# L 3 U 2684/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 521/13
Datum
12.06.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 2684/15
Datum
25.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12. Juni 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten der Klägerin sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente streitig.

Die im Jahr 1954 geborene Klägerin betrieb einen Frisörsalon. Wegen seit 2 Jahren progredient zunehmenden Beschwerden mit Reduzierung der maximalen Gehstrecke sowie Ruhe-, Nacht- und Belastungsschmerzen bei radiologisch gesicherter Coxarthrose links wurde sie am 10.01.2010 im A.-B.-Krankenhaus C. zur stationären Behandlung aufgenommen. Am Aufnahmetag betrug der passive Bewegungsumfang des linken Hüftgelenks bei der Streckung/Beugung 0/5/100 Grad, bei der Außen-/Innenrotation 30/0/20 Grad sowie beim Abspreizen/Heranführen 20/0/0 Grad bei peripher intakter Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Am 11.01.2010 erfolgte die Implantation einer zementfreien Hüft-Totalendoprothese. Am 20.01.2010 stürzte die Klägerin im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes auf nassem Boden aus und fiel auf ihre linke Hüfte. Die Röntgenkontrolle ergab eine spiralförmige periprothetische Fraktur mit Abriss des Trochanter minor. Daher erfolgte am 22.01.2010 eine offene Revision, eine Osteosynthese mittels 3 Cerclagen sowie ein Schaftwechsel in der linken Hüfte. Der postoperative Heilungsverlauf gestaltete sich komplikationslos. Bei primärer Wundheilung waren die Wundverhältnisse am Entlassungszeitpunkt trocken und die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität des linken Beines intakt. Am Entlasstag betrug die Beweglichkeit bei der Streckung/Beugung 0/0/90 Grad und beim Abspreizen/Heranführen 20/0/20 Grad. Die Röntgenkontrolle ergab eine regelrechte Lage der Prothesenanteile im Knochen und zueinander sowie ein regelrecht einliegendes Osteosynthesematerial. Die Klägerin wurde am 10.02.2010 entlassen (Durchgangsarztbericht vom 20.01.2010, Entlassungsbericht vom 10.02.2010). Weitere ärztliche Untersuchungen und Behandlungen erfolgten stationär vom 10.02.2010 bis zum 03.03.2010 in der Rehabilitationsklinik Saulgau (Entlassungsbericht vom 15.03.2010,) sowie durch die Allgemeinmediziner Dres. D. und D.-E., die Unfallchirurgen Dres. F. und G., den Radiologen Dr. H. und Dr. I., Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Kreiskrankenhaus J ...

Sodann erstellte Dr. I. Gutachten für die private Unfallversicherung. Während er in seinem Gutachten vom 23.02.2011 das Vorliegen eines Dauerschadens noch nicht beurteilen konnte, beschrieb er in seinem Gutachten vom 10.11.2011 als Unfallfolgen reizlos einliegende Cerclagen im Bereich des proximalen Femurs, eine reizlose 16 cm lange geschwungene Narbe, eine Einschränkung der Hüftbeugung bis maximal 85 Grad sowie geklagte subjektive Beschwerden mit einem sich daraus ergebenen hinkenden Gangbild und stufte in seiner Stellungnahme vom 22.11.2011 die Gesamt-Invalidität mit 2/5, die aufgrund der Coxarthrose links mit zementfreier Hüft-Totalendoprothese bestehende Vor-Invalidität mit 1/5 und die aufgrund der Unfallfolgen bestehende Dauer-Invalidität nach Abzug der Vor-Invalidität mit 1/5 des linken Beinwertes ein. In seinem weiteren Gutachten vom 28.02.2012 beschrieb er dieselben Unfallfolgen und stufte die die aufgrund der Unfallfolgen bestehende Dauer-Invalidität erneut mit 1/5 des linken Beinwertes ein.

