

L 22 U 34/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 15 U 32/02
Datum
21.04.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 U 34/08
Datum
02.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 21. April 2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen des Arbeitsunfalls der Klägerin vom 09. August 2000.

Die 1951 geborene Klägerin, die als Reinigungskraft bei der T GmbH in B beschäftigt war, erlitt am 09. August 2000 einen Arbeitsunfall, als sie auf dem Weg zur Reinigung eines Bautoilettencontainers zu Beginn ihrer Arbeitszeit um 2.30 Uhr nachts das Betriebsgelände überquerte und in eine Baugrube rutschte. Sie verletzte sich dabei den rechten Oberschenkel, konnte aber aus eigener Kraft aus der Grube herausklettern und bis 8.15 Uhr weiter arbeiten (vgl. Durchgangsarztbericht Dr. med. H). Am Tag darauf begab sich die Klägerin gegen 8.00 Uhr in die Praxis der Durchgangsarztin Dr. med. H, die in ihrem Durchgangsarztbericht eine Oberschenkelprellung rechts und eine Hüftkontusion rechts diagnostizierte. Frakturen wurden röntgenologisch ausgeschlossen. Die Klägerin erhielt Schmerzmittel, Eispackung, später auch Salbe und wurde zur Weiterbehandlung an ihre Hausärztin überwiesen. Am 13. Oktober 2000 stellte sich die Klägerin erneut bei der Durchgangsarztin mit Schmerzen im rechten Oberschenkel, einem hinkenden Gangbild rechts, einem abgekapselten Hämatom im rechten lateralen Oberschenkel und einer erheblichen Bewegungseinschränkung des Knie- und Hüftgelenks vor (vgl. Nachschaubericht Dr. med. H vom 17. Oktober 2000 und Arztbrief Dr. med. H vom 17. November 2000). Vom 22. November bis zum 29. November 2000 befand sich die Klägerin stationär im H Klinikum B. Nach Rückgang der Schmerzen wurde die ambulante Physiotherapie weitergeführt (vgl. Arztbericht Dr. med. H vom 12. Januar 2001).

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete der Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. med. W am 26. Januar 2001 eine fachärztliche Stellungnahme nach Untersuchung der Klägerin. Er stellte eine massive Muskelatrophie des rechten Oberschenkels, geringe auch des rechten Unterschenkels, eine erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks sowie eine deutliche Gangbehinderung mit rechtsseitigem Hinken fest; eine weitere Physiotherapie sei notwendig. Vom 27. März bis zum 20. April 2001 befand sich die Klägerin zur konservativen krankengymnastischen Therapie in stationärer Behandlung des Unfallkrankenhauses B (vgl. Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses B vom 19. April 2001). Vom 07. Juni 2001 bis zum 06. Juli 2001 und vom 09. Juli 2001 bis zum 13. Juli 2001 befand sich die Klägerin in weiterer stationärer Behandlung des Unfallkrankenhauses B (vgl. Zwischenberichte vom 04. Juli 2001 und vom 13. Juli 2001). Ab dem 13. August 2001 wurde der Klägerin Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. Mitteilung des Unfallkrankenhauses B vom 10. August 2001).

Mit Bescheid vom 05. Oktober 2001 lehnte die Beklagte einen Anspruch der Klägerin auf Rente wegen des Arbeitsunfalls vom 09. August 2000 ab. Die Erwerbsfähigkeit sei nicht in rentenberechtigendem Grade über das Ende des Anspruchs auf Verletztengeld hinaus gemindert. Als Folgen des Versicherungsfalls wurden anerkannt: "geringgradige Bewegungseinschränkung beim Strecken des rechten Kniegelenks und Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels nach Oberschenkelprellung rechts."

