L 3 U 258/07

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 18 U 23/05

Datum

23.08.2007

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 258/07

Datum

27.08.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 23. August 2007 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1950 geborene Klägerin, die sich seit dem 31. Dezember 2003 im Vorruhestand befindet, rutschte am 28. Januar 1997 während ihrer Tätigkeit als Zugführerin bei der D B AG auf dem Weg zu einem Zug auf dem Bahnsteig aus und knickte dabei mit dem linken oberen Sprunggelenk um. Der Durchgangsarzt Dr. B, den die Klägerin am selben Tag nach Beendigung der Arbeitsschicht aufsuchte, stellte eine leichte Schwellung und einen Druckschmerz über dem Ligamentum fibulotalare anterior fest. Röntgenologisch ließ sich keine Fraktur, aber eine geringe Differenz im Talusvorschub ohne wesentliche Instabilität nachweisen. Er diagnostizierte eine Distorsion des linken Sprunggelenks. Arbeitsunfähigkeit bestand nicht. In seinem Nachschaubericht vom 11. April 1997 konnte Dr. B keine Bewegungseinschränkung feststellen. Am 11. März 2001 knickte die Klägerin erneut auf dem Bahnsteig mit dem linken Fuß um. Sie suchte nach dem Ende der Arbeitsschicht den Durchgangsarzt Dr. H im Klinikum F auf. Dort wurde ebenfalls röntgenologisch eine Fraktur bzw. Luxation ausgeschlossen. Dr. H diagnostizierte eine fibuläre Bandläsion (D-Arzt-Bericht vom 11. März 2001). Weder der Durchgangsarzt noch der mit der Heilbehandlung befasste Chirurg Dipl. Med. S hielten die Klägerin zunächst für arbeitsunfähig. Am 17. April 2002 erfolgte im Klinikum F eine Arthroskopie mit Entfernung des freien osteochondralen Fragments aus dem linken oberen Sprunggelenk und Refixierung des Ligamentum fibulo-calcaneare links mittels Mitec-Anker im Kalkaneus. Am 24. April 2002 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen (Entlassungsbericht vom 23. April 2002). Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wurde mit 10 v. H. eingeschätzt (Mitteilung des Durchgangsarztes vom 24. April 2002). In der Zeit vom 26. Juni bis zum 24. Juli 2002 befand sich die Klägerin wegen des Verdachts auf ein Postnukleotomie-Syndroms bei Zustand nach Bandscheibenvorfall L5/S1 links, interlaminäre Fensterung L5/S1 im November 2001 und wegen des Zustands nach Revision einer Außenbandruptur des oberen Sprunggelenks links zu Lasten des Rentenversicherungsträgers in einer stationären Heilbehandlung in der C-Klinik in M. Im Vordergrund der Beschwerden standen linksseitige Ischialgien mit Ausstrahlung in das gesamte linke Bein bis zur linken Zehe, vor allen Dingen beim Stehen und Laufen. Die Beklagte holte ein Vorerkrankungsverzeichnis der Bahn-BKK mit Vorerkrankungen seit Oktober 1999, eine Schilderung des Unfalls vom 11. März 2001 durch die Klägerin, den Operationsbericht vom 17. April 2002 und den histologischen Bericht vom 22. April 2002, Berichte von dem H-Arzt Dr. L vom 24. Juli 2002 (keine Schwellung, freie Funktion) und 27. Juli 2002 (stabiles Gelenk, freie Geh- und Stehfunktion, arbeitsfähig) und den Bericht einer MRT-Untersuchung des linken Sprunggelenks am 05. August 2002 ein. Dann veranlasste sie eine fachtraumatologische gutachterliche Stellungnahme von dem D-Arzt Dr. H vom 21. August 2002, der nach Auswertung der Unterlagen zu dem Ergebnis gelangte, retrospektiv sei davon auszugehen, dass das Ereignis vom 28. Januar 1997 eine Bandzerreißen am linken oberen Sprunggelenk ausgelöst habe. Ausgelöst dadurch sei es zu einer Instabilität des linken oberen Sprunggelenks gekommen mit wiederholten Instabilitätssensationen, so am 11. März 2001. Das Ereignis vom 11. März 2001 habe keine relevanten Veränderungen hinterlassen. Die MdE betrage unter 10 v. H. Am 20. Dezember 2002 berichtete der D-Arzt im Klinikum, die Klägerin sei am 04. Dezember 2002 beim Laufen auf der Straße vor der Wohnung erneut mit dem linken Fuß umgeknickt und habe ihn deshalb am 05. Dezember 2002 aufgesucht. Der Arzt diagnostizierte eine Distension des Ligamentum fibulotalare anterius links bei chronischer Vorschädigung. Die Beklagte holte zunächst noch weitere Berichte

