L 6 U 47/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 3 U 168/04
Datum
14.03.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 47/07
Datum
17.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob Arbeitsunfallfolgen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 vom Hundert (vH) und damit Anspruch auf Verletztenrente begründen.

Der 1983 geborene Kläger wurde am 2. August 2002 gegen 9.45 Uhr auf versichertem Weg von hinten von einem Pkw erfasst, knickte – ohne im Bereich der Füße oder Unterschenkel überrollt zu werden – mit dem rechten Fußgelenk um und fiel mit dem rechten Knie auf die rechte Hand. Der um 12.10 Uhr aufgesuchte Facharzt für Chirurgie und D-Arzt Dr. M. fand u.a. eine Schwellung und einen Druckschmerz unterhalb des rechten Außenknöchels, diagnostizierte einen Bruch des Endgliedes des rechten Zeigefingers, äußerte den Verdacht des Vorliegens einer Bandruptur im rechten Sprunggelenk und veranlasste die bis zum 10. August 2002 im Stadtkrankenhaus C. durchgeführte stationäre Behandlung des Klägers. Die dort durchgeführten Röntgenkontrollaufnahmen des rechten Sprunggelenkes, insbesondere die gehaltenen Aufnahmen, erbrachten keine Hinweise auf das Bestehen einer Bandinstabilität (Arztbrief vom 10. August 2002).

Unter dem 18. September 2002 teilte Dr. M. der Beklagten mit, die klinischen Untersuchungen böten keine Erklärung für die vom Kläger als zunehmend beschriebenen Beschwerden im rechten Sprunggelenk. Die Umfänge und Bewegungsausmaße seien seitengleich; Überwärmungen oder andere Entzündungszeichen fänden sich nicht. Der Bandapparat sei stabil. Die Röntgenkontrollen des Sprunggelenkes und des Fußes zeigten keinen Anhalt für knöcherne Schädigungen. Die Fingerfraktur verheile gut; lediglich der Fingernagel zeige eine beginnende Ablösung. Über die Vorstellung des Klägers am 2. Oktober 2002 berichtete der Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums M. Prof. Dr. W., das rechte obere Sprunggelenk sei bei freier Beweglichkeit inspektorisch und palpatorisch völlig unauffällig. Das von ihm beigefügte Magnetresonanztomogramm (MRT) vom 30. September 2002 hatte nach der Auswertung des Facharztes für Nuklearmedizin Dr. A. außer einem Knochenmarködem keine wesentlichen pathologischen Befunde, insbesondere keine Anhaltspunkte für Seitenbandverletzungen erbracht. In seinem Abschlussbericht vom 24. Oktober 2002 hielt Dr. M. nochmals ein stabiles rechtes Sprunggelenk mit einer Beweglichkeit beiderseits von 15-0-55° (Heben/Senken) bzw. 20-0-70° (aus-/einwärts) bei bekannter abnormer Gelenküberbeweglichkeit fest. Änlässlich der Wiedervorstellung des Klägers am 24. Oktober 2002 fand Prof. Dr. W. bei intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität eine freie Beweglichkeit des oberen und unteren rechten Sprunggelenkes. Eine (hochgradige) Instabilität liege nicht vor; die bildgebende Diagnostik des rechten Fußes mittels Computertomogramm (CT) sei unauffällig gewesen. In seinem Bericht vom 21. November 2002 über die Untersuchung am Vortag dokumentierte Prof. Dr. W. wiederum eine freie Sprunggelenksbeweglichkeit. Er habe den Kläger aufgefordert, die getragene Orthese wegzulassen. Arbeitsfähigkeit trete zum 25. November 2002 ein. Im Rahmen der Untersuchung am 29. Januar 2003 gab der Kläger zunehmende Beschwerden im Sprunggelenk an, für die Prof. Dr. W. keine organische Ursache feststellen konnte. Der Untersuchungsbefund sei bei reiz- und schwellungslosen Verhältnissen unverändert.