Den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid der Beklagten wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 31. Januar 2002 zurück.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 07. Februar 2002 zugestellten Widerspruchsbescheid ist am 07. März 2002 beim Sozialgericht Cottbus (SG) Klage erhoben worden. Zur Begründung eines Rentenanspruchs sind u. a. das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. med. G vom 13. September 2001, erstattet für die Landesversicherungsanstalt Brandenburg, ein Arztbericht der Durchgangsarztin Dr. med. H (vom 12. Oktober 2002) sowie eine "Physiotherapeutische und prognostische Kurzeinschätzung der

Behandlung" der Klägerin der Physiotherapeutin M (vom 06. September 2001) übersandt worden.

Die Klägerin hat erstinstanzlich schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 05. Oktober 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Januar 2002 zu verurteilen, ihr wegen der Folgen des Unfalls vom 09. August 2000 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 20 % zu gewähren.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage zurückzuweisen.

Das SG hat Befund- und Behandlungsberichte von den die Klägerin im Jahre 2000 behandelnden Ärzten eingeholt (Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B vom 05. Dezember 2002, Dipl. Medizinerin S vom 08. Dezember 2002, Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. med. R vom 10. Dezember 2002, Durchgangsarztin Dr. med. H vom 12. Januar 2003).

Auf Anordnung des SG hat der Facharzt für Chirurgie Dr. med. H nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 04. Juni 2003 ein schriftliches Sachverständigengutachten erstattet, das er am 20. Februar 2004 ergänzte. Im Ergebnis hat er festgestellt, dass der Unfall vom 09. August 2000 als alleinige Ursache oder wesentliche Mitursache zu einer geringgradigen Bewegungseinschränkung beim Strecken und Beugen des rechten Kniegelenks, einer leichten Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels nach durchgemachter Oberschenkelprellung rechts und späterer Hämatomentwicklung, einer schwachen Muldenbildung an der Außenseite des rechten Oberschenkels nach Resorption eines verkapselten Hämatoms sowie zur Ausbildung einer leichten Wulstbildung oberhalb der Muldenbildung an der Außenseite des rechten Oberschenkels geführt habe. Diese Gesundheitsstörungen seien mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 v. H. zu bewerten.

Auf Anordnung des SG hat der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. C nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 14. Januar 2004 ein schriftliches Sachverständigengutachten erstattet. Im Ergebnis hat der Sachverständige festgestellt, dass sich keine psychischen und auch neurologischerseits keine wesentlichen Unfallfolgen feststellen ließen.

Durch Urteil des SG vom 21. April 2004 ist die Klage abgewiesen worden, im Wesentlichen unter Bezugnahme auf das Sachverständigengutachten von Dr. med. H. Der fehlende Nachweis für eine neurologisch-psychiatrische Fehlentwicklung im Sinne einer Symptomfixierung führe nicht dazu, dass der auf chirurgischem Fachgebiet nicht nachweisbare Ursachenzusammenhang fingiert werden könne.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 14. Juni 2004 zugegangene Urteil richtet sich die am 14. Juli 2004 beim Landessozialgericht für das Land Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin. Zur Begründung wurde insbesondere vorgetragen, dass die Tatsache eines untypischen Krankheitsverlaufs nicht ausreiche, um einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den schweren Bewegungseinschränkungen der Klägerin am rechten Bein zu verneinen. Auch die traumatischen Verletzungen schlossen einen solchen Zusammenhang, gerade wegen des untypischen Krankheitsverlaufs, nicht aus. Allein die Tatsachen, dass nach wie vor erhebliche Bewegungsstörungen bei der Klägerin vorhanden seien, diese durchgängig seit dem Unfall in Behandlung gewesen und damit eine durchgehende ärztliche Überprüfung des Gesundheitszustandes der Klägerin gewährleistet gewesen sei, bestätigten, dass es sich hier um einen untypischen Krankheitsverlauf handle und die jetzigen Beschwerden somit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Ein Vergleich mit ähnlichen Behandlungsabläufen bei Oberschenkelprellungen sowie in der Regel bestehenden Krankheitsabläufen könne nicht gezogen werden, da nur der konkrete Einzelfall zu prüfen sei. Zur Ergänzung der Berufung wurde ein fachärztliches Gutachten des Arztes für Chirurgie/Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. med. G vom 10. September 2004 übersandt, das dieser für die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammer in der Schlichtungsangelegenheit der Klägerin erstattet hat.