ein, und zwar von der Ärztin für Allgemeinmedizin F vom 20. Dezember 2002 und Dipl. Med. S vom 14. Januar 2003, den Entlassungsbericht des Klinikums F vom 06. Februar 2003 über den stationären Aufenthalt der Klägerin dort wegen einer am 28. Januar 2003 durchgeführten fibularen Bandplastik mit Peronäalsehne (Watson-Jones) nebst Operationsbericht vom 28. Januar 2003 und histologischem Bericht vom 30. Januar 2003 sowie den Zwischenbericht des Klinikums F vom 14. März 2003. Dipl. Med. S bescheinigte der Klägerin ab dem 18. Juli 2003 Arbeitsfähigkeit, die MdE betrage über die 26. Woche hinaus 10 v. H. (Mitteilung vom 10. Juli 2003). Dann ließ die Beklagte die Klägerin durch Prof. Dr. H/Dr. S untersuchen und begutachten. Die Gutachter kamen in ihrem Gutachten vom 23. Oktober 2003 zu dem Ergebnis, das Ereignis vom 28. Januar 1997 erfülle die Definition eines Unfalls, bei dem Ereignis vom 11. März 2001 handele es sich um ein Instabilitätsereignis in einer Reihe von vielen ohne äußere Einwirkung infolge einer chronischen Instabilität des linken oberen Sprunggelenks. Folge des Arbeitsunfalls vom 28. Januar 1997 seien eine schmerzhaft verminderte Belastbarkeit und eine herabgesetzte Beweglichkeit sowie ein Reizzustand im Bereich der Peronealsehnnenscheiden mit Schwellneigung nach zweimaligem bandplastischem Eingriff und nach Entfernung eines Knorpel-Knochen-Fragments nach Distorsionsverletzung mit Außenbandzerreißen. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 07. Januar 2004 bewerteten die Gutachter die MdE mit 20 v. H. für die Zeit vom Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall am 28. Januar 1997 bis zur stationären Behandlung am 27. Januar 2003 wegen einer ausgeprägten Instabilität des linken oberen Sprunggelenks, wobei während der stationären Behandlung vom 16. bis zum 24. April 2002 die MdE 100 v. H. betrage. Bei Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit im August 2003 bis zum Untersuchungstag und auch weiterhin betrage die MdE 10 v. H. Nach Einholung eines weiteren Vorerkrankungsverzeichnisses der Bahn-BKK und einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. S vom 08. März 2004 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 08. April 2004 den Anspruch auf Gewährung einer Rente ab. Die Klägerin habe bei dem Unfall am 28. Januar 1997 eine Bandruptur des linken oberen Sprunggelenks erlitten. Das Ereignis vom 11. März 2001 sei als mittelbare Unfallfolge des Ereignisses vom 28. Januar 1997 zu sehen im Sinne von rezidivierenden Distorsionstraumen im Bereich des linken oberen Sprunggelenks. Sie erkannte als Arbeitsunfallfolge eine Instabilität des linken oberen Sprunggelenks an. Eine rentenberechtigende MdE von 20 v. H. werde nicht erreicht. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch begehrte die Klägerin die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. zumindest für die Zeit bis zum 27. Januar 2003. Dieser Anspruch ergebe sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. H, der die MdE wegen der ausgeprägten Instabilität des Sprunggelenks in dieser Höhe geschätzt habe. Nach Beiziehung eines weiteren Behandlungsberichts von Dipl. Med. S vom 01. November 2004 und eines Berichts des Klinikums F vom 20. Januar 2005 über die Vorsprache der Klägerin in der dortigen BG-Sprechstunde wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2005 zurück.

