

Die von der Rechtsprechung sowie der Fachliteratur herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten.

Da die wissenschaftliche Diskussion um die MdE-Erfahrungswerte in der gesetzlichen Unfallversicherung noch ergebnisoffen und nicht abgeschlossen ist, sind die bisherigen MdE-Bewertungskriterien weiter anzuwenden.

§ 56 SGB VII

Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 22.07.2016 – L 8 U 475/15 –
Aufrechterhaltung des Urteils des SG Mannheim vom 07.10.2014 – S 3 U 1958/13 –

Streitig war, ob dem Kläger ein Anspruch auf Gewährung einer **Versichertenrente nach einer MdE von mind. 20 v. H.** zusteht.

Der Kläger erlitt am 05.11.2003 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit einen Unfall, als er von einer Leiter abrutschte und sich dabei eine **Distorsion und Kreuzbandruptur im linken Knie** zuzog. Zur Versorgung der Verletzung wurden eine partielle Innenmeniskushinterhornresektion und eine Refixierung des vorderen Kreuzbandes durchgeführt. Mit Bescheid vom Mai 2004 gewährte die Beklagte dem Kläger eine **Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v. H. bis zum 30.11.2004**. Als Unfallfolgen stellte die Beklagte einen Reizzustand des Knies mit Muskelminderung am Ober- und Unterschenkel sowie eine Herabsetzung des Knochensalzgehalts im Verletzungsbereich nach operativ versorgten Rissen des linken vorderen Kreuzbandes und des linken Innenmeniskushinterhorns fest. Im **Februar 2012** wurde dem Kläger eine **Kreuzbandersatzplastik** eingesetzt. In einem Arztbericht vom Juni 2012 gab Dr. V. an, den Kläger letztmals am 16.05.2012 untersucht zu haben, wobei er noch eine Muskelminderung im Bereich des betroffenen linken Oberschenkels sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung festgestellt habe. Die Beklagte holte daraufhin ein medizinisches Gutachten ein, wonach die Unfallfolgen nur noch mit einer MdE von 10 v. H. zu bewerten seien. Demgemäß **lehnte die Beklagte** mit Bescheid vom Dezember 2012 einen Anspruch auf **Rente nach dem Gesamtvergütungszeitraum ab**. Der **Widerspruch** des Klägers blieb **ohne Erfolg**. Im **Klageverfahren** holte das SG ein **orthopädisches Gutachten bei Dr. H.** ein, der hierin ausführte, die **unfallbedingte MdE** sei wegen der freien Kniebeweglichkeit **nach der „Gutachtenliteratur“** zwar mit **0 v. H.** zu bewerten; dieser Auffassung schließe er sich jedoch nicht an, **seines Erachtens** betrage die **MdE 20 v. H.** Die Beklagte legte eine gutachterliche Stellungnahme zu diesem Gutachten vor, wonach die ganzheitliche Betrachtung des Sachverständigen nicht als Grundlage einer gutachterlichen Bewertung dienen könne. Das **SG wies** sodann **die auf Rentengewährung ab dem 16.05.2012 gerichtete Klage ab**, die Unfallfolgen seien ab dem 16.05.2012 nicht mit einer rentenberechtigenden MdE zu bewerten. Auf die **Berufung** des Klägers holte das **LSG** ein **weiteres unfallchirurgisches Gutachten** bei Dr. D. ein. Dieser bewertete die **MdE** mit zunächst 20 v. H. und ab Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach einer Operation am 13.02.2012 mit **10 v. H.**

Das **LSG wies** die **Berufung** des Klägers **als unbegründet zurück**. Der Senat habe nach Beweisaufnahme nicht feststellen können, dass der angefochtene Bescheid rechtswidrig sei, da die **unfallbedingten Gesundheitsstörungen** in dem streitgegenständlichen Zeitraum **keine MdE von mind. 20 v. H.** begründeten. Die Unfallfolgen lägen im anerkannten Umfang vor; darüber hinaus habe der Senat entsprechend dem Gutachten von Dr. D. festgestellt, dass das Unfallgeschehen auch hinreichend wahrscheinlich wesentliche Ursache der aufgetretenen geringfügigen Laxität der vorderen Kreuzbandersatzplastik sowie der Arthrose im innen gelegenen Kniegelenkskompartiment sei. Diese unfallbedingten Gesundheitsstörungen bedingten jedoch ab dem 16.05.2012 keine MdE von mind. 20 v. H. Die **von der Rechtsprechung sowie der Fachliteratur herausgearbeiteten Erfahrungssätze** seien bei der **Beurteilung der MdE zu beachten**; sie seien zwar **nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend**, bildeten aber die **Grundlage für eine gleichmäßige gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfäl-**

DOK 451

len (s. BSG-Urteil vom 22.06.2004 – B 2 U 14/03 R – [\[HV-Info 9/2004, S. 774\]](#)). Vor dem Hintergrund **geänderter Anforderungen des Arbeitsmarktes** sei zwar eine **wissenschaftliche Diskussion um die MdE-Erfahrungswerte** in der gesetzlichen UV im Gange, die aber noch ergebnisoffen und **nicht abgeschlossen** sei. Der **Senat halte deshalb im Wege der Einzelfallprüfung an den weiter anzuwendenden** bislang in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur dargestellten **MdE-Bewertungskriterien fest**. Grundsätzlich sei der MdE-Grad aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten. Vorliegend hätten sowohl Dr. D. als auch Dr. H. **lediglich eine geringe Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes** festgestellt, die weder nach der bisherigen unfallmedizinischen Literatur, noch nach den Kriterien des Diskussionsentwurfs eine rentenberechtigende MdE begründeten (vgl. S. 65). Für die bestehende Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit könne **allenfalls** unter Berücksichtigung der geltend gemachten Schmerzen und Belastungsbeschwerden eine **MdE von 10 v. H.** in Betracht gezogen werden. Auch unter Berücksichtigung der unfallbedingten Kniegelenksarthrose könne der Senat bezogen auf das vom Kläger angestrebte Rentenbegehren ab 16.05.2012 eine MdE von 20 v. H. nicht feststellen (vgl. S. 66). Der gegenteiligen Beurteilung von Dr. H. könne sich der Senat nicht anschließen, da auch die von ihm beschriebenen Funktionsbehinderungen im Hinblick auf die objektiven Befunde keine MdE rentenberechtigenden Grades bedingten. (Hinweis: obwohl der Senat der Berufung nicht stattgab, wies er die Beklagte zum Schluss darauf hin, dass es ihre Aufgabe sei, ein Überprüfungsverfahren gem. § 44 SGB X einzuleiten. Aus dem Gutachten von Dr. D. könnten sich Gesichtspunkte ergeben, wonach die MdE evtl. doch höher anzusetzen sei, sodass die Ablehnung einer Rentenweitergewährung von Amts wegen zu überprüfen sei).