Sodann ließ die Beklagte die Klägerin untersuchen und begutachten. Prof. Dr. K., Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Y.-Klinik L., beschrieb in seinem Gutachten vom 12.03.2012 als Unfallfolgen eine durch den Re-Eingriff verlängerte Narbe, durch den Bruch des körpernahen Oberschenkels und der nachfolgend erforderlichen Operation bedingte Knochen- und Weichteilschäden, zusätzlich erforderlich gewordene und noch weiter verbleibende Cerclagen, starke Ruhe- und Belastungsschmerzen sowie eine Deformierung des Trochanter major links nach Trümmerfraktur. Er führte ferner aus, aller Wahrscheinlichkeit nach seien die jetzt noch feststellbaren Bewegungseinschränkungen im linken Hüftgelenk (Streckung/Beugung links 0/0/100 Grad gegenüber rechts 0/0/110 Grad; Abspreizen/Heranführen links 30/0/15 Grad gegenüber rechts 30/0/20 Grad; Drehung auswärts/einwärts links 10/0/10 Grad gegenüber

rechts 30/0/20 Grad) und die Muskelminderung am linken Bein vom Unfall unabhängig und bereits durch die Vorerkrankung in Form einer Coxarthrose beziehungsweise die Vor-Operation in Form einer Hüft-Totalendoprothese bedingt. Auf unfallchirurgisch-orthopädischem Fachgebiet bestehe seit dem 22.07.2010 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von unter 10 vom Hundert (v. H.). Prof. Dr. M., Ärztlicher Direktor der Neurologischen Universitätsklinik N., beschrieb in seinem Gutachten vom 10.10.2012 als Unfallfolgen eine sensible Schädigung der Nervus ischiadicus links mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom sowie eine Läsion des rein sensiblen Nervus cutaneus femoris posterior mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom. Auf neurologischem Fachgebiet betrage die MdE 10 v. H. Daraufhin schätzte Prof. Dr. K. in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 30.10.2012 die Gesamt-MdE auf 10 v. H. Der Unfallchirurg Dr. O. schloss sich in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.11.2012 dieser gutachterlichen Einschätzung an.

Daraufhin anerkannte die Beklagte mit Bescheid vom 16.01.2013 den Unfall vom 20.01.2010 als Arbeitsunfall, führte aus, als Unfallfolge bestehe ein Zustand nach periprothetischer Femurfraktur links mit Schädigung des Nervus ischiadicus, lehnte einen Anspruch auf Verletztenrente ab und führte aus, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis zum 22.07.2010 bestanden. Als Folgen des Arbeitsunfalls wurden "vorübergehend verstärkte bzw. verlängerte Bewegungseinschränkung und Minderbelastbarkeit im Bereich des linken Hüftgelenks sowie Berührungs- und Druckempfindlichkeit im Narbenbereich und einschießende Schmerzen im Bereich der Oberschenkelrückseite in den Unterschenkel ziehend nach mit Schaftwechsel operativ versorgter, knöchern fest verheilter periprothetischer Oberschenkel-Fissur mit Abriss des Trochantor Minor und einer sensiblen Schädigung des Nervus ischiadicus des Nervus cutaneus femoris posterior links bei noch einliegenden Cerclagen" anerkannt. Nicht als Folgen des Arbeitsunfalls wurden "Die Folgen der Operation vom 11.01.2010 (Hüfttotalendoprothese links) bei vorbestehender Coxarthrose und Kapselschrumpfung mit vorbestehender bzw. operationsbedingter Bewegungseinschränkung, Minderbelastung und Muskelminderung der linken Hüfte, Zustand nach Neuro-Borreliose mit rezidivierenden Arthralgien (Gelenkschmerzen) und Parästesien (Missempfindungen), chronisches LWS-Syndrom bei Bandscheibenvorfällen L3-5, Schulter-Arm-Syndrom beidseits, Innenmeniskus-Hinterhornriss links mit Gelenkkapselreizung und leichter Bursitis" anerkannt.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Dr. O. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 14.03.2013 aus, hätte einer der Gutachter seine Einschätzung höher veranschlagt, was aus den unfallchirurgischen Funktionswerten aber nicht ableitbar sei, wäre eine Gesamt-MdE um 20 v. H. korrekt gewesen. Mit Widerspruchsbescheid vom 29.05.2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 26.06.2013 Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben.

