

L 6 U 2007/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 20 U 1361/10

Datum

26.04.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2007/12

Datum

21.11.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 26. April 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt zum siebten Mal die Überprüfung eines Verletztenrentenbescheides.

Der 1965 geborene Kläger, der seit November 2000 eine Erwerbsminderungsrente auf Dauer bezieht und bei seiner Mutter lebt, erlitt am 22.09.1982 aufgrund eines nicht berufsbedingten, privaten Motorradunfalls eine Patellastückfraktur links sowie eine komplette offene distale Unterschenkelfraktur links. Da keine Frakturheilung stattfand, wurde am 03.12.1982 eine Tibiamarknagelung links vorgenommen. Einen Tag nach der Operation klagte der Kläger über plötzlich auftretende Schmerzen im linken basalen Thorax-Bereich. Eine vorgenommene Lungenzintigraphie zeigte, dass sich der Kläger eine Lungenembolie zugezogen hatte, die mit 24.000 Einheiten Heparin i.V. behandelt und nach elf Tagen mit einer Heparinisierung von 3 x 7.500 Einheiten subkutan weitergeführt wurde (Berichte des Leitenden Arztes PD Dr. Sch. vom 16.12.1982 und 26.01.1983, Bl. 76, 77 BA). Am 15.10.1984 wurden der Marknagel aus dem linken Unterschenkel sowie die Drahtcerclagen aus der linken Patella entfernt (Bl. 78, 135, 180 BA).

Während seiner beruflichen Tätigkeit als Metzger erlitt der Kläger am 18.01.1989 die hier streitbefangene Verletzung, als ihm beim Abholen von Schlachtvieh von einem Bauernhof ein Stier beim Verladen gegen seinen linken Knöchel trat. Der Durchgangsarzt Dr. R. diagnostizierte eine Distorsion des linken oberen Sprunggelenks mit Innenknöchelfraktur (Durchgangsarztbericht vom 19.01.1989). In seinem ersten Rentengutachten vom 03.07.1989 beschrieb Dr. R. als wesentliche Unfallfolgen eine erhebliche Schwellneigung des linken Unterschenkels nach Distorsion mit Innenknöchelfraktur, eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk, Belastungsbeschwerden sowie Blutumlaufstörungen. Der seit 19.06.1989 wieder vollschichtig berufstätige Kläger hatte anlässlich der Untersuchung angegeben, 13 Stunden täglich zu arbeiten, dabei schwellte das linke Sprunggelenk an, er habe Schmerzen im linken Sprunggelenk, im linken Knie und - da er kompensatorisch das rechte Bein mehr belaste - auch im rechten Unterschenkel und rechten Knie. Dr. R. erkannte im klinischen Befund, dass der linke Unterschenkel geschwollen war, obwohl ein Kompressionsunterschenkelstrumpf getragen wurde, und die Kontur von Knöchel, Gabel und Achillessehne verwaschen war. Die Haut des linken Vorfußes war bläulich verändert. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er vom 19.06.1989 bis zum 03.07.1989 auf 40 vom Hundert (v. H.), vom 04.07.1989 bis zum 18.10.1989 auf 30 v. H. und danach voraussichtlich auf 20 v. H. Die Beklagte veranlasste eine weitere gutachtliche Untersuchung bei Prof. Dr. W., Leitender Arzt der Orthopädischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik F., um zu klären, inwieweit die festgestellte Bewegungseinschränkung am linken Knie und linken oberen Sprunggelenk auf den Unfall vom 18.01.1989 zurückzuführen ist bzw. inwieweit durch den nach dem Unfall von 1982 eingetretenen Vorschaden bereits eine Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des linken Beines bestand. Anlässlich der Untersuchung am 04.05.1990 trug der Kläger erneut einen Unterschenkelkompressionsstrumpf und belastete das linke Bein kaum, rollte mit dem linken Fuß nicht ab und gab Schmerzen im linken Knie retropatellar und im Bereich des linken Innenknöchels an. Er konnte weder in den Zehen- noch in den Hackenstand links gehen, während dies rechts problemlos möglich war. Prof. Dr. W. stellte fest, dass die Kontur des linken Kniegelenkes verstrichen war mit leichter Schwellung der synovialen Membran, ein Erguss fand sich nicht. Es bestand ein leichter Druck- und Klopfschmerz an der distalen linken Tibia und ein tastbarer Kallus, der etwa handgroß tastbar war, die Region war jedoch nicht überwärmt oder gerötet. Das obere linke Sprunggelenk war verdickt, im Bereich des Fußes fanden sich außer einer leichten Spreizfußdeformität keine Besonderheiten. Während die passive Beweglichkeit im oberen und unteren linken Sprunggelenk nur gering eingeschränkt war, bestand eine deutliche Minderung der aktiven Beweglichkeit, die der Kläger mit Schmerzen im Innenknöchelbereich begründete. Auffällig war, dass trotz des hinkenden Ganges mit Teilbelastung des linken Beines, der aktiven

Bewegungseinschränkung und der Unfähigkeit, den Zehen- und Hackenstand einzunehmen sowie den Fuß abzurollen, keinerlei Muskelatrophien am linken Bein feststellbar waren. Diese hätten nach Einschätzung des Gutachters jedoch nach einem Unfall, der bereits über ein Jahr zurückgelegen und eine sechseinhalbwöchige Gipsruhigstellung erforderlich gemacht habe, längst eingetreten sein müssen. Zusammenfassend stellte Prof. Dr. W. fest, dass die Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks aus dem Unfall von 1982 resultiere, während die Funktionsstörung des linken oberen Sprunggelenks nicht eindeutig dem einen oder anderen Unfall ursächlich zugeschrieben werden könne. Zur Einschätzung der MdE sah er sich deshalb nicht in der Lage (Bl. 132 ff. BA).

Der Beratungsarzt Prof. Dr. B. vertrat in seiner Stellungnahme vom 19.06.1990 die Auffassung, dass alle funktionellen Ausfälle im Gutachten vom 04.05.1990 im Wesentlichen auf den Unfall von 1982 bezogen werden müssten und nur vorübergehend leichte Behinderungen durch den Unfall von 1989 zurückgeblieben sein könnten, jedoch nicht auf längere Dauer. Er empfahl daher eine MdE um 20 v. H. für die Zeit vom 20.06.1989 bis zum 31.12.1989. Die angegebenen Sensibilitätsstörungen am linken Unterschenkel und Fuß müssten entgegen der Auffassung von Prof. Dr. W. nicht durch ein neurologisches Gutachten geklärt werden. Wenn solche tatsächlich vorliegen sollten, seien sie mit großer Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls von 1982.

Mit bestandskräftig gewordenem, nunmehr zum siebten Mal zur Überprüfung gestellten Bescheid vom 27.06.1990 stellte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalls vom 18.01.1989 eine anteilige endgradige Bewegungseinschränkung des linken oberen und unteren Sprunggelenks nach knöchern verheiltem Bruch des linken Innenknöchels fest, lehnte die Anerkennung der Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks nach Unterschenkel- und Kniescheibenbruch links aus dem Jahr 1982, eines Knick-Hohl-Spreizfußes links, von Halswirbelsäulen- und Brustwirbelsäulenbeschwerden sowie einer im Jahr 1989 abgelauten Hirnhautentzündung ab und bewilligte für die Zeit vom 19.06. bis zum 31.12.1989 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H., während über den 31.12.1989 hinaus eine Rente mangels einer MdE in rentenberechtigendem Grade abgelehnt wurde.

