

L 9 U 3031/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 2536/10
Datum
26.05.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 3031/11
Datum
29.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26. Mai 2011 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 18.04.1991.

Der 1974 geborene Kläger war nach dem Durchgangsarztbericht des Kreiskrankenhauses L. vom 18.04.1991 an diesem Tag nach der Mittagspause auf dem Weg zur Arbeit mit seinem Moped in einer Kurve gestürzt, worauf er stationär im Kreiskrankenhaus L. aufgenommen worden war. Dort stellte man eine bimalleoläre Fraktur des linken oberen Sprunggelenkes und oberflächliche Schürfwunden an beiden Kniegelenken fest. Es wurde eine Osteosynthese des Innenknöchels durchgeführt. Unter Berücksichtigung des ersten Rentengutachtens von Privatdozent Dr. S. vom 27.04.1992 bewilligte die Süddeutsche Metallberufsgenossenschaft, die Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden: Beklagte) mit Bescheid vom 18.08.1992 eine vorläufige Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. der Vollrente ab 29.07.1991 und bis auf Weiteres. Als Folgen des Arbeitsunfalles anerkannte sie am linken Bein einen knöchern fest verheilten Bruch des Innen- und Außenknöchels, eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk, eine Minderung der Beinmuskulatur, eine Schwellneigung im Bereich des oberen Sprunggelenkes und der Knöchel sowie Narben an der Innenseite des oberen Sprunggelenkes.

Nach weiteren Gutachten zur Rentennachprüfung bzw. zur Feststellung der Dauerrente von Privatdozent Dr. S. und Dr. F. entzog die Beklagte die gewährte vorläufige Rente mit Ablauf des Monats Januar 1993, weil eine rentenberechtigende MdE nicht mehr vorgelegen habe (Bescheid vom 21.12.1992). Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 08.03.1993 zurück.

Auf den Wiedererkrankungsbericht des Durchgangsarztes Dr. R., L., vom 08.11.1993 ließ die Beklagte den Kläger erneut chirurgisch von Privatdozent Dr. S. und neurologisch von Dr. A. untersuchen und begutachten. In seinem Gutachten vom 20.09.1994 stellte Privatdozent Dr. S. eine Schwellneigung im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes, zwei Narbenbildungen nach Osteosynthese und Lyse des Nervus tibialis (operativer Eingriff in der Sanaklinik Bad Wildbad am 22.06.1994), eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk, eine knöchern fest verheilte Innen- und Außenknöchelfraktur links und einen leicht verbreiterten Gelenkspalt medial ohne Anzeichen einer Arthrose im oberen Sprunggelenk fest. Die MdE betrage durch die chirurgischen Unfallfolgen 10 v.H. Dr. A. stellte die Diagnose eines Zustandes nach TTS-Operation links mit langsamer Restitution und postoperativen Reizerscheinungen. Die glaubhaften Beschwerden und neurologisch noch zu objektivierenden Befunde seien ungeachtet eines weitgehend normalisierten elektroneurographischen Befundes glaubhaft und dem Krankheitsbild angemessen, er schlug eine MdE um 20 v.H. aufgrund der neurologischen Unfallfolgen vor. Darüber hinaus beauftragte die Beklagte Dr. E. mit einem nervenfachärztlichen Gutachten (v. 06.12.1995: Die neurologische MdE betrage weniger als 10 v.H., mit ergänzender Stellungnahme vom 20.11.1995). Unter dem 27.03.1996 erstattete darüber hinaus Prof. Dr. Dr. M. ein weiteres neurologisches Gutachten, der eine Teilschädigung des Nervus tibialis bzw. seines Endastes, des Nervus plantaris medialis hinter dem linken Innenknöchel durch Narbengewebe feststellte. Hierdurch werde eine MdE um 10 v.H. verursacht. Die Beklagte lehnte hierauf den Antrag auf Neufeststellung einer Rente mit Bescheid vom 14.06.1996 ab und führte zur Begründung aus, dass die Erwerbsfähigkeit nicht um wenigstens ein Fünftel gemindert sei. Als Unfallfolgen bestünden am linken Bein knöchern fest verheilte Brüche des Innen- und Außenknöchels, eine endgradige Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk, glaubhafte belastungsabhängige Missempfindungen über dem Innenknöchel, an der Innenkante der Fußsohle bis zur Großzehe mit Ausstrahlung im Verlauf des Versorgungsgebietes des Nervus plantaris medialis nach zwischenzeitlich operativ versorgter Teilschädigung des Nervus tibialis (Schienbeinnervens) sowie Narben an der Innenseite des oberen Sprunggelenkes. Hierdurch werde die Erwerbsfähigkeit nur um 15 v.H. gemindert. Den hiergegen erhobenen

Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.1996 zurück.