Der Senat legt als Antrag der Klägerin zugrunde,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 21. April 2004 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 05. Oktober 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31. Januar 2002 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 09. August 2000 eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 20 v. H. für die Zeit ab 13. August 2001 zu gewähren

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt die angefochtenen Entscheidungen.

Auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Facharzt für Orthopädie Dr. med. M nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 03. August 2005 ein fachorthopädisches Gutachten erstattet, das er am 29. Dezember 2005, 17. August 2006 und am 29. Oktober 2008 ergänzte. Er diagnostizierte ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS) mit Beugekontraktur des rechten Kniegelenks, Muskelatrophie und Minderbelastbarkeit des rechten Beines nach Prellung und Hämatom rechter Oberschenkel als Folge des Unfalls vom 09. August 2000 und bewertete die Unfallfolgen mit einer MdE um 20 v. H.

Hierzu hat die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahmen des Facharztes für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie Dr. med. W vom 11. Oktober 2005 und 05. Mai 2006 vorgelegt. Dr. gab im November 2008 eine gutachterliche Stellungnahme ab.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf die Verwaltungsakten der Beklagten (Az.:), die Gerichtsakten sowie die Patientenunterlagen der Klägerin über die im Unfallkrankenhaus B

durchgeführten Behandlungen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung ist unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Arbeitsunfall hat keine Gesundheitsstörungen in rentenberechtigendem Grade hinterlassen. Die anerkannten Gesundheitsstörungen rechtfertigen keine MdE um 20 v. H. und weitere lassen sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) nicht zur Überzeugung des Senats feststellen.

Nach [§ 56 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist - wie hier im Fall des Fehlens eines Stützrententatbestandes einen Anspruch auf Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#). Ein Versicherungsfall war mit dem anerkannten Arbeitsunfall am 09. August 2000 eingetreten, wie die Beklagte mit dem insoweit bindenden Bescheid vom 05. Oktober 2001 festgestellt hat. Die Klägerin erlitt dabei als Versicherte nach [§ 2 SGB VII](#) Abs. 1 Nr. 2 SGB VII initial eine Hüft- und Oberschenkelprellung rechts mit einem seitlich bis zur Mitte reichenden handtellergroßen Hämatom mit Schürfwunde und Schwellung, wie sich aus dem Durchgangsarztbericht der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. med. H vom 11. August 2000 ergibt.

Über die mit Bescheid vom 05. Oktober 2001 als Unfallverletzungsfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen (geringgradige Bewegungseinschränkung beim Strecken des rechten Kniegelenks und Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels nach Oberschenkelprellung rechts) hinaus hat der Arbeitsunfall - bis auf die nachvollziehbar im Sachverständigengutachten Dr. med. H ebenfalls als Verletzungsfolgen eingeschätzten weiteren Gesundheitsstörungen (schwacher Muldenbildung an der Außenseite des rechten Oberschenkels nach Resorption eines verkapselten Hämatoms, Ausbildung einer leichten Wulstbildung oberhalb der Muldenbildung an der Außenseite des rechten Oberschenkels, Seite 18 des Gutachtens vom 04. Juni 2003), die die Beklagte als weitere Unfallfolgen bescheidmäßig erfassen wird, wie sie in der mündlichen Verhandlung erklärt hat, - keine weiteren Unfallverletzungsfolgen verursacht.

Die anerkannten Unfallverletzungsfolgen sind - auch in der Gesamtschau mit den genannten, von Dr. med. H als weiteren Unfallverletzungsfolgen festgestellten Gesundheitsstörungen - mit einer MdE unter 20 v. H. zu bewerten.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ([BSGE 63, 207, 209](#))).