Am 03.05.2000 beantragte der Kläger erstmals die Überprüfung des Bescheides vom 27.06.1990 nach [§ 44](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Beklagte holte verschiedene ärztliche Auskünfte ein, zog zahlreiche Arztunterlagen bei und beauftragte sodann Prof. Dr. R., Unfallchirurgie des Klinikums O., mit der Erstattung des weiteren Rentengutachtens vom 27.10.2000. Die hier durchgeführte ambulante Untersuchung erbrachte eine deutliche Einschränkung der Hüftgelenks-, Kniegelenks- und OSG-Beweglichkeit links bei mäßig verminderter Oberschenkelmuskulatur links. Die Beschwellung des rechten Fußes war etwas verstärkt. Am linken Unterschenkel drittel ließ sich ventral und medialseitig deutlich ein Kallus tasten. Der Sachverständige führte die erheblichen Bewegungseinschränkungen der gesamten linken unteren Extremität auf den Verkehrsunfall von 1982 mit Patellastückfraktur links und offener Unterschenkelfraktur links zurück und hielt eine Rückführung der Beschwerden auf die Innenknöchelfraktur vom 18.01.1989 nicht für möglich. Daneben bestünden entzündliche Veränderungen an diversen anderen Gelenken und ein Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose mit Lungenembolie 1982. Die Kernspintomographie des linken OSG vom 07.06.2000 erbringe keinen Nachweis eines auffälligen Knochen- oder Weichteilprozesses, wohl aber eine Stamm-Varikose (Krampfaderleiden) der Vena saphena magna III. Grades. Bei komplett knöchern verheilten Innenknöchelspitze ohne Gelenkstufe und ohne sichtbare höhergradige arthrotische Veränderungen bedingten die Folgen des Unfalls vom 18.01.1989 eine MdE um weniger als 10 v. H.

Mit Bescheid vom 07.12.2000 lehnte die Beklagte die Rücknahme des Bescheides vom 27.06.1990 ab. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde durch Widerspruchsbescheid vom 25.01.2001 zurückgewiesen. Im anschließenden Klageverfahren (S 9 U 350/01) beim Sozialgericht Freiburg (SG) holte das SG von Amts wegen bei Prof. Dr. B., Ärztlicher Direktor der Mooswaldklinik F., das Gutachten vom 03.07.2001 ein. Anlässlich der ambulanten Untersuchung verweigerte der Kläger die Erhebung eines orthopädischen Ganzkörperstatus. Die Untersuchung der unteren Extremitäten ergab eine deutlich verstrichene Kontur des linken Kniegelenks, eine Kapselschwellung und einen kleinen intraartikulären Erguss. Am linken Unterschenkel war ca. 10 cm oberhalb der Knöchelgabel eine deutliche Schwellung sichtbar, die bei Betastung als knöcherne Auftreibung nach operativ versorgter Unterschenkelfraktur im Sinne einer überschießenden Kallus-Bildung imponierte. Nach Abnahme des Kompressionsstrumpfes war im Bereich des linken Sprunggelenks keine vermehrte Schwellung im Vergleich zur Gegenseite erkennbar. Der Röntgenbefund ergab eine altersentsprechende Darstellung des linken Sprunggelenks sowie eine alte knöchern fest konsolidierte Innenknöchelfraktur ohne Dislokation. Die Muskelminderung am linken Bein sei gemessen an den demonstrierten Beschwerden erstaunlich gering gewesen. Auffällig sei eine starke knöcherne Auftreibung ca. 10 cm oberhalb des Knöchels, die sicherlich zu Lymphabflussstörungen geführt und die nach der Innenknöchelfraktur lange bestehende Schwellung begünstigt habe. Diese Schwellung sei jedoch heute nach Ablegen des Kompressionsstrumpfes nicht sichtbar. Es sei aber nachvollziehbar, wenn der Kläger angebe, dass der Fuß ohne Strumpf noch anschwellen. Dies liege an der Abflussbehinderung durch die schwere alte Verletzung mit offener Unterschenkelfraktur und Weichteilschäden (Zerreißen von Lymphgefäßen) und überschießender Kallusbildung. Die diskrete Umfangvermehrung des Knöchels und Bewegungseinschränkung für Heben und Senken des Fußes am oberen Sprunggelenk sei auf die Distorsion und Innenknöchelfraktur vom 18.01.1989 zurückzuführen und mit einer MdE um 10 v. H. seit 01.01.1990 zu bewerten. Die deutlichen Bewegungseinschränkungen am Knie- und Hüftgelenk seien nicht auf den Unfall vom 18.01.1989 zurückzuführen. Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beauftragte das SG außerdem Dr. P. mit der Erstellung des orthopädischen Gutachtens vom 25.03.2002, der die schmerzhaft funktionseinschränkende des linken Sprunggelenks für unfallbedingt hielt und davon ausging, dass die Kreuz-, Hüft- und Kniegelenksbeschwerden nicht in diesem Umfang eingetreten wären, wenn das Unfallgeschehen (Sprunggelenkstrauma) ausgeblieben wäre. Die unfallbedingte MdE schätzte er mit mindestens 20 v. H. ein.

Mit Urteil vom 04.06.2002 wies das SG die Klage ab. Die hiergegen eingelegte Berufung des Klägers wies das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) mit Beschluss vom 26.02.2003 zurück (L 2 U 2207/02). Zur Begründung wird in der Entscheidung ausgeführt, dass der von der Beklagten bindend anerkannte Arbeitsunfall vom 18.01.1989 eine Distorsion am linken oberen Sprunggelenk mit Fraktur der Innenknöchelspitze verursacht habe, die bereits von Dr. R. und dem Orthopäden Dr. Sch. (Bericht vom 31.01.1990) anhand der Röntgenaufnahmen vom 03.07.1989 und 31.01.1990 als in idealer Stellung knöchern fest verheilt bezeichnet worden sei. Ähnliche Ergebnisse habe die Auswertung der Röntgenaufnahmen vom 16.01.1990 durch Prof. Dr. W. und Beratungsarzt Prof. Dr. B. ergeben. Auch sie seien von einer im Wesentlichen gut verheilten Fraktur des Innenknöchels bei normalem Kalksalzgehalt ausgegangen. Aufgrund der Röntgenaufnahmen des linken oberen Sprunggelenks vom 25.08.2000 hätten Prof. Dr. R. und nochmals der Sachverständige Prof. Dr. B. die Innenknöchelfraktur als knöchern fest konsolidiert ohne Dislokation und ohne das altersentsprechende Maß übersteigende Verschleißerscheinungen (im Sinne arthrotischer bzw. degenerativer Veränderungen) gewertet. Damit hätten fast alle seit Juli 1989 gutachtlich gehörten oder sich sonst äußernden Ärzte insoweit nahezu übereinstimmende Röntgenbefunde beschrieben. Dr. P. habe demgegenüber im Gutachten vom 25.03.2002 eine eigene Auswertung der Röntgenaufnahmen nicht vorgenommen und solche auch nicht