Mit Schreiben vom 09.01.2009 beantragte der Kläger eine Neubemessung der MdE aufgrund seiner Behinderung und verwies auf Einschränkungen des linken Fußes sowie an der linken Hand wegen eines Arbeitsunfalles vom 23.07.2003. Die Beklagte zog Berichte des O.klinikums O. vom 20. Juli 2009 bei und beauftragte Prof. Dr. R. mit der Erstellung eines Zweiten Rentengutachtens. In diesem Gutachten vom 07.08.2009 beschrieb er eine radiologisch und klinisch nachweisbare posttraumatische Arthrose sowie eine persistierende Läsion des Nervus tibialis posterior im Tarsaltunnel, welche eine MdE um 20 v.H. der Vollrente rechtfertigten. Bezüglich des Unfalls vom 23.07.2003 sei eine Einsteifung des Kleinfingers im Mittel- und Endgelenk mit posttraumatischer Arthrose des Mittelgelenkes verblieben, die eine MdE von weniger als 10 v.H. bedinge. Hierauf zog die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K. bei, die die Auffassung vertrat, der MdE-Einschätzung könne nicht gefolgt werden. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12.11.2009 hat Prof. Dr. R. an seiner Auffassung festgehalten, worauf die Beklagte den Beratungsfacharzt Dr. B. fachradiologisch zu einer Röntgenuntersuchung des OSG vom 22.06.2009 gehört hat (Beurteilung: achsengerecht verheilte bimalleoläre Fraktur links, spornartige knöcherne Randausziehungen an der distalen Tibiagelenkfläche links im Sinne einer beginnenden OSG-Arthrose ohne Gelenkspaltverschmälerung oder darüber hinausgehende degenerative Formveränderungen oder Zeichen einer verstärkten subchondralen Sklerosierung [die im Vorbefund beschriebene verstärkte Sklerosierung sei hier nicht nachweisbar] und soweit allein anhand des Röntgenbildes beurteilbar, sei seines Erachtens eine MdE nicht anzunehmen).

Mit Bescheid vom 28.01.2010 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles ab. Bei der Beurteilung der MdE sei für die linke untere Extremität eine endgradige Bewegungseinschränkung mit belastungsabhängigen Beschwerden im oberen Sprunggelenk, Sensibilitätsstörungen im Bereich des Innenknöchels des Fußrandes bis zur Großzehe, eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Narben, eine Muskelminderung am Oberschenkel sowie beginnende arthrotische Veränderungen an der körperfernen Schienbeingelenkfläche berücksichtigt worden. Eine rentenberechtigende MdE resultiere hieraus jedoch nicht. Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.04.2010 zurück.

Hinsichtlich des Unfalles vom 23.07.2003 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente ab, weil eine MdE in rentenberechtigenden Ausmaß (unter 10 v.H.) nicht verblieben sei (Bescheid vom 28.01.2010, Widerspruchsbescheid vom 07.04.2010).

Der Kläger hat am 14.05.2010 Klage gegen den Bescheid vom 28.01.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2010 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben.

