L 2 U 112/99

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 27 U 946/97
Datum
17.08.1999
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 2 U 112/99
Datum
26.09.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. August 1999 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat dem Kläger auch dessen außergerichtliche Kosten im Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1967 geborene, bei den B. G. früher als Gas- und Rohrnetzbauer, jetzt - nach betriebsinterner Umschulung - als Technischer Zeichner tätige Kläger zog sich am 29. Mai 1995 einen Abriss des Außenbandes des linken oberen Sprunggelenkes -OSG- zu, als er bei dem Abladen von Arbeitsmaterialien an einer unebenen Stelle mit dem linken Fuß umknickte. Nach den Angaben des Klägers hatte er sich laut Durchgangsarztbericht des Dr. T. (Behandler: Dr. K.) vom Krankenhaus Sp. vom 29. Mai 1995 bereits 6 Jahre zuvor am gleichen Sprunggelenk eine Bandruptur zugezogen, die seinerzeit durch Gipsversorgung und ohne operativen Eingriff behandelt worden war. Auch auf den Unfall vom 29. Mai 1995 wurde der Kläger mit einem Unterschenkelgips versorgt, weil er eine Operation ablehnte. Seine Gesundschreibung zum 24. Juli 1995 nutzte er zum Antritt seines Jahresurlaubs, in dem der Kläger zunehmende Außenknöchelschmerzen feststellte. Bei einem Arbeitsversuch am 15. August 1995 musste der Kläger nach 3 Stunden seine Arbeit wegen deutlicher Schmerzen wieder aufgeben. Es erfolgte eine erneute Krankschreibung.

Am 26. September 1995 wurde im Krankenhaus Sp. stationär eine Sprunggelenksarthroskopie durchgeführt, bei der ein Zustand nach konservativ behandelter Außenbandruptur im Sinne eines Impingement-Syndroms diagnostiziert wurde. Es wurde eine Arthrolyse mit Entfernung des gelenkfüllenden Narbengewebes vorgenommen. Der Eingriff und der weitere stationäre Verlauf gestalteten sich laut Bericht vom 11. Oktober 1995 komplikationslos: "Der Patient war zum Zeitpunkt der Entlassung bereits wieder in der Lage, ohne Hilfsmittel nahezu beschwerdefrei zu laufen."

Im Zwischenbericht des Dr. T. vom 6. November 1995 heißt es dann, es sei nach der Operation zu einer deutlichen Minderung der Beschwerden mit Verbesserung des Gangbildes gekommen. Beschwerdefreiheit sei aber nicht erreicht worden. Bei der am Tage der Erstellung des Zwischenberichts erfolgten Untersuchung hätten reizlose geschlossene Sprunggelenksverhältnisse ohne Schwellungszustand bestanden. In Anbetracht der unfallunabhängig bestehenden Vorschäden (Verschleißerscheinungen mit vorbestehender Sprunggelenksarthrose) sei derzeit keine Indikation für operative bandplastische Stabilisierungsmaßnahmen erforderlich. Mit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit werde in ca. 2 Wochen gerechnet.

Ab 22. Januar 1996 bestand dann wieder Arbeitsfähigkeit. Dr. T. schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit -MdE- des Klägers über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus auf unter 10 vom Hundert -v.H.-.

Mit dem am 1. Februar 1996 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben beantragte der Kläger die Gewährung einer Unfallrente, weil er immer noch unter starken Schmerzen leide. Die Beklagte forderte daraufhin von dem Durchgangsarzt und Chirurgen Dr. Bl. ein Zusammenhangsgutachten an, das dieser am 1. April 1996 erstattete. Dem Arzt lagen zur Begutachtung die Auswertung eines Magnetresonanztomogramms -MRT- des linken OSG vom 6. März 1996 durch Dr. To. und ein Bericht der Gemeinschaftspraxis Br. /Dr. De B. über eine neurologische Untersuchung des Klägers vom 14. März 1996 vor, der eine Nervus peronaeus-Läsion distaler Art auswies. Dr. Bl. registrierte als Unfallfolgen:

1. Mäßige Lockerung des Außenbandapparates am linken oberen Sprunggelenk.

2. Mäßige Einschränkung der Fußhebung links.

3. Verletzung im körperfernen Bereich des Nervus peronaeus profundus mit Taubheitsgefühl im Vorfußbereich und verletzungsbedingten Schmerzen im Narbenbereich (Siehe Bericht von Dr. Br. / Dr. De B.).