gefertigt, so dass die von ihm angenommene unfallbedingte Arthrose im linken Sprunggelenk nicht nachvollziehbar sei. Anhand der Röntgenbefunde bestünden mithin keine Zweifel daran, dass der Innenknöchelbruch komplett knöchern und achsengerecht verheilt sei. Dazu passend habe das am 21.09.2000 gefertigte Szintigramm keine Mehranreicherung im Bereich des linken Sprunggelenkes, sondern lediglich einen erhöhten Knochenstoffwechsel im Bereich des linken Unterschenkels am Übergang vom mittleren zum distalen Drittel links, also im Bereich der Fraktur von 1982, ergeben. In der Kernspintomographie des linken oberen Sprunggelenkes vom 11.06.2001 seien die leichten Irregularitäten am Innen- und Außenknöchel ohne Gelenkerguss als eher degenerativ bedingt eingestuft worden. In gewissem Gegensatz zu diesem durch die bildgebenden Verfahren dokumentiertem Ergebnis stünden die klinischen Befunde am linken oberen Sprunggelenk und die vom Kläger angegeben Beschwerden. Soweit in den gutachterlichen Untersuchungen eine Umfangsmehrung des linken Knöchels gemessen worden sei, hätten die Umfangmaße keine hinreichende Aussagekraft. Dr. P. habe in seinem Gutachten nur von einer rezidivierenden Schwellneigung gesprochen, während der Sachverständige Prof. Dr. B. das Anschwellen des Fußes ohne Kompressionsstrumpf überzeugend auf die schwere alte Verletzung mit offener Unterschenkelfraktur und Weichteilschäden bei überschießender Kallusbildung zurückgeführt habe. Darüber hinaus habe Prof. Dr. B., der ebenso wie schon Prof. Dr. W. die unzureichende Befunddokumentation des Kreiskrankenhauses Lahr zum Unfall von 1982 bemängelt habe, zu Recht darauf hingewiesen, dass aus eben diesem Grund auch das Bestehen der Umfangsvermehrung erst seit dem Unfall vom 18.01.1989 nicht festgestellt werden könne. Die Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenks sei bei den Untersuchungen durch Dres. K./G. und Prof. Dr. B. nur verhältnismäßig gering eingeschränkt gewesen. Am unteren Sprunggelenk hätten sowohl Dres. K./G. als auch Prof. Dr. B. seitengleich eine freie Beweglichkeit festgestellt. Soweit im Gutachten des Dr. P. noch weitergehende Bewegungseinschränkungen am linken Sprunggelenk erwähnt würden, fehlten dafür objektive, auf den Unfall vom 18.01.1989 beziehbare Gesichtspunkte, zumal der Arzt nur eine anhand der Messdaten seit Oktober 2000 dokumentierbare langsame Progredienz der schmerzhaften Funktionseinschränkung im linken Sprunggelenk angeführt habe, wobei er übersehen habe, dass etwa zwischen seiner Untersuchung und derjenige von Dres. K./G. lediglich rund ein Jahr, gegenüber derjenigen von Prof. Dr. B. gerade vier Monate lägen. Soweit Dr. P. davon ausgegangen sei, dass das Beschwerdebild an der Lendenwirbelsäule, an der linken Hüfte und am linken Kniegelenk ohne das Sprunggelenkstrauma nicht in diesem Umfang eingetreten wären, fehle für diese Vermutung jegliche Begründung. In Anbetracht des knöchern gut und achsengerecht - bei altersentsprechendem Gelenkspalt - verheilten Innenknöchelbruchs spreche alles dagegen, dass die jetzt noch vorhandenen Beschwerden am linken Sprunggelenk auf das Unfallereignis vom 18.01.1989 zurückgeführt werden könnten. Selbst wenn jedoch wie von Prof. Dr. B. angenommen, der im Übrigen in Befund- und Schlussfolgerungen seine wesentliche Übereinstimmung mit den vorgenannten Ärzten betont habe, eine diskrete Umfangsvermehrung des linken Knöchels sowie eine Bewegungseinschränkung für Heben und Senken des Fußes am oberen Sprunggelenk auf die Distorsion und Innenknöchelfraktur vom 18.01.1989 zu beziehen wären, bewirkten diese keine Funktionsbeeinträchtigungen in einem rentenberechtigenden Grad.

Ebenfalls am 26.02.2003 beantragte der Kläger erneut wegen des Arbeitsunfalls vom 18.01.1989 eine Dauerrente. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 18.06.2003 ab und wies den hiergegen eingelegten Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.09.2003 zurück.

Am 09.09.2003 stellte der Kläger unter Bezugnahme auf den von ihm zu den Akten gereichten Befundbericht des Orthopäden H. vom 29.08.2003 einen weiteren Überprüfungsantrag, den die Beklagte mit Bescheid vom 11.09.2003 ablehnte.

Den nächsten Überprüfungsantrag vom 24.11.2005 begründete der Kläger damit, zwischenzeitlich Rente auf Dauer, unter anderem auch wegen des Stiertrittes zu erhalten. Die Beklagte holte verschiedene Auskünfte ein. Die Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft teilte mit, der Kläger habe sich bei einem Unfallereignis vom 30.11.1991 eine Distorsion im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks zugezogen, die allerdings nicht zur Gewährung einer Verletztenrente geführt habe, da eine MdE im Hinblick auf diese Verletzung nicht verblieben sei (Bl. 402 BA). In dem für die Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg erstatteten Gutachten des Dr. K. vom 25.07.2001 wird hinsichtlich des linken Sprunggelenks ein druckschmerzhafter Innenknöchel und innerer Gelenkspalt, äußerer Gelenkspalt unauffällig, Bandapparat erscheint stabil, die muskuläre Stabilisierung gelingt einigermaßen, links jedoch etwas schlechter als rechts, die Dorsalextension gegen Kraft links schwächer als rechts, die Plantarflexion gegen Kraft etwa seitengleich, die Achillessehne beidseits untersuchungstechnisch unauffällig beschrieben. Der Internist MDR L. führte in einem weiteren im Rentenverfahren eingeholten fachärztlichen Gutachten vom 13.06.2002 aus, der Kläger sei anlässlich der Untersuchung nicht bereit gewesen, zu irgendwelchen Beschwerden Auskunft zu geben. Unverkennbar sei eine völlig mangelnde Mitarbeit, dies betreffe auch die Aufforderung zum Umkleiden, der der Kläger nicht nachgekommen sei, da er nicht einmal den Pullover selbst ausziehen könne. Im guten Kontrast hierzu bestehe die ausgesprochen kräftige Muskulatur und die Schwielen an beiden Hohlhänden. Der Gutachter diagnostizierte unter anderem eine posttraumatische Arthrose des linken Sprunggelenks mit geringer Bewegungseinschränkung. In der sachverständigen Zeugenaussage des Orthopäden H. vom 27.01.2004 wird eine chronisch-rezidivierende Lumboschialgie bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS und NPP L5/S1, ausgeprägte Pan-Gonarthrose links, Sprunggelenksarthrose links sowie Dysplasie Coxarthrose beidseits diagnostiziert und ausgeführt, eine Verbesserung des Gesundheitszustands sei nicht eingetreten, es sei im Verlauf des letzten Jahres mehrfach zu Phasen der Verschlimmerung, besonders im Lenden-, Kreuz- und Kniegelenksbereich gekommen. In seinem für das SG im rentenversicherungsrechtlichen Klageverfahren erstatteten fachorthopädischen Gutachten vom 08.07.2004 berichtete Dr. H. zum klinischen Befund, keine Hinweise auf eine generelle Entzündungsreaktion oder systemische Entzündung oder lokale Muskelatrophie zu finden. Lediglich der linke Oberschenkel und geringer auch Unterschenkel zeige eine mäßig ausgeprägte Kontur- und Umfangsdifferenz zu rechts im Sinne einer nicht gruppenbetonten oder segmentalen Hypotrophie. Es bestünden an beiden Beinen keine wesentlichen Stauchungszeichen. Die Beschwielen der Hände und Fußsohlen sei seitengleich kräftig ausgeprägt. Die Untersuchung des Bewegungsapparates gestalte sich schwierig, weil wechselnde Bewegungsmaße und teilweise überraschende Schmerzhaftigkeiten demonstriert würden. Am linken Unterschenkel bestehe eine deutlich tastbare und sichtbare Kallus-Bildung von etwa Hühnereimaß an der unteren inneren Schienbeinkante, an den Sprunggelenken eine Beweglichkeit Dorsal-Plantar-Flexion rechts 20/0/50 und links 10/0/40, eine deutliche Einschränkung der Rückfußkipplung links in beide Richtungen um etwa ein Drittel gegenüber rechts sowie Kapseldruckschmerz des OSG links, kräftige Fußsohlenbeschwielen beidseits, seitengleich ausgeprägt, am linken Bein nur gerade erkennbare Muskelatrophie des Oberschenkels und geringer auch Unterschenkels im Seitenvergleich. Dr. H. diagnostizierte unter anderem eine posttraumatische Arthrose OSG links (beginnend). Mit Bescheid vom 10.03.2006 lehnte die Beklagte den Überprüfungsantrag ab, da den beigezogenen Unterlagen zu entnehmen sei, dass im linken Sprunggelenk keine wesentlichen Funktionseinschränkungen vorlägen. Darüber hinaus seien die Behinderungen des linken Beines im Wesentlichen Folge des Privatunfalles aus dem Jahr 1982. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.06.2006 zurück.