Das SG hat Dr. G., Bad K., mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem fachorthopädischen Gutachten vom 08.11.2010 hat der Sachverständige eine endgradige Einschränkung der Dorsalflexion im linken oberen Sprunggelenk bei in achsengerechter Stellung knöchern vollständig verheilte bimalleolärer oberer Sprunggelenksfraktur links, eine Muskelverschmächtigung am linken Oberschenkel, Sensibilitätsstörungen und schmerzhafte Kribbelparästhesien im Bereich des Innenknöchels, des distalen medialen Unterschenkels und der medialen Fußregion bei Zustand nach operativer Neurolyse des Nervus tibialis posterior auf Höhe des Tarsaltunnels beschrieben. Darüber hinaus sei radiologisch eine dornartige Ausziehung an der Vorderkante der Tibia auf Höhe des oberen Sprunggelenkspaltes als radiologisches Zeichen einer beginnenden posttraumatischen Arthrose zu werten. Unter Berücksichtigung der schmerzhaften Bewegungseinschränkung im linken oberen Sprunggelenk, der beschriebenen Sensibilitätsstörungen und Kribbelparästhesien im Versorgungsgebiet des Nervus tibialis posterior (Tarsaltunnelsyndrom) und unter Berücksichtigung der schonungsbedingten Muskelminderung am linken Ober- und Unterschenkel bzw. der radiologischen Zeichen einer beginnenden posttraumatischen Arthrose im linken oberen Sprunggelenk hat der Sachverständige die MdE mit 20 v.H. eingeschätzt. Die Beklagte hat hierauf die beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. S. vom 31.01.2011 vorgelegt, der die Auffassung vertreten hat, dass ein Tarsaltunnelsyndrom nicht im Vollbeweis gesichert sei und es deshalb einer fachneurologischen Untersuchung bedürfe. 1995 und 1996 sei ein Tarsaltunnelsyndrom bereits als mittelbare Folge der bei dem Unfall erlittenen bimalleolären OSG-Fraktur links festgestellt und anerkannt worden. Auch rückblickend handle es sich um eine Unfallfolge. Eine Gesamt-MdE mit 20 v.H. wäre anzuerkennen ab Antrag auf Neubemessung vom 09.01.2009. Darüber hinaus hat die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K. vom 22.03.2011 vorgelegt. Sie hat die Auffassung vertreten, dass die neurologischen Beschwerden unverändert bestünden und mit einer MdE um 10 v.H. einzuschätzen seien, egal ob man sie nun als Tarsaltunnelsyndrom oder als Nervenschädigung tituliere. Eine MdE von 20 v.H. sei unter Berücksichtigung der vorliegenden funktionellen Beeinträchtigungen nicht gerechtfertigt.

Mit Urteil vom 26.05.2011 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 28.01.2010 und des Widerspruchsbescheides vom 27.04.2010 verurteilt, dem Kläger ab 01.01.2009 eine Verletztenrente nach einer Teilrente in Höhe von 20 v.H. der Vollrente zu gewähren. Es hat sich insoweit dem Gutachten von Dr. G. angeschlossen.

Gegen das ihr am 27.06.2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19.07.2011 Berufung eingelegt.

Sie vertritt die Auffassung, dass auf unfallchirurgischem Fachgebiet eine MdE von unter 10 v.H. vorliege. Somit müssten allein auf neurologischem Fachgebiet Unfallfolgen vorliegen, die eine MdE von 20 v.H. bedingten. Doch schon durch das neurologische Gutachten von Prof. Dr. Dr. M. vom 27.03.1996 sei nachgewiesen, dass zu dem damaligen Zeitpunkt kein komplettes Tarsaltunnelsyndrom mehr vorgelegen habe, sondern lediglich ein partielles ohne Paresen und Verschmächtigung, welche mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten seien. Daher sei eine Gesamt-MdE mit höchstens 15 v.H. einzuschätzen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26. Mai 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich zur Begründung auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil.

Der Senat hat Beweis erhoben durch das Einholen eines neurologischen Gutachtens bei Prof. Dr. S ... In dem zusammen mit dem Oberarzt Dr. R. erstellten Gutachten vom 19.12.2011 haben die Sachverständigen eine Schädigung des Nervus plantaris medialis im Sinne eines Tarsaltunnelsyndroms festgestellt, welches in einem kausalen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 18.04.1991 zu sehen sei. Die MdE betrage ab dem 01.01.2009 10 v.H. auf neurologischem Fachgebiet. Die MdE ergebe sich aus einem Analogschluss der Schädigung anderer Nerven mit überwiegend oder ausschließlicher sensibler Schädigung z.B. des Nervus cutaneus femoris lateralis. Die funktionellen Einschränkungen der Schädigung ergäben sich aus den anhaltenden Schmerzen bzw. aus der Verstärkung bei bestimmten Tätigkeiten.

Hierzu haben die Beteiligten nochmals Stellung genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogene Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäß eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG die Bescheide aufgehoben und die Beklagte zur Gewährung einer Rente nach einer MdE um 20 v.H. der Vollrente verurteilt.