Unter dem 19. September 2003 berichtete der Oberarzt des Fachkrankenhauses für Rheumatologie und Orthopädie V-G Dr. F. über die Untersuchung des Klägers am 1. September 2003: Der Kläger habe ein Instabilitätsgefühl im rechten Spunggelenkbereich und weiter angegeben, dort vor dem Unfall im August 2002 schon mehrfach Distorsionen erlitten zu haben. Die Untersuchung habe eine annähernd

freie Beweglichkeit von 10-0-40° (Heben/Senken) bzw. 10-0-50° (aus-/einwärts) ergeben. Als Zustand nach Mehrfachdistorsionen liege beim Kläger eine chronische Kapsel-Bandinstabilität des rechten oberen Sprunggelenkes vor. Aus dem am 2. Oktober 2003 gefertigten MRT des rechten Sprunggelenkes ergaben sich nach der Auswertung des Facharztes für Radiologie Dr. E. keine relevanten posttraumatischen Folgeveränderungen; die Knorpelüberzüge der Gelenkflächen seien regelrecht.

Mit Bescheid vom 12. November 2003 erkannte die Beklagte den Unfall vom 2. August 2002 mit einer folgenlos verheilten Zerrung des oberen rechten Sprunggelenkes und einer Längsfraktur des Endgliedes des rechten Zeigefingers mit unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis einschließlich zum 24. November 2002 als Arbeitsunfall an und lehnte einen Rentenanspruch ab. Keine Unfallfolge sei die beiderseits bestehende abnorme Überbeweglichkeit der Sprunggelenke.

Zur Begründung des hiergegen am 27. November 2003 erhobenen Widerspruchs trug der Kläger vor, der Unfall habe zu einem Abriss sämtlicher Außenbänder des rechten Fußgelenkes und einer Verletzung von Muskelgewebe geführt, wie im Rahmen einer kürzlich im Fachkrankenhaus V-G durchgeführten Operation festgestellt worden sei.

Die Beklagte zog vom Fachkrankenhaus den Bericht vom 14. November 2003 über die in der Zeit vom 29. Oktober bis 13. November 2003 durchgeführte stationäre Behandlung nebst Bericht über die operative Bandplastik vom 30. Oktober 2003 bei, dem als intraoperativ angetroffenen Befund lediglich kräftige Peronealsehnen (am Außenknöchel verlaufende Sehnen, die das Einknicken des Gelenkes verhindern) zu entnehmen sind.

Aus dem von der Krankenkasse des Klägers übermittelten Vorerkrankungsverzeichnis gingen wegen Fußprellungen bzw. -verstauchungen Arbeitsunfähigkeitszeiträume vom 15. bis 24. März sowie 24. August bis 6. Oktober 2000 hervor. Am 23. August 2000 war der Kläger beim Transport eines Rohres mit dem rechten Sprunggelenk umgeknickt und hatte eine Distorsion mit Fissur der Basis Metatarsale V (Haarriss des Mittelfußknochens) erlitten.

In seiner beratenden Stellungnahme vom 28. Juni 2004 schätzte der Orthopäde Dr. T. ein, seit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit sei beim Kläger keine messbare MdE verblieben. Der Primärbefund sei zwar durchaus mit einer erlittenen Bandläsion vereinbar. Nachfolgend sei der Bandapparat im behandelnden Krankenhaus jedoch als stabil bewertet worden, was mit dem MRT-Befund vom 30. September 2002 überein stimme. Der Operationsbericht vom 30. Oktober 2003 enthalte keine Beschreibung der intraoperativ angetroffenen Verhältnisse, so dass unklar bleibe, was überhaupt defekt gewesen sei. Als weitere Erklärung einer Bandschädigung komme der Unfall vom 23. August 2000 in Betracht, zumal Dr. M. am 24. August 2000 eine Schwellung im Außenknöchelbereich gefunden habe (D-Arztbericht vom 24. August 2000).

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit auf dem Postweg übersandtem Widerspruchsbescheid vom 8. September 2004 als unbegründet zurück.

