

L 10 U 3113/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 4025/18
Datum
21.08.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3113/19
Datum
19.01.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Bemessung der Höhe der MdE bei einem chronischem Stauungsödem der Beine.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.08.2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten steht die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 im Streit.

Der 1947 geborene Kläger knickte am 02.10.2004 im Rahmen seiner bei der Beklagten versicherten Tätigkeit bei der Firma H1 Gesellschaft für Logistik und Service mbH beim Transport eines medizinischen Gerätes über einen Fahrstuhlschacht mit dem linken Fuß um (s. Unfallanzeige, AID: 2/S. 1 VA-Bd. I) und zog sich eine knöcherne Absplitterung am Os cuboideum (Würfelbein) links im Sinne eines Kapselausrisses zu, die konservativ versorgt wurde (AID: 3/S. 1 und 9/S. 1 VA-Bd. I). Bereits im Jahr 1999 hatte sich der Kläger eine kleine knöcherne Aussprengung am lateralen proximalen Rand des Os cuboideum links zugezogen (AID: 100/S. 1 VA-Bd. I).

Trotz eingeleiteter Thromboembolieprophylaxe mit Fragmin® P Forte (AID: 3/S. 1 VA-Bd. I) kam es beim Kläger - ausgelöst durch eine frische Beinvenenthrombose - zu einer zentralen Lungenembolie rechts im Bereich des Pulmonalishauptstamms, wegen der er sich vom 15.11.2004 bis 04.12.2004 in stationärer Behandlung im Städtischen Klinikum K1 befand, wo eine systemische Thrombolysie durchgeführt und der Kläger marcumarisiert wurde (AID: 30/S. 2 ff.

VA-Bd. I). Bereits am 22.11.2004 waren jedoch echokardiographisch keine akuten Rechtsherzbelastungen mehr nachweisbar. Vom 16.12.2004 bis 06.01.2005 befand er sich in einer Anschlussheilbehandlung in der A1-Klinik K2 (AID: 63/S. 4 ff. VA-Bd. I), in der eine Belastungsatmenot, -schwäche und mangelnde Kondition wesentlich beruhend auf einem Zustand nach (Z.n.) schwerer Lungenembolie sowie eine arterielle Hypertonie festgestellt wurde. Der Verdacht auf (V.a.) das Bestehen einer pulmonal-arteriellen Hypertonie bestätigte sich in der durchgeführten Echokardiographie hingegen nicht. In der Folgezeit wurde der Kläger diesbezüglich behandelt. Hinsichtlich der Einzelheiten zu den weiteren Behandlungen wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. Demgegenüber teilte der M1 am 15.04.2005 mit (AID: 45/S. 1 VA-Bd. I), dass seitens der Fußverletzung das Heilverfahren abgeschlossen werden könnte.

Mit bestandskräftigem Bescheid vom 20.03.2006 stellte die Beklagte die bisherige Zahlung von Verletztenrentel mit Ablauf des 07.04.2006 ein (AID: 148/S. 1 VA-Bd. II).

Am 22.03.2006 erstellte der D1 des Städtischen Klinikums K1 S1 ein gefäßchirurgisches Gutachten (AID: 156/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 31.01.2006), in dem er ausführte, dass auf gefäßchirurgischem Fachgebiet keine massiven Schäden mehr vorlägen, der Kläger lediglich auf das Tragen von Kompressionsstrümpfen angewiesen sei. Es sei zu einer Restitutio ad integrum gekommen. Auch bestünde kein klinisches Zeichen einer chronischen Insuffizienz im Sinne eines postthrombotischen Syndroms mehr. Die vom Kläger berichtete rezidivierend auftretende Schwellneigung im Bereich der Beine habe sich während der Untersuchung nicht nachweisen lassen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage von gefäßchirurgischer Seite weniger als 10 v.H. Allerdings leide der Kläger an den

Folgen der Lungenembolie mit einer pulmonalen arteriellen Hypertonie sowie einer Schädigung der Lungenfunktion im Sinne einer deutlichen Restriktion.

Die Beklagte holte ein Erstes Rentengutachten bei dem A2 Klinik G1 B1 ein (AID: 196/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 22.09.2006), der einen Belastungsschmerz im Bereich des linken Fußes, eine Belastungsdyspnoe, eine Belastungseinschränkung im Alltag ab 50 Watt sowie eine reaktive depressive Verstimmung als wesentliche Unfallfolgen ansah und die MdE ab dem Unfalltag auf Dauer mit 100 v.H. bewertete.

Daraufhin holte die Beklagte das Gutachten des B2 ein (AID: 206/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 29.11.2006). B2 teilte in seinem Gutachten mit, dass das im Rahmen der körperlichen Untersuchung vorgetragene Atemmuster keinesfalls im Zusammenhang mit einem embolischen Geschehen oder einer verbliebenen Restsymptomatik stehe. Eine aufgrund mangelhafter Kooperation des Klägers bei der Lungenfunktionsanalyse ergänzend durchgeführte Spiralcomputertomographie (AID: 206/S. 19 VA-Bd. II) habe ergeben, dass sämtliche zentrale Pulmonalarterien komplett rekanalisiert und regelrecht kontrastiert gewesen seien und ct-morphologisch keine fassbaren Rechtsherzbelastungszeichen vorlägen. Dies spreche gegen einen fortbestehenden Organschaden nach erfolgreicher Thrombolysen einer beidseitigen Lungenarterienembolie, weshalb er auf pneumologischem Fachgebiet fortbestehende Unfallfolgen verneinte und die MdE auf unter 10 v.H. einschätzte.