Das **Landessozialgericht Baden-Württemberg** hat mit **Urteil vom 22.07.2016 – L 8 U 475/15 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte ein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 v.H. wegen eines Arbeitsunfalles am 05.11.2003 ab dem 16.05.2012 zusteht.

Der 1968 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt bei der A. Maschinen-Vertriebs GmbH, einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten, sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Am 05.11.2003 rutschte der Kläger gegen 16:30 Uhr im Rahmen der Betriebstätigkeit beim Besteigen einer Leiter ab (zur Unfallanzeige vgl. Blatt 2 der Beklagtenakte). Der am selben Tag aufgesuchte D-Arzt Dr. V. stellte eine Kniedistorsion links und den Verdacht auf eine Kreuzbandruptur im linken Knie fest (D-Arztbericht vom 05.11.2003, Blatt 3 der Beklagtenakte); im Bericht von Prof. Dr. G. vom 10.11.2003 (Blatt 9 der Beklagtenakte) über eine Kernspintomographie wurde ein vorderer Kreuzbandriss mit klassischer Kontusionsdelle, eine Innenmeniskuskontusion am Hinterhorn bei intakter Meniskusoberfläche, ein hämorrhagischer Gelenkerguss und ein Kapselödem als Diagnosen angeführt. Am 13.11.2003 wurde mittels Arthroskopie eine partielle Innenmeniskushinterhornresektion und eine offene knöcherne Refixierung des vorderen Kreuzbandes durchgeführt (Bericht des K. Krankenhauses S. vom 24.11.2003, Blatt 17/18 der Beklagtenakte; zum Operationsbericht vgl. Blatt 65/66 der Beklagtenakte; zum Verlauf vgl. Berichte vom 23.12.2003 und 27.01.2004, Blatt 25, 34 der Beklagtenakte, dort: "anteromediale Instabilität").

DOK 451

Nach Auswahl des Klägers und im Auftrag der Beklagten erstellte Dr. V. am 19.04.2004 das Erste Rentengutachten (Blatt 51/55 der Beklagtenakte), in dem er als Unfallfolgen eine operativ fixierte vordere Kreuzbandruptur links mit leichten Lockerungszeichen des vorderen Kreuzbandes, eine arthroskopisch behandelte Innenmeniskushinterhornläsion links und eine im Seitenvergleich mit rechts leichte Muskelverschwächung des linken Ober- und Unterschenkels für die Zeiträume vom 26.01.2004 bis zum 13.04.2004 und vom 14.04.2004 bis 25.01.2005 jeweils mit einer MdE von 20 v.H. bewertete.

Mit Bescheid vom 25.05.2004 (Blatt 69 der Beklagtenakte) gewährte die Beklagte dem Kläger eine Rente als vorläufige Entschädigung für die Zeit vom 26.01.2004 bis 30.11.2004 nach einer MdE von 20 v.H. Weiter ist ausgeführt, dass der Arbeitsunfall zu folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt habe, die bei der Bewertung der MdE berücksichtigt worden seien: "Nach operativ versorgten Rissen des linken vorderen Kreuzbandes und des linken Innenmeniskushinterhorns: Reizzustand des Kniegelenks, Muskelminderung an Ober- und Unterschenkel, Herabsetzung des Knochenkalksalzgehalts im ehemaligen Verletzungsbereich."

Dr. V. bewertete in seinem Rentengutachten vom 09.05.2005 (Blatt 78/82 der Beklagtenakte) die MdE für die Zeit vom 01.12.2004 bis zum 05.05.2005 mit 20 v.H. und für die Zeit vom 06.05.2005 bis auf weiteres ebenfalls mit 20 v.H. Er teilte hierzu mit, dass auf Grund der "doch erheblichen Instabilität des Kniegelenkes, welche derzeit muskulär nicht immer kompensiert werden kann", im Verlauf möglicherweise eine Stabilisierung mittels Kreuzbandersatzplastik erforderlich werde.

Nachdem der Beratungsarzt Dr. Ko. dieser Einschätzung nicht gefolgt ist (Stellungnahme vom 24.05.2005, Blatt 88/89 der Beklagtenakte) stellte die Beklagte mit Bescheid vom 24.06.2005 (Blatt 91 der Beklagtenakte) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.10.2005 (Blatt 98 der Beklagtenakte) fest, dass ein Anspruch auf Rente über den 30.11.2004 hinaus nicht bestehe.

Auf Veranlassung des den Kläger behandelnden Hausarztes Dr. W. stellte sich der Kläger am 18.01.2012 bei den Durchgangsärzten Dres. V. /T. vor. Nach deren D-Arztbericht (Blatt 99/100 der Beklagtenakte) war der Kläger bis August 2011 weitgehend beschwerdefrei. Danach habe er über zunehmende belastungsabhängige Schmerzen im linken Kniegelenk geklagt. Die angefertigte MRT-Diagnostik vom 05.11.11 durch Dr. W. veranlasst, zeige neben einer medial betonten Gonarthrose eine Innenmeniskusläsion des linken Kniegelenkes. Auf Grund der Beschwerden und des MRT Befundes vom November 2011 sei die arthroskopische Abklärung bzw. Gelenksanierung erforderlich.