Das SG hat zunächst Dr. D.-E. unter dem 24.09.2013 sowie Dr. I. unter dem 31.10.2013 schriftlich als sachverständige Zeugen gehört, diverse ärztliche Unterlagen beigezogen und über die IKK classic das über die Klägerin geführte Vorerkrankungsverzeichnis eingeholt. Aktenkundig geworden sind insbesondere die im Rahmen von auf die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung gerichteten Klageverfahren eingeholten Gutachten des Orthopäden und Rheumatologen Dr. P. vom 05.10.2001 mit den Diagnosen Fibromyalgie-Syndrom bei Depression, Impingementsyndrom rechts, Zervical- und Lumbalsyndrom sowie Adipositas per magna und des Neurologen und Psychiaters Dr. Q. vom 14.11.2001 mit den Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie Zervical- und Lumbalsyndrom und vom 27.08.2004 mit den Diagnosen anhaltende chronifizierte Schmerzstörung, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Zügen sowie Zervical- und Lumbalsyndrom.

Sodann hat das SG von Amts wegen das Gutachten des Orthopäden Dr. R. vom 14.07.2014 eingeholt. Der Sachverständige hat als Unfallfolgen eine anteilige Narbenbildung im Bereich des linken Hüftgelenks und radiologisch sichtbare Veränderungen in Form einliegender Cerclagen mit einer anteiligen heterotopen Ossifikation beschrieben. Die bestehende Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks (Streckung/Beugung links 0/0/110 Grad gegenüber rechts 0/0/130 Grad; Abspreizen/Heranführen links 30/0/20 Grad gegenüber rechts 30/0/30 Grad; Drehung auswärts/einwärts links 30/0/20 Grad gegenüber rechts 40/0/30 Grad) könne nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Denn der Bewegungsumfang des linken Hüftgelenks sei vor der ersten Endoprothesen-Implantation geringer als zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung durch Prof. Dr. K. gewesen. Hierzu passten auch die nun von ihm erhobenen Funktionsparameter, bei denen durch Anpassung und Gewöhnung die Funktionsbeeinträchtigung des Hüftgelenks nochmals leichtgradig gebessert sei. Die Interpretation einer vorbestehenden und unfallunabhängigen Kapselkontraktur wegen Hüftgelenksarthrose sei durch die Längsschnittanalyse belegt. Nach den operativen Behandlungen des Hüftgelenks sei die Beweglichkeit des Hüftgelenks im Vergleich zu den präoperativen Werten besser als vor den operativen Behandlungen. Der Bewegungsbogen des Hüftgelenks sei links heute insgesamt noch einmal im Vergleich zur Voruntersuchung durch Prof. Dr. K. gebessert. Die bei Prof. Dr. K. festgestellte schonungsbedingte Muskelatrophie des linken Oberschenkels sei ebenfalls nicht als Unfallfolge festzustellen, da die Muskelminderung des Beines Folge der der Endoprothesen-Implantation vorangegangenen Belastungseinschränkungen des linken Beines mit Auftreten einer schonungsbedingten Muskelatrophie sei. Die zum heutigen Zeitpunkt festgestellte Muskelminderung sei geringfügig. Sie sei im Vergleich zur Voruntersuchung durch Prof. Dr. K. rückläufig. Die auf orthopädischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen in Form der Verlängerung der Narbe um 5 cm, der schmerzhaften Narbenbildung sowie der radiologisch sichtbaren Veränderungen in Form eines Teiles der heterotopen Ossifikationen und des einliegenden Osteosynthesematerials im Oberschenkelbereich sei nicht mit einer MdE messbaren Grades verbunden, so dass die MdE auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet unter 10 v. H. liege.

