L 3 U 265/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 25 U 596/07
Datum
17.08.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 265/09
Datum
12.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. August 2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen soweit die Beklagte wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 zur Gewährung einer Verletztenrente für die Zeit vom 01. Oktober 2000 bis zum 11. Oktober 2005, einer Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 30 v.H. für die Zeit ab dem 12. Oktober 2005 bis zum 19. März 2007 und einer Verletztenrente von mehr als 40 v.H. für die Zeit vom 20. März 2007 bis zum 21. Februar 2008 verurteilt worden ist. Im Übrigen wird die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Beklagte hat 3/4 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das gesamte Streitverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist Beginn und Höhe der wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 von der Beklagten an die Klägerin zu zahlenden Verletztenrente.

Die 1970 geborene Klägerin absolvierte von 1991 bis 1993 erfolgreich eine Ausbildung zu Krankengymnastin. Während ihrer Ausbildung an der Krankengymnastikschule am W erlitt sie am 01. Juli 1991 einen Arbeitsunfall, als sie sich bei einer Übung einen Muskelfaserriss im Bereich der Adduktoren des rechten Oberschenkels zuzog. Wegen der Folgen gewährte die Beklagte ihr für die Zeit vom 02. Juli 1991 bis zum 31. März 1992 eine Verletztenrente (Bescheid vom 12. Juli 1995). Ab dem 02. Mai 1995 war die Klägerin als Krankengymnastin mit einer Arbeitszeit von 20 Stunden wöchentlich beschäftigt, vgl. Arbeitsvertrag mit dem Krankengymnastischen/Physiotherapeutischen Zentrum M F vom 10. April 1995. Sie stürzte am 25. Juli 1997 auf dem Weg zu einem Hausbesuch mit dem Fahrrad und zog sich eine Verletzung ihres linken Knies zu, vgl. Unfallschilderung nebst von der Klägerin ausgefülltem Fragebogen vom 30. Juli 1998. Die Klägerin ließ sich nach ihren Angaben wegen der durch den Unfall verursachten Beschwerden zunächst von einem Kollegen behandeln und arbeitete weiter. Wegen zunehmender Beschwerden im Herbst 1997 und Auftreten von Einklemmungserscheinungen begab sie sich in ärztliche Behandlung; Arbeitsunfähigkeit bestand ab dem 24. November 1997. Die Beklagte erkannte das Ereignis als Arbeitsunfall an. Es stellte sich ein komplizierter Heilungsverlauf ein mit heftigen Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und mit zahlreichen operativen Behandlungen des linken Kniegelenks: Arthroskopien durch den behandelnden Orthopäden Dr. V am 02. Dezember 1997 (mediale Meniskushinterhornresektion, Knorpelshaving) und 25. Februar 1998 (Plica mediopatellaris Resektion), das M Krankenhaus am 18. Dezember 1998 (Plica mediopatellaris Resektion, Knorpelglättung), Dr. M (M) am 16. März 1999 (Ausschneidung von Verwachsungen, Knorpelglättung, partielle Synovektomie einer Zotte) und 26. August 1999 (Lösung der Patellarsehne) sowie durch die Hstiftung (H) am 12. April 2000 (Entfernung des fibrotischen Hoffa’schen Fettkörpers etc.).

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. D vom 23. August 2000, der den Beginn einer Arbeits- und Belastungserprobung innerhalb von 4 Wochen empfahl, leitete die Beklagte das für eine Rentenfeststellung erforderliche Begutachtungsverfahren ein, vgl. Schreiben zur Gutachterauswahl vom 30. August 2000.

Am 08. September 2000 stellte sich die Klägerin in der Hstiftung vor und berichtete über Einklemmungserscheinungen, die beim Übergang von der Beugung zur Streckung aufträten. Auch ein rundes Gangbild käme nur bei bewusster und kräftiger Aktivierung des Quadrizeps zustande. Bei der klinischen Untersuchung ergaben sich eine freie Beweglichkeit des Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 5/0/140°, ein unregelmäßiges leichtes Blockieren, wie das Schnappen eines Narbenstranges, sonographisch ein geringes Narbengewebe, ein noch relativer Patellatiefstand bei erheblicher Besserung der Mobilität der Patella und einer kräftigen Oberschenkelmuskulatur beidseits ohne Verkürzung. Die verordnete Physiotherapie sollte noch bis zum 30. September 2000 fortgesetzt werden, Arbeitsfähigkeit bestehe ab dem 01. Oktober 2000, vgl. etwa Berichte vom 12. und 18. September 2000.

Die Klägerin begab sich daher auf Arbeitssuche und nahm am 16. Oktober 2000 eine zunächst bis zum 31. Dezember 2000 befristete Beschäftigung als Physiotherapeutin mit 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit in der Krankengymnastikpraxis B P auf, die im Januar 2001 fortgesetzt wurde, vgl. Arbeitsvertrag vom 16. Oktober 2000, Auszug aus dem Arbeitsvertrag nebst Ergänzung vom 16. Januar 2001, Arbeitszeugnis vom 11. März 2002 sowie Entgeltabrechnungen für die Zeit von Oktober 2000 bis April 2001.

Die Beklagte zahlte Verletztengeld bis zum 15. Oktober 2000.

In der Folgezeit beklagte die Klägerin wiederholt eine Zunahme der Schmerzen ("mehrmals täglich ohnmächtig vor Schmerzen") bei verweigerter Rezeptierung hochpotenter Schmerzmittel durch die behandelnden Ärzte sowie "permanenten" Einklemmungen und Gelenkblockierungen nebst Zunahme des Streckdefizites und später vertrat sie die Auffassung, nie arbeitsfähig geworden zu sein, vgl. Schreiben vom 09. und 22. Oktober, 23. November 2000 (sei körperlich nicht arbeitsfähig), 22. Januar 2001 (Stehen und jegliche Art von Fortbewegung sei so gut wie unmöglich. Die Gehstrecke betrage an Krücken einbeinig keine 50 m), 13. Februar 2001 (sie besorge sich Schmerzmittel auf Privatrezept), 03. April 2001 (sei inzwischen hochdosiert auf Morphinpräparate angewiesen um wenigstens stundenweise arbeiten zu gehen).

Bei ihrer Vorstellung am 30. Oktober 2000 bei Dr. M berichtete die Klägerin, dass sie ihre tägliche Arbeit nur unter massiven Schmerzen und Einnahme von Analgetika verrichten könne und eine anhaltende Bewegungseinschränkung und ein Schnapp-Phänomen am linken Kniegelenk bei endgradiger Streckung bestehe. Dr. M empfahl eine baldige Vorstellung in der Hstiftung vgl. Bericht vom 31. Oktober 2000. Diese erfolgte am 19. Januar 2001, wo bei Untersuchung des linken Knies ein Streckdefizit von 7°, welches die Klägerin nach Aufforderung beseitigen konnte, eine Beugung bis 120°, ein Patellaverschiebeschmerz, ein positives Zohlen-Zeichen, eine ubiquitäre Krepitation sowie eine im Vergleich zur Gegenseite nur geringgradig reduzierte Oberschenkelmuskulatur links befundet wurde, vgl. Bericht der Hstiftung vom 02. Februar 2001. Weiter heißt es in dem Bericht, die Klägerin mache widersprüchliche Angaben bzgl. Schmerzsymptomatik und Nachbehandlung. Sie gebe an, zurzeit arbeitslos zu sein, dann aber eine Nebenbeschäftigung mit 10 Stunden wöchentlich auszuüben. Deswegen sei keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Die Klägerin habe berichtet, invalide zu sein, keine Treppen laufen, kein Fahrrad fahren und keine Krankengymnastik durchführen zu können, was im Hinblick auf die ausgeübte Beschäftigung nicht nachvollziehbar sei. Auch habe die Klägerin das Krankenhaus mit dem Fahrrad verlassen. Rezeptiert worden sei Tilidin, ein betäubungsmittelpflichtiges Morphiumderivat sei von ihnen abgelehnt worden.

Am Abend des 22. April 2001 (Sonntag) stellte sich die Klägerin im M L Krankenhaus vor und berichtete, am Morgen des Tages im S Operationszentrum nach zwei oder drei Punktionsversuchen einen PDA-Verweilkatheter zur Schmerztherapie gelegt bekommen zu haben. Gegen Abend habe sie einen Druckschmerz im Bereich der Punktionsstelle sowie motorische Störungen verspürt. Bei der Aufnahme fand sich eine leicht gerötete Einstichstelle L3/L4 bei sonst unauffälligem neurologischem Befund. Die noch am selben Abend durchgeführte Spiral-CT-Untersuchung der LWS zeigte eine vollständige Luxation des PDA-Katheters. Die Klägerin wurde am 23. April 2001 nach vollständiger Entfernung des Katheters mit noch leicht druckschmerzhafter Einstichstelle entlassen, vgl. Bericht vom 26. April 2001. Hierzu gab die Klägerin in einem Schreiben vom 16. Juli 2002 an, am 23. April 2001 gegen 10:30 Uhr entlassen worden zu sein und nachmittags noch gearbeitet zu haben.

Die Klägerin stellte sich am 30. April 2001 bei Dr. M vor und klagte über äußerst starke Schmerzen mit "3-4mal täglicher Ohnmacht" und Blockaden des Kniegelenks, die sie nur mit äußerster Kraftanstrengung und unter größten Schmerzen lösen könne. Dr. M befundete einen geringfügigen Erguss, eine passive Beweglichkeit bei Streckung/Beugung von 5/0/135°, eine aktive Streckung nur bis 20° mit fühlbarem Schnapp-Phänomen bei Unterstützung einer weiteren Streckung sowie eine deutlich reduzierte Patella-Mobilität. Wenngleich eine psychische Überlagerung der Beschwerden nicht ganz auszuschließen sei, müsse dennoch von einem entsprechenden morphologischen Korrelat ausgegangen werden. Er diagnostizierte ein infrapatellares Kontraktursyndrom durch neuerliche Narbenbildung und stellte Arbeitsunfähigkeit fest, vgl. Bericht vom 04. Mai 2001.