Am 13.02.2012 wurde dem Kläger im linken Knie eine VKB-Ersatzplastik eingesetzt (zum Bericht der Klinik S. vom 15.02.2012 vgl. Blatt 101/102 der Beklagtenakte; zum Operationsbericht vgl. Blatt 132/133 der Beklagtenakte). Nach dem Verlaufsbericht von Dr. V. vom 29.03.2012 hatte der Kläger berichtet, aufgrund der Schmerzen im medialen Gelenkspalt noch etwas auf Unterarmgehstützen im Sinne eines Vier-Punkt-Ganges angewiesen zu sein. Bei gelegentlicher Belastung ohne Unterarmgehstützen und ohne Orthese liege eine leichte Instabilität vor. Die klinische Untersuchung des linken Kniegelenks habe bei reizlosen Narbenverhältnissen noch eine Schwellung des oberen Rezessus, also der Aus-

DOK 451

stülpung des Schleimbeutels, mit leichtem intraartikulärem Erguss gezeigt. Im Seitenvergleich sei eine deutliche Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur links festzustellen gewesen. Die Werte nach der Neutral-O-Methode für das linke Kniegelenk hätten aktiv und passiv 0/0/100° betragen.

Im Bericht vom 01.06.2012 gab Dr. V. an, den Kläger letztmals am 16.05.2012 untersucht zu haben. Zu diesem Zeitpunkt habe noch eine Muskelminderung im Bereich des betroffenen linken Oberschenkels bestanden. Eine Ergussbildung sei nicht mehr sicht- oder tastbar gewesen. Die Beweglichkeit sei noch endgradig eingeschränkt gewesen. Eine Vollbelastung sei möglich gewesen und auch durchgeführt worden.

Nach Auswahl des Klägers und im Auftrag der Beklagten erstellte der Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Prof. L. am 26.10.2007 ein Gutachten über den Kläger (Blatt 234/239 der Beklagtenakte). Als wesentliche Folgen des Unfalls vom 05.11.2003 seien bezüglich des linken Kniegelenks noch bleibende Narben, eine endgradig schmerzhafteste Bewegungseinschränkung bei der Beugung, ein Zustand nach vorderer Kreuzbandersatzplastik mit einliegenden Implantaten, eine subjektive, so genannte "Giving-way-Symptomatik", eine Instabilität im Bereich des vorderen linken Kniegelenks bei deutlich verlängertem vorderen Schubladezeichen im Sinne einer geringen Insuffizienz der Kreuzbandersatzplastik, eine vorzeitige und fortschreitende medial betonte Gonarthrose sowie eine Muskelminderung des Ober- und Unterschenkels festzustellen gewesen. Diese Unfallfolgen seien vom "01.12.2001" (gemeint 01.12.2004) bis 24.10.2012 und vom 25.10.2012 bis zum 24.10.2015 mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten.

Mit Bescheid vom 11.12.2012 (Blatt 241 der Beklagtenakte) lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Rente nach dem Gesamtvergütungszeitraum ab. Auch weiterhin bestehe kein Anspruch auf Rente. Die Folgend es Arbeitsunfalles begründeten keine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß.

Mit Widerspruch, eingegangen am 08.01.2013 (Blatt 256 der Beklagtenakte), machte der Kläger geltend, die Einschätzung von Prof. Dr. L. sei nur zutreffend, wenn die endgradige Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks mit muskulär kompensierbaren, instabilen Bandverhältnissen vorliegen würde. Das sei aber nicht der Fall. So habe auch Prof. Dr. L. auf die Muskelminderung des Ober- und Unterschenkels links hingewiesen, sodass eine muskuläre Kompensation nicht denkbar sei. Auch sei ein "Giving way-Syndrom", ein schmerzhaftes, instabilitätsbedingtes Wegknicken des Knies vorhanden.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19.03.2013 (Blatt 284/285 der Beklagtenakte) gab Prof. Dr. L. an, dass die klinische Untersuchung ein störungsfreies Gangbild, eine messbare Umfangdifferenz im Ober- und Unterschenkelbereich von 2 bis 3 cm, eine um 15° eingeschränkte Beugefähigkeit links gegenüber rechts sowie eine klinisch feste Seitenbandführung und leichte Zeichen einer vorderen Kreuzbandinstabilität der Ersatzplastik mit verlängertem Anschlagsweg im Lachmann-Test gezeigt habe. Unter Berücksichtigung der in der Literatur diskutierten und veröffentlichten Richt- und Eckwerte sei die MdE mit 10 v.H. eingeschätzt worden.

DOK 451

Mit Widerspruchsbescheid vom 10.06.2013 (Blatt 303 der Beklagtenakte) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Der Kläger hat am 19.06.2013 beim Sozialgericht (SG) Mannheim Klage erhoben. Das Krankenhaus S. gehe davon aus, dass es zu einer dauerhaften MdE von 20 v.H. gekommen sei.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines orthopädischen Gutachtens bei Dr. H ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 10.10.2013 (Blatt 26/44 der SG-Akte; Untersuchung am 30.09.2013) ausgeführt, die unfallbedingte MdE wegen der freien Kniebeweglichkeit sei nach der Gutachtenliteratur mit 0 v.H. zu bewerten. Dies halte er jedoch für falsch. Vielmehr sei die MdE mit 20 v.H. zu bewerten. Medizinisch betrachtet ginge er wie der Vorgutachter davon aus, dass der Kläger durch den Unfall eine vordere Kreuzbandruptur erlitten habe, wodurch es im weiteren Verlauf zu einer Früharthrose im inneren Knieabschnitt gekommen sei.