Dagegen erhob der Kläger am 11.07.2006 Klage beim SG und legte verschiedene Arztbriefe, so unter anderem den Arztbrief der Phlebologin Dr. W. vom 02.07.2007 (Ausschluss einer Thrombose linkes Bein, Gonarthrose links, postthrombotisches Syndrom links, arthrogenes Stauungssyndrom links, z.N. nach Unterschenkelfraktur links, z.N. Patellafraktur links, Bl. 708 Rs. BA), vor. Den erhobenen Befund (Schwellung des linken Unterschenkels, Verstreichung der Kniegelenkskontur links, erhebliche Druckschmerzhaftigkeit der proximalen linken Wade mit Verhärtung) beurteilte Dr. W. dahingehend, dass kein Hinweis einer frischen Thrombose, jedoch eine Leitveneninsuffizienz sowie eine große Bakerzyste mit Einblutungen bestehe. Das SG holte auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) das fachorthopädische Gutachten von Prof. Dr. L. vom 06.03.2007 ein, der anlässlich der ambulanten Untersuchung des Klägers eine gute knöcherne Konsolidierung des linken Sprunggelenks sowie einen altersentsprechend normalen Gelenkspalt und eine glatt begrenzte Gelenkkontur feststellte. Ein Zusammenhang zwischen der ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 18.01.1989 zurückzuführenden W.-B-Fraktur und dem am Untersuchungstag präsentierten allgemeinen Krankheitsbild zeige sich nicht. Die durch den Arbeitsunfall vom 18.01.1989 bedingte MdE liege bei 10 v. H. Im Gegensatz zu den Angaben des Klägers, er könne sich nicht richtig bewegen, sei auf Unterarmgestützen angewiesen, könne das linke Bein nicht belasten, und schmerzbedingt kaum schlafen, würde wechseln zwischen Liegen, Sitzen und Stehen und habe bei sämtlichen Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten Schmerzen, habe bei der Untersuchung ein ausgeprägtes Muskelrelief des Rumpfes und der oberen Extremität sowie eine kaum erkennbare Atrophie der Muskulatur an der unteren Extremität im Seitenvergleich bestanden. Hieraus müsse geschlossen werden, dass sich der Kläger sehr wohl bewegen könne und sicher regelmäßig in einem Fitness-Studio die Muskelgruppen der oberen und auch der unteren Extremitäten beübe. Mit Gerichtsbescheid vom 08.04.2008 wies das SG die Klage ab.

Hiergegen hat der Kläger wiederum Berufung beim LSG eingelegt ([L 6 U 1956/08](#)) und weitere Arztbriefe sowie das im Rahmen des gegen die Deutsche Rentenversicherung gerichteten Rechtsstreits erstellte Gutachten des Arztes für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapie Dr. H. vom 07.10.2004 (schwere Persönlichkeitsstörung und schwere depressive Störung) vorgelegt. Das LSG hat das orthopädische Gutachten bei Prof. Dr. Dr. H., Chefarzt der Orthopädischen Abteilung der Fachkliniken H. I und II, vom 06.11.2008 eingeholt und als Zusatzgutachter Dr. I beauftragt. Im Gutachtensauftrag wird darauf hingewiesen, dass vor allem im Hinblick auf die Abklärung der Äußerungen von Dr. W. im Nachschauerbericht vom 09.07.2007 gebeten werde, im Rahmen des Zusatzgutachtens die phlebologische Seite zu bewerten und die Folgen des Stiertritts und des Motorradunfalls im Jahr 1982 abzugrenzen. Der Sachverständige Prof. Dr. Dr. H. führte aus, die vom Kläger behaupteten schwerwiegenden Funktionsstörungen im Bereich des linken Sprunggelenks hätten sich in diesem Umfang nicht objektivieren lassen. Schon gar nicht hätten sich irgendwelche wesentliche Störungen auf die im Jahr 1989 erlittene Innenknöchelfraktur zurückführen lassen. Die Unfallfolgen im Bereich des linken Beines seien tatsächlich im Wesentlichen durch die Folgen des Moped-Unfalls aus dem Jahr 1982 mit heute noch tastbarer erheblicher knöcherner Vergrößerung der Tibia am Übergang vom mittleren zum distalen Drittel bestimmt. Eine Umlaufstörung sei allenfalls durch diese knöcherner Störung, nicht aber durch die erlittene Knöchelfraktur glaubhaft zu machen. Die von internistisch-neurologischer Seite vorgesehene laborserologische Abklärung habe der Kläger verweigert. Eine Laboruntersuchung habe nicht durchgeführt werden können. Mit Urteil vom 26.03.2009 wies das LSG unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. H. die Berufung des Klägers zurück. Der Sachverständige habe damit die Richtigkeit der Gutachten von Prof. Dr. R. vom 27.10.2000, von Prof. Dr. B. vom 03.07.2001 und von Prof. Dr. L. vom 06.03.2007 bestätigt. Die Einschätzung Prof. Dr. Dr. H.s, eine Umlaufstörung, die der Kläger mit der Vorlage des Arztbriefs der Phlebologin Dr. W. geltend gemacht habe, sei allenfalls auf die knöcherner Störung infolge des Privatunfalls aus dem Jahr 1982, nicht aber auf die erlittene Innenknöchelfraktur infolge des Unfallereignisses vom 18.01.1989 zurückzuführen, sei daher überzeugend. Im Übrigen komme es im Rahmen eines Zugunstenverfahrens auf etwaige Gesundheitsverschlechterungen nicht an. Diese wären vielmehr Gegenstand eines Neufeststellungsverfahrens nach [§ 48 SGB X](#).

Die vom Kläger hiergegen zum Bundessozialgericht (BSG) eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wurde mit Beschluss vom 26.03.2009 als unzulässig verworfen ([B 2 U 109/09 B](#)). Ein weiterer, bereits am 18.04.2009 gestellter Überprüfungsantrag wurde von der Beklagten auch im Hinblick auf das anhängige Verfahren beim BSG ausdrücklich nicht beschieden (Schreiben vom 04.05.2009 und 19.06.2009). Auf den Wiedereinsetzungsantrag verwarf das BSG mit Beschluss vom 29.07.2009 erneut die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision als unzulässig ([B 2 U 136/09 B](#)). Der Kläger habe zur Begründung der Beschwerde entgegen [§ 160a Abs. 2 Satz 3 SGG](#) einen Zulassungsgrund im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) weder hinreichend dargetan noch bezeichnet. Soweit er rügen lasse, das LSG habe in der angefochtenen Entscheidung erhobene Beweise fehlerhaft gewürdigt, verkenne er, dass gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 3 Halbsatz 2 SGG](#) die fehlerhafte Beweiswürdigung durch das LSG nicht als Verfahrensmangel die Zulassung der Revision begründen könne. Auch eine mögliche Unrichtigkeit der angefochtenen Entscheidung des LSG begründe die Zulassung der Revision nicht.

Am 21.08.2009 stellte der Kläger daraufhin einen weiteren Überprüfungsantrag unter Beifügung eines Nachschauerberichts vom 09.07.2009, in dem mitgeteilt wird, dass eine phlebologische Mitbetreuung des arthrogenen Stauungssyndroms, das durch die Bewegungseinschränkung des linken OSG verursacht worden sei, durch Dr. W. erfolge. Mit Bescheid vom 04.09.2009 lehnte die Beklagte auch diesen Überprüfungsantrag ab.