Im vorliegenden Fall sind noch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) anzuwenden, ohne dass sich hierdurch im Vergleich zu dem am 01.01.1997 in Kraft getretenen 7. Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) für die Maßstäbe und Beurteilung der hier streitigen MdE eine Änderung ergibt. Gemäß [§ 212 SGB VII](#) gilt das SGB VII grundsätzlich für Versicherungsfälle, die nach dem 31.12.1996 eingetreten sind, und somit nicht für den Arbeitsunfall des Klägers vom 18.04.1991. Die in [§ 214 Abs. 3 SGB VII](#) vorgesehene Ausnahme greift in vorliegendem Fall auch nicht ein. Denn danach gelten die Vorschriften über Renten, Beihilfe, Abfindungen und Mehrleistungen auch für Versicherungsfälle, die vor dem Tag des Inkrafttretens des SGB VII zum 01.01.1997 eingetreten sind, wenn diese Leistungen nach dem Inkrafttreten des SGB VII erstmals festzusetzen sind. Rentenleistungen hatte der Kläger jedoch schon ab 29.07.1991 und damit vor Einführung des SGB VII - erstmals - bezogen.

Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wird gemäß [§ 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO](#) in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Verletzter infolge des Arbeitsunfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens ein Fünftel gemindert ist und diese Minderung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauert ([§ 580 Abs. 1 RVO](#)). Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch einen früheren Versicherungsfall Anspruch auf Rente ([§ 581 Abs. 3 Satz 1 RVO](#)). Die Folgen eines Arbeitsunfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern ([§ 581 Abs. 3 Satz 2 RVO](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (so jetzt ausdrücklich [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#), mit dessen Inkrafttreten die früheren Kriterien zur Bemessung der MdE nach der RVO übernommen worden sind, vgl. BSG, Urteil vom 18.3.2003 - [B 2 U 31/02 R](#) -).

Ein Arbeitsunfall ist nach [§ 548 RVO](#) ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den [§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO](#) genannten Tätigkeiten erleidet (versicherte Tätigkeit). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (BSGE, Urteil vom 2.4.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - in Juris m.w.N.).

Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung als Unfallfolge bei der Bemessung der MdE ist grundsätzlich u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio sine qua non). Auf Grund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden, bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 9.5.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196](#)-209 und Juris).

Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 9.5.2006 ([a.a.O.](#) Rdnr. 15) nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn.

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 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 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 (vgl. etwa Mehrhoff/Muhr, Unfallbegutachtung; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit) 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 Urt. v. 22. 06.2004, [B 2 U 14/03 R](#) - in Juris).

Hat ein Arbeitsunfall Schäden an mehreren Körperteilen oder/und Funktionssystemen hinterlassen, so ist die MdE im Ganzen zu würdigen. Eine schematische Zusammenrechnung der für die einzelnen Leiden in Ansatz gebrachten Sätze darf nicht erfolgen. Die Gesamt-MdE ist deshalb nicht rechnerisch aus einzelnen MdE-Graden zu ermitteln, sondern auf einer Gesamtwürdigung des Gesundheitszustandes unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens der verschiedenen Minderungen zu bemessen (BSG, Urteil v. 24.11.1988, [2 BU 139/88](#) - in Juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist aufgrund des hier unstreitig vorliegenden und von der Beklagten bereits mit Bescheid vom 18.08.1992 anerkannten Arbeitsunfalles vom 18.04.1991 keine MdE von wenigstens 20 v.H. begründet.

Der Senat stützt sich insoweit auf die durch die vorliegenden Gutachten von Prof. Dr. R., Dr. G. und Prof. Dr. S. erhobenen Befunde sowie auf die sich aus der Rentenliteratur ergebenden Vergleichswerte.