Es folgten nun weitere operative Eingriffe am linken Kniegelenk der Klägerin, und zwar durch Dr. M am 10. Juli 2001 (Arthrolyse) und Dr. E (S) am 05. November 2001 (Lösung von ausgeprägten Vernarbungen, Resektion Innenmeniskus) und am 04. Dezember 2001 (Narkosemobilisation). Zudem erfolgte am 15. November 2001 ein Eingriff in der Leiste wegen eines Abzesses nach Legung eines Femoralisschmerzkatheters.

Zwischenzeitlich nahm die Beklagte nach dem Ende der 6wöchigen Lohnfortzahlung am 11. Juni 2001 die Zahlung von Verletztengeld auf. Das Beschäftigungsverhältnis der Klägerin in der Praxis P endete am 31. Dezember 2001.

Am 08. März 2002 erstellte der von der Klägerin als Gutachter ausgewählte Dr. H im Auftrag der Beklagten ein unfallchirurgisches Erstes Rentengutachten nach Untersuchung der Klägerin am 07. März 2002. Dr. H stellte bei der Klägerin als Unfallfolgen fest: 1. Infrapatellares Kontraktursyndrom linkes Kniegelenk mit Tiefertreten. der Patella und verminderter Patellabeweglichkeit. 2. Aktive Streck- und Beugehemmung mit unphysiologischem Gangbild. 3. Deutliche Muskel- und Kraftminderung linkes Bein. 4. Teilreseziertes Innenmeniskus-Hinterhorn, Knorpelschaden medialer Femurkondylus sowie retropatellar. 5. Narbenbildung linkes Kniegelenk mit Sensibilitätsstörung, Narbenbildung linke Leiste. 6. Wiederholte Blockierungen linkes Kniegelenk. Unfallfremde Erkrankungen ließen sich nach seiner Auffassung nicht feststellen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) schätzte er für die Zeit ab dem 01. Oktober 2000 bis zum 19. April 2001 mit 20 v.H. ein. Danach bestünde Arbeitsunfähigkeit. Zurzeit betrage die MdE ebenfalls 20 v.H.

Dr. W (Charité), bei dem die Klägerin sich am 28. März, 11. und 18. April 2002 vorstellte, diagnostizierte ein massives infrapatellares Kontraktursyndrom. Er wies darauf hin, dass ein eindeutiges Korrelat für das Beschwerdebild der Klägerin vorliege und bei retrospektiver Analyse der Vorgeschichte niemals Arbeitsfähigkeit bestanden habe, vgl. Bericht vom 08. Mai 2002. Auch der beratende Arzt der Beklagten Dr. D vertrat die Auffassung, die Klägerin sei in der Zeit vom 01. Oktober 2000 bis zum 19. April 2001 nicht arbeitsfähig gewesen, vgl. Stellungnahme vom 02. Juli 2002. Die Klägerin schilderte in ihrem Schreiben vom 16. Juli 2002, dass sie Patienten nicht habe im Stehen behandeln können und Hausbesuche möglichst auf andere Kollegen delegiert habe. Familienangehörige hätten sie regelmäßig zur Arbeit gefahren und abgeholt, Kurzstrecken habe sie überwiegend einbeinig mit dem Fahrrad bewältigt. Ihrer Arbeitgeberin habe sie den wahren Gesundheitszustand verschwiegen und sich einen PDA-Katheter legen lassen, den sie alle drei Stunden heimlich auf der Toilette mit Schmerzmitteln nachgefüllt habe. Sie sei sicherlich nicht arbeitsfähig gewesen. Es habe sich von Oktober 2000 bis April 2001 um einen

gescheiterten Arbeitsversuch gehandelt.

Die Klägerin reichte u.a. das Arbeitszeugnis vom 11. März 2002 zur Verwaltungsakte, in dem Frau P bescheinigte, dass die Klägerin in der Zeit vom 16. Oktober 2000 bis zum 31. Dezember 2001 die Tätigkeit einer Physiotherapeutin/Krankengymnastin in der vollen Bandbreite unter Einschluss von Hausbesuchen ausgeübt habe.

Die Beklagte wies mit Schreiben vom 15. August 2002 die Krankenkasse der Klägerin an, rückwirkend ab Oktober 2000 Verletztengeld unter Anrechnung des von Oktober 2000 bis April 2001 erzielten Verdienstes an die Klägerin zu zahlen, da durchgehend Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine Durchschrift ging an die Klägerin. Eine Umsetzung erfolgte erst im Jahr 2006, als die Krankenkasse eine Neufeststellung des Verletztengeldanspruches für die gesamte Dauer vom 01. Dezember 1997 durchgehend bis zum 11. Oktober 2005 vornahm, wobei wegen der Erzielung von Arbeitseinkommen im Zeitraum von Oktober 2000 bis Juni 2001 nur ein Differenzbetrag zur Auszahlung an die Klägerin gelangte, vgl. Aufstellung der K vom 30. November 2006.

Wegen der fortbestehenden Beschwerden folgten weitere operative Eingriffe am linken Kniegelenk der Klägerin, und zwar durch Dr. W bzw. Dr. S (Charité) am 21. Oktober 2003 (arthroskopische Arthrolyse), 27. Januar 2004 (diagnostische Arthroskopie, offene Tenolyse und Anlegung eines Fixateur externe zur Patellarsehnendistraktion links), 15. April 2004 (Entfernung Fixateur externe) und 08. September 2004 (Lösung von Vernarbungen an der Pinstelle, Tenolyse der Patellarsehne, Resektion des Innenmeniskusvorderhorns) sowie durch die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik (BG-Klinik) M am 11. Februar 2005 (arthroskopische Arthrolyse, Refixation und Plastik am Kapselbandapparat), vgl. Berichte von Dr. W bzw. Dr. Schmeling vom 24. Februar 2004 (infrapatellares Kontraktursyndrom bei mehrfachen Voroperationen, V. a. somatoforme Schmerzstörung), 11. November 2004 (Arthrofibrose bei infrapatellarem Kontraktursyndrom) und 26. Januar 2005 (V. a. auf funktionelle Blockaden bei Zustand nach operativen Interventionen im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung etc., intraoperativ zeige sich immer ein freibewegliches Kniegelenk und kein morphologisches Korrelat für geklagte Blockaden, voraussichtliche MdE 20 v.H.) und der BG-Klinik M vom 21. Februar 2005 (infrapatellares Kontraktursyndrom, Kapseldefekt, multiple Verwachsungen) und 24. Juni 2005 (keine medizinische Notwendigkeit für Benutzung von Unterarmgehstützen; intraartikulär keine überzeugende Ursachen für die beklagten Blockierungsphänomene).

Bei einer neurologischen Untersuchung der Klägerin am 23. November 2004 durch Dr. B ergab sich der Eindruck einer partiellen Peronaeusparese links, die sich jedoch in der elektrodiagnostischen Untersuchung nicht bestätigen ließ. Dr. B kam zu dem Ergebnis, dass kein bleibender Schaden am linken N. peronaeus communis und N. suralis vorliege, vgl. Bericht vom 30. November 2004.

Zwischenzeitlich gewährte die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) der Klägerin wiederholt eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung ab dem 01. März 2003, nachdem sie u.a. Gutachten vom Neurologen und Psychiater Dr. C vom 02. Oktober 2002 ("Bei der Untersuchung fielen eher narzißtisch, anankastische Persönlichkeitszüge auf, anhand dessen von einer Persönlichkeitsstörung zu sprechen, aber nicht möglich sei. Hierfür spreche auch nicht der bisherige Werdegang und die psychiatrische Vorgeschichte"; Ergebnis: uneingeschränkte Einsatzfähigkeit nach neurologisch-psychiatrischen Kriterien) sowie von den Orthopäden Dr. R vom 02. Oktober 2002, Dr. Z vom 13. August 2003 und Dr. M vom 16. August 2005 eingeholt hatte.

Die Beklagte stellte das Verletztengeld mit Bescheid vom 07. Oktober 2005 zum 11. Oktober 2005 ein. Im anschließenden Klage- und Berufungsverfahren L 3 U 78/12 (vgl. Urteil des Senats vom 14. März 2013) wurde die Einstellung des Verletztengelds letztlich bestätigt.

Am 14. November 2005 stellte sich die Klägerin in der Hstiftung vor, wo keine Indikation zu einer erneuten operativen Intervention oder Umstellungsosteotomie gesehen wurde, vgl. Bericht vom 15. November 2005 (Diagnose: rezidivierende Streckdefizite im linken Kniegelenk; Befund: Streckung/Beugung 0/20/90° bei reizlosem und bandstabilem Kniegelenk, deutliche Patella baja).