Schließlich stellte der Kläger am 15.09.2009 den hier streitgegenständlichen Überprüfungsantrag, mit dem er sich im Wesentlichen erneut gegen das Gutachten von Prof. Dr. Dr. H. und dessen Beweiswürdigung durch das LSG im Urteil vom 26.03.2009 wandte.

Mit Bescheid vom 14.01.2010 lehnte die Beklagte den Antrag auf Überprüfung und Rücknahme des Bescheides vom 27.06.1990 ab, da keine Gesichtspunkte erkennbar seien, wonach bei Bekanntgabe des Bescheides vom 27.06.1990 das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden sei, der sich als unrichtig erwiesen habe. Neue entscheidungserhebliche Tatsachen seien nicht vorgetragen worden. Die vorgelegten Unterlagen seien bereits Gegenstand des Verfahrens vor dem Landessozialgericht gewesen. Das BSG habe in seinem Beschluss vom 29.07.2009 keineswegs eine fehlerhafte Beweiswürdigung durch das LSG bestätigt, sondern nur deutlich gemacht, dass es im Verfahren vor dem BSG auf diese Frage nicht ankomme.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 03.03.2010 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 15.03.2010 Klage beim SG erhoben und sich wiederum gegen das Gutachten des Prof. Dr. Dr. H. gewandt. Das SG beauftragte auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) die Orthopädin Dr. S., H., mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens. Diese teilte am 23.03.2011 mit, der Kläger habe sie am 22.03.2011 zur anberaumten Untersuchung aufgesucht. Dabei habe sich herausgestellt, dass die im Vordergrund stehende Beschwerdesymptomatik des Klägers auf internistisch-phlebologischem Fachgebiet liege. Auf

orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet sei er bisher vielfach und ausreichend begutachtet worden. Eine erneute orthopädisch-unfallchirurgische Untersuchung würde nach Auffassung des Klägers zu keinem anderen Ergebnis führen. Die Gutachten-Untersuchung sei daher nach zweieinviertel Stunden abgebrochen worden.

Mit Gerichtsbescheid vom 26.04.2012 hat das SG die Klage nach vorangegangener Anhörung abgewiesen und zur Begründung darauf hingewiesen, der Kläger könne wegen der Ausschlussfrist des [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) von vorneherein keinen Anspruch auf rückwirkende Zahlungen für die Zeiten haben, die länger als 4 Jahre - gerechnet vom Beginn des Jahres, in dem der Überprüfungsantrag gestellt worden sei - zurücklägen. Mithin sei von dieser Ausschlussfrist vorliegend der Zeitraum bis 31.12.2004 betroffen, so dass die Klage diesbezüglich schon deshalb unbegründet sei. Im Übrigen sei die Klage unbegründet, weil die Beklagte sich zu Recht auf die Bindungswirkung des Bescheides vom 27.06.1990 berufen habe. Der Kläger habe zum einen keine neuen Tatsachen vorgetragen bzw. Beweismittel vorgelegt, sondern sich im Wesentlichen auf den Nachschaubericht von Dr. W. vom 09.07.2007 berufen, der jedoch bereits im Gutachten des Prof. Dr. Dr. H. vom 06.11.2008 berücksichtigt worden sei und der bereits Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens gegen den ablehnenden Bescheid vom 10.03.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.06.2006 gewesen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 14.05.2012 Berufung beim LSG eingelegt. Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat bei dem Facharzt für Innere Medizin und Angiologie Dr. E., H., das Gutachten vom 03.01.2013 eingeholt. Darin hat dieser nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 25.09.2012 in der Praxis in H. ausgeführt, es finde sich der typische Befund eines ausgeprägten postthrombotischen Syndroms mit mittelgradiger Verschwellung der Knöchel- und Unterschenkelregion, vereinzelt Besenreiser und Seitenastvarizen. Im Bereich des linken medialen Fußes sei eine deutliche Schwellung und Venenfüllung auszumachen. Palpatorisch sei eine Verdickung des linken Fußgelenks festzustellen. Bei der passiven Durchbewegung des Fußgelenkes sei eine deutliche Bewegungseinschränkung festzustellen. Bei dem Kläger liege klinisch ein postthrombotisches Syndrom mit arthrogenem Stauungssyndrom vor. Dieses sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch ein Trauma des linken Beines verursacht worden, wobei die im September 1982 erlittene Knieverletzung schon einen Vorschaden induziert haben könne, da Knieverletzungen oder operative Eingriffe in diesem Bereich auch zu Unterschenkelthrombosen führten, die häufig subklinisch (unerkannt) verliefen. Nach expliziter Befragung des Klägers sei im Anschluss an die Versorgung der Verletzung infolge des Moped-Unfalls 1982 zum einen keine Thrombose festgestellt worden, zum anderen sei ihm keine Kompressionsversorgung empfohlen worden und schließlich seien bis zum Arbeitsunfall 1989 in dem betroffenen Bein keine wesentliche Schwellung, Stauung oder Schmerzen im Bereich des Fußgelenkes aufgetreten. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Arbeitsunfall 1989 für das nun bestehende postthrombotische Syndrom verantwortlich zu machen sei, sei daher als sehr hoch anzusehen. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, resultierend aus den orthopädischen Geschehnissen (Frakturen etc.) könne aus phlebologischer Sicht nicht beurteilt werden. Die Ausprägung eines postthrombotischen Syndroms geschehe in der Regel nach der Akutphase der Thrombose innerhalb einiger Wochen bis Monate. Werde eine Thrombose nicht ärztlicherseits festgestellt, fehle diese Diagnose häufig im weiteren Krankenverlauf. Die objektivierbaren Untersuchungsergebnisse bezüglich der Schädigung des linken Beins sowie die klinischen Befunde belegten eine MdE um ca. 40 bis 60 v. H.

Zunächst ohne Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme hat die Beklagte mit Schreiben vom 25.03.2013 darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf die Aktenlage offenbleiben müsse, wann das von dem Sachverständigen jetzt erstmals diagnostizierte postthrombotische Syndrom tatsächlich aufgetreten sei. Die Schlussfolgerungen des Sachverständigen zur Kausalität seien nicht nachvollziehbar. Zwar sei die Diagnose eines postthrombotischen Syndroms vor dem 18.01.1989 in ärztlichen Berichten nicht erwähnt, es gebe aber zumindest Hinweise darauf, dass bereits vor diesem Versicherungsfall Gerinnungsstörungen mit Thrombenbildung vorgelegen hätten. Wenn es offenbar als Folge des Privatunfalls aus dem Jahre 1982 während der anschließenden Behandlung zu einer Lungenembolie gekommen sei und eine solche Lungenembolie in der Regel durch Thrombenbildung in peripheren Venen verursacht werde, sei zumindest von einem thrombotischen Geschehen schon vor dem Unfall vom 18.01.1989 auszugehen. Wenn zu früheren Zeiten und auch unmittelbar im Anschluss an den Versicherungsfall vom 18.01.1989 eine Umfangsvermehrung des linken Beines beschrieben worden sei, fänden sich - wie auch vom Sachverständigen in seinem Gutachten bestätigt, über Jahre hinweg, trotz einer Vielzahl unterschiedlicher Untersucher, keinerlei Diagnosen, die das Vorliegen eines postthrombotischen Syndroms bestätigten. Die in der Vergangenheit beschriebene Schwellneigung lasse sich daher keineswegs zwingend einer am 18.01.1989 bzw. als Folge dieses Unfalls aufgetretenen Thrombose zuordnen. Bei der Umfangsvermehrung könne es sich um die nach den anamnestischen Daten bereits nach dem Privatunfall im Jahre 1982 aufgetretene Folgeerscheinung der damaligen Thrombose gehandelt haben oder aber um eine Schwellneigung als Ausdruck einer Lymphabflussstörung, wie in anderen nachfolgenden Gutachten beschrieben.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.04.2013 hat der Sachverständige Dr. E. an seiner Auffassung festgehalten, dass nämlich vor dem Berufsunfall keine Schädigung im Bein vorgelegen habe, eine solche durch den Kläger negiert werde und nach Aktenlage nicht existent sei. Da im Gefolge des Berufsunfalles eine Schädigung des Beines aufgetreten sei, die durch keine weiteren Ereignisse herbeigeführt worden sei, sei ein ursächlicher Zusammenhang als sehr wahrscheinlich anzusehen.

