

L 2 U 214/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 3 U 88/04

Datum

11.12.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 214/08

Datum

17.09.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 293/09 B

Datum

19.01.2010

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Neufeststellung von Unfallfolgen

I. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 11. Dezember 2007 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid vom 17. Dezember 2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. April 2004 abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Überprüfung und Neufeststellung der Folgen des Unfalls vom 17. Juli 2001.

Der 1956 geborene Kläger erlitt am 17. Juli 2001 eine Verletzung am rechten Fuß. Am 26. Juli 2001 bestand noch eine erhebliche Schwellung des Fußrückens, keine Störung der Sensibilität und der peripheren Durchblutung. Da der Kläger im September über eine Zunahme der Beschwerden klagte und eine deutliche Schwellung mit livider Verfärbung festzustellen war, veranlasste der behandelnde Arzt ein Magnetresonanztomogramm (MRT) zum Ausschluss einer Algodystrophie. Im MRT vom 26. September 2001 zeigte sich eine beginnende Arthrose, kein Hinweis auf eine Fraktur oder auf einen Weichteilprozess. Der Kläger wurde in der Klinik für Anästhesie des Klinikums P. wegen eines chronischen Schmerzsyndroms mit deutlicher sympathischer Komponente behandelt. Durch Stellatumblockaden besserten sich die Beschwerden. Im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation vom 13.06. bis 15.07.2002 zeigte sich, dass die Beschwerden auch durch eine intensive Physiotherapie besserungsfähig waren. Eine Röntgenaufnahme und ein Computertomogramm (CT) des Fußes vom 26. August 2002 erbrachten keinen Hinweis auf einen Morbus Sudeck oder eine Fraktur.

Im Gutachten vom 28. August 2002 führte der Chirurg Dr. G. aus, bei dem Unfall sei es zu einer einfachen Kontusion des Fußwurzel-Mittelfußbereichs gekommen. Eine Fraktur sei durch die radiologischen Untersuchungen ausgeschlossen. Die Diagnose eines Morbus Sudeck lasse sich nicht bestätigen. Es liege keine Inaktivitätsatrophie vor, die Röntgenbilder zeigten keine entsprechenden Befunde. Die leichten lividen Störungen, die Temperaturdifferenz und die leichten Schwellungszustände seien eher vegetative Begleiterscheinungen des 1993 operierten Bandscheibenschadens an der Lendenwirbelsäule. Die Verletzung habe am Übergang von der Fußwurzel zum Mittelfuß gelegen, während sich ab August das Beschwerdebild auf den Großzehnenballen verlagert habe. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch den Unfall sei nicht gegeben.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. D. erklärte im Gutachten vom 9. September 2002, derzeit stehe im Vordergrund der Beschwerden ein L5-Syndrom mit Schmerzsymptomatik und einem sensiblen Defizit. Hinweise für lokale Nervenschäden oder für trophische Störungen am Fuß ergäben sich nicht.

Mit Bescheid vom 5. Dezember 2002 erkannte der Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall an, lehnte aber die Gewährung einer Rente ab. Durch den Arbeitsunfall sei es zu einer Prellung des rechten Fußes gekommen. Unfallfolgen lägen nicht mehr vor.

Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom

21. Mai 2003 zurück.

Am 21. Oktober 2003 beantragte der Kläger die Wiederaufnahme des Verfahrens, da sich die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätten. Er übersandte ein Schreiben des Chirurgen Dr. M. vom 6. Mai 2003: der Verlauf mit erheblicher Schwellung, livider Verfärbung, massivem Druck- und Belastungsschmerz sowie Kaltschweißigkeit sei auch ohne radiologisch nachweisbares Korrelat als unfallbedingtes chronisches Schmerzsyndrom mit deutlicher sympathischer Komponente anzusehen. Darauf deute die Besserung nach mehrmaligen Sympathikusblockaden hin.

Nach Einholung einer Stellungnahme des beratenden Arztes, des Chirurgen Dr. B., lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 17. Dezember 2003 die Rücknahme des Bescheides vom 5. Dezember 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Mai 2003 und die Neufeststellung der Unfallfolgen ab. Die Beschwerden seien auf die unfallunabhängigen Veränderungen der Wirbelsäule, insbesondere auf den im Frühjahr 2003 festgestellten Reprolaps L5/S1, der nicht durch die Fußprellung entstanden sein könne, zurückzuführen. Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 1. April 2004 zurück.