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom BSG als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (z. B. BSG Urteil vom 02. Mai 2001 - [B 2 U 24/00 R - SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). 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 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S. 36 m.w.N.). 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 körperliche 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](#); Burchardt in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand Juni 2006, § 56 Rdnr. 67 ff.). 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 Einzelfalls kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem unfallversicherungsrechtlichen und unfall-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 a.a.O.; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Nach den herausgearbeiteten Erfahrungssätzen bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, 7. Auflage, Seite 724, ist für eine derartige Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit eine MdE unter 20 v. H. angemessen. Denn erst eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 0/0/90 wird mit 20 v. H. zu bewerten.

Mit der Anerkennung einer geringgradigen Bewegungseinschränkung hat die Beklagte erkennbar nur eine solche gemeint, deren MdE unter 20 v. H. liegt. Dies folgt auch aus den Messwerten, die im Zeitpunkt ihrer Bescheiderteilungen vorlagen. Im Zwischenbericht vom 13. Juli 2001 wird der Bewegungsumfang im rechten Kniegelenk "aktuell" mit 0/5/110 Grad angegeben, wobei die Erwartung bestand, dass "unter Fortführung der bisherigen Therapie noch eine deutliche Besserung" zu erwarten sei; mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Ausmaß sei nicht zu rechnen. Im Zwischenbericht vom 10. August 2001 wird auf den Zwischenbericht vom 13. Juli 2001 Bezug genommen.

Die anerkannte Muskelminderung hat nach keinem Gutachten selbständige Funktionseinschränkungen verursacht.

Weitere Gesundheitsstörungen hat der Arbeitsunfall nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich (mit-)verursacht.

Nach der im Unfallversicherungsrecht geltenden maßgeblichen Lehre von der wesentlichen Bedingung ist eine Bedingung als (mit-)ursächlich anzusehen, wenn sie im Verhältnis zu anderen Einzelbedingungen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts BSG, [BSGE 1, 76 ff.](#)). Der Begriff der rechtlich

wesentlichen Bedingung ist ein Wertbegriff. Die Frage, ob eine Bedingung für den Erfolg wesentlich ist, beurteilt sich nach dem Wert, dem ihm die Auffassung des täglichen Lebens beimisst. (BSGE 12, 242, 245). Wenn insoweit für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsschaden (haftungsausfüllende Kausalität) die hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht, so ist der Zusammenhang somit erst dann gegeben, wenn beim vernünftigen Abwägen aller Umstände die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf eine Entscheidung gestützt werden kann. Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Dabei müssen die für den Kausalzusammenhang sprechenden Gründe die gegenteiligen deutlich überwiegen; nicht ausreichend ist es, wenn die Schlussfolgerungen lediglich durchaus möglich sind (BSGE 45, 285, 286).

Nach diesen Maßstäben lässt sich nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens nicht feststellen, dass der Arbeitsunfall vom 09. August 2000 über die anerkannten Gesundheitsstörungen – und oben genannten weiteren im Sinne einer Mulden- und Wulstbildung am rechten, äußeren Oberschenkel – hinaus weitere Gesundheitsstörungen verursacht hat, die insgesamt eine MdE in rentenberechtigendem Grade um mindestens 20 v. H. begründen.

Die MdE ist auch unter Berücksichtigung der von Dr. med. H benannten weiteren Unfallverletzungsfolgen mit unter 20 v. H. zu bewerten. Denn ausweislich seiner ergänzenden Stellungnahme vom 03. November 2008 ist er, was die Bewegungseinschränkung angeht, von einer leichten Bewegungseinschränkung mit Abweichung von 10 Grad beim Beugeverlust und 5 Grad beim Streckverlust ausgegangen, wie die Beklagte auch.