4. Glaubhafte Belastungsschmerzen.

Die hierdurch bewirkte MdE schätzte er mit 20 v.H. ein. Nach einem Jahr solle ein weiteres Gutachten zur Beurteilung eines Dauerschadens angefertigt werden. Es heißt im Gutachten weiter, die Schmerzen des Klägers dürften im wesentlichen durch den Nervenschaden bedingt sein, der als Folge der Gelenkspiegelung eine indirekte Unfallfolge sei. Dieser Nervenschaden sei nicht operativ zu beheben, die Schmerzen sollten spontan im Laufe von einem Jahr nachlassen.

Durch Bescheid des Versorgungsamtes vom 19. Juli 1996 wurde bei dem Kläger eine Bewegungseinschränkung des linken Sprunggelenks, Nervus peronaeus-Schädigung links als Behinderung mit einem Grad der Behinderung von 30 anerkannt und ihm als gesundheitliches Merkmal eine dauernde Einbuße der körperlichen Beweglichkeit zugebilligt.

In einem weiteren Gutachten vom 15. August 1996, das er in Kenntnis eines neurologischen Zusatzgutachtens des Dr. Ku. vom 29. August 1996 am 27. August 1996 ergänzte, führte dann der Chirurg H.G. M. u.a. aus, direkte Unfallfolgen vom 29. Mai 1995 seien nach dem MRT-Bericht vom 6. März 1996 nicht mehr nachweisbar. Zu diskutieren sei als indirekte Folge der kleine, periphere sensible Ausfall im ersten Zwischenraum sowie der gut kompensierte Ausfall der kurzen Zehenstrecker. Ob diese Nervenläsion durch die regelrechte Arthroskopieschnittführung hervorgerufen worden sei oder durch arthrotische Randzacken und Brisement, die unfallunabhängig seien, lasse sich nicht feststellen, sie bedinge aber in keinem Fall eine auch nur 10 %ige Minderung der Erwerbsfähigkeit. Nach seiner Beurteilung habe zu keinem Zeitpunkt eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit von mehr als 10 v.H. nach Beginn der Arbeitsfähigkeit vorgelegen.

Im Gutachten des Dr. Ku. heißt es zur Ursache der Schädigung des Nervus peronaeus communis links, dass sich zum jetzigen Zeitpunkt klinisch-neurologisch und elektromyographisch Zeichen für eine Schädigung ergäben. Ein direkter Zusammenhang mit der Arthoskopie lasse sich nicht erkennen, da es sich um eine Schädigung des Nervus proximal des linken Sprunggelenkes handeln müsse.

In einem zur Vorlage bei der privaten Unfallversicherung bestimmten Attest des Dr. Eu. vom 5. September 1996 wertete dieser die defizitäre Situation der motorischen Versorgung sowie der peripheren sensiblen Innervation als posttraumatischen, im Zusammenhang mit der Arthroskopie entstandenen Folgeschaden.

Schließlich gab am 2. Dezember 1996 der die Beklagte beratende Chirurg Dr. Oe. eine nach Aktenlage erstellte Stellungnahme des Inhalts ab, dass die Folgen des Unfalls bis zum Tage der Untersuchung am 19. Juni 1996 mit einer MdE von 20 v.H. einzuschätzen seien und in der Folgezeit mit unter 10 v.H ... Die Folgen des Arbeitsunfalles vom 29. Mai 1995 ließen sich nach Aktenlage eindeutig von den Vorschäden (u.a. Läsion des Nervus peronaeus profundus) abgrenzen, da seitens der Außenbandruptur keine wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes vorlägen.