Zur Begründung der dagegen bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, zwischenzeitlich habe sie sich einer weiteren Operation unterziehen müssen, bei der sog. Nervenknäuel am verletzten Sprunggelenk entfernt worden sei. Gleichwohl hielten ihre Beschwerden an, vor allem nach längeren Laufstrecken und abends. Sie knicke aufgrund der fortbestehenden Instabilität auch weiterhin um, so am 04. April 2005. Ihr stehe deshalb eine Verletztenrente zu. Das Sozialgericht hat eine Begutachtung der Klägerin durch den Facharzt für Orthopädie und Chirurgie Dr. T veranlasst, der in seinem Gutachten vom 20. Januar 2006 aufgrund von körperlichen Untersuchungen der Klägerin am 11. Januar 2006 und in den Nachmittagsstunden des 20. Januar 2006 zu dem Ergebnis gelangte, es bestehe unfallbedingt eine leichte Restinstabilität des linken Sprunggelenks (muskulär kompensiert) bei Zustand nach Arthroskopie am 17. April 2002 mit Fragmententfernung und Refixierung des Ligamentum calcaneofibulare mittels Mitec-Anker links und Zustand nach fibulärer Bandplastik nach Watson und Jones links am 28. Januar 2003. Zudem bestehe eine belastungsabhängige Schwellneigung über der Region des Außenknöchels linksseitig sowie eine punktuell lokalisierte Drucksymptomatik unterhalb der Spitze des Außenknöchels (beim Anziehen von engem Schuhwerk usw.). Die geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit mache sich nicht bemerkbar, da keine Störungen des Abrollvorgangs bestünden und eine ausreichende Hebung und Senkung des Fußes vorhanden sei. Die unfallbedingte MdE betrage für den Zeitraum vom 28. Januar 1997 bis zum 28. Januar 2003 10 v. H. und ab März 2003 weiterhin 10 v. H. Die Klägerin, die mit dem Ergebnis der Begutachtung nicht einverstanden gewesen ist, hat den Sachverständigen wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Da-zu hat sich der Sachverständige unter dem 23. März 2006 geäußert. Mit Beschluss vom 05. Mai 2006 hat das Sozialgericht das Ablehnungsgesuch zurückgewiesen.

Durch Urteil vom 23. August 2007 hat das Sozialgericht anschließend die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen der Ereignisse vom 28. Januar 1997 und 11. März 2001. Die Funktionseinschränkungen, die Folgen dieser Ereignisse seien (im Wesentlichen eine Schwellneigung des Sprunggelenks sowie beim Tragen von Halbschuhen und nachts Schmerzen unterhalb des Außenknöchels, wenn beim Liegen das Sprunggelenk aufliege), rechtfertigten keine MdE von 20 v. H. Schon für den Zeitraum bis August 2003 habe die MdE nach der überzeugenden Einschätzung von Dr. T, Dr. S und des behandelnden Arztes Dr. H vom Klinikum F unter 20 v. H. gelegen. Dieser habe für die Zeit ab dem 11. März 2001 sogar eine MdE von unter 10 v. H. vorgeschlagen. Lediglich Prof. Dr. H/Dr. S seien zu einem anderen Ergebnis gelangt. Maßgebend dafür, dass eine MdE von unter 20 v. H. anzunehmen sei, sei insbesondere, dass das Sprunggelenk in seiner Beweglichkeit äußerst geringgradig eingeschränkt, die vorhandene Restinstabilität muskulär kompensiert und keine Arthrosezeichen bestünden. Eine erhebliche Gangunsicherheit sei nicht anzunehmen. Die Umknickereignisse seien nur mit einer leichten bzw. geringen klinischen Symptomatik einhergegangen. Übliche Schmerzen seien in der MdE-Einschätzung bereits enthalten. Die MdE-Bewertung stimme auch überein mit den Erfahrungswerten aus der einschlägigen unfallmedizinischen Literatur.