Die Beklagte hat eine gutachterliche Stellungnahme auf unfallchirurgischen Fachgebiet vom 28.06.2014 von Prof. Dr. L. zum Gutachten von Dr. H. vorgelegt (Blatt 58/64 der SG-Akte). Die ganzheitliche Betrachtung des Sachverständigen könne nicht als Grundlage einer gutachterlichen Bewertung dienen.

Der Kläger hält die von Dr. H. vorgenommene Bewertung für zutreffend (Blatt 66/68 der SG-Akte). Die MdE-Erfahrungswerte seien vorliegend zu erhöhen. Denn es lägen weitere Schmerzen und Beschwerden vor, die nicht mehr üblich seien und damit auch nicht in den MdE-Erfahrungswerten enthalten seien.

Mit Urteil vom 07.10.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Folgen des Arbeitsunfalls vom 05.11.2003 seien ab dem 16.05.2012 nicht mit einer MdE von wenigstens 20 v.H. zu bewerten.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 19.01.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11.02.2015 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Grds. sei vom SG versäumt worden, die Parteistellungnahme vom 28.06.2014 dem gerichtlichen Sachverständigen zur Überprüfung und Stellungnahme vorzulegen. Des Weiteren habe sich aus der durchgeführten Arthroskopie ein sowohl Oberschenkelseitig als auch Unterschenkelseitig bestehender viertgradiger Gelenkknorpelschaden ergeben, der, nach den Ausführungen des Dr. H. mit der Beschwerdeschilderung korrespondiere. Im Rahmen der Erfahrungswerte sei es anerkannt, die MdE-Bewertung einer Funktionseinschränkung des Knies gerade nicht nur anhand der Bewegungsmaße des entsprechenden Kniegelenks nach der Neutral-0-Methode, sondern auch nach der Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie), anhand einer bestehenden Arthrose, sowie aufgrund des Ausmaßes eines unfallbedingten, sekundären Knorpelschadens vorzunehmen. Hinsichtlich der MdE-Bewertung des unfallbedingt-sekundären Knorpelschadens sei nach Schönberger/Mehrtens/Valentin auf die objektiv feststellbaren, funktionellen Behinderungen abzustellen, was vorliegend dem "Wackelknie" entspreche. Dass "unübliche" Schmerzentwicklungen bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen seien, sei sozialmedizinischer Standard

DOK 451

und dürfte auch unstreitig sein. Es sei daher festzustellen, dass dem Gutachten Dr. H. zu folgen sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 07.10.2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 05.11.2003 Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v.H. ab 16.05.2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Dem Gutachten von Dr. H. seien insbesondere die subjektiven Eindrücke des Versicherten zu entnehmen, dass sich das linke Knie fühle sich seit dem 2. operativen Eingriff dauerhaft instabil an und es unter Belastung offenbar zu einem einschießenden Schmerz mit unkontrolliertem Wegknicken komme. Den objektiven Befunden sei lediglich u.a. zu entnehmen, dass das Gangbild in Konfektionsschuhen und Barfuß sicher und mäßig flott sei, Gehhilfen würden nicht benutzt. Unter einem "Wackelknie" oder einem Giving-Way-Phänomen verstehe man aber das Weggleiten bzw. Wegknicken eines Gelenks schon bei geringfügiger, alltäglicher Belastung. Dies liege beim Kläger nicht vor. Es verbleibe lediglich bei dem subjektiven Eindruck des Klägers, dass er bei bestimmten Anlässen eine Instabilität verspüre, die nach einer vorderen Kreuzbandverletzung auch nicht ungewöhnlich, jedoch im vorliegenden Fall nicht so erheblich sei, dass von einer generellen Instabilität im Sinne eines "Wackelknies" auszugehen sei. Selbst Dr. H. habe lediglich eine vordere Instabilität diagnostiziert.

Der Kläger hat vortragen lassen (Blatt 30/32 der Senatsakte), er sei nicht mehr in der Lage, eine Haltung einzunehmen, bei der das Knie einen geringeren Winkel als 90 Grad nehme. Es bestehe grds. das Gefühl, dass das Knie instabil sei. Er müsse sich beim Gehen konzentrieren, um die Gangsicherheit beizubehalten. Das Instabilitätsgefühl verstärke sich bei Belastung vor allem bei Tragetätigkeiten. Eine weitere Verstärkung der Problematik trete bei Benutzen von Treppen und Leitern, sowie beim Gehen auf unebenen Flächen auf, insbesondere wenn auch hier Gegenstände parallel getragen würden. Der höchste Grad der Instabilität werde erreicht, wenn er beim Gehen oder Stehen Richtungsänderungen vornehme. Besonders zu beachten sei die überdurchschnittliche Schmerzentwicklung im Bereich des geschädigten Knies. Er habe grds. beim morgendlichen Aufstehen Schmerzen im Knie, die dann zunächst zurückgingen, bis er seine Arbeit als Lagerarbeiter aufnehme. Zur Stärkung der Muskulatur und zum Erhalt der Beweglichkeit legt er seinen Weg zur Arbeit (ca. 5 km) mit dem Fahrrad zurück, wobei auch das Fahrradfahren nicht schmerzfrei sei. Nach einer ca. 3-stündigen, normalen Arbeitsbelastung als Lagerarbeiter träten zunehmend Schmerzen auf. Er vermeide sodann eine zu starke Schmerzentwicklung dadurch, dass er schwere Tätigkeiten auf den nächsten Tag verschiebe und mit ein-

DOK 451

facheren Tätigkeiten den Arbeitstag fortsetze. Gegen die Schmerzen wende er das Schmerzgel Doclbuprofen jeweils abends, bei besonderen Belastungen auch ein zweites Mal an. Des Weiteren träten zeitweilig Gefühlsstörungen auf der Unterseite des Oberschenkels auf. Weiterhin bestehe das Problem, dass die rechte Körperseite, insbesondere das rechte Bein - aufgrund der Schädigung auf der linken Seite - fehlbelastet werde. Hier träten zwischenzeitlich auch vereinzelt Schmerzzustände auf.