Durch den Bescheid vom 24. Februar 1997 erkannte die Beklagte einen vorübergehenden Anspruch auf Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. für die Zeit vom 22. Januar bis 30. Juni 1996 an. In der Folgezeit liege keine MdE in rentenberechtigendem Grade mehr vor. Als Folgen des Arbeitsunfalles erkannte sie an:

Vorübergehende endgradige Bewegungseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk des linken Fußes,

belastungsabhängige Beschwerden nach Außenbandriss am oberen Sprunggelenk des linken Fußes.

Nicht als Folgen des Arbeitsunfalles anerkannt wurden:

Knöcherne Verschleißerscheinungen des oberen und unteren Sprunggelenkes des linken Fußes und der Fußwurzelknochen,

Nervenschädigung im linken Fuß,

Innenmeniskusschaden des linken Kniegelenkes.

Seinen hiergegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger mit einem Attest der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. Schl. u.a. vom 28. Februar 1997. Dr. Schl. bekundete darin, es bestehe eine deutliche Fußheberschwäche, so dass ein Heidelberger Winkel verschrieben werden musste. Es könne gesagt werden, dass es aufgrund der Verletzung und der Operation bei dem Kläger zu einem Dauerschaden gekommen sei, der zu einer erheblichen Einschränkung der Berufs- und Arbeitsfähigkeit geführt habe. In einem weiteren Attest vom 10. April 1997 bekräftigten die Ärzte ihre Auffassung. Es könne davon ausgegangen werden, dass für den Nervenschaden des Klägers die Arthroskopie für sich nicht verantwortlich sei. Das bedeute aber nicht, dass der Schaden während des Krankenhausaufenthalts nicht aufgetreten sein könne. Es bedeute nur, dass die Schädigung des Nerven in Höhe des Kniegelenkes liege und daher durch die Operationswunden nicht verursacht worden sei. Es müsse also vor, während oder nach der Operation etwas auf diese Stelle eingewirkt haben, um diesen Schaden zu verursachen. Typisch dafür wäre z.B. eine falsche Lagerung unter Narkose oder ein Schaden durch eine angelegte Blutsperre.

In der daraufhin von der Beklagten angeforderten nervenärztlichen Stellungnahme des Dr. Ku. vom 2. Juli 1997 legte dieser Arzt u.a. dar, es lasse sich weiterhin feststellen, dass die offensichtlich erst im Laufe des Jahres 1996 aufgetretene und von ihm im August 1996 diagnostizierte proximale Peronaeusparese nicht unfallbedingt sein könne. Zu diskutieren sei aber, ob sich die Läsion des Nervus peronaeus profundus auf die Arthroskopie als Schädigung zurückführen lasse, da vom Patienten selbst ein zeitlicher Zusammenhang mit diesem Eingriff und den Sensibilitätsstörungen am Fußrücken festgestellt worden sei. Aus den vorhandenen Unterlagen lasse sich diese Frage nicht beantworten. Es fehle an früheren neurologischen oder elektromyographischen Befunden. Der weitere dokumentierte Krankheitsverlauf im

Bereich des Nervus peronaeus spreche aber eindeutig dafür, dass eine andere Ursache der Peronaeusschädigung vorgelegen haben müsse. Differentialdiagnostisch komme dabei entweder eine Druckschädigung am Fibulaköpfchen in Frage oder eine sogenannte Mononeuritis.

Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 26. November 1997).