Gegen das Urteil hat die Klägerin Berufung eingelegt, mit der sie weiterhin die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. begehrt. Sie führe die vor dem 28. Januar 1997 erlittenen Umknickereignisse auf einen Arbeitsunfall vom 05. Februar 1996 zurück. Die von Prof. Dr. H festgestellten Gesundheitsstörungen im Bereich des linken oberen Sprunggelenks seien auf die Arbeitsunfälle vom 28. Januar 1997 und 05. Februar 1996 zurückzuführen. Unfallunabhängige Unfallfolgen bestünden danach nicht. Nach der Einschätzung von Prof. Dr. H habe zumindest für die Zeit vom 11. April 1997 bis zum 27. Januar 2003 eine MdE von 20 v. H. bestanden. Sie gehe außerdem davon aus, dass die Art und Weise der Untersuchung durch Dr. T nicht ordnungsgemäß erfolgt und sein Gutachten deshalb nicht verwertbar sei. Sie gehe im Gegensatz zu dem Sachverständigen weiterhin davon aus, dass eine Auswärtsdrehung des Fußes nicht möglich sei. Als Beleg für die geltend gemachte Schwellneigung hat die Klägerin drei Aufnahmen ihres linken Fußes vorgelegt.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 23. August 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 08. April 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. Januar 2005 zu verurteilen, ihr aufgrund des Ereignisses vom 28. Januar 1997, hilfsweise ab Eintritt der Verschlimmerung mit dem Ereignis vom 11. März 2001, eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Mit gerichtlichen Schreiben vom 03. Juni 2009 und 15. Juli 2009 sind die Beteiligten zu der beabsichtigten Entscheidung des Senats durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) angehört worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheiden, denn er hält die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig aber unbegründet. Die Klägerin hat, wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat, keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des am 28. Januar 1997 erlittenen Arbeitsunfalls. Soweit die Klägerin erstmals im Berufungsverfahren behauptet, ihre Gesundheitsstörungen im Bereich des linken oberen Sprunggelenks seien (auch) die Folge eines Arbeitsunfalls, der sich am 05. Februar 1996 ereignet habe, ist dem Senat eine Entscheidung darüber verwehrt, denn es fehlt insoweit an einer überprüfbaren Verwaltungsentscheidung. Außerdem hat die Klägerin in dem im gleichen Schriftsatz gestellten Klageantrag Entschädigungsleistungen wegen der Folgen eines weiteren Arbeitsunfalls nicht beantragt.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 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, Anspruch auf eine Rente. 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 ([Abs. 2 Satz 1](#)). Das die gesetzliche Unfallversicherung beherrschende Prinzip der abstrakten Schadensbemessung besagt, dass die Entschädigung nach dem Unterschied der auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Erwerbsmöglichkeiten des Verletzten vor und nach dem Versicherungsfall zu bemessen ist. Die rechnerisch mit 100 v. H. anzusetzende Erwerbsfähigkeit vor dem Versicherungsfall stellt den Beziehungswert dar, dem das nach dem Versicherungsfall verbliebene Ausmaß an Erwerbsfähigkeit als Vergleichswert gegenübergestellt werden muss. Die Differenz beider Werte ergibt die MdE.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben ist der Senat nach Auswertung der vorliegenden medizinischen Gutachten und Berichte der die Klägerin behandelnden Ärzte davon überzeugt, dass die bei ihr auf den Arbeitsunfall vom 28. Januar 1997 zurückzuführenden Gesundheitsstörungen keine MdE von 20 v. H. rechtfertigen. Die Klägerin erlitt am 28. Januar 1997 eine Bandruptur des linken oberen Sprunggelenks. Dies ist zwischen den Beteiligten unstrittig. Die Bandruptur wurde am 17. April 2002 (Arthroskopie mit Entfernung eines Fragments und Refixation des Ligamentum calcaneofibulare) und 28. Januar 2003 (fibulare Bandplastik nach Watson und Jones) operativ versorgt. Als Unfallfolgen ist eine Instabilität des linken oberen Sprunggelenks verblieben, die die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 08. April 2004 auch anerkannt hat und von dem Sachverständigen Dr. T bestätigt worden ist. Weiterhin besteht eine von Dr. T in Übereinstimmung mit Prof. Dr. H/Dr. S in ihrem Verwaltungsgutachten festgestellte (belastungsabhängige) Schwellneigung über dem Außenknöchel links und eine punktuelle Drucksymptomatik unterhalb der Spitze des Außenknöchels. Uneinigkeit besteht dagegen über die Bewertung der Schwere dieser Beeinträchtigungen und damit auch über die Höhe der MdE.

