

L 9 U 2238/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 2529/14
Datum
28.04.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 2238/15
Datum
23.07.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 28. April 2015 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente nach einem Arbeitsunfall am 28.08.2010 streitig.

Der 1974 geborene Kläger war geringfügig als Aushilfsfahrer bei einem Taxiunternehmen beschäftigt. Am 28.08.2010 verunglückte er auf einer Taxifahrt, als ihm ein anderes Fahrzeug die Vorfahrt nahm und die Fahrzeuge kollidierten.

Der Durchgangsarzt Dr. W., W.-Z. Kliniken, Klinik T., diagnostizierte am Unfalltag eine Tibiakopffraktur lateral rechts und multiple Schnittwunden im Gesicht. Der HNO-Arzt Dr. E. stellte am 30.08.2010 die Erstdiagnosen multiple Gesichtsrisswunden (versorgt) und Nasenbeinfraktur; hinsichtlich der Ohren wurde kein krankhafter Befund erhoben. Bei einer MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) durch den Facharzt für Diagnostische Radiologie Dr. S. am 29.09.2010 zeigten sich diskrete, teils exzentrische Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten HWK 4/5 bis HWK 6/7, keine relevante spinale bzw. foraminale Enge und kein eindeutig abgrenzbarer Bandscheibenvorfall. Unfallfolgen ergaben sich aus der MRT-Abklärung nach Einschätzung des Dr. W. in seinem Zwischenbericht vom 12.10.2010 nicht.

Der Kläger wurde zunächst bis 14.09.2010 stationär in der Klinik T. wegen der Diagnosen Tibiakopffraktur lateral rechts, knöchern ausgerissenes vorderes Kreuzband rechts und Schnittwunden im Gesicht behandelt und am 31.08.2010 am rechten Knie operiert. Es wurde eine transossäre Refixation des vorderen Kreuzbandes sowie eine offene Reposition und winkelstabile Plattenosteosynthese und Kirschnerdrahtosteosynthese der Tibiafraktur mit autogener Spongiosplastik am rechten Becken durchgeführt.

Während des anschließenden Aufenthalts in der Reha-Klinik S. vom 13.10. bis 03.11.2010 klagte der Kläger über Gedächtnisstörungen, weshalb eine neurologische Abklärung für erforderlich gehalten wurde. Im Entlassbericht vom 03.11.2010 wurden die Diagnosen Tibiakopffraktur lateral rechts, knöchern ausgerissenes vorderes Kreuzband rechts, Schnittwunden im Gesicht, Nasenbeinfraktur, transossäre Refixation des vorderen Kreuzbandes, offene Reposition und winkelstabile Plattenosteosynthese und Kirschnerdrahtosteosynthese der Tibiafraktur rechts mit autogener Spongiosplastik (vom rechten Beckenkamm) am 31.08.2010, Schulterprellung rechts und Schnittwunde rechte Schulter ventral sowie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) angegeben. Die Entlassung erfolgte als arbeitsunfähig mit voraussichtlichem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 29.11.2010. Zur weiteren Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Befundes und um die weitere Ausprägung einer PTBS zu verhindern, werde eine weiterführende ambulante Psychotherapie empfohlen.

In dem psychischen Befundbericht (Abschlussbericht nach Ende der probatorischen Sitzungen - ohne Weiterbehandlung) vom 18.05.2011 gab Dr. Dipl.-Psych. K. die Diagnosen Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt und PTPS, teilremittiert, an. Eine weitere Behandlung sei nicht erforderlich, weil eine angemessene Verarbeitung des Unfalls und der Unfallfolgen erfolgt sei. Nach der psychischen Beurteilung sei der Kläger ab sofort arbeitsfähig. Es bestünden aber noch massive körperliche Einschränkungen. Wegen weiterer Kniebeschwerden trat Arbeitsfähigkeit zunächst nicht ein. Eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) wurde ab 21.02.2011 eingeleitet, vom 25.05.2011 bis 31.05.2011 eine Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) in B. S. und vom 31.05.2011 bis 13.07.2011 eine komplexe stationäre Rehabilitation (KSR) in der BG Unfallklinik T. durchgeführt. Im Befund- und Entlassungsbericht vom

19.07.2011 wurde ausgeführt, es habe eine Verbesserung des Gangbildes, eine Kräftigung der Beinmuskulatur rechts sowie eine Verbesserung der Beweglichkeit im rechten Kniegelenk und der Belastbarkeit erzielt werden können. Die unspezifischen Schmerzen im HWS-/Schulter-/LWS- und Beckenbereich seien deutlich rückläufig gewesen. Die Oxazepam-Entzugstherapie sei erfolgreich durchgeführt worden. Auf psychologischem Gebiet habe der Kläger etwas stabilisiert werden können, eine weitere psychotherapeutische Behandlung sei jedoch notwendig; hinsichtlich des Vorliegens einer PTBS werde eine Begutachtung empfohlen.

Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes in der Klinik T. vom 15.09.2011 bis 19.09.2011 erfolgte eine diagnostische Arthroskopie und Metallentfernung am rechten Kniegelenk und eine Entfernung einer Schraube am linken Kniegelenk bei Zustand nach einer Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes ca. im Jahr 2001. Dr. W. nahm in der Folge einen Verharrungszustand an und vertrat die Auffassung, der Kläger sei wieder in der Lage, seine bisherige Tätigkeit als Taxifahrer auf geringfügiger Basis aufzunehmen, und stehe der Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung (Berufshilfebericht vom 24.10.2011). Im Zwischenbericht der BG Unfallklinik T. vom 19.10.2011 wurde ebenfalls die Auffassung vertreten, eine Tätigkeit als Taxifahrer werde voraussichtlich wieder möglich sein, sollten aus psychiatrischer Sicht keine Einwände bestehen.