Daraufhin hat das SG auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin das Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. T. vom 16.03.2015 eingeholt. Der Sachverständige ist zu der Einschätzung gelangt, auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine anhaltende sensible Restschädigung des Nervus ischiadicus mit einer MdE um 10 v. H.

Ferner hat das SG auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin das Gutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. U. vom 21.03.2015 samt Zusatzgutachten der Radiologin Dr. V. vom 18.03.2015 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, die einliegende frische Hüft-Prothese sei an sich nicht als Gesundheitsstörung anzusehen. Jedoch sei die im Rahmen des Sturzes eingetretene periprothetische Fraktur des linken proximalen Oberschenkels als unfallabhängige Gesundheitsstörung zu werten. Auch die im Zusammenhang mit dem Unfall aufgetretene Läsion des Nervus ischiadicus sei als unfallabhängige Gesundheitsstörung zu werten. Durch die immer wieder intermittierenden Schwellungszustände der linken unteren Extremität sei sekundär ein Tarsaltunnelsyndrom links begründet. Die stattgehabte periprothetische Fraktur und die operative Versorgung hätten nachhaltig zu belastungs- und bewegungsabhängigen Beschwerden geführt. Die läsionsbedingten Sensibilitätsstörungen im linken Bein und linken Fuß würden zwar bemerkt, seien aber nicht vordergründig einschränkend. Die Tatsache der primären Hüft-Totalendoprothese dürfe nicht als unfallbedingte MdE gewertet werden. Jedoch seien für die unfallbedingte, zwar radiologisch ausgeheilte, aber klinisch eine eingeschränkte Belastbarkeit der linken Hüfte (Streckung/Beugung links

0/0/110 Grad gegenüber rechts 0/0/130 Grad; Abspreizen/Heranführen links 40/0/30 Grad gegenüber rechts 40/0/30 Grad; Drehung auswärts/einwärts links 30/0/20 Grad gegenüber rechts 40/0/30 Grad) mit konsekutiver Mehrbelastung der rechten Hüfte mit sich bringende periprothetische Fraktur mit einer MdE um 10 v. H. anzusetzen. Grundsätzlich sei zwar den Ausführungen von Prof. Dr. K. zuzustimmen. Die hier beschriebenen und auch durch die Klägerin plausibel vorgebrachten Restbeschwerden erlaubten jedoch eine Bewertung der MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet mit 10 v. H. Denn über die von Prof. Dr. K. dargelegten Restveränderungen hinaus sei auch eine eingeschränkte Beweglichkeit der linken Hüfte feststellbar, wenngleich bei einliegender Hüft-Prothese nicht unbedingt zu erwarten sei, dass das Bewegungsmaß demjenigen einer gesunden Hüfte entspreche. Das links-hinkende Gangbild der Klägerin lasse darüber hinaus jedoch augenscheinlich werden, dass die linke Hüfte nicht vollständig beschwerdefrei belastbar sei. Zusammenfassend sei bei unterschiedlich vorliegenden Beschwerdeursachen unter zusätzlicher Berücksichtigung der MdE um 10 v. H. für die Restschädigung des Nervus ischiadicus eine Gesamt-MdE um 20 v. H. berechtigt beziehungsweise vertretbar.

Der Unfallchirurg Dr. W. hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 24.04.2015 ausgeführt, eine messbare MdE würde in Folge der periprothetischen Fraktur dann verbleiben, wenn die Hüftgelenksfunktion links nach dem Revisionseingriff wesentlich schlechter wäre als nach der Prothesen-Erstimplantation. Entsprechend dem Befund, den Dr. U. erhoben habe, verfüge die Klägerin aber über ein gutes Bewegungsausmaß im betroffenen Hüftgelenk. Er halte es daher für zweifelhaft, dass die Funktion nach der Prothesen-Erstimplantation wesentlich besser ausgefallen wäre. Zudem könne die Klägerin alle Gang- und Standvarianten ausführen. Ein Hinweis auf eine operationsbedingte muskuläre Schwäche werde verneint. Seitens der Röntgendiagnostik zeige sich eine korrekt eingeheilte Prothese. Eine wesentliche Beinlängendifferenz von mehr als 1 cm bestehe nicht. Die einliegenden Cerclagen seien wie auch die angeführte Narbenverlängerung und perioperativen Weichteil- und Knochenveränderungen ohne Auswirkung auf die Gelenkfunktion und damit nicht MdE-relevant. Zusammenfassend halte er die ursprüngliche Bewertung der MdE mit unter 10 v. H. weiterhin für korrekt.