Am 11. Oktober 2004 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Magdeburg Klage erhoben und vorgetragen, über den Zustand des Bandapparates könne allein eine gehaltene Röntgenaufnahme Aufschluss bringen, wohingegen ein CT insoweit von vornherein ungeeignet sei und auch ein MRT nur bei einer Kontinuitätsdurchtrennung weiter helfe. Außerdem hat er sich auf das von ihm vorgelegte Gutachten des Direktors der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule H. Prof. Dr. K. vom 24. Mai 2004 gestützt, welches dieser im Auftrag des privaten Versicherers des Klägers nach ambulanter Untersuchung am 30. April 2004 und insbesondere ohne Kenntnis des Unfalls vom 23. August 2000 erstellt hatte. Danach sei das Gangbild des Klägers frei und flüssig. In Ruhe sei eine deutliche Fehlstellung des rechten Fußes mit Abkippung nach innen zu erkennen, die bei aktiver Fußhebung weitgehend ausgeglichen sei. Im Bereich des rechten Außenknöchels fänden sich ein Druckschmerz sowie eine deutliche Instabilität des Sprunggelenkes ohne neurologische, sensible und muskuläre Auffälligkeiten. Die Beweglichkeit des oberen rechten Sprunggelenkes beim Heben/Senken betrage 10-0-30° gegenüber 30-0-50° links. Die unteren Sprunggelenke seien seitengleich beweglich; die Gelenkfunktionen des rechten Zeigefingers seien uneingeschränkt. Röntgenologisch seien im Sprunggelenkbereich keine wesentliche posttraumatische Arthrose oder sonstige Auffälligkeiten zu finden. Der rechte Zeigefinger sei ohne Fehlstellung verheilt. Im Ergebnis lägen beim Kläger ein Zustand nach Bruch des rechten Zeigefingers sowie eine hochgradige posttraumatische Instabilität des oberen und eine Instabilität des unteren Sprunggelenkes vor. Er sei deshalb bei der Ausübung seines Berufs um 20 vH behindert.

Mit Gerichtsbescheid vom 13. März 2007 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Aus den Unfallfolgen resultiere keine MdE um wenigstens 20 vH. Nach den von Prof. Dr. K. dokumentierten Funktionswerten des rechten Sprunggelenkes ergebe sich unter Berücksichtigung der einschlägigen unfallmedizinischen Erfahrungswerte eine MdE unter 10 vH. Selbst bei zusätzlicher Wertung einer unfallbedingten Instabilität resultiere keine MdE um 20 vH, wobei jedoch schon nicht feststehe, dass das Unfallgeschehen wesentliche Ursache der Instabilität sei. Dies habe Dr. T. überzeugend dargelegt. Auch Dr. M. habe unfallnahe eine Instabilität verneint und Prof. Dr. W. im Januar 2003 keine organische Beschwerdeursache finden können. Schließlich habe Dr. F. die Instabilität als chronischen Zustand nach Mehrfachdistorsionen eingeordnet. Welchem konkreten Trauma die Instabilität warum zuzurechnen sei, habe Prof. Dr. K. nicht begründet.

Gegen den am 19. März 2007 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 13. April 2007 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und geltend gemacht, das SG habe sich über das Gutachten Prof. Dr. K.s hinweggesetzt, ohne selbst sachkundigen Rat eingeholt zu haben.

Der Kläger beantragt seinem Vorbringen nach,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Magdeburg vom 13. März 2007 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 12. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. September 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 25. November 2002 an eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bleibt bei ihrer Ansicht und sieht sich in dieser durch das im Berufungsverfahren von Dr. R. eingeholte Gutachten bestätigt.

Der Senat hat neben weiteren bildgebenden Befunden vom privaten Versicherer des Klägers das Folgegutachten Prof. Dr. K.s vom 30. Dezember 2004 nach ambulanter Untersuchung am 21. Dezember 2004 nebst röntgenologischem Zusatzgutachten vom 5. Januar 2005 beigezogen, aus denen ein sicheres und flüssiges Gangbild, eine unveränderte Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes im Vergleich zum Vorgutachten sowie röntgenologisch ein unauffälliger rechter Zeigefinger und ein regelrechtes rechtes Sprunggelenk hervorgingen. Das Gelenk sei nun deutlich stabiler. Die MdE belaufe sich aktuell auf 10 vH.

Nachfolgend hat der Senat von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. R. das Gutachten vom 19. Januar 2009 nach ambulanter Untersuchung am 19. November 2008 nebst radiologischem Zusatzgutachten vom 16. Dezember 2008 eingeholt. In diesem hat der Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie des Klinikums M. Prof. Dr. G. den Röntgenaufnahmen des Sprunggelenkes aus den Jahren 1998 bis 2002 keine traumatischen Veränderungen entnehmen können. Auf dem MRT vom 30. September 2002 sei ein 1 x 1,5 cm großes Knochenmarködem am Taluskörper (Sprungbein) als Kontusionshinweis zu erkennen. Veränderungen des Bandapparates lägen nicht vor. Auf dem CT des rechten Fußes vom 23. Oktober 2002 seien die Fußwurzelknochen und deren Gelenkverbindungen regelrecht dargestellt. Die Röntgenaufnahmen vom 29. Oktober 2003 und 26. Juni 2004 zeigten keine traumabedingten Veränderungen; auf den Folgeaufnahmen vom 6. Juli 2004 seien vom Fußrücken eingebrachte Metallklammern zu erkennen. Diese fänden sich ohne Lockerungszeichen auch auf den gehaltenen Röntgenaufnahmen des rechten Sprunggelenkes vom 19. November 2008.