Der Senat stellt insoweit fest, dass sich der Kläger im Rahmen des Unfalles zunächst eine bimalleoläre obere Sprunggelenksfraktur zugezogen hat und es in der Folge zu einem Engpass am dorsalen Malleolaspekt links medial mit Einklemmung des N. tibialis im Tarsaltunnel gekommen war, weshalb am 22.06.1994 eine Neurolyse des linken N. tibialis in der Sanaklinik Bad W. durchgeführt worden war (Bericht Dr. R. v. 01.07.1994, neurologisches Zusatzgutachten Dr. A., Gutachten Prof. Dr. Dr. M., 27.03.1996). Ein Tarsaltunnelsyndrom in Form einer Teilschädigung des N. tibialis bzw. seines Endastes, des N. plantaris medialis, ist nunmehr auch durch das Gutachten von Prof. Dr. S. nachgewiesen, der eine inkomplette Schädigung mit typischem sensiblen Verteilungsmuster beschreibt und das auch nach seiner Einschätzung unzweifelhaft auf den Unfall zurückzuführen ist. Unter Berücksichtigung der Ausführungen von Prof. Dr. Dr. M. hatte die Beklagte "glaubhafte belastungsabhängige Missempfindungen über dem Innenknöchel, an der Innenkante der Fußsohle bis zur Großzehe mit Ausstrahlung im Verlauf des Versorgungsgebietes des Nervus plantaris medialis nach zwischenzeitlich operativ versorgter Teilschädigung des Nervus tibialis" als Unfallfolgen anerkannt. Das Vorliegen einer solchen (Teil-)Schädigung und deren Verursachung durch den Unfall sind daher zwischen den Beteiligten nicht (mehr) streitig. Die Auswirkungen dieser Schädigungen rechtfertigen aber nicht die Annahme einer MdE in rentenberechtigenden Grad. Betrachtet man insoweit zunächst die auf orthopädischem/chirurgischem Fachgebiet verbliebenen Folgen der Brüche des Außen- und Innenknöchels, so ist festzuhalten, dass schon im Gutachten von Prof. Dr. R. die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes im Seitenvergleich nur endgradig und nur um insgesamt 10 Grad eingeschränkt angegeben worden ist (Heben/Senken, re: 15-0-40, li: 10-0-35 nach der Neutral-Null-Methode [vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin a.a.O., S. 89 u. S. 680f.]), eine Muskelschwächung am linken Oberschenkel von 2-2,5 cm und aufgrund der Röntgenbilder vom 22.06.2009 eine beginnende posttraumatische Arthrose in Form von knöchernen Randausziehungen an der Tibiakante des Tibiotarsalgelenkes nachweisbar waren. Diese hat aber noch zu keiner Gelenkspaltverschmälerung oder darüber hinausgehenden degenerativen Formveränderungen oder Zeichen einer verstärkten subchondralen Sklerosierung geführt (Dr. B., 22.12.2009, Dr. K. 22.09.2009). Wesentlich weitergehende Befunde hat auch das Gutachten von Dr. G. nicht erbracht. Auch er beschreibt nur eine endgradige Einschränkung, allerdings nur der Dorsalflexion (re: 20-0-40, li: 15-0-40) bei einer Muskelminderung am linken Oberschenkel von 3 cm im Seitenvergleich. Die von ihm angefertigten Röntgenbilder des linken oberen Sprunggelenkes bestätigen achsengerechte Stellungsverhältnisse bei normal konfigurierter Außen- und Innenknöchelregion ohne Vergrößerung und unauffälligem Befund. Auch er stellt die bereits bekannte Spornbildung fest und beschreibt sie als "diskrete dornförmige Ausziehung".

Vergleicht man diese Befunde, die die Auswirkungen der Nervenschädigung noch nicht berücksichtigen, mit den Vergleichswerten in der Rentenliteratur, lässt sich nach Überzeugung des Senats eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 10 v.H. nicht feststellen. Denn im Bereich der unteren Extremitäten schlagen Schönberger/Mehrtens/Valentin (8. Auflage, a.a.O., S. 678f., ebenso: Rompe et. al., Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl., S. 721; Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Stand Nov. 2012, Anhang 12, J 034) eine MdE von 10 v.H. für eine Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk erst im Bereich von 0-0-30 (Heben/Senken) vor. Im Vergleich dazu ist die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes nach den von den Sachverständigen gemessenen Werten aber deutlich besser, nachdem das Heben und Senken des Fußes (bzw. nur das Anheben bei der Untersuchung durch Dr. G.) im Seitenvergleich nur diskret eingeschränkt ist. Deshalb kann auch aufgrund der beginnenden Arthrose keine weitergehende MdE angenommen werden, da sie sich funktionell offensichtlich - abgesehen von der diskreten und endgradigen Einschränkung beim Anheben des Fußes nicht auswirkt. Gleiches gilt für die Muskelminderung am Oberschenkel, die zwar Ausdruck der Schonung sein kann, sich aber bei den insbesondere von Dr. G. wiedergegebenen Gang- und Standproben nicht ausgewirkt hat ("der freie Gang zu ebener Erde ohne Schuhwerk ist sicher und unauffällig, differenzierte Gangarten können durchgeführt werden, ein Hinken wird nicht festgestellt, die Schrittlänge ist seitengleich, der Abrollvorgang seitengleich frei, Zehenstand und Fersenstand problemlos ausführbar"). Damit sind funktionelle Einschränkungen auf chirurgischem Fachgebiet, die eine MdE von wenigstens 10 v.H. bedingen könnten, nicht nachgewiesen.