Daraufhin hat Dr. U. in seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 04.06.2015 ausgeführt, die Tatsache, dass die Klägerin nach der Erstimplantation der Hüft-Totalendoprothese vor dem Unfall trotz der kurzen Zeit nach der Operation beschwerdefrei gewesen sei und seit dem Unfall immer unter Beschwerden leide, sei ein Zeichen dafür, dass eben nicht davon ausgegangen werden könne, dass der Unfall folgenlos an ihr vorbeigegangen sei. Wenngleich die passive Beweglichkeit wahrhaftig kein großes Defizit aufweise, so stelle sich immer die Frage, wie auch die aktive Beweglichkeit des Betroffenen sei. Schmerzbedingt seien - glaubhaft geschildert - die aktive Beweglichkeit deutlich schlechter und vor allem die Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Anzeichen einer Aggravation hätten zu keinem Zeitpunkt bestanden. Ferner sei bei Revisionseingriffen mit erweiterten Zugängen einerseits das Weichteiltrauma um ein Vielfaches höher und die Gefahr einer Ischias-Verletzung beim Legen von Cerclagen ebenso erhöht. Über dies hinaus sei der rein weichteilige Eingriff bei der Versorgung einer periprothetischen Fraktur bedeutend umfangreicher als bei einem minimal-invasiven Zugang bei der originären Hüft-Endoprothese. So seien auch die lokalen Beschwerden mit Druck- und Klopfempfindlichkeit diesen Weichteilaffektionen geschuldet. Die Gesamt-MdE sei mit 20 v. H. zu bewerten.