Dr. R. hat neben weiteren Befunden den Bericht über die am 30. Juni 2004 im Fachkrankenhaus V-G operativ vorgenommene Sehnenversetzung am rechten Mittelfuß sowie den Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums M. vom 21. Mai 2004 über die unter der Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung erfolgte ambulante Behandlung am 3. und 7. Mai 2004 beigefügt, wonach die vom Kläger demonstrierte Fußfehlstellung nach innen mangels Paresen und ungleichmäßiger Schuhabnutzung an der Außenkante als bewusstseinsnahe bzw. simuliert eingeordnet worden war. Dr. R. hat als unfallbedingte Gesundheitsschäden eine leichte Distorsion/Kontusion des rechten Fußgelenkes sowie einen Bruch des rechten Zeigefingerendgliedes diagnostiziert und im Ergebnis eingeschätzt, mangels objektivierbarer Folgen resultiere hieraus vom 21. September 2002 an keine messbare MdE. Weder klinisch noch bildgebend seien zeitnahe zum Unfall im rechten Sprunggelenkbereich strukturelle Veränderungen der Knochen oder des Bandapparates gesichert worden. Auch eine Instabilität lasse sich nicht belegen. Prof. Dr. K. habe hierzu keinerlei objektiven Befund zur Untermauerung festgehalten. Ohne irgendwelche strukturellen Schäden habe sich die erlittene Distorsion auch nicht auf bereits zuvor durchgemachte Zerrungen ausgewirkt, die vor dem Arbeitsunfall ebenfalls keine Funktionseinschränkungen mehr hinterlassen gehabt hätten. Der Kläger habe berichtet, bei ihm sei schon immer eine erhebliche Überbeweglichkeit der Gelenke bekannt, die vor allem im Fußgelenkbereich mit häufigen Umknickereignissen und Bänderdehnungen einher gegangen sei. Beim Gehen und Treppen steigen habe er keinerlei Probleme. Wenn er mit dem rechten Fußgelenk umknicke, habe er ein bis anderthalb Tage Schmerzen und müsse das Gelenk kühlen und massieren. Danach sei alles wieder in Ordnung. Insgesamt könne er mit dem rechten Fußgelenk sehr gut leben. Der Zeigefinger bereite keinerlei Beschwerden; lediglich bei Wetterwechsel habe er in der Fingerkuppe ein Taubheitsgefühl. Klinisch liege bei ihm bei regelrechter Neurologie eine Beweglichkeit des rechten Sprunggelenkes von 15-0-50° für das Heben/Senken (links 15-0-55°) vor. Rechts sei eine Einwärtsdrehung bis 60° und links bis 70° möglich. Das Gangbild sei bei gleichmäßigem Abrollen der Füße ausgreifend. Die Gelenkbeweglichkeit des rechten Zeigefingers weise keinen Unterschied gegenüber links auf; das Endglied und das Nagelwachstum seien unauffällig.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der Beratung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten sich mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die nach den §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG statthafte, form- und fristgerecht erhobene (§ 151 Abs. 1 SGG) sowie auch ansonsten zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 12. November 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. September 2004 beschwert den Kläger nicht im Sinne der §§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, weil er keinen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Ein solcher setzt gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge des Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 vH gemindert ist. Nach § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII richtet sich die Höhe der MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens. Die Bemessung des Grades der MdE ist eine Feststellung, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung unter Berücksichtigung der in Rechtsprechung und im einschlägigen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze trifft, die in Form von Tabellenwerten oder Empfehlungen zusammengefasst sind (siehe etwa bei Kranig in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand September 2010, K § 56, Anhang V). Diese sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend. Sie bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und sind die Basis für den Vorschlag, den der medizinische Sachverständige dem Gericht zur Höhe der MdE unterbreitet (vgl. nur Bundessozialgericht [BSG), Urteil vom 18. März 2003 – B 2 U 31/02 R – Breithaupt 2003, 565.; Urteil vom 22. Juni 2004 – B 2 U 14/03 R – SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Ausgehend hiervon ist eine Sprunggelenksinstabilität rechts schon keine bei der Bemessung der MdE berücksichtigungsfähige Folge des Arbeitsunfalls (nachfolgend unter 1.), lassen die Unfallfolgen keine Bewertung mit einer MdE um mindestens 20 vH zu und haben diese bereits vorhandene Gesundheitsstörungen auch nicht ihrerseits im Sinne einer Verschlimmerung unter Auswirkung auf eine Erwerbsminderung beeinflusst (hierzu unter 2.).