Prof. Dr. M., Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, sah in dem Ersten Rentengutachten vom 24.11.2011 die Tibiakopffraktur als fest durchbaut an, stellte eine Lockerung der Bandführung und eine eingeschränkte Beweglichkeit im rechten Kniegelenk, eine Muskelverschmächtingung des rechten Oberschenkels sowie ein Taubheitsgefühl über der rechten Tibiavorderkante fest. Er nahm Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Arbeiten an, die kein langes Gehen oder ständiges Stehen beinhalteten; ansonsten sei noch keine Arbeitsfähigkeit eingetreten. Insgesamt bestehe ein problematischer Verlauf. Bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit werde kein klares Konzept zur Reintegration gesehen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er auf unfallchirurgischem Fachgebiet bis auf weiteres auf 20 v.H.

Nach vorheriger Anhörung stellte die Beklagte mit Bescheid vom 20.02.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.06.2012 die Zahlung von Verletztengeld mit Ablauf des 24.02.2012 ein. Im anschließenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht Konstanz (SG, S 11 U 1891/12) wurde im Hinblick auf weitere Ermittlungen der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente durch das SG mit Beschluss vom 04.10.2012 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Im Rahmen der weiteren Ermittlungen zog die Beklagte weitere medizinische Unterlagen bei. Eine MRT-Untersuchung vom 16.07.2012 durch den Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und radiologische Diagnostik/Neuroradiologie Dr. P. ergab eine geringgradige breitbasige Bandscheiben-Protrusion das Segment C4/5 betreffend, keine spinale Enge und keinen Nachweis einer Myelonläsion. Der Facharzt für HNO-Heilkunde Dr. S. stellte am 19.07.2012 eine Perforation des rechten Trommelfells fest und führte auf Nachfrage der Beklagten mit Schreiben vom 16.08.2012 aus, dass bei Bestätigung des unmittelbar nach dem Unfall durch Dr. E. erhobenen Trommelfellbefunds die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen sei. Dr. E. teilte auf Nachfrage der Beklagten mit Schreiben vom 03.09.2012 mit, dass das rechte Trommelfell bei der ersten Untersuchung sowie zwei weiteren Untersuchungen am 27.09.2010 und 18.10.2011 intakt gewesen sei. Sollte eine solche später vorgelegen haben, stehe sie mit dem Unfallereignis in keinem ursächlichen Zusammenhang. Gegenüber Prof. Dr. M. gab der Kläger bei einer Nachuntersuchung am 09.10.2012 an, er fühle sich nicht arbeitsfähig für seine Tätigkeit als Taxifahrer, da er weiterhin große Angst vor dem Autofahren habe. Der Neurologe und Psychiater Dr. H., bei dem sich der Kläger am 02.11.2012 vorstellte, gab in seinem Befundbericht vom 05.11.2012 die Diagnosen nichtorganische Insomnie und Verdacht auf PTBS an, wobei allerdings die lange Dauer ungewöhnlich sei. Hier spielten wahrscheinlich sekundäre Faktoren, wie die weiterhin ungeklärte Rechtslage, eine zusätzliche Rolle. Dr. Dipl.-Psych. K. gab in seinem Befund- und Behandlungsbericht vom 22.01.2013 über Sitzungen am 15.03., 29.04. und 18.05.2011 als Diagnosen eine Anpassungsstörung, Angst und Depression, gemischt, sowie PTBS, weitestgehend remittiert, an. Eine Indikation zur Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung habe nicht bestanden.

In seinem Gutachten vom 15.03.2013 stellte Prof. Dr. M. einen gegenüber seiner vorangegangenen Begutachtung unveränderten Befund fest und schätzte die MdE bis auf weiteres auf 20 v.H.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. P. führte in seinem Gutachten vom 28.06.2013 nach ambulanter Untersuchung des Klägers aus, dauerhafte Störungen auf seinem Fachgebiet lägen nicht vor. Der im Rahmen der Reha-Aufenthalte in B. S. und B. S. geäußerte Verdacht auf PTBS sei zwei Jahre nach dem Ereignis zum einen zeitlich nicht mehr zu diagnostizieren, zum anderen auch aufgrund der dort geäußerten und festgestellten Symptome nicht als sehr wahrscheinlich anzusehen. Dass vorübergehend eine Anpassungsstörung bestanden habe, sei nachvollziehbar. Auf seinem Fachgebiet sei keine MdE festzustellen.

Beratungsarzt Dr. W. bewertete in seiner Stellungnahme vom 17.07.2013 die Gesundheitsbeeinträchtigungen auf unfallchirurgischem Fachgebiet mit einer MdE von 10 v.H.

Mit Bescheid vom 09.08.2013 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei nicht um wenigstens 20 v.H. gemindert. Bei der Beurteilung der MdE sei eine endgradige Bewegungseinschränkung und eine geringgradige Seitenbandinstabilität im rechten Kniegelenk zu berücksichtigen. Unabhängig von dem Arbeitsunfall lägen ein Zustand nach Verletzung der HWS, Skoliose der LWS und eine vordere Kreuzbandplastik links vor.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein und rief zugleich das ruhende gerichtliche Verfahren zur Gewährung von Verletztengeld wieder an (fortgeführt unter dem Aktenzeichen S 11 U 1479/13). Der Neurologe und Psychiater Dr. H. wurde durch das SG als sachverständiger Zeuge gehört und führte unter dem 19.12.2013 aus, er habe bei dem Kläger zuletzt ein Mischbild aus Angst und depressiver Störung, gemischt, diagnostiziert. Es handle sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine Anpassungsstörung bezüglich des Unfallereignisses.