Mit Urteil vom 12.06.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Arbeitsunfall habe auf neurologischem Fachgebiet zu einer Schädigung des Nervus ischiadicus geführt. Übereinstimmend hätten Dr. M. und Dr. T. hierfür eine Einzel-MdE um 10 v. H. angenommen. Auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet fänden sich im Bereich des linken Hüftgelenks Narben, radiologisch sichtbare Veränderungen sowie heterotope Ossifikationen, also der Umbau von Weichteilgewebe. Gegen die Ansicht des Dr. R., die Muskelatrophie sei nicht Folge der unfallbedingten Operation, habe Dr. U. nichts Durchgreifendes vorgebracht. Alle Gang- und Standvarianten könne die Klägerin ausführen. Die von Dr. R. ermittelten Bewegungseinschränkungen erreichten nicht das Ausmaß, das eine MdE um 10 v. H. rechtfertige. Die Maße bei Dr. U. seien sogar teilweise besser. Die Bewegungseinschränkungen könnten vor allem nur anteilig dem Arbeitsunfall zugeordnet werden. Zumindest ein Teil der Bewegungseinschränkungen am linken Hüftgelenk und der gutachtlich festgestellten Muskelminderung am linken Bein könnten den von der Klägerin bei dem Arbeitsunfall erlittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen, also der notwendig gewordenen Operation nach der Oberschenkelfraktur, nicht zugeordnet werden. Die Hüftarthrose sei Grund der Operation gewesen. Die Klägerin habe bereits vor dem Arbeitsunfall an mehreren Erkrankungen, auch im Wirbelsäulenbereich, an denen sie weiter leide und denen ein Teil der bei Dr. U. vorgebrachten Beschwerden zugeordnet werden könne, gelitten. Auch ohne den Arbeitsunfall wäre die Beweglichkeit an der Hüfte nicht seitengleich gewesen, was auch Dr. U. eingeräumt habe. Bewegungseinschränkungen und Muskelminderung seien zudem seit dem Gutachten von Prof. Dr. K. rückläufig, was einer zunehmenden Gewöhnung nach der Operation entspreche. Mithin sei in Einklang mit Dr. R. auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet die Einzel-MdE mit unter 10 v. H. zu bewerten. Die Gesamt-MdE betrage unter 20 v. H. Es werde deutlich, dass die Auswirkungen auf neurologischem Fachgebiet ebenfalls die linke untere Seite beträfen und sich funktionell in verwandter Weise auswirkten, wie die Gesundheitsbeeinträchtigungen auf chirurgisch-orthopädischem Fachgebiet, nämlich in Form einer Störung des Bewegungsablaufes, von Bewegungseinschränkungen sowie einer fehlenden Belastbarkeit beim längeren Gehen und Stehen. Soweit Dr. U. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme lokale Beschwerden mit Druck- und Klopfempfindlichkeit im Zusammenhang mit den Weichteilschädigungen angeführt habe, seien hieraus keine Auswirkungen für den allgemeinen Arbeitsmarkt abzuleiten. Er habe in seinem Gutachten bei der Darlegung der aktuell noch bestehenden Einschränkungen hierauf auch nicht entscheidend abgestellt. Auf beiden Fachgebieten sei jeweils die linke untere Extremität betroffen und dies jeweils auch in einer Weise, die in Bezug zueinander stehe. Selbst wenn man aber bei der chirurgisch-orthopädischen Einzel-MdE an den oberen Rand des denkbaren Bereiches ginge, würde hieraus zwingend eine Überlagerung mit den Beeinträchtigungen auf neurologischem Fachgebiet folgen. Bei der Gesamtbetrachtung könnten daher die MdE-Werte nicht einfach zusammengezählt werden, sondern es ergäbe sich integrierend eine Gesamt-MdE von weniger als 20 v. H. Soweit die Klägerin darauf verweise, dass sie ihre frühere selbstständige Tätigkeit nicht mehr weiter verrichten könne, folge hieraus keine höhere MdE. Eine besondere berufliche Betroffenheit im Sinne des Gesetzes liege nicht vor. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Klägerin nach dem Arbeitsunfall in ihrem Berufsfeld - zwar nicht in ihrem eigenen Salon, jedoch als Beschäftigte - weiterhin habe tätig werden können und auch heute noch tätig sei. Eine andere Beurteilung ergäbe sich auch nicht aus den von der Klägerin geltend gemachten Schmerzen. Diese könnten zwar zu einer Erhöhung der MdE führen, wenn sie über das Maß dessen hinaus gingen, das mit einer vergleichbaren rein organischen Verletzung üblicherweise verbunden sei und somit zu gesondert zu würdigen funktionellen Einschränkungen führten. Dies könne jedoch nach dem Gutachten des Dr. R. nicht angenommen werden. Dr. R. verfüge als Orthopäde über eine ausreichende Kompetenz zur Einschätzung von Schmerzen. Für eine erhöhte Bewertung habe er sich jedoch nicht ausgesprochen. Schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen seien entsprechend berücksichtigt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 25.06.2015 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sie hat das auf ihren Antrag und ihr Kostenrisiko in einem auf die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) geführten Rechtsstreit eingeholte Gutachten des Orthopäden Dr. X. vom 08.05.2015 vorgelegt und ausgeführt, dieser habe für die Belastungsstörung des linken Beines nach