In einem nichtöffentlichen Termin vom 17.08.2015 wurde die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Wegen des Inhalts und Ergebnisses des Termins wird auf die Niederschrift (Blatt 36/38 der Senatsakte) Bezug genommen.

Der Senat hat daraufhin Beweis erhoben durch Einholung eines unfallchirurgischen Gutachtens bei Dr. D ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 23.11.2015 (Blatt 42/64 der Senatsakte) ausgeführt, beim Unfall vom 05.11.2003 habe sich der Kläger eine Zerreißung des vorderen Kreuzbandes am Oberschenkelknochen, eine Innenmeniskushinterhorn-Ruptur und eine Prellung des Knorpelbelags an der äußeren Oberschenkelgelenkrolle und an der innen gelegenen Schienbeingelenksflche zugezogen. Derzeit bestehe eine geringfügige Laxität der vorderen Kreuzband-Ersatzplastik sowie eine Arthrose im innen gelegenen Kniegelenkskompartiment, die ebenfalls Folgen des Arbeitsunfalls vom 05.11.2003 seien. Die MdE schtzte Dr. D. für die Zeit vom 26.01.2004 bis 12.02.2012 (Tag vor der Operation der vorderen Kreuzband-Ersatzplastik) mit MdE 20 v.H. und ab Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach der Operation am 13.02.2012: mit 10 v.H. ein.

Die Beklagte ist unter Vorlage einer beratungsrztlichen Stellungnahme von Dr. K. vom 28.12.2015 (Blatt 67/69 der Senatsakte) dem Gutachten entgegengetreten. Auch Dr. D. habe nicht bestätigen können, dass am linken Kniegelenk ein sog. "Wackelknie" vorliege. Diagnostiziert sei eine "geringfügige Laxität der vorderen Kreuzband-Ersatzplastik" sowie eine Arthrose im medialen Gelenkanteil. Der Kapselbandapparat, der das Kniegelenk stabilisiere, sei fest. Bei seitengleich freier Beweglichkeit der Kniegelenke sowie eine nur noch sehr geringfügige Muskelminderung der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur komme Dr. D. infolgedessen zu der Auffassung, dass eine MdE aufgrund der röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen zurzeit in Höhe von 10 v.H. angemessen sei. Für den Zeitraum vom 26.01.2004 bis 12.02.2012 (Tag vor der Operation des vorderen Kreuzbandes) schtzte Dr. D. die MdE hingegen mit 20 v.H. ein. Die Unterlagen seien vom beratenden Facharzt ausgewertet worden, zumal nach dem Gutachten von 2005 keine Untersuchungsbefunde mehr vorlägen und davon auszugehen sei, dass der Kläger seiner gewohnten Arbeit habe nachgehen können. Dr. K. vertrete die Ansicht, dass auch für die Vergangenheit nicht von einer rentenberechtigenden MdE ausgegangen werden könne, da keine eingeschränkte Kniegelenksbeweglichkeit, keine Anzeichen von Minderbelastung des Beines und keine Phasen mit erhöhter Schmerzhaftigkeit infolge eines Reizzustandes im Kniegelenk dokumentiert seien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 72, 73 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und des Beklagten

sowie der Verfahren L 10 U 551/14 (LSFG Baden-Württemberg) und S 14 U 3878/12 (SG Mannheim) Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten nach §§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte, ist gemäß §§ 143, 144 SGG zulässig, aber unbegründet.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013, mit dem die Beklagte festgestellt hatte, dass ein Rentenanspruch nach dem Gesamtvergütungszeitraum (26.01.2004 bis 30.11.2004) nicht bestanden habe und auch weiterhin wegen der Folgendes Arbeitsunfalles vom 05.11.2003 kein Anspruch auf Rente bestehe. Nachdem im Klage- und Berufungsverfahren aber Verletztenrente lediglich ab 16.05.2012 (vgl. den beim SG in der mündlichen Verhandlung und im Berufungsverfahren schriftsätzlich gestellten Antrag) streitig ist, beschränkt sich der in zeitlicher Hinsicht teilbare Streitgegenstand auf die Frage eines Rentenanspruchs ab 16.05.2012 (Ende des Verletztengeldbezugs entsprechend dem Vergleich im Verfahren L 10 U 551/14). Die so verstandene Berufung ist unbegründet.

Der Senat konnte nach Durchführung der Beweisaufnahme und Anhörung des Klägers nicht feststellen, dass der Bescheid vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013 in dem vorliegend angefochtenen Zeitraum (ab 16.05.2012) rechtswidrig ist und den Kläger in seinen Rechten verletzt. Denn die unfallbedingten Gesundheitsstörungen bedingen in diesem Zeitraum keine MdE von mindestens 20 v.H. Auch konnte der Senat nicht feststellen, dass sich seither ein Zustand ergeben hätte, der einen Rentenanspruch i.S.d. § 56 SGB VII begründen würde.

Unfallbedingte Gesundheitsstörungen liegen bei dem Kläger in dem von der Beklagten mit den Bescheiden vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013 anerkannten Umfang vor: - nach operativ versorgten Rissen des linken vorderen Kreuzbandes und des linken Innenmeniskushinterhorns: Reizzustand des Kniegelenks, - Muskelminderung an Ober- und Unterschenkel, - Herabsetzung des Knochenkalksalzgehalts im ehemaligen Verletzungsbereich. Darüber hinaus konnte der Senat mit Dr. D. feststellen, dass das Unfallgeschehen vom 05.11.2003 auch hinreichend wahrscheinlich wesentliche Ursache der aufgetretenen geringfügigen Laxität der vorderen Kreuzbandersatzplastik sowie der Arthrose im innen gelegenen Kniegelenkskompartiment ist.