Im hiergegen gerichteten Klageverfahren zog das SG Landshut Berichte der behandelnden Ärzte und Kliniken bei.

Der zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. P. führte im Gutachten vom 31. März 2006 aus, das chronische Schmerzsyndrom könne nicht mit Wahrscheinlichkeit als Folge der Kontusion der Fußwurzel angesehen werden. Die wesentliche Ursache hierfür sei eine Nervenwurzelläsion bei degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule. Die bei der Bandscheibenoperation im November 2003 festgestellten erheblichen narbigen Veränderungen erklärten die Schmerzsymptomatik.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Neurochirurg Prof. Dr. R. erklärte im Gutachten vom 29. September 2006, ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II könne auch ohne radiologische Veränderungen vorliegen. Es könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass das Schmerzsyndrom im Bereich des Fußes auf eine Bandscheibenoperation zurückzuführen sei, sondern es handle sich hier um eine Verletzung der peripheren Nerven im Bereich des rechten Mittelfußes, nicht um Folgen einer Nervenwurzelschädigung. Die Diagnose werde gestellt aufgrund der subjektiven Angaben des Klägers, nämlich Schmerzen, Kältegefühl, livide Verfärbung der Haut und Berührungsempfindlichkeit, sowie aufgrund der objektiven Befunde, nämlich livide Verfärbung der Haut in Streifenform, Schmerzempfindlichkeit, Herabsetzung der Temperaturempfindung, Einschränkung der Funktion des Sprunggelenks sowie fehlender Nachweis von Denervierungszeichen der Nervenwurzeln L5 und S1. Die MdE sei mit 20 v.H. zu bewerten.

Hierzu übersandte der Beklagte eine Stellungnahme des Dr. D. vom 16. November 2006. Eine unfallbedingte periphere Nervenverletzung sei nie nachgewiesen worden. Auch Prof. Dr. R. beschreibe auf Nervenwurzelschäden zurückzuführende Sensibilitätsstörungen in den Dermatomen L5 und S1. Im September 2002 seien vegetative Veränderungen am Fuß nicht mehr festzustellen gewesen. Eine streifenförmig livide Verfärbung sei zudem untypisch für ein CRPS. Die unfallbedingte MdE sei mit unter 10 v.H. einzuschätzen.

Prof. Dr. R. erklärte in der Stellungnahme vom 15. Oktober 2007, der Kläger habe eine Verletzung im Bereich des Fußrückens mit Schädigung des Nervus peronäus superficialis erlitten. Die Beschwerden und der klinische Befund erfüllten die Kriterien eines CRPS Typ II. Eine eindeutige neurophysiologische Beurteilung der Schädigung dieses Nerven sei aufgrund der anatomischen Verhältnisse äußerst schwierig.

Mit Urteil vom 11. Dezember 2007 verurteilte das Sozialgericht Landshut den Beklagten, ein komplexes regionales chronisches Schmerzsyndrom Typ II im Bereich des rechten Mittelfußes bei Zustand nach Fußprellung als Folgen des Unfalles vom 17. Juli 2001 festzustellen und dem Kläger Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. ab 1. August 2002 zu gewähren. Das Sozialgericht stützte sich im Wesentlichen auf die Ausführungen von Prof. Dr. R. ...

Im Berufungsverfahren machte der Beklagte geltend, der Nachweis eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms sei mangels objektiver Kriterien nicht zu führen. Auch fehlten objektivierbare Dauerschonungszeichen, die einen Schmerzzustand beweisen könnten.