In dem Verfahren S 11 U 1479/13 erstattete der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. K. unter dem 19.02.2014 nach ambulanter Untersuchung ein Gutachten, in dem er als Unfallfolgen noch eine leichte Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks bezüglich der Beugung, eine leichtgradige anteromediale Instabilität des rechten Kniegelenks (muskulär kompensierbar), eine Hypästhesie im Narbenbereich des rechten Schienbeinkopfes sowie radiologisch sichtbare Veränderungen (unter leichter Verbreiterung) und Verformung des seitlichen Schienbeinkopfes bei verheilter Schienbeinkopffraktur angab. Der Kläger sei aus fachorthopädischer Sicht nicht gehindert, ab 24.02.2012 die Tätigkeit als Taxifahrer fortzuführen. Die MdE seit 25.02.2012 schätzte er mit 10 v.H. ein.

Der Kläger erklärte in der mündlichen Verhandlung vom 08.07.2014 das Verfahren S 11 U 1479/13 für erledigt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04.09.2014 wies die Beklagte den Widerspruch zurück; zur Begründung stützte sie sich auf die Auswertung der Gutachten von Prof. Dr. M., Dr. P. und Dr. K. ...

Hiergegen hat der Kläger am 02.10.2014 Klage beim SG erhoben und zur Begründung vorgetragen, er sei aufgrund der Unfallfolgen weiterhin nicht mehr in der Lage, seiner Tätigkeit als Taxifahrer nachzugehen. Aus den erhobenen Befunden ergebe sich eine MdE von mindestens 20 v.H. über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus, weshalb er Anspruch auf Verletztenrente habe.

Im Rahmen der Beweisaufnahme hat das SG die schriftlichen sachverständigen Zeugenaussagen von Dr. H. vom 10.04.2014 aus dem Verfahren vor dem SG S 9 SB 386/14, in dem als Diagnose Angst und Depression, gemischt, sowie eine Anpassungsstörung im Sinne einer psychischen Fehlverarbeitung des Unfallereignisses vom 28.08.2010 angegeben worden ist, und von Dr. Dipl. Psych. K. vom 11.04.2014, der darüber hinaus die Diagnose mittelgradige depressive Störung angegeben hat, sowie einen Befundbericht vom 06.06.2014 über eine Behandlung in der Tagesklinik Friedrichshafen vom 31.03.2014 bis 06.06.2014 beigezogen.

Das SG hat sodann Dr. H. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Der Kläger hat hierzu mitteilen lassen, sich einer weiteren Begutachtung nicht unterziehen zu wollen, da bereits von der Beklagten in Auftrag gegebene Gutachten vorlägen, die zu seinen Gunsten entschieden hätten. Nach dem vorherigen Hinweis, dass das Gericht nur dann aufgrund der in der Akte vorliegenden medizinischen Äußerungen entscheiden könne und etwaige Zweifel zu seinen Lasten gingen, und der Mitteilung des Klägers, dass keine Bereitschaft zur Mitwirkung an dem Gutachten bestehe, hat das SG den Gutachtensauftrag aufgehoben. Der Kläger hat weiterhin ein psychiatrisches Gutachten von Prof. Dr. S. vom 09.01.2015, das im Verfahren L 4 R 373/14 durch das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingeholt worden war, vorgelegt. Prof. Dr. S. hat auf seinem Fachgebiet die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, angegeben. Eine PTBS als Diagnose scheidet von vornherein aus, da der Kläger überhaupt keine Erinnerungen an das Schädigungsereignis habe und unwillkürliche, belastende Wiedererinnerungen Voraussetzungen für die Diagnose seien. Eindeutig psychisch belastend für den Kläger seien die weiter bestehenden multiplen Rechtsstreitigkeiten mit der Rentenversicherung, der Beklagten und der Versicherung des Unfallgegners.

Mit Urteil vom 28.04.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die - näher dargelegten - Voraussetzungen für die Gewährung einer Verletztenrente lägen nicht vor. Das SG habe sich nicht davon überzeugen können, dass bei dem Kläger Unfallfolgen verblieben seien, die eine MdE von 20 v.H. begründeten. Für das orthopädisch-chirurgische Fachgebiet stütze sich das SG auf das Gutachten von Dr. K., wonach als Unfallfolgen lediglich noch eine leichte Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks bezüglich der Beugung, eine leichtgradige anteromediale Instabilität des rechten Kniegelenks (muskulär kompensierbar), eine Hypästhesie im Narbenbereich des rechten Schienbeinkopfes sowie radiologisch sichtbare Veränderungen (unter leichter Verbreiterung und Verformung des seitlichen Schienbeinkopfes verheilte Schienbeinkopffraktur) bestehen. Die von ihm angenommene MdE von 10 v.H. sei überzeugend. Hinsichtlich des neurologisch-psychiatrischen Fachgebiets bestünden Unklarheiten. Zwar sei immer wieder der Verdacht auf eine PTBS geäußert worden, doch diese Diagnose sei nicht gesichert. Dr. P. verneine in seinem nervenärztlichen Gutachten vom 28.06.2013 eine Erkrankung. Soweit Diagnosen wie Anpassungsstörung und Angst und Depression, gemischt, von Ärzten und Gutachtern gestellt worden seien, sei unklar, ob diese im hier maßgeblichen Zeitraum noch bestanden/bestehen und ob ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall angenommen werden könne, woran auch das Gutachten von Prof. Dr. S. nichts ändere. Ob die von ihm festgestellten Gesundheitsstörungen auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könnten, sei nicht Gegenstand der an ihn gerichteten Fragestellung gewesen, eine rentenberechtigende MdE lasse sich aber aus dessen Gutachten nicht ableiten. Die damit bestehenden Zweifel, ob Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestünden, gingen zu Lasten des Klägers.