Diese unfallbedingten Gesundheitsstörungen bedingen jedoch ab dem 16.05.2012 keine MdE von mindestens 20 v.H. Denn aus den vorliegenden Befunden zu den genannten unfallabhängigen Gesundheitsstörungen lässt sich eine MdE von mindestens 20 v.H., wie dies ein Rentenanspruch nach § 56 SGB VII voraussetzt, nicht ableiten. Ein Stützrententatbestand ist weder vorgetragen noch ersichtlich.

DOK 451

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 SGB VII). Die Bemessung der MdE ist die Feststellung von Tatsachen, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2; BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; zuletzt BSG 22.06.2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Derzeit ist im Hinblick auf den Wandel durch geänderte Anforderungen des Arbeitsmarkts und den medizinisch-therapeutischen Fortschritt eine wissenschaftliche Diskussion darüber in Gang, inwieweit die teilweise über Jahrzehnte alten MdE-Erfahrungswerte in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur diesem Wandel noch gerecht werden. So ist unter anderem von der Dachorganisation der Unfallversicherungsträger, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV – eine Expertengruppe eingesetzt, Vorschläge zur MdE-Einschätzung zu erarbeiten, deren Ergebnisse jedoch nicht vor 2017 zu erwarten sind (vgl. Ludolph/Schürmann, Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung, Medizinische Sachverständige 2016, 60-71). Zur Diskussion gestellt sind mittlerweile die Vorschläge der Kommission "Gutachten" der medizinischen Fachgesellschaft der Unfallchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die von Ausnahmen abgesehen die bisherigen MdE-Bewertungsansätze mit niedrigeren MdE-Sätzen versieht bzw. neue Bewertungsgrundsätze in die wissenschaftliche Auseinandersetzung einführt (vgl. Ludolph/Schürmann a.a.O.). Vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Diskussion um die MdE-Erfahrungswerte in der gesetzlichen Unfallversicherung noch ergebnisoffen und noch nicht abgeschlossen ist, hält der Senat im Wege der Einzelfallprüfung an den bislang in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur dargestellten MdE-Bewertungskriterien fest. Ergibt sich im Einzelfall, dass eine der zur Diskussion gestellte, abweichende MdE-Wertung für die zu bewertende gesundheitliche Folge eines Versicherungsfalls überzeugender ist, sieht sich der Senat nicht gehindert, diese seiner Entscheidung zugrundezule-

DOK 451

gen, nachdem allgemeiner Konsens jedenfalls darüber herrscht, dass die bisherigen MdE-Bewertungskriterien überarbeitungsbedürftig sind.

Neben den auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG SozR 4-2700 § 56 Nr. 2). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: BSGE 63, 207, 211, 212 = SozR 2200 § 581 Nr. 28; Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 m.w.N.). Dies verlangt § 56 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Grundsätzlich ist der Grad der MdE aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten, wobei als Maßstab Einschränkungen der Bewegungsmaße und durch neurologische Ausfälle bedingte funktionelle Beeinträchtigungen in Betracht kommen. Vorliegend konnten Dr. D., wie auch zuvor schon Dr. H. lediglich eine geringe Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks feststellen (Dr. D.: rechts - links: 0/0/130o – 0/0/130o; Dr. H.: rechts - links: 0/0/150o – 0/0/150o). Dr. D. konnte eine im Bereich beider Ober- und Unterschenkel seitengleich regelrecht kräftig ausgeprägte Muskulatur feststellen, die Umfangsmessung ergab lediglich eine im Seitenvergleich um 1 cm verminderte körperferne Oberschenkelmuskulatur links und einen um 1 cm vermehrten Umfang des linken Kniegelenks. Haut-Behaarung, Haut-Fältelung, Haut-Temperatur und Haut-Farbe waren im Bereich beider Beine seitengleich. Die Fußsohlenbeschwiellung war seitengleich regelrecht ausgebildet. Der einbeinige Zehenstand, der Zehengang, der beidseitiger Fersenstand, der Fersengang und der Einbeinstand wurden beidseits - ohne Hilfestellung und ohne Gleichgewichtsstabilisierung - regelrecht vorgeführt. Das Einbeinhüpfen rechts gelang problemlos, links hat es der Kläger nicht durchgeführt. Der vollständige (tiefe) Hocksitz sei gelungen. Beim Barfußgang auf ebenem Boden hatte sich ein sicheres flüssiges Gangbild gezeigt. Anhalt für eine Ergussbildung hatten sich nicht gezeigt. Der Kapsel-Bandapparat war stabil. Lediglich eine diskrete Laxität des vorderen Kreuzbandes (im Sinne einer vorderen Schublade von maximal 1+ - Lachmann-Test negativ) bei stabiler hinterer Kreuzbandführung konnte Dr. D. feststellen.

Dr. H. konnte bei seiner Untersuchung des Klägers am 30.09.2013 ein mäßig flottes sicheres Gangbild ohne Hinken feststellen. Auch ohne Schuhwerk habe sich das Gangbild nicht verändert. Das Becken stehe rechts etwa 1,5 cm tiefer als links. Die beiden Achsen seien gerade. Der Einbeinstand ist seitengleich relativ sicher möglich. Die Gangvaria (Zehen- und Hackengang) seien seitengleich möglich. Der tiefe Hocksitz könne vollständig ausgeführt werden. Das Wiederaufrichten erfolge ohne Abstützen der Hände. Es habe sich eine

DOK 451

freie Beweglichkeiten beider Kniegelenke gefunden, beidseits ohne Reibegeräusche. Beide Kniegelenke seien zum Zeitpunkt der Begutachtung reizlos und ohne Rötung, Überwärmung oder Kapselschwellung gewesen. Der Bandapparat links sei allerdings nicht so stabil wie rechts. Während die Seitenbänder auf beiden Seiten stabil seien, sei das vordere Kreuzband links gegenüber rechts erkennbar weniger stabil. Bei der Betrachtung beider unteren Gliedmaßen habe sich eine erkennbare Verschmächtigung der Oberschenkelmuskulatur links gegenüber rechts ergeben. Es habe sich auch kein akuter entzündlicher Reizzustand im linken Knie gefunden.