Am 02. Juni 2006 erstellte der von der Klägerin als Gutachter ausgewählte Chirurg und Unfallchirurg Dr. E im Auftrag der Beklagten ein Erstes Rentengutachten nach Untersuchung der Klägerin am 02. Februar 2006. Dr. E stellte bei der Klägerin als Unfallfolgen fest: 1. Ausgeprägte Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes. 2. Patellatiefstand links bei kapsulärem Kontraktursyndrom. 3. Hyperkompressionssyndrom des medialen Kompartimentes des linken Kniegelenkes. 4. Massive Muskelatrophie des linken Oberschenkels. 5. Beugekontraktur des linken Hüftgelenkes. 6. Z. n. Innenmeniskushinterhornresektion links. 7. Z.n. zahlreichen Operationen mit daraus resultierenden Narben, insbesondere narbige Einziehungen der verwachsenen Pin- Eintrittsstellen nach Fixateurbehandlung ... Als unfallfremde Erkrankungen bezeichnete er den Z.n. Muskelfaserriss Innenseite rechter Oberschenkel (1991), den Z.n. mehrfachen Augenoperationen und eine Neurodermitis. Die MdE schätzte er für die Zeit ab dem 25. Juli 1997 bis zum 07. Mai 2002 mit 20 v.H. und vom 08. Mai 2002 fortlaufend mit 30 v.H. ein. Dr. E befundete eine deutliche Verschmächtigung von Hüftbeugern und Kniestreckern links (maximale Umfangsminderung des linken Beines im Vergleich zu rechts am Oberschenkel von 8 cm, am Unterschenkel von 3,5 cm), eine Beugekontraktur im linken Hüftgelenk mit Streckhemmung, eine Kniestreckung/- beugung links von 0/30/100°. Ohne Gehstützen werde das linke Bein von der Klägerin steifgehalten und nicht belastet. Beim Gehen an Gehstützen werde der Fuß zwar vollständig aufgesetzt, jedoch nur teilbelastet und nicht regelrecht abgerollt.

Die Beklagte gewährte der Klägerin im Anschluss an die Einstellung des Verletztengelds wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 mit Bescheid vom 07. Juli 2006 ab dem 12. Oktober 2005 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie an: ausgeprägte Bewegungseinschränkung des Kniegelenks, Patellatiefstand bei kapsulärem Kontraktursyndrom, Hyperkompressionssyndrom des medialen Kompartiments des Kniegelenks, massive Muskelverschmächtigung des Oberschenkels, narbige Einziehungen am Knie und Beugekontraktur des Hüftgelenks nach Distorsionstrauma des linken Kniegelenks mit Innenmeniskushinterhornverletzung links.

Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch vom 04. August 2006 begehrte die Klägerin unter Anerkennung weiterer Unfallfolgen bzw. einer Verschlechterung der Beweglichkeit des linken Kniegelenks nach der Untersuchung durch Dr. E eine höhere Verletztenrente. Auch müsse die Rente bereits im Oktober 2000 beginnen, da nach dem Gutachten schon damals eine MdE von 20 v.H. vorgelegen habe. Zudem machte sie unter Einreichung von Unterlagen zur beruflichen Aus- und Fortbildung eine Erhöhung der Verletztenrente wegen besonderer beruflicher Betroffenheit nach § 56 Abs. 2 S. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) und wegen Vorliegens von unfallbedingter Arbeitslosigkeit nach § 58 SGB VII geltend.

Mit Bescheid vom 14. Februar 2007 lehnte die Beklagte eine Erhöhung der Verletztenrente wegen Arbeitslosigkeit ab, da die Voraussetzungen nach § 58 SGB VII wegen des Bezugs von weiterem Erwerbsersatzeinkommen nicht vorlägen. Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 03. März 2007 ebenfalls Widerspruch.

Der Orthopäde Dr. Z erstellte für die Rechtsnachfolgerin der BfA, die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), am 27. Januar 2007 nach ambulanter Untersuchung der Klägerin am 16. Januar 2007 ein fachorthopädisches Gutachten. Er führte aus, ein Gangbild im eigentlichen Sinne sei nicht festzustellen. Im Stehen, welches praktisch ausschließlich auf dem rechten Bein erfolge, zeige sich naturgemäß durch ein fixiert angebeugtes Kniegelenk ein unsicherer Stand mit unharmonischem Gefüge der Lendenwirbelsäule (LWS). Er befundete u.a. eine Kniestreckung/-beugung links von 0/20/90°, eine tiefstehende Kniescheibe, welche mit der Unterlage nicht verschieblich sei und sich auch bei Quadrizepsanspannung nicht wesentlich verändere, eine deutliche Vergröberung des linken Knies, ausreichend kräftige Fuß- und Großzehenheber beidseits, diffuse Missempfindungen und Herabsetzung der Oberflächenempfindsamkeit im Bereich des linken Beines unterhalb des Knies, reduzierter Umfang und Kraftentwicklung des linken Quadrizepsmuskels. Die Wegefähigkeit sei – bei erheblicher Gehbehinderung und praktischer Angewiesenheit auf einen Rollstuhl - nicht gegeben.

Im Auftrag der Beklagten erstellte Dr. H am 20. März 2007 ein sog. Zweites Rentengutachten nach Untersuchung der Klägerin vom 09. März 2007. Die Klägerin gab hierbei an, seit Verlängerung der Patellarsehne keine muskuläre Kontrolle über das Kniegelenk mehr zu haben, unter ständigen Einklemmungen mit erheblichen Streckdefiziten und Schmerzen zu leiden, sich nur auf 2 Gehstützen bzw. mit dem Rollstuhl fortbewegen zu können. Dr. H stellte bei der Klägerin als Unfallfolgen fest: 1. Hochgradige Bewegungseinschränkung linkes Kniegelenk. 2. Infrapatellares Kontraktursyndrom linkes Kniegelenk. 3. Erhebliche Muskel- und Kraftminderung linkes Bein. 4. Narbenbildung linkes Kniegelenk 5. Leichte Streckhemmung rechte Hüfte durch Schonhaltung bedingt. 6. Unphysiologisches Gangbild, teilweise unter Benutzung eines Rollstuhles, teilweise mit Gehstützen.

Im Vergleich zur Vorbegutachtung durch Dr. E sei es in der Beweglichkeit zu einer Verschlechterung gekommen. Durch das langjährige Krankheitsbild sei es zu erheblichen Problemen im psychischen Bereich gekommen. Offensichtlich sei die Knieerkrankung zum einzigen Lebensinhalt der Klägerin geworden. Die MdE schätzte er nun mit 40 v. H. ein. Dr. H befundete eine erhebliche Verschmächtigung der Beinmuskulatur links (maximale Umfangsminderung im Vergleich zu rechts am Oberschenkel von 8 cm, am Unterschenkel von 3 cm), eine Streckhemmung des linken Hüftgelenkes, eine erhebliche Einschränkung der Streckfähigkeit des linken Kniegelenks von 80° aktiv bzw. 50° passiv unter Beschwerden (Streckung/Beugung links von 0/50/100°), eine Fixierung der Patella links in alle Richtungen mit nur minimaler Beweglichkeit. Ohne Gehstützen werde ein Einbandstand demonstriert. Mit Stützen wirke das Gangbild flüssig, wobei das linke Bein aufgrund der Streckhemmung in keiner Phase aufgesetzt werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24. Mai 2007 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 14. Februar 2007 zurück, da die Klägerin seit dem März 2003 durchgehend einen Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung habe und somit in den ersten 2 Jahren nach Beginn der Verletztenrente nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung gestanden habe (§ 58 SGB VII).

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 24. Mai 2007 gab die Beklagte dem Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 07. Juli 2006 teilweise statt und erkannte als weitere Unfallfolgen an: Knorpelschäden II. Grades im Bereich der medialen Oberschenkelrolle und des medialen Schienbeinkopfes, die Retropatellararthrose, die deutlich eingeschränkte Patellamobilität, eine erhebliche Muskelverschmächtigung des Unterschenkels sowie die Resektion des Innenmeniskushinterhorns. Im Übrigen wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ein früherer Rentenbeginn komme nicht in Betracht, da bis zum 11. Oktober 2005 durchgehend Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Dem stehe die im Oktober 2000 aufgenommene Teilzeitbeschäftigung nicht entgegen. Werde trotz fehlender Arbeitsfähigkeit eine Tätigkeit aufgenommen und alsbald wieder aufgegeben, so sei von durchgehender Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wenn bei rückwirkender, objektiver Betrachtung feststehe, dass der Versicherte bei Aufnahme der Arbeit zu ihrer Verrichtung nicht fähig gewesen sei und diese nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes habe verrichten können. Dies sei hier nach den zeitnahen Beschwerdeschilderungen der Klägerin der Fall, zumal die Klägerin nicht in der Lage gewesen sei, ihrer zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Tätigkeit als Physiotherapeutin im gleichen Umfang nachzugehen. Ein Rentenbeginn ab dem Unfalltag komme nicht in Betracht, da allein die vorliegende und im Dezember 1997 zur Operation führende Innenmeniskusverletzung noch keine messbare MdE bedinge, zumal die Klägerin nach dem Unfall weiter gearbeitet habe und sich erst viel später vermehrt Beschwerden eingestellt hätten. Eine besondere berufliche Betroffenheit liege nach dem Werdegang der Klägerin ebenfalls nicht vor. Diese habe die Tätigkeit als Physiotherapeutin nach erfolgreicher Ausbildung nur knapp 4 Jahre lang ausgeübt. Auch rage die Klägerin mit ihren beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten nach den vorgelegten Unterlagen über Zusatzqualifikationen nicht aus denen ihrer Berufsgruppe heraus, da die Mehrzahl der Physiotherapeuten über diese Kenntnisse verfüge. Die festgestellten Einschränkungen des Kniegelenks rechtfertigten nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten noch keine höhere MdE als 30 v.H.