Endoprothese den GdB mit 20 bewertet.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 12. Juni 2015 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 16. Januar 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Mai 2013 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem angegriffenen Urteil des SG voll umfänglich an. Ferner sei zu berücksichtigten, dass sich Dr. X. in seinem Gutachten einer völlig anderen Fragestellung gegenüber gesehen habe. Bei der Frage nach dem GdB gälten andere Grundsätze als bei der Bewertung der MdE. Der GdB bilde die Auswirkungen in allen Lebensbereichen und nicht nur im Erwerbsleben ab. Auch sei die im Unfallversicherungsrecht notwendige Kausalitätsprüfung nicht erforderlich. Selbst wenn man diese Überlegungen außer Betracht lasse, ändere sich nichts an der bisherigen MdE-Einschätzung. Eine Muskelminderung von 1 cm im Bereich des Ober- und Unterschenkels sei minimal und führe zu keiner MdE. Für den Rückschluss auf eine Funktionseinschränkung reiche eine solche geringe Umfangsdifferenz nicht aus, zumal eine beidseits visuell symmetrisch entwickelte Bemuskelung der Beinachsen beschrieben werde. Ein Pelzigkeitsgefühl der 2. und 3. Zehe führe, selbst wenn es sich dabei um eine Unfallfolge handele, ebenfalls zu keiner MdE, da hierdurch die Erwerbsfähigkeit, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht beeinträchtigt sei. In dem vorgelegten Gutachten finde sich der Hinweis auf geklagte lokal-lumbale Belastungsbeschwerden, statische Beschwerden mit Übergang in die Brustwirbelsäule sowie die Glutealregion, eine dadurch verminderte Belastungsfähigkeit statischer Art sowie einer Ausstrahlung in beide Beine. Diese lumbalen Beschwerden seien unfallunabhängig, folglich gelte dies auch für die Ausstrahlung in beide Beine. Es finde sich ferner der Hinweis auf einen beginnenden retrotrochantären Schmerz auf der rechten Seite. Auch das Iliosakralgelenk werde beidseits schmerzhaft empfunden und die Druckschmerzhaftigkeit werde an den Beckenkämmen auf beiden Seiten deutlich empfunden. Diese Beidseitigkeit spreche gegen die Annahme, dass es sich bei diesen Beschwerden um Unfallfolgen handele. Ein Giving-way-Syndrom sei nicht gesichert. Es sei auch tatsächlich schwer vorstellbar, wie die Klägerin bei dieser Diagnose ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen können solle.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 Abs. 2 SGG form- und fristgerechte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Urteils des SG vom 12.06.2015, mit dem die auf die Gewährung einer Verletztenrente und die dementsprechende Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 16.01.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013 gerichtete kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, Abs. 4 SGG abgewiesen worden ist.

Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist § 56 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Bei der Bemessung der MdE werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes (§ 56 Abs. 3 Satz 1 SGB VII). Bei einer MdE wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der MdE entspricht (§ 56 Abs. 3 Satz 2 SGB VII).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gilt für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und den als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 04.07.2013 - B 2 U 11/12 R - juris Rn. 12 unter Hinweis auf BSG vom 29.11.2011 - B 2 U 26/10 R - juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011 - B 2 U 25/10 R - juris; BSG, Urteil vom 15.09.2011 - B 2 U 22/10 R - juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009 - B 2 U 30/07 R - juris; BSG, Urteil vom 02.04.2009 - B 2 U 9/08 R - juris). Bei der Bemessung der MdE handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Tatsachengericht nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 23.04.1987 - 2 RU 42/86 - juris).

Das SG hat in der angefochtenen Entscheidung zutreffend und umfassend ausgeführt, weshalb die Beklagte im vorliegenden Verfahren zu Recht mit ihrem Bescheid vom 16.01.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.05.2013 die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt hat. Der Senat schließt sich gemäß § 153 Abs. 2 SGG diesen Ausführungen nach eigener Prüfung unter Verweis auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils zur Vermeidung von Wiederholungen an. Auch der Senat ist nach erneuter Auswertung der von den Gutachtern erhobenen Befunde zu der Ansicht gelangt, dass die von der Beklagten festgestellten Folgen des Arbeitsunfalls "vorübergehend verstärkte bzw. verlängerte Bewegungseinschränkung und Minderbelastbarkeit im Bereich des linken Hüftgelenks sowie Berührungs- und Druckempfindlichkeit im Narbenbereich und einschießende Schmerzen im Bereich der Oberschenkelrückseite in den Unterschenkel ziehend nach mit Schaftwechsel operativ versorgter, knöchern fest verheilter periprothetischer Oberschenkel-Fissur mit Abriss des Trochantor Minor und einer sensiblen Schädigung des Nervus ischiadicus des Nervus cutaneus femoris