In der bisherigen unfallmedizinischen Literatur wird die Bewegungseinschränkung eines Kniegelenks für Streckungs-/Beugungsfähigkeit bis 0/0/120° mit einer MdE um 10 v.H. eingeschätzt. Ein Bewegungswert von 0/0/90° wird dagegen, je nach Auffassung der veröffentlichten Erfahrungswerte, mit einer MdE von 10, 15 oder sogar 20 v.H. eingeschätzt (vgl. dazu Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Seite 654 und Fußnote 170 mit Hinweisen auf Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewertungsorgane, 5. Auflage, Seite 721; Mehrhoff, Unfallbegutachtung, 11. Auflage, Seite 169). Hiervon abweichend wird im Diskussionsentwurf der Kommission Gutachten der DGU (Ludolph/Schürmann a.a.O. Seite 68/69) eine Versteifung des Kniegelenks in Funktionsstellung mit 25 v.H. (statt bisher 30 v.H.), die Einschränkung der Beugung im Kniegelenk um weniger als 50° oder ein Streckdefizit von 30° mit 20 v.H. bewertet. Die Instabilität durch kombinierte Bandinsuffizienz des vorderen Kreuzbandes und inneren Seitenbandes, muskulär nicht kompensiert, bedingt danach eine MdE um 20 v.H., die Lockerung des gesamten Kapselbandsystems eines Kniegelenkes (Wackelknie), bei indizierter Orthese oder orthesenfähig, bedingt eine MdE um 30 v.H. Da der Kläger eine Beugemöglichkeit im linken, unfallgeschädigten Knie von noch mehr als 120° aufweist, mithin das Knie noch mehr als 90° beugen kann, erreicht er die Schwelle für eine MdE von 20 v.H. weder nach den bisherigen MdE-Bewertungskriterien noch nach den Kriterien des Diskussionsentwurfs. Eine Instabilität in rentenrelevantem Ausmaß einer Erwerbsminderung um 20 v.H. liegt nach beiden Bewertungskriterien nicht vor. Damit kann für die Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit allenfalls unter Berücksichtigung der geltend gemachten Schmerzen und Belastungsbeschwerden eine MdE von 10 v.H. in Betracht gezogen werden. Die vom Kläger angegebenen Instabilitäts- bzw. Unsicherheitsgefühle sind dabei mitberücksichtigt.

Die neurologischen Gesundheitsstörungen, die der Kläger in Form von Sensibilitätsstörungen am linken Unterschenkel außenseitig geltend macht (vgl. Blatt 37/38 der SG-Akte = Seite 12/13 des Gutachtens Dr. H.), bedingen keine weitergehende messbare Funktionsbeeinträchtigung, denn durch sie wird die Fähigkeit zu Gehen, zu Stehen, zu Sitzen und zu Liegen nicht weiter beeinträchtigt.

Die unfallbedingte Kniegelenksarthrose links ist zwar röntgenologisch nachgewiesen, wurde von Dr. D. aber als leicht ausgeprägt beschrieben (Blatt 48 der Senatsakte = Seite 7 des Gutachtens). Grundlage der MdE-Bewertung ist jedoch nicht das Ergebnis bildgebender Verfahren. Vielmehr ist auch insoweit die MdE-Bewertung anhand von Funktionsbeeinträchtigungen vorzunehmen, worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat. Dementsprechend hat auch die unfallmedizinische Literatur die MdE-Bewertung einer Kniegelenksarthrose von den Funktionseinschränkungen abhängig gemacht (vgl. Schönberger et

DOK 451

al., a.a.O. Seite 655 "Arthrose, je nach Funktionsbehinderung 10 – 30"). Vorliegend bestehen nach den Untersuchungsbefunden von Dr. H. und Dr. D. kein Gelenkerguss, keine Rötung, Überwärmung oder Reizung. Die Bandführung war bis auf das vordere Kreuzband links stabil; dieses wies aber lediglich eine minimale Instabilität auf (Blatt 49 der Senatsakte = Seite 8 des Gutachtens Dr. D.). Vor diesem Hintergrund ist die MdE (MdE-Rahmen nach Schönberger et al. 10 bis 30 v.H.) auch bezüglich der Kniegelenksarthrose lediglich anhand der objektiven Funktionsbeeinträchtigungen zu bewerten. Diese rechtfertigen vorliegend aber allenfalls eine MdE von 10 v.H.

Dass ungewöhnliche oder außergewöhnliche Schmerzen vorhanden wären, ergibt sich aus den Gutachten von Dr. D. und Dr. H. nicht. Die vorhandenen Schmerzen wurden angemessen berücksichtigt und in die MdE-Bewertung eingestellt. Dass sich belastungsabhängige Schmerzen ergeben, wie sie der Kläger zuletzt noch im Berufungsverfahren beschrieben hat, ist für den Senat nachvollziehbar. Doch sind diese bereits bei der Bewertung der Bewegungseinschränkung mitberücksichtigt. Die Einnahme von Schmerzmitteln zur Bekämpfung dieser belastungsabhängigen Schmerzen bedeutet dagegen nicht, dass ein außergewöhnlicher oder ungewöhnlicher Schmerzzustand bestünde. Einen solchen konnten auch beide Gutachter nicht darstellen.