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. K. führte im Gutachten nach Aktenlage vom 1. Dezember 2008 aus, ein CRPS Typ II trete nach einer partiellen peripheren Nervenverletzung auf, die nachweisbar sein müsse, um die Diagnose stellen zu können. Bemerkenswert sei, dass MRT, CT und Röntgenuntersuchungen keine Veränderungen gezeigt hätten, die für ein CRPS sprechen würden. Weder bei der Untersuchung durch Dr. G. noch bei Dr. D. hätten sich äußere Veränderungen gezeigt, die ein CRPS belegten, keine muskeltrophischen oder vegetativen Störungen, keine motorischen Ausfälle, sondern lediglich eine dermatombezogene Hypaesthesia und Hyperalgesie bei L5 rechts. Auch Dr. P. habe keine äußerlichen Veränderungen mehr feststellen können. Prof. Dr. R. beschreibe ein unbeeinträchtigtes Hautkolorit und eine unbeeinträchtigte Trophik, keine Temperaturunterschiede, und keine Hyperhidrosis. Die angegebenen motorischen Ausfälle seien bei fehlenden Umfangsdifferenzen nicht erklärbar. Die diskreten motorischen und sensiblen Zeichen einer L5-Nervenwurzel-schädigung belegten eine dermatombezogene, radikuläre Schädigung. Erstmals in der ergänzenden Stellungnahme vom 15. Oktober 2007 gehe Prof. R. nicht mehr von einer Dermatomabhängigkeit der Beschwerden aus, sondern von einer peripheren Nervenverletzung des Nervus peronäus superficialis. Wenn tatsächlich eine Schädigung des Nerven Unfallfolge wäre, so hätte von Anfang an eine entsprechende Symptomatik vorliegen müssen. Dies sei aber nicht der Fall gewesen, zumal auch Prof. Dr. R. überwiegend Sensibilitätsstörungen beschreibe, die dermatomzugehörig und nicht einem peripheren Versorgungsgebiet zuzuordnen seien. Nicht berücksichtigt habe Prof. Dr. R. mögliche Einflüsse der Bandscheibenoperationen von 1993 und 2003 sowie die Verletzungen vom Januar 2005 und März 2005. Insgesamt sprächen die Befunde dafür, dass ein CRPS Typ II nicht bestehe. Die MdE liege unter 10 v.H. ...

Der Beklagte stellt den Antrag
aus dem Schriftsatz vom 17. September 2008.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten des Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und sachlich begründet.

Zu Unrecht hat das Sozialgericht Landshut den Beklagten zur Feststellung eines CRPS Typ II als Unfallfolge und zur Gewährung einer Verletztenrente verurteilt. Ein Anlass im Sinne des § 44 des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X), den Bescheid der Beklagten zurückzunehmen, liegt nicht vor. Bei Erlass des Bescheides wurde weder das Recht unrichtig angewandt noch wurde von einem Sachverhalt ausgegangen, der sich als unrichtig erwies. Auch eine Verschlimmerung der anerkannten Unfallfolgen ([§ 48 SGB X](#)) ist nicht nachgewiesen.

Ein Arbeitsunfall setzt gemäß § 8 Abs. 1 des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) einen Unfall voraus, den ein Versicherter bei einer der den Versicherungsschutz gemäß [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit erleidet. Der Begriff des Unfalls erfordert ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden geführt hat (vgl. [BSGE 23, 139](#)). Das äußere Ereignis muss mit der die Versicherteneigenschaft begründenden Tätigkeit rechtlich wesentlich zusammenhängen. Dabei bedürfen alle rechtserheblichen Tatsachen des vollen Beweises, d.h. sie müssen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorgelegen haben (vgl. [BSGE 45, 285](#)). Die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit gilt nur insoweit, als der ursächliche Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der der versicherten Tätigkeit zuzurechnenden und zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie der Zusammenhang betroffen ist, der im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem Arbeitsunfall und der maßgebenden Verletzung bestehen muss (vgl. Krasney, VSSR, 1993, 81, 114).

Beim Kläger ist es zu keiner bleibenden Gesundheitsstörung, die eine MdE um wenigstens 20 v.H. der Vollrente bedingen würde, gekommen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem schlüssigen Gutachten des ärztlichen Sachverständigen Dr. K., der nach Auswertung der ärztlichen Unterlagen in den Akten überzeugend dargelegt hat, dass der Unfall vom 17. Juli 2001 lediglich zu einer inzwischen verheilten Prellverletzung des rechten Fußes geführt hat, nicht jedoch weitere Gesundheitsschäden zur Folge hatte. Mit dieser Beurteilung befindet sich Dr. K. in Übereinstimmung mit Dr. P. sowie mit Dr. G. und Dr. D., deren im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten im Wege des Urkundenbeweises berücksichtigt werden. Nicht überzeugen konnten dagegen die Ausführungen von Prof. Dr. R. ...

Das CRPS Typ I tritt nach oft harmlos erscheinenden Traumata der distalen Extremitäten auf, manchmal auch nach zentralen Läsionen. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch autonome, motorische und sensorische Störungen.

Das CRPS Typ II, früher als Kausalgie bezeichnet, tritt nach einer partiellen peripheren Nervenverletzung auf, die obligat nachweisbar sein muss, um die Diagnose stellen zu können. Die klinische Symptomatik gleicht im Wesentlichen der Symptomatik des CRPS Typ I (vgl. Schönberger-Mehrtens-Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, S. 302 ff.).