Das vom Kläger nunmehr angerufene Sozialgericht führte weitere medizinische Ermittlungen durch, u.a. nahm es Befundberichte der ihn behandelnde Ärzte sowie die im Rentenvorverfahren erstellten Gutachten des Dr. Dr. A. vom 14. Mai 1997 und des Orthopäden Dr. Ha. vom 30. Dezember 1997 zur Gerichtsakte. Dann ernannte es den Orthopäden Dr. E. zum medizinischen Sachverständigen. Dieser führte in seinem Gutachten vom 28. Februar 1999 aus, die Teillähmung des Nervus peronaeus links sei mittelbare Folge der von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen. Die Ursache dieser Schädigung sei in einer Druckläsion am Wadenbeinköpfchen zu suchen. Im Zusammenhang mit der Arthroskopie, die bekanntermaßen in Blutleere durchgeführt werde, sei eine Schädigung des Nerven durch die Manschette der Blutsperre oder aber durch postoperative Lagerung anzunehmen. Da der Kläger bereits direkt postoperativ über Gefühlsstörungen geklagt habe, die auch im Laufe der Nachbehandlungszeit nicht abgeklungen seien, sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit der ursächliche Zusammenhang mit der Arthroskopie gegeben und damit die mittelbare Unfallfolge anzuerkennen. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen.

Durch Urteil vom 17. August 1999 hat das Sozialgericht die Beklagte unter Abänderung der angefochtenen Bescheide verurteilt, dem Kläger ab dem 1. Juli 1996 eine Verletztenteilrente nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren. Zur Grundlage seiner Entscheidung hat es das für überzeugend gehaltene Gutachten des Dr. E. gemacht, dem es sich angeschlossen hat.

Gegen das ihr am 18. Oktober 1999 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 10. November 1999. Sie stützt sich zu deren Begründung insbesondere auf den nach Dr. Ku. nicht geführten Kausalitätsnachweis. Dieser Arzt habe einen direkten Zusammenhang mit der Arthroskopie für nicht erkennbar gehalten. Selbst wenn aber ein Teil der Peronaeusschädigung durch die Arthroskopie verursacht worden sein sollte, wäre die MdE-Einschätzung mit 20 v.H. überhöht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. August 1999 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich u.a. auch auf das vom Rentenversicherungsträger eingeholte Gutachten des Orthopäden Dr. Ha. vom 23. Dezember 1997.

Der Senat hat eine schriftsätzliche Stellungnahme des medizinischen Sachverständigen Dr. E. vom 8. März 2000 eingeholt, mit der dieser ersucht worden war, sich mit den Einwendungen der Berufungsklägerin und dem Gutachten des Dr. H. auseinander zu setzen. Auf seine Stellungnahme, die den Beteiligten bekannt ist, wird Bezug genommen.

Verwiesen wird außerdem auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet. Ihr Bescheid vom 24. Februar 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 1997 verletzt den Kläger in seinen Rechten, denn sie hat ihm zu Unrecht die Weiterzahlung einer Verletztenrente über den 30. Juni 1996 hinaus verwehrt.