posterior links bei noch einliegenden Cerclagen" keine MdE um mindestens 20 v. H. rechtfertigen. Die Gutachter Dr. M. und Dr. T. haben zutreffend dargelegt, dass die MdE auf neurologischem Fachgebiet wegen der Schädigung des Nervus ischiadicus mit 10 v. H. zu bemessen ist. Darüber hinaus bestehen nach den überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. K. und des Dr. R. auf orthopädischem Fachgebiet keine mit einer weiteren MdE um 10. v. H. einzuschätzenden Unfallfolgen. Die bei der Klägerin bestehenden weiteren Gesundheitsstörungen, nämlich der Zustand nach der am 11.01.2010 erfolgten Hüfttotalendoprothese links bei vorbestehender Coxarthrose und Kapselschrumpfung mit vorbestehender beziehungsweise operationsbedingter Bewegungseinschränkung, Minderbelastung und Muskelminderung der linken Hüfte, das chronische Lendenwirbelsäulensyndrom bei Bandscheibenvorfällen L3-5, das Schulter-Arm-Syndrom beidseits sowie der Innenmeniskus-Hinterhornriss links mit Gelenkkapselreizung und leichter Bursitis sind nach den schlüssigen und in sich widerspruchsfreien Gutachten des Prof. Dr. K. und des Dr. R. nicht Folgen des Arbeitsunfalls. Dass und warum die teilweise gegenteilige Ansicht des Dr. U. nicht zutrifft, hat das SG überzeugend begründet. Mithin beträgt die Gesamt-MdE unter 20 v. H. Auch dies und insbesondere das Nichtvorliegen einer besonderen beruflichen Betroffenheit der Klägerin hat das SG schlüssig dargelegt.

Auch unter Berücksichtigung des Vorbringens im Berufungsverfahren und dem nun von der Klägerin vorgelegten Gutachten des Dr. X. ist gegenüber der angefochtenen Entscheidung des SG eine andere Beurteilung nicht gerechtfertigt. Insoweit hat die Beklagte völlig zu Recht dargelegt, dass der von Dr. X. beurteilte GdB die Auswirkungen in allen Lebensbereichen abbildet, während sich die hier zu beurteilende MdE nur auf die das Erwerbsleben beeinflussenden Funktionseinschränkungen bezieht, so dass der von ihm eingeschätzte GdB von 20 nicht mit einer MdE um 20 v. H. gleichgesetzt werden kann. Hinzu kommt, dass sich der von Dr. X. eingeschätzte GdB auf den Gesamtzustand des linken Beines und nicht nur auf den auf den Arbeitsunfall ursächlich zurückzuführenden Gesundheitsschaden im linken Bein bezieht. Ferner folgt der Senat auch der Einschätzung der Beklagten, dass sogar der von Dr. X. dokumentierte Gesamtzustand des linken Beines keine MdE um 20 v. H. rechtfertigt und insbesondere die von ihm beschriebenen Wirbelsäulenbeschwerden mit Ausstrahlung in beide Beine nicht unfallbedingt sind, was sich nach der Überzeugung des Senats schon daraus ergibt, dass bereits Dr. P. und Dr. Q. in ihren viele Jahre vor dem Arbeitsunfall erstellten Gutachten ein Zervical- und Lumbalsyndrom diagnostiziert haben.

Nach alledem hat die Klägerin keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente.

Daher war die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG vom 12.06.2015 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorlie-gen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-12-15