Gegen das ihm am 05.05.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 27.05.2015 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung zusammenfassend vorgetragen, die Schlussfolgerungen des Dr. K., wonach eine MdE von 10 v.H. sachgerecht sei, sei insofern nicht nachvollziehbar, als dass er aufgrund einer selbst durchgeführten differenzierten Stabilitätsprüfung eine leichte vordere Instabilität und eine innere Seitenstabilität vorfinde. Diese sei muskulär kompensierbar. Nach seinen Angaben sei also offensichtlich eine Instabilität des vorderen Kreuzbands und des inneren Seitenbands gegeben; das Gutachten von Dr. K. sei daher in Teilen widersprüchlich. Darüber hinaus habe die Beklagte, was Dr. K. zu Recht bemängelt, die bereits jetzt festzustellenden Arthrosezeichen im rechten Kniegelenk nicht berücksichtigt. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei der Sachverhalt nicht abschließend aufgeklärt; er leide unter Ängsten, Schlafstörungen, einer depressiven Symptomatik und Alpträumen. Gedanklich beschäftige er sich immer wieder mit dem Unfallereignis. Es lägen Konzentrationsstörungen und eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vor. Sämtliche behandelnden Psychiater hielten diese psychischen Gesundheitsstörungen für eine Folge des Unfallereignisses. Der Kläger hat außerdem einen Nachschauerbericht des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. B. vom 04.10.2017 mit ergänzenden Ausführungen vom 10.07.2017 vorgelegt, in dem er u.a. ausführt, es müsse durch ein Zusammenhangsgutachten geklärt werden, ob die Bandscheibenprotrusionen C4-6 Folge des Unfalls seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 28. April 2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 9. August 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. September 2014 zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. August 2010 eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das SG habe auf der Grundlage des schlüssigen Sachverständigengutachtens des Dr. K. sowie des neurologisch-psychiatrischen Gutachtens von Dr. P. zutreffend dargelegt, dass die anzuerkennenden Arbeitsunfallfolgen keine MdE rentenberechtigenden Grades bedingen. Diese MdE-Einschätzung stimme mit der Literatur überein. Die bereits im MRT vom 29.09.2010 sichtbaren Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten des 4./5. bis 6./7. Halswirbelkörpers seien unzweifelhaft als unfallunabhängig anzusehen. Etwaige HWS-Beschwerden stünden nicht im Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Unfall. Sie hat Zwischenberichte von Prof. Dr. M. vom 12.11.2015, 05.07.2016, 15.05.2016 und 17.05.2017 vorgelegt.

Mit gerichtlicher Verfügung vom 01.07.2020 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in Betracht gezogen und den Beteiligten hierzu Gelegenheit zur Äußerung gegeben werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

II.

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist statthaft und auch im Übrigen zulässig. Berufungsausschließungsgründe gemäß [§ 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegen nicht vor. Der Senat entscheidet nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#), weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Zustimmung der Beteiligten ist nicht erforderlich.

Die Berufung ist nicht begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 28.08.2010.

Gegenstand des Rechtsmittelverfahrens ist das Urteil des SG vom 28.04.2015, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, § 56 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter Abänderung des Bescheides vom 09.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09.2014 die Verpflichtung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente als Folge des Arbeitsunfalls vom 28.08.2010 wegen sämtlicher Unfallfolgen nach einer MdE von wenigstens 20 v.H. begehrt hat, abgewiesen worden ist.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#). Nach [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, an dem der Anspruch auf Verletzengeld endet. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Zu den versicherten Tätigkeiten zählt gemäß [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Unfälle sind hierbei zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder dem Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Wesentlich für den Begriff des Unfalls sind ein ("äußeres") Ereignis als Ursache und eine Körperschädigung als Wirkung. Die Körperschädigung kann verursacht sein durch körperlich gegenständliche Einwirkungen, aber auch durch geistig-seelische Einwirkungen in einem eng begrenzten Zeitraum (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 02.02.1999 - [B 2 U 6/98 R](#) -, Juris).

Zwischen den Beteiligten ist insoweit unstrittig und auch für den Senat nicht zweifelhaft, dass sich der Kläger am 28.08.2010 in Ausübung seiner Beschäftigung bei der Firma Taxi Lutz als Taxifahrer bei einem Verkehrsunfall jedenfalls Verletzungen am rechten Kniegelenk zugezogen hat (vgl. nur Durchgangsarztbericht von Dr. W. vom 30.08.2010). Das Vorliegen eines Arbeitsunfalls hat die Beklagte jedenfalls konkludent auch mit dem angefochtenen Bescheid anerkannt.

Der Kläger bezog wegen der (unfallchirurgischen) Folgen dieses Unfalls Verletzengeld, welches über die AOK - Die Gesundheitskasse Bodensee-Oberschwaben bis zur Aufhebung durch die Beklagte mit Bescheid vom 20.02.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides 21.06.2012 zum 24.02.2012 ausgezahlt wurde. Für die Prüfung des begehrten Anspruchs auf Verletztenrente ist somit die Höhe der MdE ab dem 25.02.2012 Zeitpunkt streitig.

Die bei dem Kläger zu diesem Zeitpunkt und später vorliegenden Gesundheitsstörungen, die im hier streitgegenständlichen Bescheid nicht explizit festgestellt wurden, sondern nur zur Begründung herangezogen wurden, rechtfertigen jedoch keine MdE in rentenberechtigendem Grad, wie das SG zu Recht festgestellt hat.