Sodann hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Internisten Dr. R. vom 27.06.2013 vorgelegt. Darin wird ausgeführt, dass in der Folge einer schweren Unterschenkelverletzung links infolge eines privaten Unfalles im Dezember 1982 eine Lungenembolie aufgetreten sei. Es sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine tiefe Beinvenenthrombose Ursache der Lungenembolie gewesen sei. Dafür, dass es in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Einwirkung vom 18.01.1989 zu einer Thrombose des linken Beines gekommen sei, lägen keine beweisenden Befunde vor. Vielmehr sei nach dem Unfall im Jahr 1982 vom Vorliegen einer Unterschenkelthrombose auszugehen. Eine evtl. bis zum Unfall 1989 bestehende Beschwerdefreiheit schließe diese Diagnose nicht aus. Die Entstehung des sogenannten postthrombotischen Syndroms, also die Auswirkungen einer chronisch dauerhaften Rückstauproblematik durch den behinderten venösen Abstrom, gehe schleichend vor sich. Eine exakte, stufenweise zeitliche Zuordnung sei nicht möglich. Die erste Diagnosesicherung ergebe sich aus einem Befund aus dem Jahre 2007 von der Phlebologin Dr. W. mit Feststellung eines postthrombotischen Syndroms. Aus Jahren davor existierten nur nicht näher quantifizierte Angaben wie geringfügige Schwellung der Knöchelregion, des Fußrückens oder ähnliches. Ein Gutachten aus dem Jahr 2002 enthalte den Hinweis auf einen auffällig verschwellten Bandkapselapparat am gesamten linken Sprunggelenk, einhergehend mit einer Lymphabflussstörung im linken gesamten Unterschenkel. Auch das Tragen eines Kompressionsstrumpfes sei verschiedentlich erwähnt. Kompressionsstrümpfe sollten durch Kompression von außen her den erschwerten venösen Blutabstrom verbessern und der Schwellung entgegenwirken. Die Verordnung eines derartigen Hilfsmittels lasse also darauf schließen, dass eine doch deutliche Lymphabflussstörung vorgelegen haben müsse. Im Laufe der Zeit habe sich dieses postthrombotische Syndrom verdeutlicht zu dem letztlich im Jahre 2011 von Dr. E. als schwer klassifizierten postthrombotischen Syndrom.

Im Vergleich der Untersuchungsdaten aus dem Jahre 2007 und 2011 sei diese Verschlechterung auch anzuerkennen. Es sei aber unmöglich, die Entwicklung des postthrombotischen Syndroms einzig dem Unfallereignis vom 18.01.1989 anzulasten oder diesem Ereignis auch eine entscheidende Bedeutung beizumessen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 26. April 2012 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14. Januar 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. März 2010 zu verurteilen, ihm unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 27. Juni 1990 über den 31. Dezember 1989 hinaus Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat zur weiteren Begründung auf den angegriffenen Gerichtsbescheid sowie die eingeholte beratungsärztliche Stellungnahme verwiesen.

Der Berichterstatter hat mit den Beteiligten den Sach- und Streitstand am 05.09.2013 erörtert und darauf hingewiesen, dass vorliegend wohl nicht ein Verfahren nach [§ 44 SGB X](#), sondern allenfalls nach [§ 48 SGB X](#) in Betracht komme, da ein postthrombotisches Syndrom zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides vom 27.06.1990 nicht nachgewiesen sei. Im Übrigen hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass im Falle der Fortführung der Berufung der Kläger damit rechnen müsse, dass ihm Kosten nach [§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) auferlegt würden, da es sich nunmehr um den sechsten Überprüfungsantrag nach [§ 44 SGB X](#) handle, das LSG bereits in zwei Entscheidungen die Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 27.06.1990 bestätigt und die entsprechenden Überprüfungsanträge zurückgewiesen habe und die vom Kläger hiergegen zum Bundessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen worden sei. Den hierauf von den Beteiligten geschlossenen Vergleich, wonach sich die Beklagte verpflichtete, ein Neufeststellungsverfahren nach [§ 48 SGB X](#) durchzuführen und insoweit zu prüfen, ob das beim Kläger diagnostizierte postthrombotische Syndrom als weitere Unfallfolge festzustellen sei und dem Kläger ein Anspruch auf Verletztenrente zustehe, hat der Kläger mit Schreiben vom 11.09.2013 widerrufen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (5 Bände), die Klageakte des SG und die Akten des LSG (L 2 U 2207/02, [L 6 U 1956/08](#), [L 6 U 2007/12](#)) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige, insbesondere nach [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist nicht begründet. Der Senat hat das in der mündlichen Verhandlung geäußerte Begehren des Klägers sachdienlich nach [§ 123 SGG](#) in der geschehenen Weise ausgelegt, nachdem der Kläger trotz entsprechender Anregung durch den Senat keinen förmlichen Antrag gestellt hat. Wie bereits im Erörterungstermin durch den Berichterstatter wurde der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung nochmals darauf hingewiesen, dass sein Begehren im Überprüfungsverfahren nach [§ 44 SGB X](#) keinen Erfolg haben dürfte, vielmehr ein Verfahren nach [§ 48 SGB X](#) einzuleiten sei. Da der Kläger indes auf seinem Standpunkt beharrte, dass bereits der Bescheid vom 27.06.1990 rechtswidrig und dieser daher aufzuheben sei, musste von einem Überprüfungsbegehren nach [§ 44 SGB X](#) ausgegangen werden.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 14.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.03.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf teilweise Rücknahme des Bescheides vom 27.06.1990 und auf Gewährung von Verletztenrente wegen weiterer Gesundheitsstörungen infolge des Arbeitsunfalles vom 18.01.1989.

Nach [§ 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Ist ein Verwaltungsakt rechtswidrig, hat der betroffene Bürger im Interesse der materiellen Gerechtigkeit einen einklagbaren Anspruch auf Rücknahme des Verwaltungsaktes unabhängig davon, ob der Verwaltungsakt durch ein rechtskräftiges Urteil bestätigt wurde ([BSGE 51, 139, 141](#); BSG [SozR 2200 § 1268 Nr. 29](#)). Dabei muss die Verwaltung entsprechend dem Umfang des Vorbringens des Versicherten in eine erneute Prüfung eintreten und den Antragsteller auf der Grundlage der wirklichen Sach- und Rechtslage bescheiden (BSG, [SozR 3-2600 § 243 Nr. 8](#); BSG [SozR 3-4100 § 119 Nr. 23](#)). Während im Falle eines Verschlimmerungsantrages nach [§ 48 SGB X](#) zu prüfen ist, ob der aktuelle Sachverhalt noch mit den zum Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes maßgebenden Verhältnissen übereinstimmt, kann im hier beantragten Überprüfungsverfahren nach [§ 44 SGB X](#) nicht eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse nach Erlass des Bescheides geltend gemacht werden. Prüfungsgegenstand ist vielmehr, ob die damalige Beurteilung der Sach- und Rechtslage auch unter Berücksichtigung neuer Tatsachen oder neuer rechtlicher Gegebenheiten noch Geltung besitzt. Eine Abänderung des ursprünglichen Bescheides kommt nach [§ 44 SGB X](#) somit nur in Betracht, wenn der neue Sachverhalt oder die geänderten gesetzlichen Umstände die Rechtmäßigkeit des zur Überprüfung gestellten Verwaltungsaktes bereits zum Zeitpunkt seines Erlasses beeinflussen. Nach Unanfechtbarkeit des zu überprüfenden Verwaltungsaktes liegt die objektive Beweislast für Tatsachen, aus denen sich eine Unrichtigkeit des Verwaltungsaktes wegen fehlerhafter Sachverhaltsannahme ergeben kann, bei dem Adressaten des Verwaltungsaktes (st. Rspr. BSG [SozR 5870 § 2 Nr. 44](#); Schütze in von Wulfen, SGB X, 7. Auflage 2010, § 44 Rdnr. 12). Hinsichtlich des Beweismaßstabs gelten die Kriterien, die auch zum Zeitpunkt der zu überprüfenden Entscheidung maßgeblich waren (BSG [SozR 3-1300 § 48 Nr. 67](#)). Genügte dort, dass eine Tatsache lediglich wahrscheinlich war, ein Vollbeweis aber nicht gefordert wurde, besteht auch im Rahmen der Überprüfung bei Wahrscheinlichkeit des maßgeblichen Sachverhalts ein Anspruch auf den Zugunstenbescheid (BSG, SGB 1998, 582).