Entgegen der gehörten Sachverständigen lässt sich eine Gesamt-MdE von wenigstens 20 v.H. unter Berücksichtigung der MdE auf neurologischem Fachgebiet nicht rechtfertigen. Der Senat schließt sich dabei der Einschätzung von Prof. Dr. Dr. M., die er im Wege des Urkundenbeweises verwertet, und von Prof. Dr. S. an, die die verbliebenen Einschränkungen auf neurologischem Fachgebiet mit 10 v.H. bewertet haben. Folgen des insoweit zu berücksichtigenden Tarsaltunnelsyndroms sind Empfindungsstörungen mit Abschwächung der

Berührungsempfindlichkeit (Hypästhesie) und Berührungsmißempfindungen (Dysästhesie) im Hautinnervationsgebiet des medialen Astes des N. plantaris medialis und bei Druck auf die Narbe hinter dem Innenknöchel und Dehnung des Nerven beim Beugen und Strecken des Fußes mit ausstrahlenden schmerzhaften Missempfindungen (Hyperpathie) entlang und im Verlauf dieses Nerven, wie es Prof. Dr. Dr. M. bereits 1996 beschrieben hatte. Diese Einschränkungen liegen weitgehend unverändert vor, was sich den Befunden in den Gutachten von Prof. Dr. R. und Dr. G. entnehmen lässt und auch von Prof. Dr. S. in dessen Gutachten bestätigt wird. So beschreibt Prof. Dr. R. eine 7 cm lange, längsverlaufende Narbe über dem Innenknöchel links sowie eine 9 cm lange, längsverlaufende Narbe über dem Tarsaltunnel. Dort fand er eine ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit mit ausgeprägt positivem Hoffmann-Tinel'schem Klopfezeichen (Pschyrembel, 261. Aufl.: elektrisierendes Gefühl bei Perkussion des über einem geschädigten od. durchtrennten u. genähten peripheren Nerv liegenden Hautareals), welches 9 cm proximal der Innenknöchelspitze beginnt und in einer Schmerzausstrahlung in die Großzehe führt. Eine Sensibilitätsminderung besteht zudem in einem Areal von 25 x 4,5 cm, beginnend am Innenknöchel über dem medialen Fußrand, ziehend bis zur Großzehe plantarseitig. Dr. G. stellte eine seitengleiche Sensibilität an Ober- und Unterschenkeln, eine Hyposensibilität im Bereich des distalen Unterschenkels, der Knöchelregion, des medialeseitigen linken Fußes bis zur Großzehe sowie im Bereich des Längsgewölbes plantarwärts, bei seitengleich auslösbaren Muskeleigenreflexen fest. Diesen Befund bestätigt das Gutachten von Prof. Dr. S., der insoweit auf eine Hypästhesie im Versorgungsgebiet des N. plantaris medialis und ein positives Hoffmann-Tinel-Zeichen verweist und darüber hinaus feststellte, dass eine Schweißsekretionsstörung nicht besteht sowie die Trophik unauffällig gewesen ist. Paresen bestehen - abgesehen von einer auf den Kraftgrad 4/5 reduzierten Adduktion beim Zehenspreizen, der jedoch funktionell keine wesentliche Bedeutung zukommt - nicht. Ebenso wie bei Prof. Dr. Dr. M. liegt nach dem Ergebnis seiner Untersuchungen eine nur inkomplette Schädigung mit dem typischen sensiblen Verteilungsmuster vor. Abgesehen von der vom Kläger geklagten Zunahme der Schmerzintensität vermag der Senat angesichts der erhobenen Befunde eine wesentliche Zunahme der durch die Nervenschädigung verursachten Einschränkungen nicht zu erkennen. Sie ist auch nach Überzeugung des Senats mit einer MdE um 10 v.H. ausreichend und angemessen bewertet. Dies ergibt sich zunächst aus dem von Prof. Dr. S. herangezogenen Vergleich der Schädigung anderer Nerven mit überwiegend oder ausschließlicher sensibler Schädigung wie z.B. des N. cutaneus femoris lateralis, dessen vollständiger Ausfall nach Schönberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 229) mit 0-10 v.H. bewertet wird. Teillähmungen sind entsprechend geringer zu bewerten. Mit der Annahme einer MdE um 10 v.H. ist damit auch berücksichtigt, dass sich die vorwiegend auf die Sensibilität auswirkenden Einschränkungen deutlicher bemerkbar machen als im Bereich des N. cutaneus femoris lateralis (Hautnerv am Oberschenkel). Darüber hinaus wird der vollständige Ausfall des N. tibialis mit einer MdE um 25 v.H. bewertet. Eine solche Läsion hat den Ausfall aller Flexoren des Fußes und der Zehen zur Folge. Schon bei einer leichten Teil-Parese ist der Fußspitzengang erschwert und der Achillessehnenreflex abgeschwächt, bei ausgeprägter Lähmung nimmt der Fuß durch das Überwiegen der peronäusinnervierten Mm. peronaei eine Valgusstellung ein (vgl. Mumenthaler/Mattle, Neurologie, Thieme Verlag, 11. Aufl., S. 808f.). Entsprechende Auswirkungen auf den Fuß und die Zehen sind hier jedoch nicht festzustellen, insbesondere sind die Steh- und Gangprüfungen im Gutachten von Dr. G. als unauffällig und die Reflexe in allen Gutachten als erhalten beschrieben worden. Die festgestellte leichtgradige Kraftminderung beim Zehenspreizen vermag eine Gleichstellung nicht zu rechtfertigen, sodass eine MdE um 10 v.H. auch aus diesem Gesichtspunkt ausreichend und angemessen erscheint.