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (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. 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. 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. 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 (vgl. BSG in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#) m. w. N.).

Die Höhe der MdE wird – wie sich aus oben Gesagtem ergibt – maßgebend durch die im Sinne des Vollbeweises nachgewiesenen Funktionsbeeinträchtigungen bestimmt, die auf dem Arbeitsunfall beruhen. Schmerzen werden nicht gesondert berücksichtigt, die Richtwerte enthalten nämlich bereits die üblicherweise vorhandenen Schmerzen. Dass die Klägerin an einer eigenständig zu bewertenden unfallbedingten Schmerzkrankheit leidet, ist nach Aktenlage außerdem nicht ersichtlich und wird von ihr auch nicht geltend gemacht. Die Funktionsbeeinträchtigungen werden gemessen mit den Werten der Neutral-Null-Methode, durch die Beschreibung des Gangbildes und weitere Bewegungsprüfungen. Nach Auswertung der vorliegenden medizinischen Unterlagen und Gutachten ergibt sich folgendes Bild: Dr. B, der der Klägerin nach dem Unfall am 28. Januar 1997 keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte, stellte bei seiner Untersuchung am Unfalltag am Ende der Arbeitsschicht nur eine leichte Schwellung, kein Hämatom des lateralen Bandapparats, einen Druckschmerz über dem Ligamentum fibulotalare anterior sowie eine intakte Motorik, Durchblutung und Sensibilität fest. Röntgenologisch bestand kein Anhalt für eine Fraktur, es zeigte sich eine geringe Differenz im Talusvorschub ohne wesentliche Instabilität (Durchgangsarztbericht vom 28. Januar 1997). In seinem Nachschaubericht vom 11. April 1997 stellte Dr. B Belastungsschmerzen, eine Schwellneigung nach Belastung im Bereich des Malleolus lateralis, keine Krepitation und keine Bewegungseinschränkung fest. Danach gibt es eine Lücke bis zum weiteren Umknicktrauma am 11. März 2001. Der Durchgangsarzt Dr. H vom Klinikum F erhob den Befund einer unauffälligen Grobkontur des linken