Danach liegen die Voraussetzungen für die Rücknahme des Bescheides vom 27.06.1990 nicht vor. Dass die Beklagte das Recht fehlerhaft angewandt hätte, ist nicht ersichtlich und wird von Seiten des Klägers auch nicht geltend gemacht. Die Beklagte ist auch nicht zum damaligen Zeitpunkt von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich aus heutiger Sicht als unzutreffend darstellen würde. Tatsachen, die belegen würden, dass der Kläger zum Zeitpunkt des Erlasses des Bescheides vom 27.06.1990 an weiteren Gesundheitsstörungen gelitten

hätte, die auf den Arbeitsunfall vom 18.01.1989 mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen sind, sind nicht erwiesen. Dass über die im Bescheid vom 27.06.1990 anerkannten Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet, nämlich eine anteilige endgradige Bewegungseinschränkung des linken oberen und unteren Sprunggelenks nach knöchern verheiltem Bruch des linken Innenknöchels, hinaus keine weiteren unfallbedingten Gesundheitsstörungen festzustellen sind, ist in den oben dargestellten erstinstanzlichen Entscheidungen sowie dem Beschluss des 2. Senats des LSG vom 04.06.2002 und dem Urteil des 6. Senats des LSG vom 26.03.2009 ausführlich dargestellt und im Einzelnen in Auswertung der zahlreichen, teilweise im Urkundenbeweis zu verwertenden Sachverständigen-Gutachten begründet worden. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug genommen, nachdem der Kläger im jetzigen Überprüfungsverfahren auch keine Gesichtspunkte vorgetragen hat, die eine fehlerhafte Beurteilung des orthopädischen Unfallbefundes begründen könnten, sondern vielmehr die auf seinen Antrag hin veranlasste orthopädische Begutachtung durch Dr. S. nach Beginn der ambulanten Untersuchung unter Hinweis auf die bereits erfolgte vielfache und ausreichende Begutachtung auf orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiet abgebrochen hat.

Auch unter Berücksichtigung des nunmehr festgestellten phlebologischen Befundes ist der Bescheid vom 27.06.1990 rechtlich nicht zu beanstanden. Zwar hat der Sachverständige Dr. E. anlässlich seiner Untersuchung am 25.09.2012 ein postthrombotisches Syndrom mit arthrogenem Stauungssyndrom diagnostiziert und hat der Beratungsarzt Dr. R. diese Diagnose nach Aktenlage bestätigt. Der Bescheid vom 27.06.1990 wäre indes nur zurückzunehmen, wenn nachgewiesen wäre, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt dieses postthrombotische Syndrom bestanden hat und auf den Arbeitsunfall vom 18.01.1989 mit Wahrscheinlichkeit zurückzuführen und daher als weitere unfallbedingte Gesundheitsstörung festzustellen ist. Von all dem kann jedoch nicht ausgegangen werden.

Das Vorliegen einer Gesundheitsstörung ist im Vollbeweis zu sichern, bedarf also der sicheren Überzeugungsgewissheit des Senats. Dass der Kläger bereits bei Erlass des Bescheides vom 27.06.1990 an einem postthrombotischen Syndrom gelitten hat, steht jedoch nicht zur Überzeugung des Senats fest. Eine Diagnosesicherung ergibt sich nämlich erst aus dem Befundbericht der Phlebologin Dr. W. vom 02.07.2007. Aus den Jahren davor existieren nur nicht näher quantifizierte Angaben wie geringfügige Schwellung der Knöchelregion, des Fußrückens oder ähnliches, worauf der Beratungsarzt Dr. R. zutreffend hingewiesen hat. Soweit Dr. E. dargelegt hat, dass die Ausprägung eines postthrombotischen Syndroms in der Regel innerhalb einiger Wochen bis Monate nach der Akutphase der Thrombose geschehe, lässt auch dies keine sichere zeitliche Verortung des Beginns des postthrombotischen Syndroms zu, da nach dem Unfallereignis vom 18.01.1989 keine Thrombose diagnostiziert worden ist. Da auch der Beratungsarzt Dr. R. eine schleichende Entwicklung des sog. postthrombotischen Syndroms angenommen hat und eine exakte, stufenweise zeitliche Zuordnung nicht für möglich hält, kann nicht vom Nachweis eines vor dem 02.07.2007 bestehenden postthrombotischen Syndroms ausgegangen werden. Allein der Umstand, dass der Kläger bei verschiedenen ärztlichen Untersuchungen am linken Unterschenkel einen Kompressionsstrumpf getragen hat, genügt nicht als Nachweis für ein zu diesem Zeitpunkt bereits bestehendes postthrombotisches Syndrom. Dr. R. hat nämlich ausgeführt, dass durch dieses Hilfsmittel aufgrund einer Kompression von außen her der erschwerte venöse Blutabstrom verbessert und hierdurch der Schwellung entgegen gewirkt werden soll. Voraussetzung für die Indikation eines Kompressionsstrumpfes ist daher eine befürchtete oder bereits ersichtliche Rückstauproblematik und nicht notwendigerweise ein bereits bestehendes postthrombotisches Syndrom, das sich, worauf Dr. R. ebenfalls hingewiesen hat, bei einer chronisch dauerhaften Rückstauproblematik durch den behinderten venösen Abstrom nämlich nur schleichend entwickelt. Ob die Verordnung des Kompressionsstrumpfes als prophylaktische Maßnahme erfolgt ist oder die im Laufe der verschiedenen Untersuchungen sehr unterschiedlich ausgeprägten Schwellungen als Folge einer Rückstauproblematik eingestuft worden sind und hierauf mit dem Kompressionsstrumpf reagiert worden ist, ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht. Prof. Dr. B. hat bei seiner Untersuchung im Jahr 2001 sogar festgestellt, dass nach Abnahme des Kompressionsstrumpfes im Bereich des linken Sprunggelenkes, wo zuvor eine deutliche Schwellung sichtbar war, keine vermehrte Schwellung im Vergleich zur Gegenseite mehr erkennbar war. Von einer Lymphabflussstörung wird erst im Gutachten des Dr. P. vom 12.04.2002 berichtet. In den vorangegangenen Gutachten wird die Schwellung in Zusammenhang gebracht mit der deutlichen, auf dem Motorradunfall im Jahr 1982 beruhenden, Kallusbildung und den hierbei zerstörten Lymphgefäßen. Verlässliche Indizien, aufgrund derer der Entstehungszeitpunkt des postthrombotischen Syndroms vorliegend eindeutig zu bestimmen wäre, bestehen nicht. Der Umstand, dass sich der Kläger im Jahr 2007 erstmals in phlebologische Behandlung begeben hat, deutet darauf hin, dass von medizinischer Seite zuvor keine Indikation für eine Überweisung an einen entsprechenden Facharzt bestanden hat. Insgesamt ist daher nicht nachzuweisen, dass der Kläger bereits vor der erstmaligen Diagnosestellung durch Dr. W. am 02.07.2007 an einem postthrombotischen Syndrom gelitten hat.