Gestützt auf das Gutachten des B2 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 09.03.2007 daraufhin die Bewilligung einer Verletztenrente ab (AID: 212/S. 5 f. VA-Bd. II), da die Unfallfolgen nach Bruch des linken Mittelfußes und nachfolgender Lungenembolie im Wesentlichen behoben seien. Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch des Klägers hin (AID: 222/S. 1 ff. VA-Bd. III) holte die Beklagte ein Gutachten bei dem S2 ein (AID: 258/S. 1 ff. VA-Bd. III, Untersuchungstag: 28.08.2007), der eine reaktive depressive Verstimmung als Unfallfolge diagnostizierte, eine MdE auf seinem Fachgebiet jedoch verneinte.

Im Februar 2008 wurde beim Kläger zur weiteren kardiologischen Abklärung eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt (Bl. 62 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09), woraufhin eine koronare Zweigefäßerkrankung bei leichtgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion diagnostiziert wurde und schließlich eine Stent-Implantation erfolgte. Überdies wurde eine Pulmonalisangiographie durchgeführt, die normale Druckverhältnisse im kleinen Kreislauf ohne Hinweise auf eine (zentrale) Lungenembolie und einen normalen pulmonal-arteriellen Widerstand zeigte.

Der Leiter des Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums M2 B3 teilte in einem (weiteren) internistisch-pneumologischen Fachgutachten mit (AID: AID 288/S. 1 ff. VA-Bd. III, Untersuchungstage: 26.09.2007 und 08.11.2007), dass der Kläger an einer bereits in alltäglichen Situationen auftretenden Belastungsdyspnoe leide, die mangels Anhaltspunkten für andere Ursachen auf den Unfall zurückzuführen sei. Trotz unauffälliger bildgebender Darstellung halte er als Ursache strukturelle Residuen der Lungenembolie, die sich peripher der subsegmentalen Ebene manifestiert hätten, für wahrscheinlich. Die koronare Zweigefäßerkrankung sei demgegenüber unfallunabhängig. Eine pulmonale Hypertonie schloss er aus. Die MdE bewertete er mit 70 v.H. Diesem Gutachten trat der S3 in seinen beratungärztlichen Stellungnahmen vom Oktober 2008 (AID: 295/S. 1 ff. VA-Bd. III) und Januar 2009 (AID: 313/S. 9 ff. VA-Bd. IV) entgegen.

Die Beklagte holte sodann ein Gutachten bei B4 ein (AID: 346/S. 1 ff. VA-Bd. IV, Untersuchungstag: 04.03.2009), in dem dieser als Unfallfolge einen Z.n. Distorsion des linken Sprunggelenks mit nachfolgender Lungenembolie beidseits als Folge einer Unterschenkelvenenthrombose rechts, eine geringgradige posttraumatische Arthrose des calcaneu-cuboidal Gelenks links, ein hinkendes Gangbild ohne physiologisches Abrollverhalten des linken Fußes, Lymphödeme beidseits ohne Nachweis einer posttraumatischen Genese und eine reaktive depressive Verstimmung diagnostizierte und die MdE vom Unfalltag bis zum 08.03.2007 auf 100 v.H. und ab dem 09.03.2007 auf 10 v.H. einschätzte. Er empfahl u.a. das Tragen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2009 (AID: 359/S. 3 ff. VA-Bd. IV) wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie insbesondere aus, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfalltrauma bzw. der darauf zurückzuführenden Lungenembolie und der festgestellten koronaren Zweigefäßerkrankung sowie den angegebenen Atembeschwerden nicht mit der in der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit bestehe.

Hiergegen erhob der Kläger mit dem Begehren, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 eine Verletztenrente zu gewähren, Klage beim Sozialgericht Karlsruhe - SG - (S 8 U 5233/09) und führte zur Begründung u.a. aus, dass er an einer Minderbelastbarkeit des Herzens und der Lunge, einem pulmonalen Bluthochdruck, einer koronaren Zweigefäßerkrankung, nachhaltigen Atembeschwerden und einer Minderbelastbarkeit des linken Fußes leide, die unfallbedingt seien und eine MdE von 100 v.H. rechtfertigten. Das SG befragte zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte (schriftlich) als sachverständige Zeugen (s. Bl. 37 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09) und holte sodann von Amts wegen Sachverständigengutachten bei dem B5 (Bl. 187 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 22.07.2010), bei dem S4 (Bl. 208 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 22.07.2010) und dem S5 (Bl. 224 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 02.12.2010) ein. B5 führte in seinem Gutachten aus, dass die im Anschluss an die tiefe Beinvenenthrombose aufgetretene beidseitige Lungenembolie innerhalb kurzer Zeit komplett verschwunden gewesen sei und auf lungenfachärztlichem Gebiet keine Folgen einer Lungenembolie mehr nachzuweisen seien. Auf seinem Fachgebiet liege daher keine MdE vor. S4 diagnostizierte - unter Auswertung des lungenfachärztlichen Gutachtens des B5 - eine koronare Zweigefäßerkrankung, eine Hypertonie, eine Proteinurie, eine leichte Niereninsuffizienz und einen Z.n. Beinvenenthrombose rechts 11/2004 und verneinte einen Kausalzusammenhang zwischen der stattgehabten Lungenembolie und der koronaren Zweigefäßerkrankung sowie der Hypertonie. Überdies sah er - unter Auswertung des gefäßchirurgischen Gutachtens des S1 vom 22.03.2006 - auch keine Hinweise auf ein postthrombotisches Syndrom. S5 führte in seinem Gutachten aus, dass lediglich eine Schwellneigung des rechten Unterschenkels und des Sprunggelenks nach Unterschenkelthrombose vorliege, die mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten sei. Daraufhin wies das SG die Klage mit Urteil vom 21.12.2011 ab.

Gegen das Urteil des SG vom 21.12.2011 (S 8 U 5233/09) legte der Kläger am 02.01.2012 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) ein ([L 3 U 19/12](#)). Das LSG holte sodann auf Antrag des Klägers gem. § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Sachverständigengutachten (Bl. 63 ff. LSG-Akte [L 3 U 19/12](#), Untersuchungstage: 19.06.2012, 07.08.2012, 30.08.2012, 20.09.2012) sowie eine ergänzende Stellungnahme (Bl. 103 ff. LSG-Akte [L 3 U 19/12](#)) bei dem K3 ein. Der Sachverständige diagnostizierte eine koronare Herzkrankheit, einen arteriellen Hypertonus und ein Residuum einer herzinsuffizienzwirksamen Einschränkung der rechtsventrikulären Pumpfunktion. Letztere führte er aufgrund des plausiblen pathophysiologischen Zusammenhangs mit an Sicherheit grenzender

Wahrscheinlichkeit auf die stattgehabte Lungenembolie zurück. Allerdings führte er gleichzeitig aus, dass eine diastolische Herzinsuffizienz auch bei einer koronaren Herzkrankheit - wie sie beim Kläger ebenfalls diagnostiziert wurde - nicht ungewöhnlich sei. Allerdings ließe sich nicht klären, inwieweit die Herzinsuffizienz auf den unfallunabhängigen Herzproblemen basiere. Die MdE schätzte er in den ersten drei Jahren nach dem Unfall auf „mindestens“ 100 v.H. im vierten Jahr danach auf 90 v.H. und in den Jahren danach auf 80 v.H. ein. Nach Vorlage einer (erneuten) beratungsärztlichen Stellungnahme des S3 von Juni 2013 durch die Beklagte (Bl. 118 LSG-Akte [L 3 U 19/12](#)) holte das LSG ein weiteres Gutachten von Amts wegen bei dem F1 ein (Bl. 136 ff. LSG-Akte [L 3 U 19/12](#), Untersuchungstage: 08.10.2013 und 14.10.2013). F1 bestätigte zwar u.a. die Diagnosen einer posttraumatischen Unterschenkelvenenthrombose linksseitig 11/2004 mit aktuell postthrombotischen Residuen (Teilrekanalisation der Vena tibialis posterior linksseitig), Ödemneigung des linksseitigen Unterschenkels und Hyperpigmentation im Bereich der Haut des linksseitigen Unterschenkels sowie einer koronaren Zweigefäßerkrankung, schloss mangels entsprechender Befunde jedoch sowohl das Vorliegen einer Rechtsherzstörung als auch einer pulmonal-arteriellen Hypertonie aus und sah keine Anzeichen für eine Herzinsuffizienz. Vielmehr führte er die beim Kläger bestehende Leistungsschwäche und Luftnotsymptomatik auf eine konstitutionelle Leistungsminderung des Klägers zurück. Eine unfallbedingte MdE sah er nicht. F1 legte außerdem ein für das Oberlandesgericht K1 in vom Kläger gegen eine private Versicherung geführten Rechtsstreitigkeiten ([12 U 187/11](#), 6 O 207/09) erstattetes Sachverständigen Gutachten - des Universitätsklinikums F2 M3 vom 04.12.2012 vor (Bl. 165 ff. LSG-Akte [L 3 U 19/12](#), Untersuchungstag: 08.10.2012). M3 führte darin aus, dass keine zwingenden Hinweise auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie beim Kläger bestünden. Insbesondere sei sowohl die Dimensionierung der Herzhöhlen, als auch die rechtsventrikuläre Funktion normal. Gleichzeitig teilte er mit, dass die funktionellen Untersuchungen (Lungenfunktionsanalyse, Bestimmung der Diffusionskapazität der Lunge sowie Atemmuskelfunktionsuntersuchung) aufgrund der insuffizienten Mitarbeit des Klägers nicht beurteilbar gewesen seien.

Mit Urteil vom 30.04.2014 wies das LSG die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG vom 21.12.2011 (S 8 U 5233/09) zurück ([L 3 U 19/12](#)). Zur Begründung führte es aus, dass es beim Kläger durch das stattgehabte Unfallereignis zu einem Gesundheitserstschaden in Form einer Distorsion des linken Sprunggelenks sowie einer kleinen Abspaltung am Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses im linken Fuß gekommen sei. Hieraus resultiere zwischenzeitlich lediglich noch eine subjektive Beschwerdesymptomatik bei leicht hinkendem Gangbild durch ein unphysiologisches Abrollverhalten des linken Fußes. Dies bedinge nach den orthopädischen Gutachten des B4 vom 12.05.2009 und des S5 vom 09.12.2010 jedoch lediglich eine MdE von allenfalls 10 v.H. Zudem sei es zu einer Beinvenenthrombose rechts gekommen, die kausal auf den Unfall zurückzuführen und als mittelbare Unfallfolge anzusehen sei. Diese sei jedoch zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilt. Insoweit bestünden lediglich noch postthrombotische Residuen (Teil-Kanalisation der Vena tibialis posterior linksseitig, eine Ödemneigung des linksseitigen Unterschenkels sowie eine Hyperpigmentation im Bereich des linksseitigen Unterschenkels), die jedoch nach dem gefäßchirurgischen Gutachten des S1 vom 22.03.2006 keine MdE bedingten. Hingegen sei die beim Kläger bestehende Belastungsdyspnoe keine unfallbedingte Gesundheitsstörung, da weder eine unfallbedingte Schädigung der Lunge, noch des Herzens nachgewiesen worden sei. Die beim Kläger erstmals im Jahr 2008 diagnostizierte koronare Zweigefäßerkrankung stelle nach Auffassung aller Sachverständiger keine Unfallfolge dar. Die im Jahr 2006 erstmals diagnostizierte Ektasie der Aorta ascendens führe jedenfalls nicht zu einer bedeutsamen Aortenklappeninsuffizienz, weshalb dahingestellt bleiben könne, ob diese kausal auf die Lungenembolie zurückgeführt werden könne.

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil vom 30.04.2014 ([B 2 U 118/14 B](#)) wurde vom Bundessozialgericht (BSG) mit Beschluss vom 16.09.2014 (Bl. 235 LSG-Akte [L 3 U 19/12](#)) ebenso als unzulässig verworfen, wie die anschließend vom Kläger hiergegen erhobene Anhörungsrüge (Beschluss des BSG vom 04.11.2014, Bl. 238 f. LSG-Akte [L 3 U 19/12](#)).

Am 19.01.2016 stellte der Kläger einen Verschlimmerungsantrag (AID: 406/S. 1 VA-Bd. V) und führte zur Begründung aus, seit Mai 2014 an schweren, müden Beinen, nächtlichen Fuß- und Wadenkrämpfen, starken Schwellungen der Knöchel, zunehmenden Beschwerden zum Abend hin, starken Schmerzen in der Kniekehle, und einem hinkenden Gang zu leiden und die Wohnung nicht (mehr) verlassen zu können. Er legte einen Arztbrief des M4 vom 15.07.2014 (AID: 406/S. 2 VA-Bd. V) vor, wonach er an einem postthrombotischen Syndrom rechts, einem Reflux in der Vena poplitea rechts und einem Z.n. tiefer Venenthrombose (TVT) re. und Lungenembolie (LE) 2004 leide. M4 empfahl eine manuelle Lymphdrainage sowie das Tragen eines Kompressionsstrumpfes. Der Kläger legte auch einen Arztbrief des S1 vom 04.01.2016 (AID 410/S. 1 ff. VA-Bd. V) vor, wonach er an Beinödemen bds., rechts mehr als links bei postthrombotischem Syndrom rechtes Bein und V.a. Rechtsherzinsuffizienz bei Z.n. zentraler Lungenembolie leide. Zudem diagnostizierte S1 eine chronische Niereninsuffizienz.

Mit Bescheid vom 01.08.2016 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls (weiterhin) ab (AID: 422/S. 1 f. VA-Bd. V). Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers hin (AID: 424/S. 1 VA-Bd. V), führte die Beklagte weitere medizinische Ermittlungen bei S1 (AID: 455/S. 2 ff. VA-Bd. VI) und R1 (AID: 462/S. 1 VA-Bd. VI) durch und holte (weitere) Gutachten bei dem M5 (AID: 515/S. 1 ff. VA-Bd. VI, Untersuchungstag: 12.01.2018) und S1 (AID: 516/S. 1 ff. VA-Bd. VI, Untersuchungstag: 02.02.2018) ein. M5 beschrieb als Unfallfolgen auf seinem Fachgebiet Schmerzen und eine Schwellung im rechten Unterschenkel und linken Fuß, wobei er im Rahmen seiner Untersuchung weder Bewegungseinschränkungen im Bereich beider Sprunggelenke noch Schwellungszustände und auch keine signifikanten Unterschiede der Umfangmaße im Bereich der unteren Extremitäten zu dokumentieren vermochte. Die MdE schätzte er auf seinem Fachgebiet auf 10 v.H. ein. S1 diagnostizierte als wesentliche Unfallfolgen eine Ödembildung beider Unterschenkel, rezidivierende Beinschmerzen rechts und eine verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit. Die MdE schätzte er auf gefäßchirurgischem Fachgebiet auf unter 10 v.H. ein. Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme des W1 (AID: 530/S. 2 VA-Bd. VI) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 09.11.2018 zurück (AID: 537/S. 1 ff. VA-Bd. VI).

Hiergegen hat der Kläger am 19.11.2018 Klage beim SG erhoben (S 4 U 4025/18) und - im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 21.08.2019 - klargestellt, dass es ihm um die „Anerkennung der Verschlimmerung“ der bereits anerkannten Unfallfolgen gehe, die im Jahr 2014 eingetreten sei und er eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 70 v.H. begehre.

Das SG hat die den Kläger behandelnden Ärzte (schriftlich) als sachverständige Zeugen befragt. Der W2 hat u.a. mitgeteilt (Bl. 43 und 45 f. SG-Akte), den Kläger seit Juli 2008 ausschließlich hausärztlich zu betreuen und keine eigenen Untersuchungen im Hinblick auf die Unfallfolgen durchgeführt zu haben. Diesbezüglich habe er den Kläger zu Fachärzten überwiesen. M4 hat mitgeteilt (Bl. 49 f. SG-Akte), der Kläger leide an einem postthrombotischen Syndrom rechts mit Reflux in der Vena poplitea rechts sowie einem ausgedehnten Unterschenkelödem rechts.

Mit Urteil vom 21.08.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass der Kläger ausdrücklich eine

Verschlimmerung der bereits anerkannten Unfallfolgen seit dem Jahr 2014 begehre, nicht jedoch die Anerkennung weiterer Unfallfolgen geltend mache und hat zur Vermeidung von Wiederholungen auf das rechtskräftige Urteil des LSG in dem Verfahren [L 3 U 19/12](#) vom 30.04.2014 verwiesen, wonach als Unfallerschaden eine Distorsion des linken Sprunggelenks sowie eine kleine Absprennung am Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses am linken Fuß vorgelegen habe, aus der sich nach vorübergehendem Eintreten einer inzwischen ausgeheilten Lungenembolie eine subjektive Beschwerdesymptomatik bei leicht hinkendem Gangbild durch ein unphysiologisches Abrollverhalten des linken Fußes sowie postthrombotische Residuen entwickelt hätten. Insbesondere sei eine Belastungsdyspnoe weiterhin nicht als unfallbedingte Gesundheitsstörung anzusehen, da eine organisch fassbare Schädigung der Lunge bzw. des Herzens nicht als Folge des Unfalls nachgewiesen worden sei. Aus den von der Beklagten eingeholten Gutachten der M5 und S1 ergäben sich jedoch keine Unfallfolgen, die mit einer MdE von wenigstens 20 v.H. zu bewerten seien. Zwar lägen nach dem Gutachten des M5 von Februar 2018 Schmerzen und eine Schwellung am rechten Unterschenkel und im linken Fuß vor, was zu einer verminderten Gehstrecke führe. Die Bewegungsmaße an den unteren Extremitäten zeigten jedoch keine Einschränkungen. Radiologisch hätten sich nach dem Distorsionstrauma auch keine Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere keine signifikanten arthrotischen Veränderungen im Seitenvergleich. Daher erscheine auch die Schlussfolgerung des M5, dass auf seinem Fachgebiet in den für die Höhe der Rente maßgebenden funktionellen Verhältnissen keine Änderung gegenüber den maßgeblichen früheren Vergleichsbefunden eingetreten und die MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet mit 10 v.H. einzuschätzen sei, überzeugend. Auch nach dem Gutachten des S1 vom 07.03.2018 könne nicht von einer Gesamt-MdE von wenigstens 20 v.H. ausgegangen werden. S1 sehe eine Ödembildung der Unterschenkel beidseits mit rezidivierenden Beinschmerzen rechts und einer verminderten kardiopulmonalen Belastbarkeit als wesentliche Unfallfolgen an und gehe auf seinem Fachgebiet von einer MdE von weniger als 10 v.H. aus. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass aus den Gründen der Entscheidung des LSG vom 30.04.2014 eine verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit nicht als Unfallfolge anerkannt werden könne, werde derzeit daher insgesamt keine MdE von wenigstens 20 v.H. erreicht. Auch aus den sachverständigen Zeugenauskünften der W2 und M4 ergebe sich keine andere Einschätzung.

Gegen das - seinem damaligen Prozessbevollmächtigten am 10.09.2019 zugestellte - Urteil vom 21.08.2019 hat der Kläger am 15.09.2019 Berufung beim LSG eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, dass sich die Unfallfolgen verschlechtert hätten. Er leide unter einer stark ausgeprägten Ödembildung an beiden Unterschenkeln und dadurch an rezidivierenden Beinschmerzen, Spannungsgefühlen am rechten Unterschenkel und am linken Fuß, einem Druckschmerz am seitlichen Fußrand links mit Ausstrahlung nach proximal. Die Schmerzen nähmen im Tagesverlauf zu und führten gelegentlich auch zu Schlafstörungen. Er leide an einem postthrombotischen Syndrom rechts. Es liege eine chronische Rückflusstauung von Blut in die Wade des von der Thrombose betroffenen Beines vor, was auf Schäden an den Venenklappen zurückzuführen sei. Dadurch sei die Entstauung des Beines beeinträchtigt und es komme zu anhaltenden Schwellungen des Beines mit erheblicher Ödembildung und starken Schmerzen. Der Umfang des rechten Beins sei im Vergleich zum linken Bein mehr als 2 cm vergrößert. Der venöse Abfluss des Beines müsse lebenslang durch Kompressionsstrümpfe unterstützt werden, was eine deutliche Einschränkung seiner Lebensqualität bedeute. Auch sei er auf die Durchführung von Lymphdrainagen angewiesen. Am 07.11.2019 sei eine Kardio-MRT (Bl. 40 ff. Senatsakte) durchgeführt worden, die keinen Hinweis auf strukturelle Herzerkrankungen oder Rechtsherzbelastungen nach Lungenarterienembolie ergeben habe, so dass eine kardiale Ursache für die extremen Schwellungen am rechten Bein ausgeschlossen sei. Vielmehr liege eindeutig ein postthrombotisches Syndrom vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.08.2019 und den Bescheid der Beklagten vom 01.08.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.11.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 30 v.H. ab 01.05.2014 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat auf die Entscheidungsgründe der erstinstanzlichen Entscheidung sowie die bereits abgeschlossenen Verfahren (S 8 U 5233/09 und [L 3 U 19/12](#)) verwiesen und ausgeführt, dass sich auch aus dem Befund der Kardio-MRT vom 07.11.2019 keine andere Einschätzung ergebe. Auf den Unfall vom 02.10.2004 zurückzuführende rentenberechtigende Folgen lägen beim Kläger nicht vor. Insbesondere hätten sich die Unfallfolgen beim Kläger seit der Entscheidung des LSG vom 30.04.2014 nicht verschlechtert.

Der Senat hat die den Kläger behandelnden B4 und M4 schriftlich als sachverständige Zeugen befragt. B4 hat u.a. die beim Kläger im Rahmen seiner Vorstellungen gemessenen Umfangmaße der Unterschenkel und Knöchel mitgeteilt (Bl. 62 f. Senatsakte). Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht sei seit April 2014 keine Verschlimmerung eingetreten. M4 hat mitgeteilt (Bl. 74 ff. Senatsakte), beim Kläger ein postthrombotisches Syndrom rechts mit Reflux in der Vena poplitea rechts sowie ein ausgedehntes Unterschenkelödem rechts diagnostiziert und ihm eine Anziehhilfe sowie eine manuelle Lymphdrainage rezeptiert zu haben. Der Befund stelle sich über einen Zeitraum von sechs Jahren als konstant dar. Eine Heilung des postthrombotischen Syndroms sei nicht möglich, allerdings könne eine Verschlechterung der Erkrankung durch das konsequente Tragen eines Kompressionsstrumpfes und regelmäßiger manueller Lymphdrainage hinausgezögert werden.

Außerdem hat der Senat auf Antrag des Klägers gem. [§ 109 SGG](#) ein angiologisches Sachverständigen Gutachten bei dem des Universitätsklinikums U1 R2 eingeholt (Bl. 219 ff. Senatsakte, Untersuchungstag: 02.03.2022). Der Sachverständige hat ein moderates postthrombotisches Syndrom des rechten Unterschenkels diagnostiziert und dieses mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf die alle drei Unterschenkelvenen betreffende tiefe Beinvenenthrombose im Jahr 2004 zurückgeführt (Umfangmaße Oberschenkel: rechts 44 cm, links 45 cm; Umfangmaße Unterschenkel: rechts 42,5 cm, links 41 cm). Die MdE hat er auf 20 v.H. geschätzt. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25.07.2022 hat der Sachverständige mitgeteilt, dass die Messung des Beinumfangs üblicherweise an drei Stellen des Ober- und Unterschenkels durchgeführt werde. Angegeben würden die Maße des größten Unterschiedes am Oberschenkel und Unterschenkel im Seitenvergleich. Messungen des distalen Unterschenkels („Knöchelumfang“) seien beim Kläger zwar durchgeführt, aber bei geringerer Differenz als oben nicht zusätzlich dokumentiert worden.

Die Beklagte hat sodann u.a. darauf hingewiesen, dass als Ursache für die Ödembildung in den Beinen auch die beim Kläger unfallunabhängig bestehende Herzinsuffizienz in Betracht komme. Ferner hätten die Vorgutachter - ungeachtet der Kausalität der

Beschwerden - die Ödembildung und Beinschmerzen mit einer MdE von unter 10 v.H bewertet (Bl. 228 f. Senatsakte). Diese Beurteilung stehe im Einklang mit den allgemein anerkannten unfallmedizinischen Erfahrungswerten. Bis auf den zeitlichen Zusammenhang und die bloße Möglichkeit habe der Wahlsachverständige keine Begründung für die Bejahung des Ursachenzusammenhangs gegeben und sich auch nicht mit den bereits vorliegenden Gutachten auseinandergesetzt.

Der Kläger hat daraufhin die vom 26.08.2022 bis 12.09.2022 im Rahmen einer Lymphödem-Therapie dokumentierten Umfangsmaße vorgelegt (Bl. 255 Senatsakte) und vorgetragen, dass er ausweislich des Gutachtens des F1 von November 2013 nicht an einer Herzerkrankung leide.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Prozessakten der gerichtlichen Verfahren S 8 U 5233/09 und [L 3 U 19/12](#) sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers, ist zulässig, jedoch unbegründet. Der Kläger hat (nach wie vor) keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 01.08.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.11.2018, mit dem die Beklagte auf den Verschlimmerungsantrag des Klägers vom 19.01.2016 hin weiterhin die Gewährung einer Verletztenrente gem. [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) abgelehnt hat.

Das SG hat in den Entscheidungsgründen seines Urteils vom 21.08.2019 die rechtlichen Grundlagen der Voraussetzungen eines Rentenanspruchs nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) zutreffend dargelegt und unter - ebenfalls zutreffender - Würdigung der im Laufe sowohl des Verwaltungs- als auch des erstinstanzlichen Verfahrens durchgeführten medizinischen Ermittlungen, insbesondere unter Auswertung der - im Urkundsbeweis verwertbaren - Gutachten der M5 (vom 19.02.2018) und S1 (vom 07.03.2018) sowie des Vortrags des Klägers mit zutreffender Begründung ausgeführt, dass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente weiterhin nicht vorliegen. Der Senat sieht deshalb gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den überzeugenden Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück.

Auch die im Rahmen des Berufungsverfahrens durchgeführten weiteren medizinischen Ermittlungen begründen ab dem 01.05.2014 keine rentenrelevante MdE der vom Kläger (noch) geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, so dass letztlich dahinstehen kann, ob diese überhaupt rechtlich wesentlich auf den stattgehabten Arbeitsunfall vom 02.10.2004 zurückzuführen sind.

Bei der Prüfung, ob beim Kläger eine rentenrelevante MdE vorliegt, sind allein (noch) die Beeinträchtigungen im Bereich beider Beine in Form der vom Kläger - wie im Rahmen des am 19.01.2016 in seinem Verschlimmerungsantrag dargestellt - geklagten Schmerzen, der Schwellneigung und des hinkenden Gangs zu berücksichtigen. Dass die von ihm im Rahmen der gerichtlichen Verfahren S 8 U 5233/09 und [L 3 U 19/12](#) auch geltend gemachte Belastungsdyspnoe nicht kausal auf den stattgehabten Arbeitsunfall zurückzuführen ist, hat bereits der 3. Senat des LSG in seinem rechtskräftigen Urteil vom 30.04.2014 ausgeführt. Hierauf hat das SG in seinem Urteil vom 21.08.2019 zu Recht Bezug genommen und auch der erkennende Senat schließt sich den überzeugenden Ausführungen des 3. Senats in den Entscheidungsgründen des Urteils vom 30.04.2014 ([L 3 U 19/12](#)) an und verweist - zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen - auf die dortigen Entscheidungsgründe. Im Übrigen hat der Kläger eine Belastungsdyspnoe im vorliegenden gerichtlichen Verfahren auch nicht mehr geltend gemacht (s. insbesondere Niederschrift der mündlichen Verhandlung vor dem SG, Bl. 73 ff. SG-Akte).

Nach dem vom erkennenden Senat regelmäßig seiner Rechtsprechung zugrunde gelegten unfallversicherungsrechtlichen Standardwerk (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 639 f.) wird die MdE hinsichtlich der Folgen einer Venenthrombose durch ein chronisches Stauungsödem und ggf. bestehende Sekundärerkrankungen am Weichteilmantel bestimmt. Dabei kommt es nicht allein auf die ausgeprägtere Schwellung des Unterschenkels, sondern auf den Mittelwert der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel an. Objektive chronische Stauungszeichen sind dabei Besenreiser (fächerförmig auftretende kleine bis kleinste Varizen), Pigmentablagerungen und trophische Störungen. Ohne getragenen Kompressionsstrumpf ist dabei ein mittlerer Mehrumfang von Ober- und Unterschenkel von 1 bis 2 cm bei Besenreiserzeichnung mit einer MdE von 10 v.H. und bei einem Mehrumfang von mehr als 2 cm mit Pigmentablagerungen von 20 v.H., mit ausgeprägten trophischen Störungen von 30 v.H. und mit therapieresistenten Ulzerationen mit 40 v.H. zu bewerten.

Die Voraussetzungen für eine rentenrelevante MdE von 20 v.H. liegen beim Kläger auch nach den weiteren vom Senat durchgeführten Ermittlungen nicht vor. Aus dem Sachverständigengutachten des R2 lässt sich anhand der im Rahmen seiner Begutachtung gemessenen und dokumentierten Umfangswerte der unteren Extremitäten (Oberschenkel: re. 44 cm, li. 45 cm; Unterschenkel: re. 42,5 cm, li. 41 cm) ein Mittelwert der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von 0,75 cm entnehmen. Der Senat legt seiner Berechnung - entsprechend der Ausführungen des R2 in seiner ergänzenden Stellungnahme - hierbei jeweils die im Bereich des Ober- und des Unterschenkels größte gemessene Umfangsdifferenz zugrunde und errechnet hieraus den Durchschnittswert der Umfangsvermehrung. Nach den im Rahmen der Begutachtung von R2 dokumentierten Umfangswerten besteht im Bereich der Oberschenkel keine zu Lasten des rechten Oberschenkels bestehende Umfangsvermehrung, da der Umfangswert des gesunden linken Oberschenkels sogar um 1 cm größer ist als derjenige des durch die Ödembildung beeinträchtigten rechten Unterschenkels (re. 44 cm, li. 45 cm). Im Bereich des Unterschenkels rechts ist ein Umfang von 42,5 cm und links von 41 cm gemessen worden. Dies ergibt eine Umfangsdifferenz von 1,5 cm. Die durchschnittliche Umfangsvermehrung im Bereich von Ober- und Unterschenkel beträgt somit 0,75 cm ((0 cm + 1,5 cm) : 2 = 0,75 cm). Soweit der Kläger behauptet hat, im Rahmen der Begutachtung durch R2 sei im Bereich der Knöchel eine Umfangsdifferenz von 4 cm gemessen worden, so hat dies der Sachverständige in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25.07.2022 gerade nicht bestätigt. Im Übrigen ergibt sich auch aus den im Rahmen der durchgeführten Lymphdrainage am 26.08.2022 gemessenen Werten keine durchschnittliche Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von mindestens 2 cm. Laut der vom Kläger vorgelegten entsprechenden Therapie-Dokumentation ist am 26.08.2022 hinsichtlich beider Oberschenkel ein Umfang von 48 cm gemessen worden. Eine Umfangsdifferenz besteht somit nicht. Als größte Umfangsdifferenz ist im Bereich der Fersenmitte eine Differenz von 3 cm (Fersenmitte

re. 32 cm, links 29 cm) gemessen worden. Ungeachtet des Umstands, dass die Ferse bereits nicht mehr zum Unterschenkel gehört - die Kontur des Unterschenkels ergibt sich durch die Tibia (Schienbein) und außen liegende Fibula (Wadenbein); über das Kniegelenk ist der Unterschenkel mit dem Oberschenkel und über das Sprunggelenk mit dem Fuß verbunden (s. Definition in: Pschyrembel online) -, führt auch diese Umfangsdifferenz nicht zu einer durchschnittlichen Umfangsvermehrung von mindestens 2 cm. Diese beträgt auch unter Einbeziehung des Fersenwertes lediglich 1,5 cm ($(0 \text{ cm} + 3 \text{ cm}) : 2 = 1,5 \text{ cm}$). Im Rahmen der nachfolgenden Lymphdrainagetermine - 30.08., 02.09., 05.09., 09.09. und 12.09.2022 - sind lediglich die Fersenumfänge und nicht auch die Umfänge der Oberschenkel dokumentiert worden, so dass eine Berechnung des Mittelwerts der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel schon deshalb nicht erfolgen kann und sich daher auch keine andere Einschätzung der durchschnittlichen Umfangsvermehrung ergibt.

Überdies lässt sich auch dem vor dem Verschlimmerungsantrag im Oktober 2013 im Rahmen der Untersuchung durch F1 dokumentierten Umfangsmaßen sowie den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die M5 und S1 im Januar und Februar 2018 dokumentierten Umfangswerte eine durchschnittliche Seitendifferenz von mindestens 2 cm nicht errechnen. Nach den von M5 im Januar 2018 dokumentierten Umfangsmaßen hat im Bereich der Oberschenkel keine Umfangsdifferenz zu Lasten des durch die Ödembildung belasteten rechten Beines bestanden. Vielmehr sind die im Bereich des linken Oberschenkels gemessenen Umfangswerte entweder gleich oder größer gewesen. Somit ist für die Oberschenkel von einer Umfangsdifferenz von 0 cm auszugehen. Im Bereich der Unterschenkel ist eine größte Umfangsdifferenz von 2 cm zugrunde zu legen (re. 28 cm, li. 26 cm). Somit beträgt die durchschnittliche Umfangsvermehrung für Ober- und Unterschenkel 1 cm ($(0 \text{ cm} + 2 \text{ cm}) : 2 = 1 \text{ cm}$). Auch den von S1 im Februar 2018 dokumentierten Umfangsmaßen lässt sich keine rentenrelevante Umfangsvermehrung entnehmen. Er hat im Bereich der Oberschenkel eine größte Umfangsvermehrung von 1 cm (re. 52 cm, li. 51 cm) und im Bereich des linken Unterschenkels von 2 cm (re. 30 cm, li. 28 cm) dokumentiert. Hieraus ergibt sich eine durchschnittliche Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von 1,5 cm ($(1 \text{ cm} + 2 \text{ cm}) : 2 = 1,5 \text{ cm}$). Dieselbe durchschnittliche Umfangsdifferenz von 1,5 cm errechnet sich aus den vor dem Verschlimmerungsantrag des Klägers im Oktober 2013 durch F1 ermittelten Umfangsmaßen. F1 hat im Bereich der Oberschenkel keine Umfangsdifferenz (re. 45 cm, li. 45 cm) und im Bereich des Unterschenkels eine größte Umfangsdifferenz von 3 cm (re. 28 cm, li. 25 cm) gemessen ($(0 \text{ cm} + 3 \text{ cm}) : 2 = 1,5 \text{ cm}$).

Zudem lässt sich auch dem Gutachten des R2 ebenso wenig wie den Gutachten der M5 und S1 entnehmen, dass beim Kläger Pigmentablagerungen, ausgeprägte trophische Störungen oder therapieresistente Ulzerationen vorliegen. M5 hat im Rahmen seiner Untersuchung dokumentiert, dass beim Kläger weder Veränderungen der Haut noch der Narben und im Übrigen auch keine Schwellungszustände vorgelegen haben. S1 hat ausdrücklich ausgeführt, dass keine relevanten peripheren trophischen Störungen, insbesondere keine Hyperpigmentierung oder sonstige Anzeichen einer beginnenden oder fortgeschrittenen chronisch venösen Insuffizienz bestanden haben. Und schließlich hat auch R2 dokumentiert, dass beim Kläger im Rahmen seiner Untersuchung keine Haut-indurationen, keine Hyperpigmentation und auch keine Rötung vorgelegen haben. Auch die behandelnden B4 und M4 haben in ihren sachverständigen Zeugenauskünften keine entsprechenden Auffälligkeiten im Bereich der Haut mitgeteilt.

Die vom Kläger im Bereich beider Beine geklagten Beschwerden führen folglich nicht zu einer MdE von mindestens 20 v.H. Der Einschätzung des Wahlsachverständigen R2, wonach die MdE beim Kläger 20 v.H. beträgt, kann mithin aus den oben näher ausgeführten Gründen nicht gefolgt werden.

Insoweit kann auch dahinstehen, ob diese Beschwerden rechtlich wesentlich - wie der Kläger meint - auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind oder - wie von der Beklagten geltend gemacht - auf eine beim Kläger unfallunabhängig bestehende Herzerkrankung. Weitere Ausführungen zum Bestehen und Ausmaß eines postthrombotischen Syndroms oder einer Herzinsuffizienz sind mithin entbehrlich, wobei der Senat darauf hinweist, dass beim Kläger jedenfalls eine unfallunabhängige koronare Zweigefäßerkrankung vorliegt, die erstmals im Rahmen der im Februar 2008 durchgeführten Herzkatheteruntersuchung diagnostiziert worden ist und zu einer Stentimplantation geführt hat.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-05-03