Unterschenkels/Sprunggelenks und Fußes mit erhaltener Motorik, Durchblutung und Sensibilität, ein leichtes Hämatom von 2 cm Durchmesser unterhalb und hinter dem Außenknöchel links sowie ein humpelndes Gangbild (D-Arztbericht vom 11. März 2001). Dipl. Med. S berichtete über die Untersuchung der Klägerin am 13. März 2001, dass nur eine geringe Schwellung, kein Hämatom, ein normales Gangbild und nur noch ein Druckschmerz im lateralen Gelenkspalt bestünden. Rönt-genologisch zeigten sich eine laterale Aufklappbarkeit sowie ein Talusvorschub im Sinne einer fibulotalaren Instabilität (H-Arzt-Bericht vom 13. März 2001). Ein Beleg für die auch nach diesem Ereignis nur geringfügigen Einschränkungen ist, dass die Klä-gerin erst nach Ende der Arbeitsschicht den Arzt aufsuchte und sie nicht arbeitsunfä-hig krank war. Als Aufnahmebefund gab das Klinikum F einen leichten Druckschmerz unterhalb des lateralen Malleolus, keine Schwellung, freie Beweglichkeit beider Sprunggelenke, kli-nisch gering vermehrte Taluskippung links gegenüber rechts, Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt an (Entlassungsbericht vom 23. April 2002). Die MdE wurde mit 10 v. H. eingeschätzt (Mitteilung des D-Arzt vom 24. April 2002). Vom 26. Juni bis zum 24. Juli 2002 befand sich die Klägerin wegen eines Postnukleo-tomiesyndroms L5/S1 in einem stationären Heilverfahren. In dem Entlassungsbericht vom 19. August 2002 wurden die Gelenke der unteren Extremitäten bei der Aufnahme als frei beweglich beschrieben, das linke Sprunggelenk war leicht geschwollen. Das Gangbild und der Zehenspitzen-gang wurden als unauffällig beschrieben, der Fersen-gang links sei wegen Schmerzen nicht möglich, der Einbeinstand aber sicher und die Hocke vollständig gewesen. Als Rehabilitationsergebnis wurde festgehalten, dass die Klägerin unverändert über Schmerzen bis in den linken Unterschenkel seitlich, zum Teil auch bis in den Vorfuß ziehende Taubheitsgefühle klagte, dies wurde aber auf die Bandscheibenproblematik zurückgeführt. Weiter wurden die Beschwerden der Klä-gerin im linken Sprunggelenk nach längerem Laufen und Stehen wiedergegeben. Der Chirurg Dr. L untersuchte die Klägerin am 24. Juli 2002. Er fand keine Schwellung im linken Sprunggelenk, eine freie Funktion sowie reizlose Narbenverhältnisse am lin-ken Außenknöchel. Im Hinblick auf den in diesem Bericht erhobenen Befund schätzte Dr. H in seiner Stellungnahme vom 21. August 2002 die MdE mit unter 10 v. H. ein, da es weitgehende Beschwerdefreiheit und eine regelrechte Funktion gebe. Dipl. Med. S berichtete am 05. Dezember 2002 über eine deutlich zurückgebildete Schwellung nach einem erneuten Umknicken am 04. November 2002, eine Schmerz-symptomatik im Bereich um den Außenknöchel sowie einen klinisch diskret vermehr-ten Talusvorschub. Bei der Vorstellung in der BG-Sprechstunde des Klinikums F am 13. März 2003 fan-den sich reizlos verheilte Narben, eine mäßig ödematöse Schwellung über dem Au-ßenknöchel mit Druckschmerz sowie einer klinisch guten Beweglichkeit. Der nach der Neutral-Null-Methode gemessene Wert betrug bei dem Heben und Senken des Fußes 5/70 (gemeint wohl 0) /50°, der Normalwert beträgt demgegenüber 20-30/0/40-50°. Die Fußaußenrandhebung gelang mit 10/0/30°. Bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H/Dr. S am 04. September 2003 wurde das Gangbild als zügig und normal raumgreifend beschrieben, der Barfußgang und Einbeinstand waren unbehindert, der Fersenstand frei ausführbar und der Zehen-spitzenstand nur mit geringer Stehhöhe. Der Außenknöchel war leicht geschwollen, es konnte ein Druck- und Beugeschmerz ausgelöst werden. Das Heben und Senken war links mit 10/0/40° möglich und damit um insgesamt 20° gegenüber dem rechten oberen Sprunggelenk vermindert, aber immer noch nur geringfügig vom Normalwert ab-weichend. Die Fußaußenrandhebung war über die Neutralstellung hinaus nicht mög-lich, die Senkung gelang um 15-20°. Bei der erneuten Vorstellung in der BG-Sprechstunde am 20. Januar 2005 berichtetet die Klägerin über eine im Tagesverlauf zunehmende Schwellneigung, eine gute Band-stabilität und eine lokale Schmerzsymptomatik im Bereich der vorderen Knöchelspitze unmittelbar im Narbenbereich. Der Arzt fand im distalen ventralen Narbenbereich eine stecknadelkopfgroße Exostose (spornartiger Knochenvorsprung) und eine ansonsten gute Beweglichkeit. Das Heben und Senken war mit 5/0/40° möglich, das aktive He-ben und Senken des Fußaußenrandes betrug 0/0/30°. Davon weichen die von Dr. T bei seinen Untersuchungen am 11. und 20. Januar 2006 erhobenen Befunde nicht ab. Bei der ersten Untersuchung ist das Heben und Senken mit 5/0/45° gelungen, der Fußaußenrand hat sich um 5/0/20° gehoben und gesenkt. Die Narben sind reizlos gewesen, es hat ein leichter Druckschmerz bestanden. Bei der zweiten Untersuchung, die wegen der geklagten Schwellneigung nachmittags stattfand, hat das Bewegungsmaß beim Heben und Senken 0/0/45° und die Fuß-außenrandhebung und -senkung 0/0/20° betragen. Das Gangbild wird als sicher und flüssig ohne Gehhilfen beschrieben, es hat ein dezentes Schonhinken links bestan-den. Zehen- und Hackenstand sind beidseits gut demonstriert worden. Die Umfangs-differenz im Sprunggelenk hat bei der ersten Untersuchung 0,5 cm betragen, bei der zweiten 1 cm. Den nach wie vor bestehenden, aber gegenüber den Voruntersuchun-gen geringer gewordenen Talusvorschub, der durch die von dem Sachverständigen gefertigten Röntgenaufnahmen nachgewiesen ist, wertet dieser als leichte Restinsta-bilität, die muskulär kompensiert ist. Diese Einschätzung ist angesichts des flüssigen Gangbilds einschließlich Fersen- und Zehengang sowie des gemessenen Umfangs am Sprunggelenk nicht zu beanstanden.