Den weiteren Gesundheitsstörungen in Form des Weichteilverlustes an der Außenseite des rechten Oberschenkels mit damit verbundener Umfangsminderung am rechten Oberschenkel und Wulstbildung oberhalb der Muldenbildung hat er nachvollziehbar funktional keine weitere Bedeutung zugemessen. Der Senat folgt seiner Beurteilung auch insoweit, da plausibel ist, dass die Mulden- und Wulstbildung als Residuum eines verletzungsbedingten Gewebeumbaus keine funktional bedeutsame Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines verursacht. Dies hat keiner der Sachverständigen festgestellt.

Soweit Dr. med. C aus neurologisch-psychiatrischer Sicht eine MdE von Null angegeben hat (Seite 18 seines Gutachtens), hat er dies nachvollziehbar damit begründet, dass es sich bei den Sensibilitätsstörungen am rechten Bein der Klägerin (Störungen des Kälte/Wärmeempfindens 10 cm oberhalb und unterhalb des rechten Kniegelenks) um keine eigenständigen Störungen handelt, da sie weder stark noch ausgeprägt seien.

Soweit bei der Klägerin über die anerkannte "geringgradige" Bewegungseinschränkung beim Strecken des rechten Kniegelenks und Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels hinaus eine "deutliche" Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk mit Bewegungsschmerzen vorliegt (Seite 18 des Sachverständigengutachtens Dr. med. H, ebenso Seite 20 des von der Klägerin vorgelegten fachärztlichen Gutachtens des Arztes für Chirurgie/Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. med. G vom 10. September 2004: "1. massive Muskelatrophie des rechten Oberschenkels, geringe auch des rechten Unterschenkels; 2. erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks; 3. deutliche Gangbehinderung mit rechtsseitigem Hinken."), ist dies nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall als wesentlicher (Mit)Ursache zurückzuführen. Dies ergibt sich aus dem bereits im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. med. H, das insoweit in Übereinstimmung steht mit der Beurteilung im letzten Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses B vom 13. Juli 2001 und dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten von Dr. med. G vom 10. September 2004. Danach ist es im Behandlungsverlauf bei der Klägerin, wie sich anhand der ausführlichen Darstellung im Gutachten des Dr. med. G vom 10. September 2004 ergibt, zunächst zur Ausbildung eines abgekapselten Hämatoms mit einer traumatischen Muskelentzündung gekommen (vgl. MRT Befund Dr. med. R vom 26. Oktober 2000 nach MRT der Oberschenkel beidseits vom 24. Oktober 2000), das sich nach Resorption verkapselt und eine 12 x 17 cm große flachmuldige Einziehung an der Außenseite des rechten Oberschenkels hinterlassen hatte (Seite 10 des Sachverständigengutachtens Dr. med. H). Obwohl in den späteren Befundberichten die Rede von einer "Muskelteiltraktur" (z.B. Dr. med. W in seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 26. Januar 2001) gewesen ist, lagen aber Rissbildungen in dem betroffenen Muskel nach dem eindeutigen Wortlaut des MRT Befundes von Dr. med. R vom 26. Oktober 2000 nicht vor ("eine Ruptur liegt nicht vor"), worauf auch Dr. med. H in seinem Sachverständigengutachten hingewiesen hat (Seite 19/20 seines Gutachtens). Nach dem Gutachten von Dr. med. G vom 10. September 2004 zeigte dann ein MRT Befund vom 08. August 2003, also drei Jahre nach dem Unfallereignis, einen "fast unauffälligen" Befund: " Bei Zustand nach Ruptur im Bereich des Musculus vastus lateralis rechts langstreckige Hypotrophie ohne posttraumatisch degenerative Umbauten, diskrete Fibrose der Fascia lata im proximalen Drittel des rechten Oberschenkels, keine kollabierten Muskelanteile, keine posttraumatischen Raumforderungen und Veränderungen im Rahmen einer Hämatombildung."