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. Um das Vorliegen einer MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die diese gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18.01.2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, Juris). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis (BSG, Urteil vom 22.06.2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, Juris). Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat. Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein. Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kann (BSG, Urteil vom 30.04.1985 - [2 RU 43/84](#) -, Juris). Dagegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung, sogenannte haftungsbegründende Kausalität, sowie zwischen der Einwirkung und der Erkrankung, sogenannte haftungsausfüllende Kausalität, eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, Urteil vom 18.01.2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, Juris). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dann anzunehmen, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (BSG, Urteil vom 18.01.2011, [a. a. O.](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem

Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte ableitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen somit zu Lasten des jeweiligen Klägers (BSG, Urteil vom 27.06.1991 - [2 RU 31/90](#) -, Juris).

Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst die Verursachung der weiteren Schädigung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne voraus. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig (äquivalent). Alle festgestellten anderen Bedingungen, die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden (BSG, Urteil vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, Juris).

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-)verursacht hat. Wesentlich ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden nach der in der Rechtsprechung gebräuchlichen Formel, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, Juris).

Gesundheitserstschaden im Sinne des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist grundsätzlich jeder regelwidrige körperliche, geistige oder seelische Zustand, der unmittelbar durch die (von außen kommende, zeitlich begrenzte) Einwirkung rechtlich wesentlich verursacht wurde, die selbst rechtlich wesentlich durch die Verrichtung der versicherten Tätigkeit verursacht wurde. Von diesem zum Tatbestand des Versicherungsfalles gehörenden Primärschaden sind diejenigen Gesundheitsschäden zu unterscheiden, die rechtlich wesentlich erst durch den Erstschaden verursacht (unmittelbare Unfallfolge) oder der versicherten Tätigkeit aufgrund der Spezialvorschrift des [§ 11 SGB VII](#) als Versicherungsfall (mittelbare Unfallfolge) zuzurechnen sind (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, Juris).

Gesundheitserstschäden in o.g. Sinn lagen und liegen insoweit im Bereich des rechten Kniegelenks vor, deren Folgen jedoch für die streitige Zeit ab 25.02.2012 keine rentenberechtigende Erwerbsminderung mehr bedingen. Dies entnimmt der Senat, wie schon das SG, im Wesentlichen dem Gutachten von Dr. K. vom 19.02.2014, das hier im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden konnte, sowie den Gutachten von Prof. Dr. M. vom 24.11.2011 und 15.03.2013 und den nachfolgenden Zwischenberichten, der Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. W. sowie den Berichten des D-Arzt Dr. W ... Der Kläger hat sich mit der hierfür erforderlichen Wahrscheinlichkeit bei dem Streitgegenständlichen Unfallereignis eine laterale Tibiakopffraktur und einen Riss des vorderen Kreuzbandes rechts zugezogen, die am 31.08.2010 mittels einer osteosynthetischen Stabilisierung des Schienbeinkopfrisses rechts und einer Spongioplastik der lateralen Tibiakopffraktur sowie transossären Fixation des vorderen Kreuzbandes versorgt wurden. Am 16.09.2011 erfolgte die vollständige Entfernung des Osteosynthesematerials. Für einen Unfallzusammenhang, der zwischen den Beteiligten nicht streitig ist und von sämtlichen Gutachtern und Sachverständigen angenommen wird, spricht der unmittelbare zeitliche Zusammenhang mit dem Unfallereignis und der klinische Befund, der noch am Unfalltag erhoben wurde.

Die unfallbedingten Folgen am linken Kniegelenk rechtfertigen seit dem 25.02.2012 nicht die Annahme einer MdE um mehr als 10 v.H., wie das SG zutreffend ausgeführt hat.