In der Gesamtschau der vorliegenden Einschränkungen ist damit eine MdE von 20 v.H. nicht gerechtfertigt. Dies ergibt sich zwanglos, wenn man die auf chirurgischem Fachgebiet vorliegenden Einschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit mit weniger als 10 v.H. bewertet und hierzu die auf neurologischem Fachgebiet bestehende addieren wollte. Etwas anderes ergebe sich im Übrigen auch nicht, wenn man beide Einschränkungen gleichgewichtet mit jeweils 10 v.H. annehmen wollte. Unabhängig davon, dass eine Addition, wie oben bereits ausgeführt, unzulässig wäre, ergebe sich auch unter Berücksichtigung der Vergleichswerte in der Rentenliteratur keine abweichende Beurteilung. Insoweit wäre neben dem oben bereits genannten Beispiel auch auf die Folgen eines Fersenbeinbruchs zu verweisen, welcher erst dann mit einer MdE um 20 v.H. bewertet wird, wenn neben einer deutlichen Abflachung des Tubergelenkwinkels eine mittelgradige Arthrose und schmerzhaftes Wackelsteife des unteren Sprunggelenkes, eine Fehlstellung des Rückfußes im Varus- oder Valgussinn bei noch ausreichender Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk und in der Fußwurzel nachgewiesen ist. Mit Dr. K. (beratungsärztliche Stellungnahme vom 22.03.2011, die der Senat als qualifizierten Beteiligtenvortrag wertet) ist auch der Senat der Überzeugung, dass der Kläger aufgrund der feststellbaren Folgen des Arbeitsunfalles deutlich besser gestellt ist.

Ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente ergibt sich auch nicht aus einem sogenannten Stützrententatbestand. Wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles vom 23.07.2003 hatte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente mit Bescheid vom 28.01.2010 und Widerspruchsbescheid vom 07.04.2010 bestandskräftig abgelehnt. Nach den Feststellungen von Prof. Dr. R., denen der Senat folgt, bedingt die Einsteifung des Kleinfingers im Mittel- und Endgelenk mit posttraumatischer Arthrose des Mittelgelenkes keine MdE um wenigstens 10 v.H.

Nachdem dem Kläger eine Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 18.04.1991 nicht zusteht, war das entgegenstehende Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-18