Auch konnte der Senat bezogen auf den vorliegend streitigen Zeitraum ab 16.05.2012 ein sog. Wackelknie – eine Lockerung des Kniebandapparates – (Schönberger et al. a.a.O. Seite 655) nicht feststellen. Die lediglich leichte Instabilität des vorderen Kreuzbandes links bei ansonsten stabilen Bandverhältnissen, die funktionell (dazu vgl. Schönberger et al. a.a.O. Seite 612) ohne regelmäßig auftretende oder wesentliche Folgen ist, konnte insoweit nicht als Wackelknie angesehen werden. Insoweit hatte der Kläger auch im Erörterungstermin und bei Dr. H. lediglich beschreiben können, dass Instabilitätsgefühle lediglich auf unebenem Gelände oder auf Leitern oder Treppen auftreten würden, z.B. beim belasteten Drehen auf einer Leiter. Jedoch knickt der Kläger weder gehäuft weg noch ist das linke Knie überhaupt nicht mehr belastbar. Auch bei den Begutachtungen konnte der Kläger Gang- und Standprüfungen – bis auf das Einbeinhüpfen links bei Dr. D. , das er mit der Angst vor etwas, was er noch nie gemacht hatte (Blatt 47 der Senatsakte = Seite 6 des Gutachtens), abgelehnt hat – problemlos durchführen. Auch demonstrierte der Kläger ein immerhin mäßig flottes und sicheres Gangbild ohne Hinken darstellen, was durch die annähernd seitengleiche Fußsohlenbeschwellung bestätigt wird.

Vor diesem Hintergrund konnte der Senat bezogen auf den vom Kläger angestrebten Rentenbeginn am 16.05.2012 als auch seither eine MdE von 20 v.H. nicht feststellen. Insoweit zeigt auch die lediglich geringe Umfangsminderung am linken Bein, dass dieses – und auch das dazugehörige Knie - regelmäßig und annähernd normal beansprucht wird, was wiederum nur eine geringe Einschränkung der Erwerbsfähigkeit indiziert.

Der anderslautenden Beurteilung von Dr. H. konnte der Senat nicht beitreten. Denn die auch von Dr. H. beschriebenen Funktionsbehinderungen rechtfertigen im Hinblick auf die objektiven Befunde auch bei klägerfreundlichster Auslegung nicht eine MdE von 20 v.H., weder nach den von Dr. H. im Ergebnis zutreffend allgemein in Frage gestellten bisherigen MdE-Bewertungsgrundsätzen noch nach dem veröffentlichtem Diskussionsentwurf zur Neubewertung der MdE. Zwar weist Dr. H. zutreffend darauf hin, dass sich die MdE-

DOK 451

Bewertung alleine an funktionellen Maßstäben, mithin am Bewegungsausmaß, orientiert. Doch sind andere Faktoren, wie z.B. Instabilitäten, Arthrosen usw. nicht unbeachtlich. Vielmehr sind diese Umstände aber gerade im Hinblick auf ihre Auswirkungen in der Lebenswirklichkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes final zu betrachten. Insoweit bleibt aber nur eine funktionelle Betrachtungsweise. Da es sich bei der MdE-Bemessung um eine dem Gericht zukommende rechtliche Bewertung handelt, bei der es allenfalls an die Mitteilungen der medizinischen Befunde, nicht aber an die letztlich rechtliche MdE-Einschätzungen der Ärzte gebunden ist (s.o.), musste der Senat vorliegend weder der MdE-Einschätzung von Dr. H. folgen, noch musste er eine weitere Beweisaufnahme durchführen.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugen- und Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG, § 412 Abs. 1 ZPO). Denn der medizinische festgestellte Sachverhalt bietet die Basis für die alleine vom Senat vorzunehmende Bewertung der MdE unter Einschluss der Bewertung der sich zwischen den einzelnen Erkrankungen und Funktionsbehinderungen ergebenden Überschneidungen und Wechselwirkungen. Auch bei einem Vergleich mit anderen mit einer MdE von 20 bewerteten Gesundheitsstörungen ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die unfallbedingten Gesundheitsstörungen des Klägers – jedenfalls für den vorliegend streitigen Zeitraum - unter Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen – Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, leichte Instabilität des vorderen Kreuzbandes links und Arthrose - keine MdE von 20 v.H. rechtfertigen.

Diese Bewertung musste der Senat für den aktuellen Zustand der Funktionsbehinderungen treffen, er besteht aber seit 16.05.2012 durchgehend. Daher hatte der Kläger weder am 16.05.2012 einen Anspruch auf Unfallrente gegen die Beklagte, noch zu einem späteren Zeitpunkt. Damit war auch der Bescheid der Beklagten vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013 nicht rechtswidrig. Die Berufung des Klägers war daher zurückzuweisen.

Da sich aber aus dem Gutachten von Dr. D. , der die MdE wegen einer muskulär nicht kompensierten Kniebandinstabilität für die Zeit vom 26.01.2004 bis zum 12.02.2012 mit 20 v.H. bewertet und ausführlich dargelegt hatte, weshalb er den beratungsärztlichen Ausführungen von Dr. Ko. nicht folgt, Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Bewertung der MdE und die damit verbundene Ablehnung einer Verletztenrente mit Bescheid vom 24.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.10.2005 sowie mit dem insoweit bestandskräftig gewordenen Bescheid der Beklagten vom 11.12.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.06.2013 für die Zeit vom 26.01.2004 bis 12.02.2012 zu Lasten des Klägers rechtswidrig gewesen sein könnte und in Folge dessen Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht wurden, ist es nach § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X Aufgabe der Beklagten, von Amts wegen zu prüfen, ob dem so ist. Dabei wird sie sich mit den Ausführungen von Dr. D. , insbesondere denjenigen zur Stellungnahme von Dr. Ko. , auseinandersetzen müssen und ggf. die von Dr. K. zuletzt angesprochenen Befunde seit dem Jahr 2005 zu ermitteln haben.

DOK 451

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.