Zum Zeitpunkt seiner Begutachtung beschreibt Dr. K. noch eine leichte Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks bezüglich der Beugung, eine leichtgradige anteromediale Instabilität des rechten Kniegelenks, die muskulär kompensierbar ist, eine Hypästhesie im Narbenbereich des rechten Schienbeinkopfes und radiologisch sichtbare Veränderungen (unter leichter Verbreiterung) und unter Verformung des seitlichen Schienbeinkopfes verheilte Schienbeinkopffraktur. Unter Zugrundelegung dieser Befunde ist die von Dr. K. unter Heranziehung der unfallmedizinischen Fachliteratur vorgenommene Bewertung der MdE für den Senat überzeugend. Dr. K. hat sich im Wesentlichen auf die Ausführungen in der Voraufgabe von Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit gestützt, aber auch nach der aktuellen Auflage (9. Aufl., 2017) ergibt sich keine andere Bewertung der MdE. Im Vordergrund der Bestimmung der MdE nach Unfallschäden im Bereich der Kniegelenke stehen die funktionellen Defizite, wohingegen dem radiologischen Befund nur eine nachrangige Bedeutung zukommt. Vorgeschlagen wird eine MdE um 20 v.H. erst ab einer Bewegungseinschränkung eines Kniegelenks (Streckung/Beugung) auf 0/0/80. Bei einer Bewegungseinschränkung auf 0/0/90, was eine MdE um 15 v.H. begründen würde, könnten die meisten beruflichen (auch körperlichen) Tätigkeiten noch ausgeführt werden. Eine Bewegungseinschränkung auf 0/0/120 rechtfertigt eine MdE um 10 v.H. Hinsichtlich einer Kniebandinstabilität wird zunächst danach unterschieden, ob sie muskulär kompensiert werden kann (MdE 10 v.H.) oder nicht kompensierbar ist (MdE 20 v.H.). Ist ständig eine Knieführungsschiene erforderlich, kann eine MdE von 30 v.H. angenommen werden, bei zusätzlichen wesentlichen Funktionseinschränkungen eine MdE von 40 v.H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 9. Aufl., 2017, Kap. 8.10, Seite 685 f.). Ausgehend von der durch Dr. K. gemessenen Beweglichkeit des Kniegelenks von 0/0/120 und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Instabilität muskulär kompensiert werden kann, ist dessen Einschätzung der MdE mit 10 v.H. auch zur Überzeugung des Senats angemessen. Anzeichen für eine aktivierte Arthrose, wie etwa in Form einer Rötung, Schwellung oder Ergussbildung fanden sich bei der Untersuchung durch Dr. K. nicht und auch bei der Auswertung der MRT-Aufnahmen vom 16.01.2014 stellte er lediglich leichte Unregelmäßigkeiten der Grenzlamelle sowie des Knorpelüberzuges mit Chondromalazie und kleinflächiger Chondropathie Grad II fest. Bei der Untersuchung zeigte sich auch keine schonungsbedingte Muskelatrophie des rechten Beines. Das rechte Bein wies vielmehr bei der Untersuchung durch Dr. K. 20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes ein Umfangplus von 0,5 cm auf; im Bereich des Unterschenkels fand sich keine Umfangdifferenz. Schon bei der Untersuchung durch Prof. Dr. M. am 15.03.2013 war eine schonungsbedingte Muskelatrophie nicht festzustellen. Es fand sich vielmehr im Bereich des Oberschenkels rechts ein Umfangplus von 1,0 cm. Dr. K. kommt für den Senat überzeugend daher zu der Einschätzung, dass die Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Kniegelenks nicht als schwerwiegend anzusehen sind. Eindeutige muskuläre Schonungszeichen sind nicht erkennbar. Zugleich weist Dr. K. überzeugend darauf hin, dass auch der im Kernspintomogramm vom 16.01.2014 geführte Nachweis eines intakten vorderen Kreuzbandes und eines intakten inneren und äußeren Seitenbandes die Einschätzung einer MdE mit 10 v.H. stützt. Der Senat konnte sich auch nicht davon überzeugen, dass für den hier streitigen Zeitraum vom 25.02.2012 bis zur Begutachtung durch Dr. K. eine höhere MdE als 10 v.H. anzunehmen wäre. Zwar betrug die Beweglichkeit bei der Untersuchung am 22.11.2011 0/0/90 und es lag eine Muskelverschmächtigung am Oberschenkel um 3 cm gegenüber der linken Seite vor, was hypothetisch die Annahme einer MdE von 20 v.H. gerechtfertigt hätte, bereits bei der Begutachtung am 15.03.2013 betrug die Beweglichkeit 0/0/100 und eine Muskelatrophie war, wie dargestellt nicht mehr feststellbar. Die von Dr. K. getroffene Einschätzung, wonach die MdE ab 25.02.2012 mit 10 v.H. zu bewerten ist, ist daher für den Senat überzeugend.

Der Senat konnte sich anhand der durch die Beklagte im Berufungsverfahren vorgelegten Zwischenberichte von Prof. Dr. M. nicht von einer späteren Verschlechterung überzeugen. Im Zwischenbericht vom 12.11.2015 wird die Funktion im rechten Kniegelenk mit 0/0/125 für Streckung/Beugung angegeben. Es war zwar ein mäßiges Reiben im Gelenk tastbar, die Röntgenuntersuchung zeigte aber nur geringe posttraumatische degenerative Veränderungen und eine unregelmäßige tibiale laterale Gelenkfläche bei ansonsten regelrechter Weite des Gelenkspalts. Bei der Untersuchung am 24.06.2016 war die Beweglichkeit mit 0/0/125 wiederum nur geringfügig eingeschränkt. Im Zwischenbericht vom 15.07.2016 über die Nachuntersuchung vom 14.07.2016 wird die Beweglichkeit mit 0/0/120 mit endgradig spannendem Anschlag angegeben. Weiter wird ausgeführt, dass das Knie von einem guten Muskelmantel (Oberschenkel, Unterschenkel) umgeben ist, das Knie war außerdem bandstabil und es war kein Gelenkerguss eruiert. Festsustellen war lediglich ein leichtes retropatellares Reiben ohne gravierende Schmerzäußerung des Klägers. Soweit Dr. B. in seinem Bericht vom 10.07.2017 die Funktion des rechten Kniegelenks mit 0/5/105 angibt, beschreibt er diese Funktionseinschränkung selbst als mäßig. Nach den dargestellten Kriterien der unfallmedizinischen Fachliteratur ist auch mit dieser Einschränkung keine MdE um 20 v.H. gerechtfertigt. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch Dr. B. die Seiten- und Kreuzbänder als stabil angesehen und lediglich ein leichtes Gelenkreiben und einen mäßigen Druckschmerz am medialen und lateralen Gelenkspalt beschrieben hat. Die durch ihn durchgeführte Röntgenaufnahme in zwei Ebenen zeigte keine mediale Gonarthrose sowie eine mäßige laterale Arthrose. Eine höhere MdE als 10 v.H. ist daher für die Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Kniegelenks nicht gerechtfertigt.

Weitere Einschränkungen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet, die eine MdE rechtfertigen könnten, liegen nicht vor.

Soweit der Kläger unter Restbeschwerden im linken Kniegelenk nach einem Riss des vorderen Kreuzbandes links und stattgehabter vorderer Kreuzbandplastik leidet, sind diese Beschwerden unfallunabhängig zu sehen. Die Entfernung der "Schraube am linken Knie" erfolgte zwar am 16.09.2011 in Verbindung mit der Entfernung des Osteosynthesematerials am rechten Knie, die Ersatzplastik wurde aber nach anamnestic Angaben des Klägers im Jahr 2001/2002 eingesetzt, so dass die hiermit verbundenen Beschwerden nicht auf das hier streitgegenständliche Unfallereignis zurückgeführt werden können.

Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass die Bandscheibenprotrusionen C4-6 Folge des hier streitgegenständlichen Unfallereignisses sind. Dr. B. hat insoweit die MRT-Untersuchungen vom 17.07.2012 und 08.06.2017 ausgewertet, in denen die Diagnose einer Bandscheibenprotrusion des Segment C4/5 betreffend gestellt wurde. Dr. B. selbst hat nicht die Einschätzung vertreten, dass diese Schädigung auf das Unfallereignis zurückzuführen ist, vielmehr zur Klärung ein radiologisches Zusatzgutachten als erforderlich angesehen. Der Senat hält eine weitere Aufklärung insoweit allerdings nicht für geboten. Der Kläger hat sich zwar multiple Schnittwunden im Gesicht und eine Nasenbeinfraktur bei dem Unfallereignis zugezogen, die folgenlos ausgeheilt sind, eine Schädigung der Halswirbelsäule ist allerdings nicht dokumentiert. Bei der Erstuntersuchung durch den Durchgangsarzt Dr. W. fand sich zwar ein leichter Druckschmerz über dem dritten Halswirbelkörper, Extension/Flexion/Rotation der Halswirbelsäule waren aber schmerzfrei möglich. Zeitnah zum Unfallereignis wurde am 29.09.2010 eine Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule durch Dr. S. durchgeführt. Hierbei konnten weder ein Knochenmarködem, ein Knochenbruch oder eine ligamentäre Verletzung erhoben werden. Dr. S. hat den Befund als diskrete teils exzentrische Bandscheibenprotrusion in den Segmenten HWK 4/5 und HWK 6/7 interpretiert, keine relevante spinale bzw. foraminale Enge feststellen und keinen eindeutigen Bandscheibenvorfall abgrenzen können. Dr. W. hat die Befunde dementsprechend in seinem Zwischenbericht vom 12.10.2010 dahingehend ausgewertet, dass bei der MRT-Abklärung keine Unfallfolgen festgestellt werden konnten, insbesondere keine spinale oder foraminale Einengung und keine Wirbelkörperfraktur. Die diskreten Bandscheibenprotrusionen im Bereich HWK 4/5 und HWK 6/7 hat er eindeutig als unfallunabhängig gewertet. Auch im Befund- und Entlassbericht der BG Unfallklinik T. vom 19.07.2011 wird ausgeführt, dass sich in einem durchgeführten MRT der Halswirbelsäule keine Traumafolgen zeigten. Prof. Dr. M. gibt sowohl im Gutachten vom 24.11.2011 als auch im Gutachten vom 15.03.2013 als unfallunabhängige krankhafte Veränderung eine Wirbelsäulenverletzung der Halswirbelsäule an. Es kann dahinstehen, ob, wie Prof. Dr. M. ausführt, die Gesundheitsstörungen im Bereich der Halswirbelsäule auf einen Verkehrsunfall 2004 zurückzuführen sind, da jedenfalls ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28.08.2010 nicht wahrscheinlich ist.

Weitere Einschränkungen auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet, die eine MdE rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Die mit den Schäden üblicherweise verbundenen Schmerzen oder subjektiven Beschwerden sind in den anerkannten MdE-Werten enthalten und können nur bei nachweisbaren Besonderheiten berücksichtigt werden, die sie objektivierbar machen, d. h. subjektive Angaben genügen nicht (Ricke, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, SGB VII, Stand: August 2019, § 56 Rdnr. 41). Subjektive Beschwerden sind mithin nur dann - zusätzlich - zu berücksichtigen, wenn sie zu objektivierbaren Funktionsdefiziten führen. Solche Umstände sind jedoch nicht erwiesen. Denn eine länger bestehende, relevante schmerzbedingte Minderbelastbarkeit führt im Bereich des Bewegungsapparates zu objektiven Zeichen der Schonung, die sich im Rahmen der klinischen Untersuchung und der Röntgenuntersuchung feststellen oder ausschließen lässt, z. B. eine Muskelminderung oder eine Kalksalzminderung (Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädische-unfallchirurgische Begutachtung, 1. Aufl. 2009, S. 21 f.). Solche Einschränkungen sind von den vorliegenden Gutachten aber nicht beschrieben worden.

Soweit Dr. S. im Rahmen einer Untersuchung vom 19.07.2012 den Befund einer Perforation des rechten Trommelfells gestellt und einen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vermutet hat, wurde dies durch die Stellungnahme von Dr. E., der unmittelbar nach dem Unfall und bei zwei weiteren Untersuchungen am 27.09.2010 und 18.10.2011 ein intaktes Trommelfell festgestellt hat, widerlegt.

Eine höhere MdE als 10 v.H. ist auch nicht aufgrund von Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet gerechtfertigt.

Dass das auf einer versicherten Tätigkeit beruhende Unfallgeschehen unmittelbar schädigend auf die seelische Gesundheit des Klägers eingewirkt haben könnte, ist nicht nachgewiesen. Der Senat konnte sich zunächst nicht davon überzeugen, dass bei dem Kläger eine PTBS in Folge des Unfalls eingetreten ist. Der durch die Rehakliniken B. S. und Bad S. dahingehend geäußerte Verdacht wurde durch die nachfolgenden Ermittlungen nicht bestätigt. Dr. P. konnte in seinem Gutachten vom 28.06.2013 die Diagnose nicht (mehr) stellen und hält sie auch aufgrund der durch die Rehakliniken geäußerten und festgestellten Symptome nachträglich für nicht sehr wahrscheinlich. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass im Aufnahmebericht der Rehakliniken S. der psychische Befund "ohne Auffälligkeiten" beschrieben wurde. Allerdings werden im Entlassungsbericht dann deutliche posttraumatische Stresssymptome, bei insgesamt aber ausgeglichener Stimmungslage angegeben. Prof. Dr. S. hat sich in seinem Gutachten 09.01.2015 ausführlich mit der Frage des Vorliegens einer PTBS auseinandergesetzt. Demnach setzt eine PTBS immer voraus, dass es zu unwillkürlichen, belastenden Wiedererinnerungen an das Unfallereignis in Form von Erinnerungsattacken (Flash-Backs, Alpträumen etc.) kommt. Solche Wiedererinnerungen wurden durch den