Die breite Darstellung der vorliegenden nachgewiesenen Funktionseinschränkungen über den am 28. Januar 1997 beginnenden Zeitraum, für den mangels Arbeitsunfä-higkeit und Verletztengeldgewährung eine Verletztenrente begehrt wird ([§ 72 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII](#)), zeigt, dass diese sich zwar im Laufe der Jahre gebessert haben, dass sie aber insgesamt nur relativ geringfügig gewesen sind. Sie haben zu keinem Zeit-punkt ein Ausmaß erreicht, das vergleichbar ist mit einer Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks, einer Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von 90-110° zum Unterschenkel, einem schmerzhaft wackelsteifen unteren Sprunggelenk oder einem Fersenbeinbruch mit noch ausreichender Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk und in der Fußwurzel. Alle diese Erkrankungen werden nach den un-fallmedizinischen Erfahrungswerten mit einer MdE von 20, 25 oder 30 v. H. bewertet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. A. 2003, Anm. 8.12.8.). Erst diese Einschränkungen rechtfertigen eine Verletztenrente. Soweit allein Prof. Dr. H/Dr. S eine MdE von 20 v. H. vorgeschlagen haben, war dieser Ein-schätzung mangels entsprechender Befunde nicht zu folgen. Für die Zeit der Kran-kenhausaufenthalte wegen des als mittelbare Unfallfolge anzusehenden Umknick-traumas am 11. März 2001 mag die MdE zwar 100 v. H. betragen haben, dabei han-delt es sich aber zum einen nicht um einen über drei Monate hinausgehenden (Dauer-)Zustand ([§ 73 Abs. 3 SGB VII](#)), zum anderen hat die Klägerin in dieser Zeit einen Verletztengeldanspruch. Gemäß [§ 74 Abs. 2 SGB VII](#) dürfen Renten aber nicht für die Zeit neu festgestellt werden, in der Verletztengeld zu zahlen ist.

Der Senat hat keine Bedenken, sich auf die von Dr. T in seinem Gutachten vom 20. Januar 2006 erhobenen Befunde zu stützen. Sie stimmen im Wesentlichen mit den Vorbefunden überein, auch die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsunfallfolgen weichen nicht von den Vorgutachtern ab - mit Ausnahme der MdE-Bewertung durch diese. Seine Einschätzung der MdE stimmt letztlich - und das ist entscheidend - mit den unfallmedizinischen Erfahrungswerten überein. Dr. H und Dipl. Med. S haben die MdE ebenfalls mit 10 v. H. bewertet. Der von der Klägerin erhobene Vorwurf, der Sachverständige habe falsche Angaben gemacht, ist angesichts dessen nicht nach-vollziehbar. Dr. T hat den Vorwurf in seiner Stellungnahme vom 23. März 2006 auch entkräftet.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-10-27