1. Nachgewiesene Gesundheitsstörungen sind Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn zwischen dem Unfallereignis und ihnen entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne von § 8 Abs. 1 SGB VII besteht. Dabei gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt dagegen nicht (vgl. hierzu näher BSG, Urteil vom 12. April 2005 – B 2 U 27/04 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 15; Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 17).

Danach ist eine Instabilität des rechten Sprunggelenkes schon nicht zur vollen Überzeugung des Senats nachgewiesen, so dass die Frage, ob sie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen durch den Arbeitsunfall verursacht worden ist, dahinstehen kann (vgl. zu den inhaltlichen Anforderungen des Vollbeweises nur BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 – 2 RU 27/86 – SozR § 548 Nr. 84 oder Urteil vom 27. Juni 2006 – B 2 U 5/05 R – SozR 4-5671 § 6 Nr. 2).

Es fehlt jeder unfallnahe Beleg für eine Bandinstabilität. Auch anhand später erhobener Befunde lässt sich eine solche nicht festmachen. So hat sich die ursprünglich von Dr. M. verdächtigte Bandläsion, die nach dem Unfallgeschehen und dem Primärbefund durchaus in Betracht kam, bei den nachfolgenden Untersuchungen im Stadtkrankenhaus C. gerade nicht bestätigt. Vielmehr ist sie insbesondere durch die gehaltenen Röntgenaufnahmen widerlegt worden, denen auch nach Ansicht des Klägers entscheidendes Gewicht zukommt. Auch im Rahmen der im September 2002, am 2. und 24. Oktober 2002, am 21. November 2002 sowie am 29. Januar 2003 erfolgten Nachuntersuchungen des Klägers haben weder Dr. M. noch Prof. Dr. W. Anhaltspunkte für eine Bandinstabilität gefunden. Im Gegenteil haben sie übereinstimmend und unabhängig voneinander ausdrücklich einen stabilen Bandapparat festgehalten. Diese klinische Befundlage wird durch die weiteren bildgebenden Befunde gestützt, denen ebenso keine Hinweise auf Banddefekte zu entnehmen waren. Einen Anhalt für Seitenbandverletzungen im MRT vom 30. September 2002 hatte bereits Dr. A. verneint, dessen Auswertung Prof. Dr. G. nochmals bestätigt hat. Auch aus dem MRT vom 2. Oktober 2003 ergibt sich nach der Befundbeschreibung Dr. E.s nichts anderes.