Der Senat hält es mit dem Sozialgericht für wahrscheinlich, dass die am 26. September 1995 bei dem Kläger durchgeführte Arthroskopie, die der Klärung und Beseitigung der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 29. Mai 1995 dienen sollte, zu weiteren Gesundheitsstörungen geführt hat, die von der Beklagten als mittelbare Unfallfolgen zu entschädigen sind. Nach § 548 Abs. 1 Satz 1 RVO, der hier gemäß § 212 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch -SGB VII - zur Anwendung kommt, weil der Versicherungsfall vor dem Außerkrafttreten des Dritten Buches der RVO am 31. Dezember 1996 (Art. 35 Nr. 1, 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes -UVEG- vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254, 1317) eingetreten ist, ist Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet. Als Folge eines Arbeitsunfalls gilt u.a. auch ein Unfall, den der Verletzte bei der Durchführung der Heilbehandlung, die aufgrund des Arbeitsunfalls notwendig geworden ist, erleidet (§ 555 Abs. 1, 1. Alternative RVO). Durch diese Vorschrift wird die Entschädigungspflicht des Unfallversicherungsträgers bei Vorliegen der im Gesetz vorgegebenen Voraussetzungen auch auf mittelbare Unfallfolgen ausgedehnt. Mittelbare Unfallfolgen sind weitere, durch bereits bestehende Folgen des Unfalls bedingte Gesundheitsschäden. Sie können auch durch einen Eingriff bewirkt werden, der der Feststellung dient, ob ein Befund Unfallfolge ist (vgl. BSG SozR 2200 § 548 Nr. 59). Das gilt gleichermaßen für Folgen schuldhafter oder schuldloser fehlerhafter Behandlung oder diagnostischer Maßnahmen einschließlich der zugrundeliegenden Indikationsstellung (vgl. BSG, Urteil vom 5. August 1993 -2 RU 34/92-). Eingeschlossen in den Versicherungsschutz sind selbst ungewöhnliche Fehler, weil der Verletzte ihnen in der selben Weise ohne eigenes Zutun ausgesetzt ist wie anderen Fehlern (vgl. Ricke, Kasseler Kommentar, Rz. 3 zu § 555 RVO). Der Folgeunfall ist dann kein neuer selbständiger Versicherungsfall, sondern nur eine Folge des ursprünglichen.

Die Anwendung des § 555 RVO erfordert einen rechtlich wesentlichen Zusammenhang zwischen der - wie hier - mittels Arthroskopie durchgeführten Diagnostik zur Aufklärung des Sachverhalts und dem ungewollten Ergebnis der Peronaeuslähmung links.

Die Beklagte zieht den rechtlich wesentlichen Zusammenhang, der wahrscheinlich sein muss, d.h. es müssen mehr Gründe dafür als dagegen sprechen, zu Unrecht in Zweifel. Sie begründet ihre Auffassung fehlender Kausalität damit, dass Dr. Ku. in seinem neurologischen Gutachten vom 29. August 1996 aufgrund des von ihm durchgeführten EMG zwar Zeichen für eine Schädigung des Nervus peronaeus

communis links festgestellt, jedoch einen direkten Zusammenhang mit der Arthroskopie nicht für erkennbar gehalten habe, zumal die Untersuchung im März 1996 lediglich eine Läsion des Nervus peronaeus profundus ergeben habe. Dieser Er kenntnis und den von der Beklagten zur Unterstützung ihrer Auffassung weiterhin herangezogenen Stellungnahmen ihres Gutachters H.G. M. im Gutachten vom 15. August 1996/27. August 1996 und dem in den Verwaltungsakten befindlichen Schreiben des Dr. T. vom 31. Mai 1996, mit dem er eine Schadensersatzforderung des Klägers wegen Behandlungsfehler bei der Arthroskopie unter Darlegung des medizinischen Sachverhalts ausschließt, hat der medizinische Sachverständige Dr. E. zur Auffassung des Senats überzeugend entgegen gehalten, dass der aus allen Unterlagen und seiner Untersuchung gewonnene Eindruck in dem Sinne schlüssig sei, dass sowohl ein zeitlicher als auch ein medizinisch nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der Arthroskopie und der Nervenschädigung vorliege. Er verweist zutreffend darauf, dass der Kläger unmittelbar nach der Operation über verstärkte Belastungsschmerzen des operierten Sprunggelenkes geklagt habe und dass alle ihn in der Folgezeit behandelnde Ärzte von einem Zusammenhang ausgegangen seien. So betont u.a. Dr. Schl. in seinem Attest vom 28. Februar 1997 ebenso einen aufgrund der Verletzung und der Operation entstandenen Dauerschaden wie Dr. Eu. in seinem Attest vom 5. September 1996. In letzterem heißt es u.a., dass die im EMG vom 19. August 1996 beschriebene defizitäre Situation der motorischen Versorgung sowie der peripheren sensiblen Innervation als posttraumatischer, im Zusammenhang mit der Arthroskopie entstandener Folgeschaden zu begreifen sei. Zwar stellen Dres. Schl. u.a. dann als mögliche Ursachen auch einen bei der Arthroskopie entstandenen Lagerungsschaden oder einen durch eine angelegte Blutsperre bewirkten Schaden als möglich heraus, ziehen aber den erforderlichen Kausalzusammenhang nicht in Zweifel. Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Operation und dem Folgeschaden finden sich auch schon in dem von der Beklagten eingeholten Gutachten des Dr. Bl. vom 1. April 1996 in der Antwort zur Frage 5. Selbst Dr. Ku. relativiert in seiner im Widerspruchsverfahren von der Beklagten angeforderten Stellungnahme vom 2. Juli 1997 seine früheren Ausführungen dahingehend, dass er nach Auswertung aller EMG-Untersuchungen feststellen müsse, dass die von ihm 1996 diagnostizierte proximale Peronaeusparese erst im Laufe des Jahres 1996 aufgetreten sei und mithin nicht unfallbedingt sein könne. Auch er schließt dann aufgrund des dokumentierten Krankheitsverlaufs im Bereich des Nervus peronaeus eine andere Ursache der Schädigung etwa durch eine Druckschädigung am Fibulaköpfchen oder durch eine sogenannte Mononeuritis nicht aus. Selbst nach seiner Auffassung scheint mithin ein Kausalzusammenhang zwischen dem nach der Arthroskopie sich entwickelnden Beschwerdebild des Klägers und dem medizinischen Eingriff nicht mehr ausgeschlossen.