Kläger grundsätzlich ausgeschlossen, da er überhaupt keine Erinnerung an das Schädigungsereignis hat. Bereits aus diesem Grund scheidet nach Auffassung von Prof. Dr. S. eine PTBS schon von vornherein aus. Gegen die psychopathologische Fehlentwicklung nach dem Schädigungsereignis einschließlich des Vermeidens von PKW-Fahrten bei Nacht konnte der Kläger im Rahmen eines Expositionstrainings angehen. Es wurde ein begleitetes Fahren im Rahmen der KSR-Maßnahme durch die BG Unfallklinik T. zur Bewältigung der Angst vor PKW-Fahrten, insbesondere bei Dunkelheit durchgeführt, was durch den Kläger als sehr hilfreich zum Abbau der Unsicherheit beim Autofahren empfunden wurde (vgl. Befund- und Entlassbericht vom 19.07.2011). Prof. Dr. S. weist daher zutreffend darauf hin, dass ein traumaspezifisches Vermeidungsverhalten nicht mehr zu eruieren war. Einen durch das Unfallgeschehen verursachten Gesundheitserstschaden auf psychiatrischem Fachgebiet vermag der Senat im Anschluss an das Gutachten von Dr. P. daher nicht festzustellen. Es kann im Ergebnis dahinstehen, ob sich bei dem Kläger, wie Dr. Dipl.-Psych. K. ausführt und es auch Dr. P. grundsätzlich für nachvollziehbar hält, in unmittelbarer Folge des Unfallereignisses eine Anpassungsstörung (Dr. Dipl.-Psych. K.: mit Angst und depressiver Störung, gemischt) entwickelt hat, da diese jedenfalls im hier maßgeblichen Zeitraum keine MdE mehr begründet hat. Dr. P. hat bereits zum Zeitpunkt seiner Begutachtung am 28.06.2013 keine dauerhafte Störung auf seinem Fachgebiet mehr feststellen können. Bereits in seinem psychischen Befundbericht vom 18.05.2011 hat Dr. Dipl.-Psych. K. ausgeführt, eine angemessene Verarbeitung des Unfalls und der Unfallfolgen sei erfolgt, weshalb eine weitere Behandlung nicht erforderlich sei. Diese Einschätzung ist auch aufgrund des von ihm mitgeteilten Befunds nachvollziehbar. Demnach war der Kläger bewusstseinsklar, es gab keine Hinweise auf inhaltliche oder formale Denkstörungen, affektiv wirkte der Kläger ausgeglichen bis leicht herabgestimmt, die Situationseinschätzung war angemessen, Mimik und Gestik adäquat. Auch Prof. Dr. S. hält es für eher wahrscheinlich, dass anfangs (d.h. nach dem Unfall) noch stärkergradige Beeinträchtigungen vorgelegen haben, etwa in Bezug auf die artikulierten Ängste in Bezug auf PKW-Fahrten in Dunkelheit. Diese haben sich aber auch nach seiner Einschätzung, teils auch unter spezifischer Behandlung bereits im Jahr 2011 zurückgebildet. Ausgehend von der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 9. Aufl., Seite 170 ff.) ist bei Anpassungsstörungen bei einer stärkergradigen sozial-kommunikativen Beeinträchtigung, zusätzlich zur psychisch-emotionalen Störung, wie Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung oder Rückzug oder bei Angst und depressiver Störung, gemischt mit entsprechendem Störungsbild eine MdE bis 20 v.H. gerechtfertigt. Unter Zugrundelegung der durch Dr. P. und Dr. Dipl.-Psych. K. mitgeteilten Befunde wäre – eine psychiatrische Unfallfolge unterstellt – auch insoweit jedenfalls keine rentenberechtigende MdE anzunehmen. Auch nach der Einschätzung von Prof. Dr. S. handelt es sich bei der bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörung um relativ leichte Symptomausprägungen. Es kann daher dahinstehen, ob das Unfallgeschehen als solches zur der durch Prof. Dr. S. diagnostizierten Angst und depressiven Störung, gemischt, geführt hat, oder die durch den Unfall veränderten Rahmenbedingungen. Prof. Dr. S. nimmt hinsichtlich der Ursächlichkeit ein multifaktorielles Geschehen an, wobei unfallbedingte belastende Faktoren einerseits, dann aber vor allem die langfristigen und schwelenden rechtlichen Auseinandersetzungen andererseits als Anknüpfungspunkt für eine intrapsychische Fehlverarbeitung zu berücksichtigen sind. Eine bloße Möglichkeit der Verursachung reicht auch bei Fehlen von Konkurrenzursachen nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2015 - [B 2 U 11/14 R](#) -, Juris).

Von einer höheren MdE als 10 v.H. konnte sich daher auch der Senat nicht überzeugen. Nachdem ein Stützrentenatbestand im Sinne des [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) nicht vorliegt, hat die Beklagte zu Recht die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt. Die Entscheidung des SG erweist sich deshalb als rechtmäßig, weswegen die Berufung zurückzuweisen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt das Unterliegen des Klägers auch im Berufungsverfahren.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-11-27