Die MRT-Befunde vermögen die von Dr. med. H bei seiner Untersuchung der Klägerin am 04. Juni 2003 festgestellte erhebliche Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk, das sich bei seiner Untersuchung nur zwischen 35 und 50 Grad bewegen ließ (nach Neutral Null: 0/35/50, vgl. Seite 11 des Gutachtens Dr. med. H, Seite 26 des Gutachtens Dr. med. G; der Normwert beträgt 0/10/150, Seite 143 bei Schönberger/Mehrtens/Valentin), nicht erklären. Dies haben sowohl Dr. med. H (Seite 19 seines Gutachtens) als auch Dr. med. G (Seite 26 seines Gutachtens) übereinstimmend festgestellt. Weder das Ausmaß der Erstverletzung, bei der lediglich eine Oberschenkelprellung mit Bluterguss an der Außenseite des rechten Oberschenkels eingetreten ist (Seite 19 des Gutachtens Dr. med. H, Durchgangsarztbericht Dr. med. H vom 10. August 2000) als auch die eben geschilderten Befunde einschließlich der Muskelumfangsminderung des rechten Oberschenkels um 1,5 cm (10 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspalts) bzw. 2,5 cm (20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspalts, vgl. Seite 12 des Gutachtens Dr. med. H) lassen einen Rückschluss auf den Unfall vom 09. August 2000 als die wesentliche Ursache für die nach Angaben der Klägerin schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Kniegelenks über das von der Beklagten anerkannte Maß einer leichten Bewegungseinschränkung hinaus zu. Es fehlt insoweit an einem pathomorphologischen Substrat, das eine über eine leichte Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks hinausgehende Bewegungsbeeinträchtigung erklären könnte. Gegen die Unfallbedingtheit der Bewegungsbeeinträchtigung des rechten Kniegelenkes spricht darüber hinaus generell die von Dr. med. H in seinem Gutachten festgestellte "seitengleiche Fußsohlenbeschwellung" (Seite 11 seines Gutachtens), die er "hinsichtlich des vorher demonstrierten Schongangs rechts" für "bemerkenswert" gehalten hat. Wie auch Dr. med. G festgestellt hat, müsste der rechte Fuß der Klägerin unter Berücksichtigung des Gangbildes der Klägerin insgesamt minderbeschwellt sein, mit einer Betonung des Vorfußes und nahezu beschwellungsfreier Ferse.

Soweit Dr. med. M in seinem Gutachten vom 03. August 2005 eine "Beschwiellung der Fußsohle rechts geringer ausgeprägt als links" mitgeteilt hat, spricht dies nicht für einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 09. August 2000, da nicht mitgeteilt worden ist, in welchem Umfang und an welcher Stelle die Beschwiellung - ggf. auch in Übereinstimmung mit dem Schongangbild der Klägerin - von der Beschwiellung der linken Fußsohle - abweicht.

Das von Dr. med. M in seinem Gutachten vom 03. August 2005 diagnostizierte CRPS mit Beugedefizit des rechten Kniegelenks lässt sich bereits nicht mit dem notwendigen Beweismaß, nämlich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststellen.

Dies ergibt aus den Ausführungen von Dres. und H vom 03. November 2008. Die Diagnose einer CRPS setzt ein ausgeprägtes Krankheitsbild mit einem entsprechenden Krankheitsverlauf voraus, wobei der Verlauf in der Regel in drei Stadien eingeteilt wird (vgl. Anlage 1 zur ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. H, aus: Kompendium der medizinischen Begutachtung, 2002, das in Übereinstimmung mit der unfallmedizinischen Literatur stehe (Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO S. 472): Im Stadium I zeigt sich eine geschwollene, glänzende und leicht bläulich verfärbte Haut mit übermäßiger Schweißbildung sowie Ruhe- und Belastungsschmerz; in einem Stadium II geht die Schwellung sowie die rötliche Verfärbung zurück, nehmen die trophischen Störungen, z. B. fleckige Entkalkung, Muskeldystrophie, weitere Gelenkeinschränkungen, zu; Stadium III wird bestimmt durch eine zunehmende Versteifung, wobei ein muskelgemindertes Bein mit Kraftverlust und hochgradiger, oft schmerzhafter grober Bewegungseinschränkung, erkennbar am deutlichen Schonhinken und einer beträchtlichen Hocksitzstörung, verbleibt.

