die Bewegungsmöglichkeit ist durch Sehnenverkürzung eingeschränkt. Die Sehnenverkürzung wird neurologischerseits nicht berücksichtigt, ebensowenig wie das Muskelfizit im Bereich der distalen Narbe. Es sind aber weiterhin Beeinträchtigungen durch Gefühlsminderung am Ober- und Unterschenkel bzw. Fuß und durch Dysästhesien vorhanden. Die Gefühlsminderungen im autonomen Bereich des Nervus peroneus profundus rechts sind heute nicht mehr nachzuweisen.

Bis zum Untersuchungszeitpunkt durch Dr.H. am 01.04.2005 besteht eine unfallbedingte MdE auf neurologischem Gebiet mit einer MdE von 10 vH. Bedingt wird dies auf Grund der partiellen Schädigung des Nervus peroneus profundus mit Auswirkung auf die Großzehen- und Kleinzehenhebung rechts und der kleinen Sensibilitätsdefizite im Interdigitalraum 1 und 2. Hinzu kommt eine Teilschädigung des Nervus peroneus superficialis mit sensiblen Ausfällen am Fußrücken und am Fußaußenrand mit Gefühlsveränderungen im Sinne einer Hyperalgesie und Dysästhesie sowie eine Gefühlsstörung am rechten Oberschenkel. Ab April 2005 ist die neurologische unfallbedingte MdE mit unter 10 vH einzuschätzen.

Bei der Untersuchung durch Dr.W. am 25.05.2005 waren unfallbedingt noch multiple, reizlose Hautnarben am vorderen seitlichen Oberschenkel, vorderen Kniegelenksbereich sowie körperfernen Unterschenkel innen- und außenseitig - ohne Funktionsstörung - nachweisbar. Hinzu kommt ein längs verlaufender Defekt der Muskelhülle am äußeren seitlichen Unterschenkeldrittel nach operativer Spaltung wegen eines postoperativen bzw. posttraumatischen Kompartmentsyndroms. Eine Funktionsstörung der Fußaußenhebung ist aber klinisch nicht erkennbar, sie kann kraftvoll durchgeführt werden. Weiter unfallbedingt ist der Knochendefekt am vorderen Schienbeinkopf im Bereich der Nageleinschlagsstelle. Er verursacht keinerlei Funktionsstörung am rechten Kniegelenk. Dies gilt ebenso für die Knochennarbe am körperfernen Schienbein mit mäßiger Umfangsvermehrung auf Grund der Kallusknochenheilung bei knöchern konsolidierten, stabil achsen- und gelenkgerecht ausgeheiltem Schienbeinbruch. Diese Unfallfolgen stellen zwar eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit im Bereich der Haut, der Muskelhülle und des Knochens dar. Sie verursachen aber keine messbare Funktions- und Belastungseinschränkung des rechten Beines. Die Einzel-MdE auf orthopädischem Gebiet ist daher bis 24.05.2005 mit unter 10 vH, anschließend mit 0 vH einzuschätzen. Die Gesamt-MdE beträgt über den 25.06.2000 hinaus unter 20 vH, führt also nicht zu einer Verletztenrente.

Im Wesentlichen sind diese Feststellungen bereits in dem fachorthopädischen Gutachten von Dr.H. vom 07.05.2001 getroffen worden. Nicht gefolgt werden kann den Ausführungen des Gutachters Prof. Dr.F. vom 23.10.2001. Vorab ist nicht nachvollziehbar, dass der Kläger vor dem Unfall vom 26.06.1999 keinerlei Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenkes gehabt haben soll. Dagegen spricht, dass er auf Grund der Unfallfolgen vom 15.06.1987 auf Veranlassung einer privaten Unfallversicherung begutachtet und finanziell entschädigt wurde. Auch ist eine Funktionsstörung des Muskels, der die Großzehenhebung ausführt, klinisch nicht erkennbar. Bei einer Schädigung des langen Großzehenhebermuskels auf Grund eines Kompartmentsyndroms wäre nämlich eine sogenannte Volkmann'sche Kontraktur, d.h. eine Vernarbung des Muskels zu erwarten gewesen. Dies ist aber klinisch nicht nachweisbar. Auch wird im Gutachten von Prof. Dr.F. ein Muskelfizit im Bereich der Hauttransplantationsnarbe am körperfernen rechten Unterschenkel beschrieben. Dies trifft nicht zu, denn ein klinisch funktionell bedeutender Muskelfizit müsste auf Grund einer Umfangsminderung am rechten Unterschenkel objektiviert sein. Nach dem Messblatt ist dies nicht erkennbar.

Die Berufung ist daher als unbegründet zurückzuweisen. Der Berichterstatter konnte im Einverständnis mit den Beteiligten anstelle des Senats entscheiden ([§ 155 Abs 3, 4 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-04-27