Die Klägerin hat mit der am 15. Juni 2007 beim SG Berlin erhobenen Klage ihr Begehren auf Zahlung einer höheren Verletztenrente unter Anerkennung weiterer Unfallfolgen sowie eines Rentenbeginns bereits im Oktober 2000 weiterverfolgt. Ihre erheblichen belastungsunabhängigen Dauerschmerzen, die funktionelle Beinlängendifferenz und der Beckenschiefstand mit der kompensatorischen Skoliose der Wirbelsäule seien nicht berücksichtigt worden. Aufgrund der Unfallfolgen sei sie voll erwerbsgemindert. Zudem liege eine besondere berufliche Betroffenheit aufgrund ihrer erworbenen Zusatzqualifikationen vor. Eine durchgängige Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden. Im September 2000 sei ihr Arbeitsfähigkeit bescheinigt und im Oktober 2000 sei das bg-liche Heilverfahren beendet worden. Berufshelferische Maßnahmen seien nicht für nötig erachtet worden. Sie habe im Oktober 2000 eine Tätigkeit als Physiotherapeutin im gleichen zeitlichen Umfang wie zur Zeit des Unfalles aufgenommen. Die Beklagte habe sie als arbeitsfähig erachtet und auch im April 2001 noch kein Verletztengeld gezahlt. Auch das sie am 23. April 2001 entlassende Krankenhaus habe keine Indikation dafür gesehen, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. Dies sei erst durch Dr. M geschehen, mit der Diagnose Rediziv eines infrapatellaren Kontraktursyndroms im linken Kniegelenk, was eindeutig eine Wiedererkrankung darstelle. Sie hat u.a. eine Kopie des Arbeitsvertrages vom 10. April 1995 sowie Kopien ärztlicher Verordnungen über Schmerzmittel (DHC 60 Mundipharma Ret 50 Stück: 4 x in der Zeit von Juni bis September 1998, Durogesic 25 5 Membranpflaster vom 16. Oktober 2001, Oxygesic 10 mg und Sevredol 10 am 26. Februar 2001, Oxygesic 20 mg am 30. September 2002, Durogesic 25 Pflaster am 03. April 2002 und 3 Rezeptierungen aus dem Jahr 2009) zur Gerichtsakte gereicht.

Zwischenzeitlich erstattete der Orthopäde Dr. W in einem von der Klägerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls von 1991 geführten

Rechtsstreit beim SG B (S 25 U 762/06) am 01. November 2007 ein Sachverständigengutachten nach Untersuchung der Klägerin vom gleichen Tage. Die Klägerin berichtete hierbei über zunehmende Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter nach einem Überfall. Sie bekomme Durogesic-Pflaster von Patienten geschickt, würde eigentlich nur noch liegen und täglich 10-12 Stunden schlafen. Dr. W stellte als gesundheitliche Störungen bei der Klägerin fest: 1. Arthrofibrose linkes Kniegelenk bei Z.n. mehrfachen Operationen. 2. Beginnende Hüftbeugekontraktur beidseits. 3. Körperfehlstatik bei relativer Beinlängendifferenz linksseitig und Beugekontraktur linkes Kniegelenk. Er kam zu dem Ergebnis, dass die Folgen des Unfalls von 1991 folgenlos ausgeheilt seien. Ein persistierender funktionslimitierender Unfallschaden aus dem Ereignis von 1991 habe zum Zeitpunkt der zweiten Verletzung 1997 nicht mehr vorgelegen. Dr. W führte u. a. aus, bei der Untersuchung sei kurzfristig ein Stehen an zwei Unterarmgehstützen mit gestrecktem linken Fuß möglich gewesen, wobei der Vorfuß den Fußboden erreicht habe und aktiv eine Beckenausgradung und Stabilisierung der unteren Wirbelsäule erreicht worden sei. Tastbare Myogelosen hätten sich im Bereich der gesamten Wirbelsäule nicht gefunden. Die Wirbelsäule sei normal entfaltbar gewesen. Er befundete eine maximale Umfangsminderung des linken Beines im Bereich des Oberschenkels von 5,5 cm und des Unterschenkels von 1 cm im Vergleich zu rechts. Die Muskulatur des rechten Beines sei nicht atroph, sondern wirke insbesondere am Oberschenkel kraftvoll. Von einem langjährigen Mindergebrauch könne nicht ausgegangen werden. Die Narben am linken Kniegelenk/Bein seien reizfrei verheilt. Eine Hypästhesie finde sich nur an der wenige Zentimeter langen medial gelegenen Operationsnarbe sowie unterhalb einer alten Fixateurnarbe an der Unterschenkelaußenseite bis etwa zur Höhe des Außenknöchels. Im Liegen sei das linke Knie auf 70° angewinkelt worden, passiv habe eine Streckung/Beugung von 0/30/110° erreicht werden können, wobei deutliche muskuläre Widerstände aufgebaut worden seien. Durch Einsatz von PIR-Techniken habe die aktive Beweglichkeit verbessert werden können. Demzufolge entspreche die tatsächliche Gelenkkontraktur nicht den aktiv vorgetragenen Bewegungsdefiziten.

Im vorliegenden Verfahren hat der Orthopäde Dr. E im Auftrag des SG am 15. April 2008 ein Sachverständigengutachten nach Untersuchung der Klägerin am 12. März 2008 erstellt. Dr. E ist zu dem Ergebnis gelangt, bei der Klägerin seien folgende Gesundheitsstörungen auf den Unfall vom 25. Juli 1997 zurückzuführen: 1. Hochgradige Bewegungseinschränkung linkes Kniegelenk. 2. Infrapatellares Kontraktursyndrom linkes Kniegelenk mit Tiefertreten der Patella und verminderter Patellabeweglichkeit. 3. Zustand nach Innenmeniskusentfernung, Knorpelschaden medialer Femurcondylus sowie retropatellar. 4. Erhebliche Muskel- und Kraftminderung linkes Bein. 5. Narbenbildung linkes Knie und Narbenbildung linke Leiste mit Sensibilitätsstörung. 6. Leichte Streckhemmung linke Hüfte, durch Schonhaltung bedingt. 7. Unphysiologisches Gangbild, teilweise unter Benutzung eines Rollstuhles, teilweise mit Gehstützen. 8. Außergewöhnliches chronisches Schmerzsyndrom mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel.

Ein vorbestehendes Knieleiden sei auszuschließen, ebenso eine psychische Erkrankung als unfallfremde Ursache. Als Komplikation des operativ behandelten unfallbedingten Meniskusrisses habe sich eine sehr schmerzhafte Beugekontraktur, die diverse arthroskopische Operationen ausgelöst habe, die jedoch nicht zu einer Verbesserung, sondern eher zu einer Verschlechterung geführt hätten, entwickelt. Als Folge bestehe nunmehr eine erhebliche Streck- und Beugekontraktur des linken Kniegelenks mit einer relativen Beinlängendifferenz von 10 cm. Die Klägerin erreiche mit dem linken Fuß nur unter massiver Beckenabkippung mit den Zehenspitzen den Fußboden. Sekundär habe sich eine leichte Beugekontraktur im linken Hüftgelenk entwickelt. Durch die haltungsbedingte Beckenabkippung komme es zu einer Verstärkung der anlagebedingten geringen Rotationsskoliose und damit zu einer schmerzhaften Muskeldysbalance der Rückenstreckmuskulatur. Funktional sei die aktuelle Kontraktur des linken Beines einer Unterschenkelamputierten gleichzusetzen, die nicht in der Lage sei, eine Prothese zu tragen. Die Klägerin sei auf die Benutzung von Unterarmgehstützen oder auf einen Rollstuhl angewiesen. Es werde angeraten, eine Versteifungsoperation des Kniegelenks durchführen zu lassen mit dem Ziel, ein schmerzfrei normal belastbares Bein zu erhalten. Die im ersten Rentengutachten von Juni 2006 festgestellte MdE sei ab Mai 2002 jeweils um 10 v.H. wegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel – Opioide - zu erhöhen und betrage vom 25. Juli 1997 bis Mai 2002 20 v.H., danach bis März 2007 40 v.H. und ab März 2007 50 v.H. Dr. E hat u.a. ausgeführt, die Klägerin habe über permanente Knieschmerzen links und Kreuzschmerzen sowie eine Schmerzbehandlung durch Kollegen mit Opioiden (Durogesic 25, Dipidolor, Dolantin) berichtet. Als Untersuchungsbefund hat er festgehalten: Das linke Bein sei innenrotiert, das Becken 2 cm abgekippt und das linke Knie werde in 65° Beugung und die linke Hüfte in 50° Beugung gehalten. Es bestehe links eine relative Beinlängendifferenz von 8 cm. Die Klägerin berühre nur mit der linken Zehenspitze den Brettchenausgleich von 8 cm. Es bestehe eine mäßig verspannte Rückenstreckmuskulatur bei uneingeschränkter Funktion der Wirbelsäule und der oberen Extremitäten. Es bestehe eine maximale Minderung des Muskelumfangs links im Oberschenkel von 3,5 cm und im Unterschenkel von 2 cm. Beim linken Kniegelenk habe sich eine Beweglichkeit bei Streckung/Beugung aktiv 0/70/105° bzw. passiv 0/60/110° bei insgesamt schmerzhafter Funktion ergeben. Die linke Kniescheibe stehe einen Querfinger tiefer als die rechte. Beide Füße seien im Sinne eines geringen Senk-Spreizfußes verändert mit Schwielenbildung unter den Mittelfußköpfchen II beidseits. Es bestehe eine Störung der Oberflächensensibilität im Sinne einer Hypästhesie an der linken Leiste handbreit über der 3 cm langen Narbe. Des Weiteren bestünden Gefühlsstörungen im Verlauf des N. peronaeus. Es werde eine Anästhesie außen im linken Kniescheibenbereich angegeben, sowie eine Hypästhesie im Bereich des linken Unterschenkels, der linken Fußaußenseite und im Bereich der Zehen IV und V links. Es finde sich kein Hinweis auf eine Lähmung der entsprechenden Kennmuskeln der einzelnen Beinnerven. Das Ligamentum patellae stellte sich deutlich verdickt dar und sei druckschmerzhaft. Ebenso der Ansatz der Tuberositas tibiae.

Die Beklagte hat u. a. Kritik hinsichtlich der Bewertung der MdE durch den Sachverständigen geäußert. Sie hat im Detail die zu ihren Lasten erfolgten Schmerzmittelverordnungen dargelegt (Schriftsatz vom 11. Juli 2008) und ausgeführt, lediglich bei den Medikamenten Valoron, Tilidin-Ratio und Durogesic handele es sich um sehr starke und opioidhaltige Schmerzmittel. Diese seien im Laufe der mittlerweile über 10jährigen Behandlung insgesamt 9 Mal zu ihren Lasten verordnet worden, zuletzt am 22. Februar 2005. Dr. E habe sich im Wesentlichen auf die Angaben der Klägerin, sich regelmäßig über Jahre hochpotente Schmerzmittel (Opioide) illegal durch Patienten sowie im Gesundheitswesen tätige Freunde und Bekannte besorgt zu haben, leiten lassen. Diese Angaben seien nicht glaubhaft.

Das SG hat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. E vom 27. Januar 2009 eingeholt. Hinsichtlich der fraglichen Arbeitsunfähigkeit in dem Zeitraum von Oktober 2000 bis April 2001 hat er ausgeführt, nach dem Vorstellungsbefund vom 30. Oktober 2000 hätte jeder behandelnde Arzt aus medizinischer Sicht der Klägerin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Seiner Ansicht nach sei das Vorliegen eines außerordentlichen chronischen Schmerzsyndroms bei der Klägerin ab Mai 2002 durch deren Angaben über die Einnahme von opioidhaltigen Schmerzmitteln belegt. Dies werde auch durch die Aufstellungen der Beklagten zum Schmerzmittelverbrauch im Einzelnen gestützt. Darüber hinaus sei ein erheblicher Schmerzmittelverbrauch bei der vorliegenden und objektivierten Erkrankung – Arthrofibrose des Kniegelenks – absolut plausibel. Insoweit erscheine eine Begutachtung der Klägerin auf neurologisch-schmerztherapeutischem Gebiet nicht erforderlich.

Auf Anforderung des SG hat die ab 2006 für die Klägerin zuständige Krankenkasse G unter dem 25. März 2009 die bei ihr vorliegenden Schmerzmittelverordnungen (Ibuprofen 400 50 Stück vom 02. Dezember 2008, Durogesic 25 Plaster vom 21. Juli 2008, 22. Februar 2008, Ibuprofen 600 vom 02. April 2007, Telfast 180mg vom 13. Juni 2006 und 18. Mai 2006) vorgelegt. Die bis Dezember 2005 zuständige Krankenkasse K hat die von 1996 bis 2005 von Apotheken bei ihr abgerechneten Verordnungen (14. Februar 2002, 12. März 2002 und 07. April 2003: Novaminsulfon, 28. Januar 2003: Durogesic 25 Membranpflaster) mitgeteilt, vgl. Auskunft vom 22. April 2009.

Entsprechend dem von der Klägerin auf Vorschlag des SG gestellten Klageantrags hat das SG durch Urteil vom 17. August 2009 die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 07. Juli 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 24. Mai 2007 verurteilt, der Klägerin aufgrund des Versicherungsfalls vom 25. Juli 1997 eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. in der Zeit vom 01. Oktober 2000 bis zum 07. Mai 2002, 40 v. H. in der Zeit vom 08. Mai 2002 bis zum 28. Februar 2007 und 50 v. H. für die Zeit ab dem 01. März 2007 zu gewähren, und festgestellt, dass neben den in den angefochtenen Bescheiden genannten Gesundheitsschäden, die bei der Klägerin bestehenden Gefühlsstörungen im Verlauf der N. peronaeus sowie das außergewöhnliche, chronische Schmerzsyndrom mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel Folgen des Versicherungsfalls vom 25. Juli 1997 sind. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es sich bzgl. des Umfangs der Unfallfolgen und der Höhe der daraus resultierenden MdE auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. E gestützt. Es hat ausgeführt, dass Dr. E mit seinen Ausführungen und erhobenen Befunden im Wesentlichen im Einklang mit denjenigen des Vorgutachters Dr. H im Gutachten vom 20. März 2007 stehe, der jedoch das von Dr. E diagnostizierte außergewöhnliche chronische Schmerzsyndrom nicht in seine Bewertung der MdE habe einfließen lassen. Das Vorliegen eines außergewöhnlichen chronischen Schmerzsyndroms mit der Notwendigkeit der Einnahme von hochpotenten Schmerzmitteln sehe die Kammer durch den Umstand gestützt, dass die Klägerin nach den vorliegenden Unterlagen in dem streitgegenständlichen Leistungszeitraum wiederholt hochwirksame und opioidhaltige Schmerzmittel – Tilidin, Valoron und Durogesic – verordnet bekommen habe, daneben auch weniger intensive Schmerzpräparate wie Ibuprofen und Novamin. Es bestünden auch keine Bedenken, dass Dr. E seinem Gutachten die subjektiven Angaben der Klägerin zugrunde gelegt habe. So sei nicht ersichtlich, aus welchen Gründen sich die Klägerin selbst der Wahrheit zuwider einer strafbaren Handlung bezichtigen sollte. Die Kammer hege auch keine Zweifel daran, dass das diagnostizierte Schmerzsyndrom Folge des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls sei. Der Sachverständige habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine psychische Erkrankung bei der Klägerin auszuschließen und der streitgegenständliche Unfall die wesentliche Ursache für das chronische Schmerzsyndrom sei. Bereits bei der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung der Klägerin im September 2002 durch Dr. C hätten sich keine Anhaltspunkte für eine psychiatrisch relevante Persönlichkeitsstörung ergeben. Anhaltspunkte für eine weitere Erhöhung der MdE-Sätze unter dem Gesichtspunkt einer besonderen beruflichen Betroffenheit der Klägerin ergäben sich nicht. Insoweit werde auf die zutreffenden Darstellungen der Beklagten in den Entscheidungsgründen der angefochtenen Bescheide Bezug genommen. Zudem gehe die Kammer davon aus, dass seit dem 01. Oktober 2000 eine Arbeitsunfähigkeit der Klägerin nicht mehr bestanden habe, so dass eine solche einem Anspruch auf Zahlung von Verletztenrente nicht entgegen stehen könne. Schließlich habe die Klägerin in dem Zeitraum vom 01. Oktober 2000 bis zum 30. April 2001 eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Dies sei auch durch die Vorlage der Abrechnungen der Brutto-Netto-Bezüge während ihrer Tätigkeit als Physiotherapeutin in der Praxis B P nachgewiesen. Zudem sei der Klägerin Arbeitsfähigkeit von der Hstiftung bescheinigt worden. Unerheblich sei, ob und ggf. in welchen Zeiträumen die Beklagte der Klägerin Verletztengeld erbracht habe. Ggf. sei es Aufgabe der Beklagten, eine zu Unrecht erfolgte Zahlung von Verletztengeld nunmehr rückabzuwickeln.

Gegen das ihr am 24. August 2009 zugestellte Urteil richtet sich die Beklagte mit ihrer am 08. September 2009 beim Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegten Berufung. Entgegen der Auffassung des SG seien für die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit die objektiven Befunde und ihre Auswirkungen auf das körperliche Leistungsvermögen maßgebend. Eine Abschlussmitteilung mit Angaben zur Einschätzung von Arbeitsfähigkeit stelle ein frei zu würdigendes Beweismittel dar und binde den Sozialleistungsträger nicht. Auch nach Berücksichtigung der Einschätzung von Dr. W sowie von Dr. E sei, gerade wenn man das Schreiben von Herrn Dr. M vom 30. Oktober 2000 würdige, eindeutig nicht von Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auszugehen. Auch habe die Klägerin während des gesamten Beschäftigungsverhältnisses maximal knapp unter 22 Stunden wöchentlich gearbeitet und habe damit zu keinem Zeitpunkt den wöchentlichen Arbeitsumfang erreicht, den sie in der unfallbringenden Tätigkeit verrichtet habe. Auch habe sie ihre Tätigkeit nicht mehr am 01. Oktober, sondern erst am 16. Oktober 2000 in der Praxis P aufgenommen. Gehe man davon aus, dass Arbeitsfähigkeit zum 01. Oktober 2000 eingetreten sei, dann könne keinesfalls eine Erhöhung der MdE ab dem 08. Mai 2002 vorgenommen werden, da ab dem 30. April 2001 erneut Arbeitsunfähigkeit mit einem Verletztengeldanspruch bestanden habe. Die Rente dürfe aber wegen § 74 Abs. 2 SGB VII nicht für die Zeit neu festgestellt werden, in der Verletztengeld zu zahlen sei oder ein Anspruch auf ein solches wegen Bezugs von Einkommen nicht bestehe. Daher könne schon aus diesem Grunde vom 01. Oktober 2000 bis zum 11. Oktober 2005 nur eine Rente nach einer MdE von 20 v. H. gezahlt werden. Auch im Hinblick auf die schmerztherapeutische MdE-Einschätzung und die neurologische Beurteilung stütze sich das SG ausschließlich auf das Gutachten von Dr. E, der nur Arzt für Orthopädie sei. Da der zu beurteilende Sachverhalt wesentlich von einem schmerztherapeutischen und neurologischen Beschwerdebild geprägt sei, sei eine entsprechende Abklärung durch Sachverständige unumgänglich. Weder sei geklärt, dass die Klägerin tatsächlich auf die regelmäßig Einnahme von hochpotenten Schmerzmitteln/Opiaten angewiesen sei, noch dass sie diese Medikamente tatsächlich regelmäßig einnehme, und wenn ja, ob dies tatsächlich wegen der Unfallfolgen oder beispielsweise wegen einer somatoformen Störung notwendig sei. Unerklärlich seien auch die erheblichen Diskrepanzen in den Funktions- und Umfangsmessungen im Laufe der Jahre. So sei bis zur Begutachtung von Herrn Dr. E im Februar 2006 niemals ein Streckdefizit von mehr als 20° festgestellt worden. Die Muskelminderung am Oberschenkel habe zwischen 5 bis 8 cm je Messpunkt betragen. Bei der Rentenbegutachtung durch Dr. H im März 2007 habe sich die Einschränkung der Streckfähigkeit auf 50° bei gleicher Muskelminderung verschlechtert und Dr. E habe eine weitere Zunahme in der Einschränkung festgestellt, wobei die Muskelumfangsdifferenz nur noch maximal 3 cm betragen habe. Eine derartige Zunahme des Streckdefizits in nur 2,5 Jahren bei gleichzeitiger Zunahme der Muskulatur sei nicht plausibel und bedürfe in Folge dessen einer weiteren Klärung. Die Beklagte hat einen vollständigen Bericht über die neurologische Untersuchung durch Dr. B vom 30. November 2004 in Kopie vorgelegt.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 22. Januar 2010 der Klägerin in Ausführung des angefochtenen Urteils vorläufig bis zu einer endgültigen Entscheidung über die Berufung ab dem 01. September 2009 eine Rente nach einer MdE in Höhe von 50 v. H. unter Berücksichtigung der bereits ausgezahlten Rentenleistungen gewährt.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 17. August 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise, eine Begutachtung auf schmerztherapeutischem Gebiet durchzuführen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und hat einen für die DRV erstellten ärztlichen Befund des sie seit dem 22. Februar 2008 behandelnden Orthopäden R vom Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S vom 19. Januar 2011 (Diagnosen: Schwere Arthrofibrose linkes Knie mit infrapatellärem Kontraktursyndrom, Chondromalazie III°, Varusdeformität linkes Knie, Skoliose, chronischer Schmerzpatient; Befund: chronische Beugekontraktur von 60° linkes Knie, Fuß-Boden-Kontakt nicht möglich, massive Muskelatrophie linkes Bein, aufgehobene Kniegelenksfunktion links, Fortbewegung nur an zwei Unterarmgehstützen möglich) sowie eine Verordnung über Durogesic 25 Pflaster vom 26. Mai 2014 vorgelegt. Die Klägerin weist darauf hin, dass in der Praxis die Fachärztin für Anästhesie und Schmerztherapie Dr. R-F als Schmerztherapeutin tätig sei.

Der Orthopäde R hat in dem vom Senat angeforderten Befundbericht vom 24. Mai 2012 nebst Ergänzung vom 14. Juni 2012 als Diagnosen gestellt: generalisierte Arthrofibrose mit infrapatellärem Kontraktursyndrom, Patella baja, Chondromalazie drittgradig, Varusdeformität linkes Kniegelenk, chronische Schmerzpatientin, Hüftbeugekontraktur, LWS/BWS-Skoliose. Er hat ausgeführt, bei der Klägerin bestehe ein praktisch komplett eingesteiftes linkes Kniegelenk in ca. 60° Flexionsstellung. Die Klägerin werde in quartalweisen Abständen behandelt. Seit der Erstkonsultation 2008 sei von Seiten des Kniegelenks keine Befundänderung mehr eingetreten. Lediglich die fortschreitende Kniegelenksarthrose und Varusdeformität sowie die Kontrakturen in den Hüftgelenken nähmen zu. Neu hinzugekommen seien überlastungsabhängige Schäden an Hand- und Schultergelenken beidseits durch das Laufen an Unterarmgehstützen. Die Klägerin sei in schmerztherapeutischer Behandlung. Ihr werde ein Durogesic SMAT-Pflaster 25, Wechsel alle 72 Stunden, verschrieben. Bei ihr bestehe eine massive Muskelatrophie des linken Beines und eine kompensatorische Wirbelsäulenskoliose sowie ein praktisch aufgehobenes Geh- und Stehvermögen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 23. Oktober 2013 eine gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage des nicht zu ihr in einem Beratungsarztverhältnis stehenden Facharztes für Anästhesiologie und spezielle Schmerztherapie Dr. B vom 13. Oktober 2013 und Kopien der ihm zur Verfügung gestellten medizinischen Unterlagen zur Akte gereicht. Sie hat vertreten, dass nach Einschätzung von Dr. B keine außergewöhnlichen Schmerzen bei der Klägerin festzustellen seien.

Der Senat hat mit Beweisanordnung vom 06. Mai 2014 den Facharzt für Chirurgie und Orthopädie – Spezielle Schmerztherapie – Dr. T mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt.

Mit Schreiben vom 20. Mai und 01. Juni 2014 hat die Klägerin eine Verwendung der Stellungnahme von Dr. B gerügt, da es sich um ein ausführliches Gutachten handele und gegen den Datenschutz verstoße. Sie habe bereits im Jahr 2011 gegenüber der Beklagten der Weitergabe ihrer Sozialdaten gem. § 76 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) widersprochen. Die Dr. B überlassenen Unterlagen seien von der Beklagten keinesfalls durchgehend anonymisiert worden, wie sich z. B. auf Seite 6 von 16 im Gutachten von Dr. Z für die DRV vom Januar 2007 zeige, wo ihr vollständiger Vor- und Nachname erscheine. Des Weiteren hat sie Dr. T wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt und erklärt, sich von diesem nicht begutachten zu lassen. Im Übrigen sei am 12. Dezember 2006 noch eine operative Korrektur der lateralen Pinstellen am Unterschenkel vorgenommen worden. Sie hat ein Schreiben der Beklagten vom 27. Oktober 2011 zur Akte gereicht, worin ihr der Eingang ihres mit Schreiben vom 18. Oktober 2011 erklärten Widerrufs aller erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen bestätigt und die Beachtung des Widerspruches gegen die Weitergabe von Sozialdaten nach § 76 SGB X mit sofortige Wirkung zugesichert wird.

Mit Beschlüssen vom 22. Juli 2014 hat der Senat durch die Vorsitzende das Gesuch der Klägerin, den Sachverständigen Dr. T wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen, zurückgewiesen und die Beweisanordnung vom 06. Mai 2014 aufgehoben.

Der Senat hat durch Beschluss der Vorsitzenden vom 04. Dezember 2014 die Entfernung der von der Beklagten eingereichten gutachterlichen Stellungnahme von Dr. B vom 13. November 2013 aus der Akte und Verbringung in einen verschlossenen Umschlag angeordnet, da die Stellungnahme unter Verstoß gegen Vorschriften zum Sozialdatenschutz nach § 67 ff. SGB X i. V. m. § 200 Abs. 2 SGB VII erstellt worden sei und somit einem Beweisverwertungsverbot unterliege (vgl. Bundessozialgericht (BSG) Urteile vom 05. Februar 2008, B 2 U 10/07 R und B 2 U 8/07 R, in juris).

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 21. Januar 2015 eine Stellungnahme des Facharztes für Neurologie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin – Spezielle Schmerztherapie – Dr. W vom 10. Januar 2015 sowie die Dr. W in vollständig anonymisierter Form überlassenen medizinischen Unterlagen betreffend die Klägerin (u.a. Befundbericht des Orthopäden R vom Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S vom 24. Mai 2012, ergänzende Anfrage der Beklagten an den Orthopäden R vom 13. September 2013 und dessen Auskunft vom 19. September 2013) zur Akte gereicht. Dr. W hat ausgeführt, mit der gutachterlichen Einschätzung von Dr. E bezogen auf das außergewöhnliche unfallbedingte Schmerzsyndrom und die resultierende MdE könne er nicht übereinstimmen. Es bleibe unklar, ob der Kollege die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" besitze. Eine explizite Anamnese dazu, was aktuell an Analgetika eingenommen werde, und ggf. eine serologische Überprüfung fehle. Ebenso fehle eine entsprechende Ermittlung von Anknüpfungstatbeständen und eine entsprechende Konsistenzprüfung hinsichtlich der Schmerzsymptomatik. Insbesondere bezüglich der pauschal rückwirkenden Erhöhung der MdE aufgrund der Schmerzen fehle eine Auseinandersetzung mit der Aktenlage, welche Analgetika verordnet und auch eingenommen worden seien. Es werde nicht darauf eingegangen, welche zusätzlichen funktionalen Einschränkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus der Schmerzsymptomatik resultierten. Auch könne aus den dargelegten Diskrepanzen nicht hinreichend kausal davon ausgegangen werden, dass die geklagten Schmerzen tatsächlich auf das Unfallereignis von 1997 zurückzuführen seien. Vielmehr bestehe der dringende Verdacht, dass die Beschwerdesymptomatik im Wesentlichen durch eine unfallunabhängige artifizielle Symptomatik verursacht werde. Die Gesamt-MdE werde weiterhin auf 30 v. H. geschätzt, vorbehaltlich der Ergebnisse einer entsprechenden nervenärztlichen und algesiologischen Begutachtung.

Die Klägerin hat im Termin zur mündlichen Verhandlung des Senats am 12. Februar 2015 vorgetragen, sie habe vom Inhalt der Stellungnahme des Dr. W und der ihm von der Beklagten zur Verfügung gestellten Unterlagen noch keine Kenntnis nehmen können, da die Unterlagen ihr bisher noch nicht vorlägen. Es sei zwar ein Paket bei einem Nachbarn im Nebengebäude abgegeben worden, jedoch sei es ihr nicht möglich, dieses persönlich im 3. Stock abzuholen, und die von ihr damit Beauftragten hätten den Nachbarn bisher nicht angetroffen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten (3 Bände nebst Beiheften) und der beigezogenen Verwaltungsakten (Bl. 1-2121) der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang teilweise begründet. Denn der Klägerin steht wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 weder ein Anspruch auf Verletztenrente für die Zeit vor dem 12. Oktober 2005 noch ein Anspruch auf Verletztenrente nach einer höheren MdE als 30 v.H. für die Zeit ab dem 12. Oktober 2005 bis zum 19. März 2007 und nach einer höheren MdE als 40 v.H. für die Zeit vom 20. März 2007 bis zum 21. Februar 2008 zu. Insoweit erweisen sich der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 07. Juli 2006 und der Widerspruchsbescheid vom 24. Mai 2007 als rechtmäßig mit der Folge, dass das Urteil des SG Berlin vom 17. August 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen ist. Im Übrigen ist die Berufung der Beklagten unbegründet, da der Klägerin ein Anspruch auf höhere Verletztenrente ab dem 20. März 2007 nach einer MdE von 40 v.H. und ab dem 22. Februar 2008 nach einer MdE von 50 v.H. zusteht. Insoweit ist die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Nach § 56 Abs. 1 S. 1 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. Nach § 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach § 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII sind die Folgen eines Versicherungsfalls nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

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 ist u.a. auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009, B 2 U 29/07 R, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a. a. O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, zitiert nach juris).

Unstreitig erlitt die Klägerin am 25. Juli 1997 einen Arbeitsunfall, als sie bei ihrer gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versicherten Tätigkeit als Krankengymnastin auf dem Weg zu einem Patienten mit dem Fahrrad stürzte und sich hierbei eine Meniskusverletzung am linken Kniegelenk zuzog, die mehrmals operativ behandelt werden musste. Der Arbeitsunfall führte auch zu den von der Beklagten im Bescheid vom 07. Juli 2006 sowie im Widerspruchsbescheid vom 24. Mai 2007 anerkannten Unfallfolgen sowie den vom SG im Urteil vom 17. August 2009 festgestellten weiteren Unfallspätfolgen.

Ein Anspruch auf Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 ist jedoch erst am 12. Oktober 2005 entstanden (dazu unter 1.), und zwar nach einer MdE von 30 v.H., ab dem 20. März 2007 nach einer MdE von 40 v.H. und ab dem 22. Februar 2008 nach einer MdE von 50 v.H. (dazu unter 2.).

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens (§ 128 Abs. 1 SGG). Der Senat stützt sich hierbei nicht nur auf das erstinstanzlich eingeholte Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. E vom 15. April 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 27. Januar 2009, soweit dessen Einschätzungen von den in den Akten enthaltenen objektivierbaren Befunden getragen werden, sondern auch auf die im Verwaltungsverfahren eingeholten orthopädisch-unfallchirurgischen Gutachten von Dr. E, Dr. H und Dr. W-R sowie die aus dem Rentenverfahren beigezogenen orthopädischen Gutachten von Dr. Zund Dr. M sowie das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. C, insbesondere die darin enthaltenen Untersuchungsbefunde.

1. Gemessen an den zuvor genannten Kriterien ergibt sich zur Überzeugung des Senats ein Anspruch auf Verletztenrente erst ab dem 12. Oktober 2005, da der Anspruch der Klägerin auf Verletztengeld gemäß § 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII am 11. Oktober 2005 endete, vgl. Urteil des Senats vom 14. März 2013 zum Aktenzeichen L 3 U 79/12.

Nach § 72 Abs. 1 Ziffer 1 SGB VII werden Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet. Gemäß § 45 Abs. 1 SG VII wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld etc. hatten. Das Verletztengeld wird gemäß § 46 Abs. 1 SGB VII von dem Tag gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, die den Versicherten an der Ausübung einer ganztätigen Erwerbstätigkeit hindert. Das Verletztengeld endet 1. mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Hinderung an einer ganztätigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme, 2. mit dem Tag, der dem Tag vorausgeht, an dem ein Anspruch auf Übergangsgeld entsteht (§ 46 Abs. 3 S. 1 SGB VII). Sofern mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen ist und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erbringen sind, endet das Verletztengeld 1. mit dem Tag an dem die Heilbehandlung soweit abgeschlossen ist, dass die Versicherten eine zumutbare, zur Verfügung stehende Berufs- oder Erwerbstätigkeit aufnehmen können, 2. mit Beginn der in § 50 Abs. 1 S. 1 des Fünften

Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) genannten Leistungen, es sei denn, dass diese Leistungen mit dem Versicherungsfall im Zusammenhang stehen, 3. im Übrigen mit Ablauf der 78. Woche, berechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung (§ 46 Abs. 3 SGB VII). Nach § 48 SGB VII gelten im Fall der Wiedererkrankung an den Folgen des Versicherungsfalls die §§ 45 bis 47 mit der Maßgabe entsprechend, dass anstelle des Zeitpunkts der ersten Arbeitsunfähigkeit auf den der Wiedererkrankung abgestellt wird.

Der Klägerin stand unstreitig wegen der vom 24. November 1997 bis zum 30. September 2000 aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 bestehenden Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Verletztengeld zu. Dieser endete jedoch, wie das SG im Ergebnis zu Recht ausgeführt hat, mit Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit am 01. Oktober 2000 gemäß § 46 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB VII (dazu unter a)). Jedoch bestand in der Zeit vom 01. Oktober 2000 bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (Wiedererkrankung i.S.v. § 48 SGB VII) am 30. April 2001 kein Anspruch auf Verletztenrente (dazu unter b))

a) Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls liegt anknüpfend an die Rechtsprechung zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn ein Versicherter aufgrund der Folgen des Versicherungsfalls nicht in der Lage ist, seine zuletzt (vor Eintritt des Versicherungsfalls) ausgeübte oder eine gleich oder ähnlich geartete Tätigkeit wegen Krankheit nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin, seinen Zustand zu verschlimmern, zu verrichten (vgl. BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007, B 2 U 31/06 R, in juris m.w.N.). Maßstab für die Beurteilung ist die zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls ausgeübte konkrete Tätigkeit. Gibt er nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit seine zuletzt ausgeübte Beschäftigung auf, sind nicht mehr die konkreten Verhältnisse der letzten Beschäftigung maßgeblich, sondern es ist nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen. Der Versicherte darf dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten "verwiesen" werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeit entsprechend der Funktion des Kranken- bzw. Verletztengeldes eng zu ziehen ist (vgl. BSG a.a.O.).

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der von dem Unfallversicherungsträger bzw. dem Gericht überprüft werden kann. Ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen haben lediglich die Bedeutung einer sachverständigen Stellungnahme, die den Unfallversicherungsträger bzw. das Gericht nicht binden (vgl. Nehls in Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch SGB VII, Stand Oktober 2014, § 46 Rn. 4). Dementsprechend endet das Verletztengeld nicht mit der ärztlichen Feststellung, dass keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt, sondern mit dem letzten Tag, an dem tatsächlich Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (vgl. Krasney in Becker/Burchardt/Krasney/Kruschinski, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), Kommentar, Stand Januar 2013, § 46 Rn. 19). Der Gesundheitszustand muss sich so gebessert haben, dass entweder die vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit verrichtete Tätigkeit wieder ausgeübt oder eine ähnlich geartete andere Tätigkeit verrichtet werden kann.

Gemessen an diesen Kriterien und den im Zeitraum von September 2000 bis April 2001 objektivierten medizinischen Befunden betreffend das verletzte linke Kniegelenk der Klägerin erweist sich die Einschätzung der die Klägerin zuletzt wegen der Unfallfolgen behandelnden Ärzte in der H, wonach Arbeitsfähigkeit ab dem 01. Oktober 2000 eingetreten ist (vgl. Bericht vom 12. September 2000 und Mitteilung vom 18. September 2000, Bl. 430 ff VA), als zutreffend.

Vorliegend ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung im Umfang von 20 Arbeitsstunden pro Woche zuletzt vor dem Arbeitsunfall ausgeübte Tätigkeit der Klägerin als Physiotherapeutin (Krankengymnastin) abzustellen. Bei der Tätigkeit als Physiotherapeutin (Krankengymnastin) handelt es sich in der Regel um mittelschwere körperliche Arbeit mit ständig wechselnden Anforderungen an den gesamten Stütz- und Bewegungsapparat. Die Arbeit wird in allen denkbaren Körperhaltungen, wie Stehen, Gehen, selten Sitzen, teilweise in Zwangshaltung (z. B. Haltungen wie Rumpfbeugen, Bücken, Hocken, Knien) ausgeführt. Sie erfordert eine normale Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit aller Gliedmaßen, Gelenke und der Wirbelsäule und die Fähigkeit zu beidhändigem Arbeiten (vgl. Berufsprofile für die arbeits- und sozialmedizinische Praxis, Systematisches Handbuch der Berufe, hrsg. von BW Bildung und Wissen 1997, S. 1030).

Eine solche Tätigkeit hat die Klägerin aber in der Zeit vom 16. Oktober 2000 bis zum 29. April 2001, d.h. mehr als 6 Monate tatsächlich ausgeübt, und zwar im Umfang von mindestens 20 Arbeitsstunden pro Woche und inklusive Hausbesuchen von Patienten. Dies ergibt sich unzweifelhaft aus den vorgelegten Unterlagen betreffend das Arbeitsverhältnis in der Krankengymnastikpraxis B P, d.h. dem Arbeitsvertrag vom 16. Oktober 2000, dem Arbeitszeugnis vom 11. März 2002 und den Entgeltabrechnungen für die Monate Oktober 2000 bis April 2001 für durchschnittlich 85 bis 90 Arbeitsstunden monatlich (ca. 20 bis 21 Stunden wöchentlich). Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit während dieser Beschäftigung sind vor dem 30. April 2001 nicht festzustellen. Die Tätigkeit in der Krankengymnastikpraxis B P entsprach im zeitlichen und inhaltlichen Umfang der von der Klägerin vor dem Arbeitsunfall in der Krankengymnastikpraxis M F ausgeübten Tätigkeit. Zudem wird durch die Verlängerung des zunächst bis zum 31. Dezember 2000 befristeten Arbeitsverhältnisses deutlich, dass die Arbeitgeberin P mit den von der Klägerin erbrachten Leistungen mehr als zufrieden gewesen sein muss und offensichtlich keine Zweifel an deren Belastbarkeit hatte.

Eine von der Beklagten rückschauend angenommene durchgängige Arbeitsunfähigkeit der Klägerin trotz vollwertiger Ausübung der Tätigkeit als Physiotherapeutin über mehr als 6 Monate lässt sich nicht mit der in der Krankenversicherung entwickelten, aber wieder aufgegebenen "Rechtsfigur des missglückten Arbeitsversuches" (vgl. BSG, Urteil vom 08. Februar 2000, B 1 KR 13/99 R, in juris) begründen. Nach dieser Rechtsfigur, für deren Anwendung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum ist (vgl. BSG, Urteil vom 05. Mai 1998, B 2 U 9/97 R, in juris), hat das BSG in der Vergangenheit Fallgestaltungen gekennzeichnet, bei denen bereits zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme objektiv feststand, dass der Beschäftigte seine Tätigkeit wegen einer Erkrankung nicht oder nur bei schwerwiegender Gefährdung seiner Gesundheit werde verrichten können und bei denen er die Arbeit entsprechend der darauf gegründeten Erwartungen tatsächlich vor Ablauf einer wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Zeit wieder aufgegeben hatte. Weder in der Krankenversicherung noch in der Unfallversicherung war bisher dargelegt worden, unter welchen Voraussetzungen eine wirtschaftlich wertvolle Arbeit und in welchem Zeitraum sie geleistet sein muss, um einen missglückten Arbeitsversuch anzunehmen. Nach der Rechtsprechung des BSG war jedenfalls nach einer Arbeitstätigkeit über 3 Wochen ein missglückter Arbeitsversuch nicht mehr anzunehmen (vgl. Krasney a.a.O., § 45 Rn. 9).

Gleichwohl wird eine Anwendung dieser Grundsätze bei Prüfung des Fortbestehens von unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des § 45 SGB VII in der Literatur bejaht (vgl. Fröhlke in Lauterbach, Unfallversicherung Sozialgesetzbuch VII, 4. Aufl. Stand Juni 2014, § 45 Rn. 13; Köllner in Sozialgesetzbuch VII Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl. 2011, § 45 Rn. 13 ff; Nehls a. a. O., § 45 Rn. 5). So wird eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit angenommen, wenn rückschauend betrachtet objektiv feststeht, dass der Beschäftigte bei der

Arbeitsaufnahme nicht fähig war, diese zu verrichten oder die Arbeit nur unter schwerwiegender Gefährdung seiner Gesundheit würde verrichten können, und er aus diesem Grund die Arbeit vor Ablauf eines wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Zeitraums aufgegeben hat (vgl. Köllner, a.a.O., § 45 Rn. 13 ff; Nehls a. a. O., § 45 Rn. 5; Fröhlke, a.a.O., § 45 Rn. 13). Im Rahmen der "Rechtsfigur des missglückten Arbeitsversuches" war nach der Rechtsprechung des BSG die Frage des Umfangs eines wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Zeitraumes von Fall zu Fall nach den besonderen Umständen des Einzelfalles zu beantworten (so Fröhlke, a.a.O. § 45 Rn. 13). Das BSG hat einen Zeitraum von 3 Wochen noch nicht, einen Zeitraum von 6 Wochen oder 3 Monaten bereits als wirtschaftlich ins Gewicht fallend angesehen (vgl. BSG, Urteile vom 27. April 1973, 3 RK 55/70, und 19. Dezember 1978, 8 RK 82/76, jeweils in juris). Lt. Nehls (a.a.O., § 45 Rn. 5) geht die Praxis von einem wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Zeitraum für die Annahme von Arbeitsfähigkeit von 1 Monat aus.

Anders als von der Beklagten gestützt auf die rückblickende Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. W im Bericht vom 08. Mai 2002, des Beratungsarztes Dr. D in der Stellungnahme vom 02. Juli 2002 und des Sachverständigen Dr. E in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Januar 2009 angenommen, geben die zeitnah dokumentierten – objektiven - Befunde keine Anhaltspunkte für eine derart eingeschränkte Belastungsfähigkeit des linken Kniegelenks der Klägerin her, dass diese ab dem 01. Oktober 2000 eine Tätigkeit als Physiotherapeutin/Krankengymnastin mit 20 Wochenstunden Arbeitszeit nicht ausüben konnte bzw. nur unter erheblicher Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausüben konnte.

Zwar beklagte die Klägerin in dieser Zeit wiederholt eine Zunahme der Schmerzen ("mehrmals täglich ohnmächtig vor Schmerzen") bei verweigerter Rezeptierung hochpotenter Schmerzmittel durch die behandelnden Ärzte sowie permanente Einklemmungen und Gelenkblockierungen nebst Zunahme des Streckdefizites, vgl. Schreiben vom 09. und 22. Oktober, 23. November 2000 (sei körperlich nicht arbeitsfähig), 22. Januar 2001 (Stehen und jegliche Art von Fortbewegung sei so gut wie unmöglich. Die Gehstrecke betrage an Krücken einbeinig keine 50 m), 13. Februar 2001 (sie besorge sich Schmerzmittel auf Privatrezept), 03. April 2001 (sei inzwischen hochdosiert auf Morphinpräparate angewiesen um wenigstens stundenweise arbeiten zu gehen), und schilderte im Schreiben vom 16. Juli 2002 rückblickend eine nur eingeschränkte Arbeitstätigkeit und Wegefähigkeit sowie die heimliche Benutzung eines Schmerzkatheters. Allein das Bestehen von Beschwerden bzw. von Schmerzen bei Belastung rechtfertigt jedoch noch nicht die Annahme von Arbeitsunfähigkeit, insbesondere wenn sie – wie hier - nicht durch objektive Befunde und Umstände belegt sind. Auch weist die Tatsache, dass der Klägerin am 23. April 2001 im M L Krankenhaus ein dislozierter PDA-Katheter entfernt worden war (vgl. Bericht vom 26. April 2001), allenfalls auf das Vorliegen von erheblichen, sich evtl. auf die Funktionsfähigkeit des Kniegelenkes auswirkenden Schmerzen zu dieser Zeit (Mitte bis Ende April 2001) hin. Denn nach den Schilderungen der Klägerin bei der Aufnahme am Abend des 22. April 2001 im M L Krankenhaus war ihr der PDA-Katheter erst am Morgen desselben Tages gelegt worden (vgl. Bericht vom 26. April 2001). Bei wem die Klägerin damals in Behandlung war, d.h. wer die Katheterlegung verordnete, wurde von ihr nicht offen gelegt. Auch fehlt jeglicher Nachweis für eine Schmerzkatheter-Behandlung vor diesem Zeitpunkt und insbesondere für die unfallbedingte Notwendigkeit einer solchen Behandlung. Im Widerspruch zu den von der Klägerin geschilderten Beschwerden steht zudem ihr eigenes Verhalten, wonach sie nach der Katheterentfernung noch am gleichen Tag ihre Arbeitstätigkeit fortgesetzt hatte, vgl. Schreiben vom 16. Juli 2002. Offensichtlich sahen auch die behandelnden Ärzte des M L Krankenhaus bei der Entlassung der Klägerin keinen Anlass dafür, ihr Arbeitsunfähigkeit zu attestieren oder hochpotente Schmerzmittel zu rezeptieren.

Bei der Abschlussuntersuchung in der Hstiftung am 08. September 2000 berichtete die Klägerin zwar über Einklemmungserscheinungen, die beim Übergang von Beugung zur Streckung aufträten, und, dass ein rundes Gangbild nur bei bewusster und kräftiger Aktivierung des Quadrizeps zustande käme. Bei der klinischen Untersuchung ergaben sich aber eine freie Beweglichkeit des Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 5/0/140°, ein unregelmäßiges leichtes Blockieren, wie das Schnappen eines Narbenstranges, sonographisch ein geringes Narbengewebe, ein noch relativer Patellatiefstand bei erheblicher Besserung der Mobilität der Patella und eine kräftige Oberschenkelmuskulatur beidseits ohne Verkürzung. Danach lässt sich eine für die Tätigkeit als Physiotherapeutin relevante Einschränkung der Belastungsfähigkeit des linken Kniegelenks nicht feststellen, auch wenn zur weiteren Konsolidierung noch die (auch begleitend zu einer Arbeitstätigkeit mögliche und übliche) Fortsetzung der Physiotherapie empfohlen wurde. Die Beurteilung der behandelnden Ärzte, dass ab dem 01. Oktober 2000 Arbeitsfähigkeit besteht, vgl. etwa Berichte der Hstiftung vom 12. und 18. September 2000, ist daher nachvollziehbar begründet. Zwar gab die Klägerin dann bei ihrer Vorstellung bei Dr. M am 30. Oktober 2000 an, dass sie ihre tägliche Arbeit nur unter massiven Schmerzen und Einnahme von Analgetika verrichten könne und eine anhaltende Bewegungseinschränkung und ein Schnapp-Phänomen am linken Kniegelenk bei endgradiger Streckung bestehe. Befunde, die die Beschwerden, insbesondere eine anhaltende Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes, belegen könnten, wurden jedoch von Dr. M nicht erhoben. Weder attestierte Dr. M Arbeitsunfähigkeit noch rezeptierte er Schmerzmittel, und zwar auch nicht zu Lasten der Krankenversicherung. Er empfahl lediglich eine baldige Vorstellung in der Hstiftung,vgl. