

**L 1 U 1823/07**

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 2 U 689/03  
Datum  
22.03.2007  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 1 U 1823/07  
Datum  
18.12.2000  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie  
Beschluss

Die Berufungen des Klägers und der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. März 2007 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin ein Zehntel ihrer außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin wegen des Arbeitsunfalls vom 19.09.2000 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. zusteht.

Die 1975 geborene Klägerin war bei ihrer Tätigkeit als Briefzustellerin am 19.09.2000 auf einer Treppenstufe abgerutscht und mit dem linken Fuß umgeknickt. Am Unfalltag war eine Distorsion des linken Sprunggelenks und des linken Mittelfußes diagnostiziert worden (Durchgangsarztbericht von Dr. M. vom 20.09.2000). Die Klägerin war ab dem Unfalltag arbeitsunfähig. Eine zunächst an ihrem Arbeitsplatz durchgeführte Belastungserprobung mit vier Stunden täglich wurde am 18.12.2000 abgebrochen. Nach stationärer Behandlung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. vom 25.01. bis 14.02.2001, aus der sie mit der Diagnose: Sprunggelenksdistorsion links mit nachfolgendem kompressionsbedingtem Tarsaltunnelsyndrom links entlassen worden war (Entlassungsbericht vom 02.03.2001), wurde ab 19.02.2001 die Belastungserprobung mit vier Stunden täglich wieder aufgenommen. Ab 30.04.2001 nahm sie eine Tätigkeit im Innendienst der Postfachverteilung vollschichtig auf. Mit Auflösungsvertrag ist das Arbeitsverhältnis zum 30.09.2003 beendet worden. Die Klägerin hat eine Umschulung zur Industriekauffrau aufgenommen.

In den Befundberichten des Neurologen und Psychiaters Dr. Z. vom 25.06., 31.07., 19.09., 09.10. und 07.11.2001 wurden als gleichbleibende Befunde belastungsabhängige, stechende Schmerzen im Bereich der linken Fußsohle, ein geschwollenes oberes Sprunggelenk links mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit beschrieben mit zunehmender Verstärkung einer reaktiven Dysthymie, zuletzt mit erheblicher Angstkomponente.

Im Gutachten von Prof. Dr. K. vom 07.03.2002 wurde als Unfallfolge eine leichte Bewegungseinschränkung und eine diskrete Muskelminderung des linken Beins im Vergleich zu rechts bei subjektiven Beschwerden angegeben. Die unfallbedingte MdE wurde auf 10 v.H. eingeschätzt. Privatdozent Dr. R. führte in seinem neurologischen Gutachten vom 07.06.2002 aus, nachweisbare sensible und motorische Defizite seien nicht zu finden gewesen. Hinweise auf bewusstseinsnahe simulierende oder aggravierende Darstellung der Schmerzsymptomatik seien der Testpsychologie nicht zu entnehmen gewesen. Die Beschwerdesymptomatik bei der initialen neurologischen Untersuchung mit schmerzbedingter Minderinnervationen für die Fuß- und Zehenhebung und verzögerter Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus tibialis habe bei der jetzt aktuellen Untersuchung klinisch und Zusatzdiagnostisch nicht eindeutig objektiviert werden können. Die geklagten Beschwerden seien am ehesten mit einem Tarsaltunnelsyndrom zu vereinbaren. Die unfallbedingte MdE betrage derzeit 10 v.H. Prof. Dr. K. schätzte daraufhin die Gesamt-MdE auf 15 v.H. ein (Gutachten vom 24.04.2002).

Mit Bescheid vom 16.05.2002 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Auf Widerspruch der Klägerin holte die Beklagte die beratungsrätliche Stellungnahme von Prof. Dr. M. vom 26.06.2002 ein. Danach entsprächen die geklagten Miss- und Schmerzempfindungen am linken Fuß nicht dem vollständigen Ausfall des Nervus tibialis. Die komplette Lähmung des Nervus tibialis verursache nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten eine MdE von 25 v.H. Ob vorliegend eine MdE von 10 oder von 15 v.H. vorliege, sei eine Ermessensfrage des Gutachters, wie sehr er schmerzhaft Missemfindungen funktionell bewerte. Unter Berücksichtigung der unfallchirurgischen MdE von 10 v.H. sei bei einer neurologischen MdE von 15 v.H. eine Gesamt-MdE um 20 v.H. anzunehmen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23.01.2003 hielt Prof. Dr. K. an seiner Einschätzung der Gesamt-MdE von 15 v.H. fest, nachdem er einen

unfallbedingten Morbus Sudeck verneint und das Vorliegen einer unfallbedingten Venenthrombose, was die Klägerin zuletzt beides geltend gemacht hatte, als nicht wahrscheinlich beurteilt hatte. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.02.2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 17.03.2003 Klage zum Sozialgerichts Reutlingen erhoben, das Dr. Z. und Dr. B. als sachverständige Zeugen schriftlich gehört hat. Dr. Z. hat die MdE auf neurologischem Fachgebiet mit 20 v.H. und auf psychiatrischem Fachgebiet bei erheblicher Chronifizierungstendenz mit beginnender sozialer Isolierung auf 20 v.H. eingestuft (Aussage vom 03.04.2003). Dr. B. hat unter Mitteilung der weiteren Diagnosen eines Morbus Sudeck und einer Unterschenkelvenenthrombose einen GdB von 20 angenommen (Aussage vom 13.04.2003). Das Sozialgericht hat Prof. Dr. H. zum Sachverständigen bestimmt hat. In seinem Gutachten vom 08.03.2004 hat er ein geringfügiges Defizit der Funktionalität im oberen Sprunggelenk links, eine schonungsbedingte Atrophie der Wadenmuskulatur, eine leichte Herabsetzung der Fußsohlenbeschwellung links und geringfügige radiologische Veränderungen im Bereich der Mittelfußköpfchen II bis IV links als Unfallfolgen bezeichnet. Die aus orthopädischer Sicht zu beurteilende MdE betrage weniger als 10 v.H., die unfallbedingten Beeinträchtigungen seien ausschließlich durch die neurologische Situation mit Verdacht auf ein Tarsaltunnel-Kompressionssyndrom links bestimmt. Bei großzügiger Auslegung der Richtlinien könne eine MdE von 20 v.H. zugebilligt werden. Im Allgemeinen erfolge die MdE-Einschätzung mit dem erstmaligen Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit eher großzügig, weshalb nach seinem Dafürhalten eine Gesamtschadensvergütung in Höhe von 20% für etwa ein halbes Jahr hätte erwogen werden können. Im neurologischen Gutachten von Prof. Dr. A. vom 23.03.2004 wird die unfallbedingte MdE mit 10 v.H. eingeschätzt. Es seien keine sicheren Hinweise auf motorische oder sensible Defizite seitens des Tarsaltunnelsyndroms gefunden worden. Die geklagten Schmerzen rechtfertigten keine höhere Einschätzung. Die von Dr. Z. diagnostizierte erhebliche Chronifizierungstendenz mit beginnender sozialer Isolierung mit einer MdE von 20 v.H. auf psychiatrischem Fachgebiet sei nicht nachvollziehbar, denn die Klägerin sei verlobt und fahre mit dem Schwiegervater täglich nach T., wo eine Umschulungsmaßnahme erfolge.

In dem auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholten Gutachten von Dr. B. vom 07.10.2004 mit Ergänzung vom 03.02.2006 hat dieser die unfallbedingte MdE auf 10 v.H. eingeschätzt und sich hierbei auf das radiologische Zusatzgutachten von Oberärztin Dr. F. vom 16.09.2004 gestützt. Ein Morbus Sudeck könne anhand der gefertigten Kernspintomographie-Aufnahmen nicht belegt werden, es bestehe eine chronische Kapselreizung die Ausdruck einer chronischen Fehlbelastung sei.

In dem von Amts wegen eingeholten Gutachten von Privatdozent Dr. St. vom 18.05.2006 wird ein komplexes regionales Schmerzsyndrom, was an Stelle der früheren gebräuchlichen Bezeichnungen Morbus Sudeck getreten sei, verneint. Das diagnostizierte Mischbild residueller Beschwerden am oberen Sprunggelenk und eines leichten Tarsaltunnelsyndroms sei mit der MdE von 15 v.H. einzustufen.

Mit Urteil vom 22.03.2007 hat das Sozialgericht die Beklagte zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. für die Zeit vom 30.04. bis 31.12.2001 verurteilt. Im übrigen hat es die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Prof. Dr. H. für einen Zeitraum von acht Monaten eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. angenommen. Danach sei ausweislich der Gutachten von Prof. Dr. K., Prof. Dr. H. und Privatdozent Dr. St. keine unfallbedingte MdE in rentenrelevanter Höhe mehr festzustellen.

Gegen das den Beteiligten am 05.04. bzw. 07.04.2007 zugestellte Urteil haben die Klägerin am 10.04.2007 und die Beklagte am 26.04.2007 Berufung eingelegt.

Die Klägerin macht geltend, das Gericht habe zutreffend bis Dezember 2001 eine unfallbedingte MdE von 20 v.H. angenommen. Eine wesentliche Besserung oder Änderung sei danach aber nicht eingetreten. Um die Entziehung der Unfallrente zu rechtfertigen, müsse eine wesentliche Änderung eingetreten sein, was nicht der Fall sei. Auf den Schriftsatz des Klägerbevollmächtigten vom 30.05.2007 wird verwiesen.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22.03.2007 und den Bescheid der Beklagten vom 16.05.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.02.2003 abzuändern sowie die Beklagte zu verurteilen, ihr unter Anerkennung einer Sprunggelenks- und Fußwurzeldistorsion links mit Kapselreizung, posttraumatischem Morbus Sudeck, Unterschenkelvenenthrombose links, reaktiver Depressivität als weitere Unfallfolgen über den 31.12.2001 hinaus Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22.03.2007 insoweit aufzuheben, als sie zur Gewährung einer Verletztenrente verurteilt worden ist, und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie führt zur Begründung aus, die unfallbedingte MdE sei von allen Ärzten mit 15 v.H. eingeschätzt worden. Geht man davon aus, dass sich die Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet mit denen aus unfallchirurgischem überschneiden, verbiete sich die Annahme einer Gesamt-MdE von 20 v.H. über einen Zeitraum von acht Monaten. Prof. Dr. Dr. M. habe ausgeführt, dass kein kompletter Ausfall des Nervus tibialis vorliege, was eine MdE in Höhe von 25 rechtfertigen könne. Dieses Krankheitsbild liege aber nicht vor, weshalb die MdE deutlich darunter anzusetzen sei. Die unfallbedingte MdE auf neurologischem Fachgebiet sei daher überzeugend von Privatdozent Dr. R., Prof. Dr. A. und Prof. Dr. W. (Privatdozent Dr. St.) mit 10 v.H. eingeschätzt worden. Die übrigen von der Klägerin als Unfallfolgen angesehenen Gesundheitsstörungen lägen nicht vor oder seien nicht unfallbedingt.

Mit richterlicher Verfügung vom 06.08.2007 und wiederholender Verfügung vom 21.08.2007 sind die Beteiligten auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen worden.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts Reutlingen einschließlich der im Schwerbehindertenverfahren der Klägerin angefallenen Akte S 12 SB 3226/02 beigezogen. Auf diese Unterlagen und die beim Senat angefallene Akte wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen der Klägerin und der Beklagten sind zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) kann der Senat - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Im vorliegenden Fall sind die Berufsrichter des Senats einstimmig zum Ergebnis gekommen, dass die Berufung unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten sind auf die Möglichkeit einer Entscheidung nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) hingewiesen worden und haben Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Die Berufungen beider Beteiligten sind unbegründet.

Das angefochtene Urteil des SG ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verletztenrente über den 31.12.2001 hinaus. Dagegen ist der angefochtene Bescheid der Beklagten insoweit rechtswidrig als auch Rente für den Zeitraum vom 30.04. bis 31.12.2001 abgelehnt wird. Die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. für diesen Zeitraum in dem von der Beklagten insoweit angefochtenen Urteil des Sozialgerichts ist nicht rechtsfehlerhaft.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern ([§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII ). Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann ([§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet. Bei der erstmaligen Feststellung der Rente nach der vorläufigen Entschädigung kann der Vohhundertsatz der MdE abweichend von der vorläufigen Entschädigung festgestellt werden, auch wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben ([§ 62 Abs. 2 SGB VII](#)).

Die Bemessung der MdE wird vom BSG in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 mwN). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr 22](#), 23; [BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG aaO; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr 1](#)).

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#)). Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: [BSGE 63, 207](#), 211, 212 = [SozR 2200 § 581 Nr 28](#); Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 mwN). Dies verlangt [§ 56 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 1 Satz 1 SGB VII](#), wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Nach diesen Grundsätzen begegnet die vom Sozialgericht angenommene unfallbedingte MdE von 20 v.H. für den Zeitraum von Mai bis einschließlich Dezember 2001 und von 15 v.H. für die Zeit danach keinen rechtlichen Bedenken. Übereinstimmend haben die begutachtenden Ärzte bei der Klägerin aufgrund des unfallmedizinischen/orthopädischen Befundes bis zur Untersuchung von Prof. Dr. H. die unfallbedingte MdE mit 10 v.H. angegeben. Diese Einschätzung ist maßgebend darauf gestützt worden, dass im linken oberen Sprunggelenk eine leichte Bewegungseinschränkung mit diskreter Muskelminderung des linken Beins bei glaubhaften Beschwerdeangaben, so im Gutachten von Prof. Dr. K. vom 07.03.2002, vorlag. Aus neurologischer Sicht liegt bei der Klägerin ein ohne nachweisbare sensible oder motorische Defizite einhergehendes Tarsaltunnelsyndrom links vor, das von allen auf neurologischem Gebiet begutachtenden Ärzten für diesen Zeitraum mit einer MdE um 10 v.H. eingeschätzt wird. Ob den Ausführungen von Prof. Dr. Dr. M. und Prof. Dr. H. entnommen werden kann, dass sie in Abweichung hiervon eine Teil-MdE von 15 v.H. angenommen und daher eine Gesamt-MdE von 20 v.H. befürwortet haben, kann dahinstehen. Zwar sind die nur um fünf v.H. voneinander abweichenden Schätzungen der MdE unter Berücksichtigung der natürlichen Schwankungsbreite von Schätzungen beidermaßen rechtmäßig, was selbst dann gilt, wenn der von der Abweichung betroffenen höheren MdE-Stufe Rentenrelevanz zukommt (vgl. Meyer-Ladewig in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG Kommentar, 8. Aufl., § 128 Rdnr. 3f m. w. N.; BSG Urteil vom 14.12.1978, SozSich. 1979,89; BSG Urteil vom 07.12.1976, [SozR 2200 § 581 Nr. 9](#)). Der Grundsatz gilt aber nur dann, wenn die Schätzungsgrundlagen richtig ermittelt sind, die für die Schätzung wesentlichen Umstände hinreichend gewürdigt und die Schätzung selbst nicht auf falschen oder unsachlichen Erwägungen beruht.

Hiervon ausgehend sind die von Prof. Dr. Dr. M. und Prof. Dr. H. als großzügig ermessensabhängig bezeichneten Teil-MdE-Werte von 15 v.H. auf neurologischem Gebiet angemessen, aber entgegen ihrer Einschätzung auch erforderlich, um die unfallbedingten funktionellen

Einbußen der Klägerin in dem vom Sozialgericht angenommenen Bewilligungszeitraum vollständig zu erfassen. Berücksichtigt ist von beiden Ärzten letztlich nur der von PD Dr. R. am 04.02.2002 erhobene Befund, der aber rechtserheblich von dem Gesundheitszustand der Klägerin im Bewilligungszeitraum abweicht. Nicht in die Bewertung eingegangen sind die im maßgeblichen Zeitraum noch vorliegende Schwellung des Sprunggelenks mit Sensibilitätsstörung sowie die psychische Störung durch die reaktive Dysthymie (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch: anhaltende affektive Störung mit chronisch oder konstant wiederkehrender milder Depression ohne hypoman. Episoden, die dazwischen liegenden Perioden normaler Stimmung halten selten wochenlang an) mit Angstkomponente.

Ausgehend davon, dass im Januar und Februar 2001 bei der Klägerin noch eine Fuß- und Zehenheberparese links, wenn auch diskret, zu beobachten war (vgl. Neurologischer Befundbericht der Universitätsklinik T. vom 06.02.2001) und danach ein leichtes Tarsaltunnelsyndrom diagnostiziert wurde, ist anhand der von Dr. Z. dokumentierten Symptomentwicklung und des Behandlungsverlaufs eine gravierende Schmerzsymptomatik mit psychischen Auswirkungen nach Ende der Arbeitsunfähigkeit festzustellen. Danach bestand am 26.06.2001 ein geschwollenes oberes Sprunggelenk mit weiterhin erheblich schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit mit zunehmender reaktiver Dysthymie und deutlicher vegetativer Stigmatisierung (Befundbericht vom 25.06.2001). Im Zwischenbericht von Prof. Dr. W. vom 05.07.2001 wird die vegetative Stigmatisierung bestätigt, eine nennenswerte Schwellung des Sprunggelenks lag zum Untersuchungszeitpunkt jedoch nicht vor, wobei die Untersuchung aber während des Jahresurlaubes der Klägerin vorgenommen worden ist (vgl. Schreiben der Beklagten an den Arbeitgeber vom 6. Juli 2001). Im neurologischen Befundbericht von Dr. Z. vom 31.07.2001 wird keine Veränderung zu dem von ihm erhobenen Vorbefund angegeben. Am 19.09.2001 wurden zusätzlich zunehmende Sensibilitätsstörungen beschrieben, die nach Dr. Z. am 09.10.2001 ebenfalls noch vorlagen bei weitgehend unverändertem Vorbefund. Jetzt aber beschreibt er eine inzwischen eingetretene erhebliche Angstkomponente, die zusätzlich zur reaktiven Dysthymie eingetreten ist (Neurologischer Befundbericht von Dr. Z. vom 09.10.2001). Der gleiche Befund wurde von Dr. Z. auch am 07.11.2001 erhoben (Befundbericht vom 07.11.2002). Diesen Befunden entsprachen auch weitgehend die von Dr. Z. dokumentierten und damit auch glaubhaften Beschwerdeangaben der Klägerin. Demgegenüber bestand bei der Untersuchung am 04.02.2002 durch Prof. Dr. K. ausweislich der in seinem Gutachten vom 07.03.2001 angegebenen Umfangmaße keine Schwellung am linken Sprunggelenk mehr und neben einer geringfügigen Bewegungseinschränkung links mit linksbetontem Schonhinken ergab sich kein auffälliger Befund. Die erwähnte Muskelminderung um 0,5 cm am Rist über dem Kahnbein bei ansonsten identischen Umfangmaßen beidseits an Unterschenkel und Fuß ist nach Prof. Dr. K. allenfalls eine diskrete Muskelatrophie, wenn die Abweichung nicht sogar einer üblichen Normvariante oder der Messtoleranz zuzuordnen ist. Auch bei der Untersuchung im März 2002 durch PD Dr. R. wurde keine belastungsbedingte Schwellung des Sprunggelenks mehr festgestellt. Aufgrund der Beschwerdeangaben der Klägerin, belastungsabhängige Schmerzen seien noch bei längeren Wegstrecken vorhanden, schätzte PD Dr. R. trotz fehlender nachweisbarer sensibler und motorischer Defizite bei den durch die Testpsychologie aber als glaubhaft beurteilten Beschwerdeangaben der Klägerin die MdE auf 10 v.H. Weder den Angaben der Klägerin noch der Testpsychologie waren eine Angstsymptomatik bzw. auf einen (Dauer-)Schmerzzustand zurückführbare depressive Episoden zu entnehmen. Eine psychogene Verursachung der Schmerzsymptomatik war von PD Dr. R. jedoch ausgeschlossen worden. Auch im folgenden dokumentierten Behandlungsverlauf des Neurologen und Psychiaters Dr. Z. ist eine Angstsymptomatik jedenfalls für die folgenden Monate nicht mehr enthalten (vgl. Neurologische Befundberichte vom 15.05. und 18.06.2002). Bereits im November 2001 hatte sich das Abklingen der Schmerzsymptomatik abgezeichnet. Die Schwellung des linken Sprunggelenks war nur noch leichtgradig ausgeprägt, wie sich dem Arztbrief von Dr. St. vom 15.11.2001 entnehmen lässt. Die Sensibilitätsstörungen traten nur noch belastungsbedingt auf (Neurologischer Befundbericht von Dr. Z. vom 07.11.2001). Die von Dr. Z. im Januar 2002 beschriebene Zunahme der Schwellung im oberen Sprunggelenk mit Schmerzzunahme ist auf die erneute Distorsion des Sprunggelenks am 13.12.2001 zurückzuführen, die sich die Klägerin auf Glatteis zugezogen hat (vgl. Befundbericht von Dr. Z. vom 07.01.2002). Nach Angaben der Klägerin bei der Untersuchung durch Prof. Dr. H. waren diese Beschwerden jedoch nach zwei Wochen abgeklungen und es habe wieder der Zustand wie zuvor bestanden. Folgen aus dieser Distorsion sind im vorliegenden Rechtsstreit nicht zu berücksichtigen, denn es ist weder von der Klägerin geltend gemacht noch aus den Akten ersichtlich, dass der streitgegenständliche Unfall vom 19.09.2000 oder Folgen hieraus zur Entstehung der erneuten Distorsion im Dezember 2001 wesentlich beigetragen oder deren Folgen wesentlich mitbeeinflusst haben.

Damit war jedenfalls bis Dezember 2001 eine bei der Klägerin vorherrschende funktionelle Einschränkung durch eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik aufgetreten, die mit vegetativer Begleiterscheinung auftrat und zuletzt mit psychisch relevanten Beschwerden in Form einer reaktiven Dysthymie mit Angstsymptomatik behaftet war, was eine neurologische Teil-MdE um 15 v.H. rechtfertigt. Die Schmerzsymptomatik ist unter Berücksichtigung der Gesamtumstände einem größeren Teilausfall des Nervus tibialis im Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigungen gleichzustellen. Nach Prof. Dr. Dr. M. beinhaltet der Totalausfall des Nervus tibialis mit einer funktionellen Beeinträchtigungen um 25 v.H. schmerzhafte Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen, eine verminderte oder fehlende Schweißsekretion an der Fußsohle und Teillähmungen der kleinen Fußmuskulatur. Die mit Sensibilitätsstörungen, Schmerzen und psychischen Störungen im oben genannten Umfang einhergehende Beeinträchtigung der Klägerin bis Ende Dezember 2001 wäre hierzu im Vergleich mit einer Teil-MdE um 10 v.H. auf neurologischem Gebiet unangemessen bewertet.

Damit ist die überwiegend auf neurologischem/psychiatrischem Gebiet zu bewertende unfallbedingte MdE bis 31.12.2001 insgesamt zutreffend mit 20 v.H. einzustufen. Dies entnimmt der Senat der insoweit überzeugenden MdE-Einschätzung von Dr. Z. in seiner schriftlichen Zeugenaussage an das Sozialgericht, der auf psychiatrischem Fachgebiet den Teil-MdE-Wert mit 20 v.H. angegeben hat. Bei weitgehender Überschneidung der aus dem neurologischen Befund einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik resultierenden psychischen Auswirkungen ist diese Teil-MdE integrierend mit der unfallchirurgischen/orthopädischen MdE von 10 v.H., wie es von Prof. Dr. K. angenommen wird, und wovon auch Prof. Dr. H. für den Zeitraum vor seiner Untersuchung ausgeht, mit der Teil-MdE von 15 v.H. auf neurologischem Fachgebiet zu berücksichtigen. Prof. Dr. H. hat überzeugend dargelegt, dass die unfallchirurgischen/orthopädischen Funktionsausfälle vollständig in den auf neurologischem Gebiet, hinsichtlich der schmerzbedingten depressiven-angstbesetzten Episoden aber auch auf psychiatrischem Gebiet, zu beschreibenden Beeinträchtigungen aufgehen. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komponente, die den behandelnden Psychiater und Neurologen Dr. Z. auch veranlasst hat, mehrfach in seinen Befundberichten des Jahres 2001 die Einleitung einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen, ist die Gesamt-MdE mit 20 v.H. angemessen und erforderlich. Dies gilt auch unter dem Aspekt des von Prof. Dr. H. durch Vorschlag einer Gesamtvergütung herangezogenen unfallmedizinischen Erfahrungssatzes, dass für die Zeit der Anpassung und Gewöhnung verletzungsbedingte Einschränkungen funktionell höhere Beeinträchtigungen darstellen als bei gleichem Befund nach erfolgreicher Ausbildung von Kompensationsmechanismen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin sind die ab Januar 2002 vorliegenden unfallbedingten Beeinträchtigungen, die sich aus den oben dargelegten Befunden von Prof. Dr. K. und Privatdozent Dr. R. ergeben und die von Prof. Dr. H. und Privatdozent Dr. St. im Ergebnis und in

der Bewertung der hieraus folgenden funktionellen Einschränkungen bestätigt worden sind, nicht mehr mit einer rentenrelevanten MdE um 20 v.H. zu bewerten. Deren Bewertung der MdE ist für den Senat nachvollziehbar. Das Sozialgericht hat sich in seiner angefochtenen Entscheidung mit zutreffenden Ausführungen auch hierauf gestützt, dem schließt sich der Senat an.

Die von der Klägerin zur Begründung einer höheren MdE herangezogenen Gesundheitsstörungen, die auf die Befunderhebungen von Dr. B. und Dr. Z. ab Juli 2002 zurückgeführt werden, sind nicht geeignet, eine MdE von mindestens 20 v.H. zu belegen. Die begehrte Feststellung einer Sprunggelenk- und Fußwurzeldistorsion mit Kapselreizung, posttraumatischem Morbus Sudeck, Unterschenkelvenenthrombose links und einer reaktiven Depressivität ist nicht begründet.

Eine unfallbedingte Sprunggelenksdistorsion links mit posttraumatischem Tarsaltunnelsyndrom ist im angefochtenen Bescheid der Beklagten bereits anerkannt. Ebenso sind belastungsabhängige Schmerzen und eine Schwellneigung im Bereich des Sprunggelenks als Unfallfolge festgestellt. Die dem radiologischen Zusatzgutachten von Oberärztin Dr. F. vom 16.09.2004 zu entnehmende chronische Kapselreizung ist nach deren Ausführungen Ausdruck einer chronischen Fehlbelastung. Belastungsabhängige Schmerzen sind aber bereits anerkannt. Ein Feststellungsanspruch hinsichtlich der Symptome eines bereits festgestellten Grundleidens besteht jedoch nicht. Außerdem ist fraglich, ob es sich bei der diagnostizierten Kapselreizung um eine feststellbare Dauerfolge handelt, da dieser Befund jeweils von der Art der Fehlbelastung abhängt. Eine Fußwurzeldistorsion ist im angefochtenen Bescheid der Beklagten und im Urteil des Sozialgerichts nicht ausdrücklich als Unfallfolge erwähnt, denn als Beschreibung des Unfallvorgangs ist sie der Feststellung von Gesundheitsstörungen als Unfallfolge nicht zugänglich. Zur Umschreibung spezifischer funktioneller Beeinträchtigungen ist die Feststellung einer unfallbedingten Fußwurzeldistorsion auch nicht erforderlich.

Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom, wie der früher als Morbus Sudeck bezeichnete Befund nach heutigen Erkenntnissen umschrieben wird, liegt nach dem überzeugenden Gutachten von PD Dr. St. vom 18.05.2006 nicht vor. Bereits Professor Dr. K. hatte die klassischen klinischen Zeichen eines Morbus Sudeck bei seiner ergänzenden Untersuchung am 20.01.2003 nicht nachweisen können (gutachtliche Stellungnahme vom 23.01.2003). In Übereinstimmung hierzu konnten auch Dr. B. und Prof. Dr. A. die entsprechende Diagnose von Dr. B. nicht bestätigen.

Ebenso ist die bei der Klägerin diagnostizierte Unterschenkelvenenthrombose nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 19.09.2000 zurückzuführen. Zeitnah zum Unfallereignis sind keine entsprechenden Befunde erhoben worden, obwohl die Klägerin mehrfach unfallchirurgisch und orthopädisch untersucht worden war. Prof. Dr. K. hat hierzu ausgeführt, dass der klinische Untersuchungsbefund des Dr. Sch., der die Klägerin im Rahmen eines Rentenverfahrens untersucht hatte (Gutachten vom 07.03.2002), keinen Hinweis auf eine zu diesem Zeitpunkt vorliegende Unterschenkelvenenthrombose ergeben hat. Aus dem phlebografischen Untersuchungsbefund vom 14.10.2002 konnte er nur einen alten Verschluss der Venen der Fibularisgruppe ohne Anhalt für einen Verschluss der tieferen Leitvenen des Unterschenkels ersehen. Eine Bestimmung des Alters des Verschlusses ist anhand des radiologischen und sonografischen Befundes nicht möglich. Damit finden sich keine Umstände, die mehr für als gegen einen unfallbedingten Zusammenhang der Thrombose sprechen.

Eine reaktive Depressivität, die durch den streitigen Unfall am 19.09.2000 verursacht oder unterhalten wird, ist ebenso wenig mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit festzustellen. Eine schmerzbedingte Dysthymie mit Angstsymptomatik ist für den Zeitraum bis Dezember 2001 der MdE-Bewertung zugrundegelegt. In der Folge sind Auffälligkeiten auf psychischem Gebiet bei der Untersuchung durch Privatdozent Dr. R. im März 2002 nicht mehr erhoben worden. Dem entspricht der vom Neurologen und Neuropsychologen Prof. Dr. A. am 02.02.2004 erhobene psychopathologische Befund, wonach die Klägerin bei indifferenter Grundstimmung, aber gut erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit keine weiteren Auffälligkeiten hat erkennen lassen. Oberarzt PD Dr. St., Schmerzbeauftragter der Universitätsklinik T., hat insoweit bei der Klägerin ebenfalls keinen auffälligen psychischen Befund erhoben (Gutachten vom 18.05.2006). Er beschreibt eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit und ausgeglichene Grundstimmung der Klägerin bei regelrechtem Antrieb, lediglich im Kontakt wirkte die Klägerin etwas angespannt mit zum Teil fatalistischer Einstellung gegenüber ihrer Erkrankung.

Soweit Dr. Z. teilweise hierzu im Widerspruch eine reaktive Depressivität auch über den Dezember 2001 hinaus beschreibt, ist diese nach seinen eigenen Ausführungen - die Richtigkeit seines Befundes unterstellt - nicht wesentlich auf den streitigen Unfall zurückzuführen. Zum einen bezieht er den als Überlastungszeichen gedeuteten, radiologisch gesicherten Reizerguß im oberen und unteren Sprunggelenk links mit chronischen Fasciendistorsionen am distalen Unterschenkel auf das hier nicht streitgegenständliche Ereignis vom 13.12.2001 (vgl. Stellungnahme von Dr. Z. an die Beklagte vom 12.07.2002), sodass die hierauf beruhenden depressiven Verstimmungen mit jetzt wieder angegebener Angstkomponente nicht mehr wesentlich auf den Unfall vom 19.09.2000 zurückgeführt werden können. Zum anderen beschreibt Dr. Z. in seinem Befundbericht vom 30.01.2003 eine seit Wochen zunehmende Mobbingssituation am Arbeitsplatz der Klägerin, der ein neuer Arbeitsvertrag mit einer Rückstufung vorgelegt worden sei, und einer dadurch eingetretenen schweren depressiven Reaktion mit Affekten der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und tiefer Enttäuschung. Der zu diesem Zeitpunkt beschriebenen depressiven Phase liegt die "Gekränktheit" der Klägerin durch das Vorgehen des Arbeitgebers zu Grunde (Befundbericht von Dr. Z. vom 06.02.2003). Für das Verhalten des Arbeitgebers ist die Beklagte nicht einstandspflichtig. Wenn dieser den Arbeitsunfall zum Anlass nimmt, mit von der Klägerin als unlauter empfundenen Mitteln - einen für sie ungünstigen Arbeitsvertrag durchzusetzen, sind die hieraus resultierenden gesundheitlichen psychischen Störungen keine wesentlichen - mittelbaren - Folgen des Unfalls, sondern beruhen allein auf dem Verhalten des Arbeitgebers.

Sonstige unfallbedingte Gesundheitsstörungen, die eine unfallbedingte MdE um mindestens 20 v.H. rechtfertigen könnten, sind den vom Sozialgericht veranlassten Gutachten von Prof. Dr. H., Prof. Dr. A., Dr. F., Dr. B. und Privatdozent Dr. St. nicht zu entnehmen, die durchweg eine MdE von unter 20 v.H. eingeschätzt haben. Die dem widersprechende Einschätzung von Dr. Z. und Dr. B. sind aus den oben genannten Gründen für den Senat daher nicht überzeugend.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei hat der Senat berücksichtigt, dass das Unterliegen der Beklagten, die die Verurteilung zur Verletztenrente für die Dauer von acht Monaten angefochten hat, im Vergleich zum Prozessziel der Klägerin, die eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit erstrebt hat, weit geringer war als das Unterliegen der Klägerin.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-16