Soweit Dr. F. von einer chronischen Bandinstabilität ausgegangen ist, bleibt unklar, wie er eine solche objektiviert hat. Den von ihm auf Grundlage seiner Untersuchung am 1. September 2003 dokumentierten Befunden lässt sich lediglich eine annähernd freie Beweglichkeit des oberen rechten Sprunggelenkes für das Heben/Senken von 10-0-40° (Normalwerte nach der Neutral-Null-Methode: 20/30-0-40/50°) sowie eine Überbeweglichkeit des unteren Sprunggelenkes entnehmen. Nichts anderes gilt für den Operationsbericht vom 30. Oktober 2003, aus dem keinerlei Beschreibung der intraoperativ angetroffenen Situation und sogar kräftige Peronealsehnen hervorgehen, worauf bereits Dr. T. zutreffend hingewiesen hat. Wie daneben Dr. R. richtig einwendet, ist schließlich nicht ersichtlich, woran Prof. Dr. K. die von ihm behauptete Instabilität objektiviert hat. Aus den von ihm für die Untersuchungen am 30. April und 21. Dezember 2004 dokumentierten Befunden geht lediglich ein flüssiges Gangbild sowie eine nur mäßig eingeschränkte Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes für das Heben und Senken ohne neurologische, sensible und muskuläre Auffälligkeiten hervor. Dass auch aktuell keine Instabilität besteht, ist sowohl durch die von Dr. R. erhobenen Befunde als auch die ihm gegenüber gemachten eigenen Angaben des Klägers nachgewiesen, der die Funktion seines rechten Fußgelenkes selbst als insgesamt sehr gut eingeschätzt hat. Dr. R. hat ein regelmäßiges, ausgreifendes Gangbild des Klägers sowie eine normalwertige Beweglichkeit der oberen Sprunggelenke rechts und links festgestellt. Die extrem ausgeprägte Fähigkeit, das untere rechte Sprunggelenk bis 60° einwärts zu drehen, die in etwa den bereits von den Dres. M. und Friedrichs im Oktober 2002 sowie am 1. September 2003 festgehaltenen Werten von 70 bzw. 50° entspricht, ist kein Hinweis auf eine Instabilität. Vielmehr kommt darin lediglich die beim Kläger bestehende (offenbar anlagebedingte) Gelenküberbeweglichkeit zum Ausdruck, wie durch den auf der linken Seite von Dr. R. vorgefundenen Vergleichswert von 70° belegt wird.

2. Die Unfallfolgen sind ohne objektivierbare Funktionseinschränkungen ausgeheilt und bedingen folglich keine MdE um mindestens 20 vH. Eine solche kommt nach den einschlägigen Erfahrungswerten für den Bereich des Fußgelenkes etwa dann in Betracht, wenn eine deutliche Abflachung des Tubergelenkwinkels (Tuber: Fersenbeinhöcker), eine Fehlstellung des Rückfußes im Varus- oder Valgussinn, eine mittelgradige Arthrose und eine schmerzhafte Wackelsteife des unteren Sprunggelenkes besteht (siehe etwa Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand September 2010, Anhang 12, J 035; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Abschn. 8.12.8, S. 679). Wie sich aus den übereinstimmenden Feststellungen aller im Verfahren eingeschalteten Ärzte ergibt, liegen beim Kläger jedenfalls keine schmerzhafte Wackelsteife sowie keine Arthrose vor. Im Gegenteil ist durch sämtliche klinischen Untersuchungen sogar ein hypermobiles unteres Sprunggelenk rechts nachgewiesen. Bildgebend hat insbesondere Prof. Dr. G. irgendwelche Anhaltspunkte für arthrotische Veränderungen verneint und so die gleichlautenden vorangegangenen Einschätzungen seiner Fachkollegen nochmals bestätigt. Angesichts der – bis auf Prof. Dr. K. – durchgehend dokumentierten freien Beweglichkeit des oberen rechten Sprunggelenkes folgt auch insoweit keine MdE, zumal selbst aus den von Prof. Dr. K. angegebenen Bewegungswerten von 10-0-30° kein messbarer Grad resultieren würde. Denn erst bei einer Einschränkung auf 0-0-30° ergäbe sich eine MdE um 10 vH (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 678). Dass sich bei uneingeschränkter Funktion des in regelrechter Stellung knöchern fest verheilten rechten Zeigefingerendgliedes keine messbare MdE ergibt, bedarf keiner weiteren Begründung.

Hat die unfallbedingte Distorsion des rechten Sprunggelenkes damit keinerlei strukturelle Schäden mit funktionellen Einschränkungen hinterlassen, kann sie sich auch nicht MdE-relevant auf bereits zuvor erlittene Zerrungen ausgewirkt haben. Dies gilt umso mehr, als andauernde Funktionsstörungen infolge solcher Zerrungen vor dem Arbeitsunfall ebenfalls nicht belegt sind, was insbesondere den Unfall vom 23. August 2000 mit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 7. Oktober 2000 anbelangt. Denn verschlimmern kann sich nur eine Gesundheitsstörung, die bereits vor Eintritt des Versicherungsfalls als klinisch manifester, mit objektivierbaren Veränderungen verbundener Krankheitszustand nachweisbar vorhanden war (= Krankheit im Rechtssinne; vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 1.8.2, S. 34). Auch hierauf hat Dr. R. zutreffend hingewiesen.

Nach alledem konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login

SAN
Saved
2012-09-24