Das hat auch Dr. E. in seinem Gutachten vom 8. Februar 1999 und der im Berufungsverfahren abgegebenen Stellungnahme vom 8. März 2000 überzeugend herausgearbeitet. Der Sachverständige ist ein mit Zusammenhangsfragen der Unfallversicherung aus diversen Gutachten vertrauter medizinischer Sachverständiger. Der Senat hat keinen Zweifel, dass seine Feststellungen, die auch andere Ärzte nachdrücklich so vertreten, zutreffen. Danach erscheint der aus der Sicht der Beklagten bezweifelte Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall vom 29. Mai 1995 gerechtfertigten Arthroskopie vom 26. September 1995 und dem von Dr. E. festgestellten Folgeschaden als mittelbare Unfallfolge wahrscheinlich.

Die Bemessung der MdE mit 20 v.H. hält der Senat gleichfalls für nachvollziehbar. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen Fähigkeiten eines Verletzten durch Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (vgl. u.a. BSGE 41, 99, 101 m.w.N.). Außerdem sind die bei der Bewertung der MdE von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten. Nach Mehrhoff-Muhr, (Unfallbegutachtung, 10. Aufl. 1999, S. 155) erlaubt eine Lähmung des Nervus fibularis die Annahme einer MdE von 25 v.H. Liegt nur eine Teillähmung (Parese) vor, wird der Satz entsprechend gemindert. Bei dieser Sachlage lässt sich unter Berücksichtigung der sonstigen aus dem Unfall verbliebenen und schon früher zu einer Rentengewährung führenden Folgen am linken Unterschenkel eine Gesamt-MdE von 20 v.H. rechtfertigen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang noch auf die im Rentenverfahren erstellten Gutachten des Dr. Dr. A. vom 14. Mai 1997 und des Dr. Ha. vom 30. Dezember 1997, die dem Kläger eine komplette Peronaeuslähmung mit Fußheberschwäche bescheinigten und die Auswirkungen auf dessen Gehvermögen ("Steppergang") als erheblich schilderten. Die Funktionsstörungen am linken Fuß stellten sich als so beträchtlich heraus, dass ihm die bisherigen Arbeitsmöglichkeiten als Gas- und Rohrnetzbauer verschlossen waren. Bei dieser Sachlage ist eine MdE von 20 v. H. nicht überhöht.

Die Berufung der Beklagten konnte nach alledem keinen Erfolg haben, sie war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 Sozialgerichtsgesetz -SGG-.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-07