Erforderlich ist also bei der Diagnose eines CRPS Typ II der Nachweis einer peripheren Nervenverletzung. Dies ist im vorliegenden Fall umso wichtiger, als die röntgenologischen und klinischen Untersuchungen keine eindeutigen Hinweise für das Vorliegen eines CRPS erbracht haben. Die wiederholten Röntgenuntersuchungen zeigten keinerlei röntgenmorphologische Veränderungen, die für ein CRPS sprechen würden. Auch kernspintomographisch ergab sich kein Hinweis. Bei der Untersuchung durch Dr. G. im August 2002 waren äußere Veränderungen, wie Schwellung, Verfärbung, Überwärmung nicht mehr festzustellen. Dr. D. stellte außerdem keine muskel-trophischen oder vegetativen Störungen fest. Im März 2006, bei der Untersuchung durch Dr. P., zeigten sich ebenfalls keine äußeren Veränderungen im Sinne eines CRPS. Zwar gab der Kläger erhebliche Berührungsempfindlichkeit mit Schmerzhaftigkeit an, die aber, so Dr. K., ohne objektive Hinweise für eine Schonung des Fußes, wie Muskelverschmächtigung, nicht plausibel erscheint.

In Übereinstimmung mit diesen Befunden stellte auch Prof. Dr. R. ein unbeeinträchtigtes Hautkolorit und unauffällige Trophik ohne Muskelatrophien, Temperaturunterschiede oder Hyperhidrosis fest. Umfangsdifferenzen lagen nicht vor. Insofern sind, wie Dr. K. erläutert, die vom Kläger angegebenen motorischen Ausfälle - Fußheber - und Zehenheberparese sowie Großzehenheberparese und Fußsupinationsschwäche - nicht erklärbar.

Insbesondere ist aber darauf hinzuweisen, dass Prof. Dr. R. bei der klinischen Untersuchung diskrete motorische und sensible Zeichen einer L5-Nervenzwurzel-schädigung feststellte. Auch Dr. D. hatte eine dermatombezogene Hypaesthesie und Hypalgesie bei L5 festgestellt, die sich bei der EMG-Untersuchung bestätigten. Für eine derartige radikuläre Ursache der Beschwerden spricht, dass der Kläger bereits 1993 wegen eines Bandscheibenvorfalles L5/S1 und im Oktober 2003 wegen eines Rezidiv-Bandscheibenvorfalles L5/S1 nochmals operiert wurde. Die erneute Operation erfolgte wegen einer ausgeprägten Kreuz- und Beinschmerzsymptomatik mit Ausstrahlung bis zur Fußsohle. Die von Prof. Dr. R. im Gutachten erwähnten motorischen und sensiblen Zeichen einer Nervenzwurzel-schädigung stellen also eine radikuläre, dermatombezogene Schädigung dar. Ein solcher Nervenzwurzel-schaden kann aber die Diagnose eines CRPS Typ II nicht begründen.

Die von Prof. Dr. R., insbesondere in der ergänzenden Stellungnahme vom 15. Oktober 2007, diagnostizierte Schädigung des Nervus peronäus superficialis ist, wie

Dr. K. erläutert, nicht hinreichend belegt. Der Nervus peronäus superficialis ist einer der Endäste des Nervus Peronäus und versorgt sensibel die Außenseite des Unterschenkels und den proximalen Abschnitt des Fußrückens, in motorischer Hinsicht die Muskeln, die für die Pronation des Fußes verantwortlich sind, unter Umständen auch den kurzen Zehenstrecker. Das sensible Versorgungsgebiet des Nervus peronäus superficialis umfasst somit einen relativ großen Anteil des lateralen Unterschenkels und des Fußrückens. Wenn tatsächlich eine Schädigung dieses Nerven Unfallfolge wäre, dann hätte, wie Dr. K. betont, von Anfang an eine entsprechende Symptomatik vorgelegen. Dies war aber nicht der Fall. Von den behandelnden Ärzten wurden, ebenso wie von Prof. Dr. R., Sensibilitätsstörungen beschrieben, die dermatomzugehörig, aber nicht einem peripheren Versorgungsgebiet zuzuordnen waren.

Der Nachweis einer unfallbedingten Verletzung des Nervus peronäus superficialis ist daher nicht erbracht, und damit ist auch das Vorliegen eines CRPS Typ II nicht nachgewiesen.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-02-01