Doch selbst wenn dies im Vollbeweis gesichert wäre, wovon der Senat indes nicht ausgeht, ist nicht wahrscheinlich, dass das Unfallereignis vom 18.01.1989 Ursache dieser Gesundheitsstörung, mithin die haftungsbegründende Kausalität zu bejahen ist. Die entgegengesetzte Auffassung des Dr. E. vermag den Senat insoweit in keiner Weise zu überzeugen. Seine Ausführungen sind insoweit weder schlüssig noch argumentativ überzeugend.

Für die haftungsbegründende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden.

Der Sachverständige räumt ein, dass eine Thrombose im Unterschenkel aufgrund mehrerer Ereignisse bei dem Kläger hätten stattfinden und diese somit ein postthrombotisches Syndrom induzieren können. Wenn er insoweit den Motorradunfall mit Verletzung des linken Knies im Jahr 1982 benennt, ist offensichtlich, dass er den Grad der Verletzung verkennt und dadurch zum Ausdruck gebracht hat, die Behördenakten nur unvollständig durchdrungen zu haben. Weit wesentlicher als die Patellastückfraktur war nämlich die komplette offene distale Unterschenkelfraktur links mit der Zerstörung der Lymphgefäße, die Dr. E. weder in seinem Gutachten noch in seiner ergänzenden Stellungnahme erwähnt. Außerdem führt Dr. E. als konkurrierende Ursache die Kniespiegelung im Jahr 1997 an und unterschlägt damit die operative Metalletfernung im Jahr 1984. Wie wenig Dr. E. entweder die Behördenakten studiert hat oder den darin enthaltenen medizinischen Unterlagen Bedeutung beimisst, ergibt sich des Weiteren daraus, dass er aufgrund der Angabe des Klägers, es sei im Anschluss an die Versorgung der Verletzung in Folge des Mopedunfalls 1982 keine Thrombose festgestellt worden, eine solche nicht für wahrscheinlich hält, obwohl der Kläger im Rahmen der Operation vom 03.12.1982 eine Lungenembolie erlitten hat. Der Sachverständige hat sich insoweit in keiner Weise mit den möglichen Ursachen dieser Embolie auseinander gesetzt. Der Beratungsarzt Dr. R. hat in Kenntnis des Umstandes, dass die entsprechenden Untersuchungsbefunde keinen direkten Nachweis einer Beinvenenthrombose links enthalten, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen, dass eine solche Beinvenenthrombose Ursache der Lungenembolie gewesen ist. Es

wäre zumindest zu erwarten gewesen, dass Dr. E. unter Berücksichtigung der damaligen Unfallschäden andere mögliche Ursachen für die Lungenembolie benennt, wenn er eine Beinvenenthrombose insoweit nicht für maßgeblich hält. Nicht weniger angreifbar sind die Ausführungen des Dr. E., soweit er als Beleg für die nicht fortwirkende Thrombosesymptomatik nach dem Mopedunfall 1982 darauf verweist, dass die untersuchenden Kollegen anderenfalls eine entsprechende Diagnose gestellt hätten, und - da dies nicht geschehen sei - im Umkehrschluss die mögliche Thrombose und eine Lungenembolie residuenfrei und ohne Spätfolgen vonstattengegangen sein müsse. Andererseits verweist Dr. E. aber auf Nachfrage des Gerichts, wie die fehlende Diagnostik hinsichtlich des postthrombotischen Syndroms anlässlich der mehrfachen gutachterlichen Untersuchungen zu erklären sei, darauf, dass keiner der begutachtenden Ärzte seine Fachqualifikation als Angiologe habe und keiner der begutachtenden Ärzte sich die Mühe gemacht habe, die Durchblutungssituation differenziert zu begutachten und messdynamische Parameter zur potenten Beurteilung heranzuziehen. Weshalb Dr. E. die fehlende Diagnostik für die Jahre 1982 bis 1989 als Beweis für das Nichtvorhandensein eines postthrombotischen Syndroms, die im Zeitraum zwischen 1989 und 2007 wiederum nicht erfolgte Diagnose eines solchen Syndroms aber lediglich als Zeichen mangelnder ärztlicher Kompetenz ansieht, erschließt sich dem Senat nicht und ist nicht stringent. Schlichtweg nicht verwertbar ist das Gutachten jedoch, weil der Sachverständige selbst einräumt, es sei durch die Kombination der mehrfachen Verletzungen am Knie, aber insbesondere der schweren Verletzung im Bereich des Knöchels sowie der stattgehabten Operationen (die komplette offene distale Unterschenkelfraktur links wird wiederum nicht erwähnt) eine genaue Zuweisung oder Quantifizierung des Schadens und Zuordnung zu einem Ereignis nur sehr schwer möglich, dann aber zu dem Ergebnis gelangt, dass es nach den anamnestischen Angaben des Klägers sehr wahrscheinlich sei, dass im Rahmen des Arbeitsunfalls die als wesentlich zu betrachtende Schädigung eingetreten sei (Gutachten vom 03.01.2013, S. 9). Er habe keinen Grund, am Wahrheitsgehalt der Angaben des Klägers zu zweifeln (ergänzende Stellungnahme vom 15.04.2013, S. 1). Dass es hierfür durchaus eine Vielzahl von Gründen gibt, hätte Dr. E. erkennen müssen, wenn er die Behörden- und Gerichtsakten mit der zu verlangenden Gründlichkeit gelesen hätte. Dann wäre ihm aufgefallen, dass der Kläger sich nicht nur einzelnen Untersuchungen ohne stichhaltige Gründe widersetzt hat, sondern auch - wie oben im Einzelnen dargestellt - verschiedene Gutachter das Beschwerdevorbringen des Klägers nicht in Einklang bringen konnten mit den erhobenen Befunden. Es hätte daher durchaus Anlass bestanden, das Vorbringen des Klägers hinsichtlich seines Wahrheitsgehalts besonders kritisch zu überprüfen. Entsprechende Anstrengungen hat der Sachverständige hingegen nicht unternommen, weshalb der Senat das Gutachten insgesamt für unbrauchbar hält. Allein das Bestehen einer Facharztqualifikation und der Verweis auf ein berufsbedingtes Erfahrungswissen, das Dr. E. allerdings nur ansatzweise preisgegeben hat, mag für die Diagnosestellung als solche genügen, ist aber für die Erstellung eines Zusammenhanggutachtens nicht ausreichend. Der Beratungsarzt Dr. R., ebenfalls Internist, wenn auch nicht Angiologe, hat für den Senat gut nachvollziehbar und widerspruchsfrei ausgeführt, dass es nach dem Unfall 1982 zu einer Unterschenkelthrombose gekommen sei und jede weitere Immobilisierung, Verletzung oder jeder operative oder diagnostische Eingriff mit erneuter Bewegungseinschränkung erneut thrombosegefährdend sei und auch eine ordnungsgemäß durchgeführte Heparinisierung eine erneute Thrombosierung nicht ausschließe, sondern nur das Risiko verringere. Es sei daher möglich, dass bei dem versicherten Unfall vom Januar 1989 sich tatsächlich auf eine vorbestehende, klinisch nicht auffällige Thrombose eine Zweit-Thrombose aufgepfropft habe. Außerdem sei die im Jahr 1997 erfolgte Knie Spiegelung wiederum mit dem Risiko einer Verschlechterung der venösen Problematik verbunden gewesen. Für den Senat ist daher dessen Schlussfolgerung, dass es vorliegend unmöglich ist, dem Unfallereignis vom 18.01.1989 eine entscheidende Bedeutung beizumessen, überzeugend. In rechtlicher Hinsicht fehlt es somit an dem notwendigen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 18.01.1989 und dem postthrombotischen Syndrom, da ein solcher allenfalls möglich, nicht aber wahrscheinlich ist.

Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-11-28