Hier fehlt es an der Feststellbarkeit von Befunden, die die Stadien I und II dokumentieren könnten. Soweit Dr. med. M bei der Klägerin als Symptome einer CRPS eine rechtsseitige Kniebeugekontraktur, einen proximalen Schmerz des rechten Beines, eine Muskelatrophie des rechten Oberschenkels, sensible Störungen sowie einer herabgesetzte Temperatur des rechten Beines "entsprechend dem atrophischen Stadium III" einer CRPS, angeführt, teilt er nur eine Minderzahl der Symptome des Stadium III mit und bleibt eine überzeugende Begründung seiner Diagnose schuldig.

Dr. med. H hat insbesondere darauf hingewiesen, dass die Diagnose einer CRPS trotz der dichten zeitlichen Abfolge der erhobenen und dokumentierten Befunde bei der Klägerin in keinem Stadium der Erkrankung genannt worden ist. Diese Beurteilung steht in Übereinstimmung mit der Aktenlage.

Eine chronische Entzündung der Muskulatur liegt nicht vor, wie sich an dem von Dr. med. G anamnestisch mitgeteilten MRT Befund vom 06. August 2003 zeigt; die Muskelatrophie im rechten Oberschenkel ist allenfalls leicht (vgl. Seite 15 des Gutachtens Dr. med. C). Von einer vermehrten Schwell- und/oder Schweißneigung der betroffenen Region ist in keinem Befund die Rede. Auf neurologischem Fachgebiet hat Dr. med. C lediglich eine unspezifische Sensibilitätsstörung um das rechte Kniegelenk herum in einem Bezirk von 10 cm oberhalb und unterhalb im Sinne einer Störung des Kälte/Wärmeempfindens und des Schmerzempfindens festgestellt, die er als "unspezifisch" und "vegetativ" und keinesfalls als Indiz für eine CRPS beurteilt hat.

Es fehlt im Fall der Klägerin vollständig an radiologischen Befunden, die trophische Störungen der betroffenen Oberschenkelregion nachweisen würden. In keinem MRT Befund sind gelenknahe, feinfleckige Entkalkungen, festgestellt worden, wovon auch Dr. med. M in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. Dezember 2005 ausgeht. Soweit er solche "fleckige Entkalkungen" nur für den "klassischen Fall" für indiziell hält, hier aber wohl für verzichtbar, da die Klägerin eine Fraktur gar nicht erlitten hat, überzeugt dies nicht. Er hat nur darauf hingewiesen, dass solche trophischen Störungen in der Literatur auch beschrieben würden, wenn bei einem CRPS keine Fraktur vorgelegen habe, sondern nur eine Weichteilschädigung. Er benennt keinen Maßstab im Sinne von Mindestvoraussetzungen, bei deren Vorliegen in der medizinischen Wissenschaft übereinstimmend von der Diagnose einer CRPS auszugehen ist. Selbst wenn der Senat Dr. med. M folgen würde, wonach die eindeutige Zuordnung von Symptomen entsprechend dem Stadium einer CRPS "nur im klassischen Fall gelingt, der hier nicht vorliegt", wäre damit der Nachweis einer CRPS in einem dann "nicht-klassischen Fall" wie in dem der Klägerin noch nicht positiv geführt.

Soweit in den Epikrisen des Unfallkrankenhauses B als auch in den schriftlichen Äußerungen von Dr. med. H eine psychosomatische Störung "bewusst oder unbewusst" (Seite 15 seines Gutachtens) als Ursache für die "immer stärker zunehmende Bewegungseinschränkung am rechten Kniegelenk" angeschuldigt wird und soweit Dr. med. H eine von der Klägerin "mehr oder weniger bewusst aus Kausalitätsbedürfnis und Rentenbegehren herbeigeführte abnorme Gesundheitsstörung" am rechten Bein "feststellt", folgt hieraus keine weitere feststellbare Unfallfolge. Der insoweit fachkompetente Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. C hat in seinem Gutachten vom 14. Januar 2004 nach ambulanter Untersuchung der Klägerin und in Kenntnis des Akteninhalts weder einen Hinweis für Aggravation noch eine psychosomatische Fixiertheit der Klägerin auf ihre Beschwerden, noch eine übertriebene Selbstbeobachtung oder eine anderswie geartete neurotische Fixierung festgestellt. Er hat auch ausdrücklich mitgeteilt, dass er vom Verhalten der Klägerin her keinen Hinweis gefunden habe für eine ausgeprägte Ressentimentbildung oder kompensatorische Begehrenshaltungen. Eine "Psychogenese" für den Zustand des rechten Beines der Klägerin hat auch der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. med. R in seinem Kurzbefund vom 28. Juli 2003 nicht festgestellt.

Zudem lassen sich bereits keine Messwerte zweifelsfrei feststellen. Die Schwere der Bewegungsbeeinträchtigung in ihrem genauen Ausmaß lässt sich wegen der im Zeitverlauf sehr schwankenden Angaben zur Beweglichkeit des rechten Kniegelenks nicht zweifelsfrei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen.

Nach dem Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses Berlin vom 13. Juli 2001 lag der Bewegungsumfang bei 0/5/110° und damit außerhalb eines rentenberechtigenden Ausmaßes. Medizinisch nicht nachvollziehbar sind die dokumentierten Schwankungen. Erstmals ist für den 13. Oktober 2000 eine nach der Neutral-Null-Methode erfasste Beweglichkeitseinschränkung für das Strecken/Beugen von 0/20/70 von Dr. med. H angegeben worden. Nach der Zusammenstellung der Messwerte im Gutachten von Dr. med. G hat sie dann folgenden Verlauf genommen (immer bezogen auf Strecken/Beugen des rechten Kniegelenks): 06. November 2000 0/10/90 ; 22. November 2000 0/10/90, bei stationärer Aufnahme im Klinikum B am 24. November 2000 0/10/120; 04. Dezember 2000 0/10/90; 04. Januar 2001 0/10/90 aktiv und 0/5/100 passiv; 21. Januar 2001 0/5/100; 01. Februar 2001 Bewegungsumfang unverändert; 15. Februar 2001 nach dem Bericht des ambulanten Reha Zentrums 0/10/100, nach Trainingsbelastung Beugung bis 120 möglich; 19. Februar 2001 0/5/100; 06. März 2001 0/5/100; 21. März 2001 0/90/110; 19. April 2001 0/10/90; 29. Mai 2001 0/40/90; 13. Juli 2001, nach Abschluss der dritten stationären Behandlungsmaßnahme:

0/5/110; 17. Juli 2001 0/10/90; 09. August 2001 0/25/100; 23. August 2001 0/15/100; 13. September 2001 0/25/90; 08. November 2001 0/15/95; 06. Dezember 2001 0/15/80; 11. März 2002 0/20/80; 01. Juli 2002 0/20/100; 02. Juni 2003 0/35/100; 04. Juni 2003 0/35/50. Zuletzt ist im Sachverständigengutachten Dr. med. M vom 03. August 2005 eine Beweglichkeit von 0/30/90 gemessen worden.

Angesichts dieser einerseits leichte (0/5/110) bis sehr schwere (0/40/90 oder sogar schwerste (0/35/50) Bewegungseinschränkungen anzeigenden Werte, ist es nicht möglich, einen Dauerzustand einer schweren Bewegungsbeeinträchtigung zweifelsfrei festzustellen, da die Schwankungen nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens medizinisch nicht nachvollziehbar sind.

Nach allem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-07-27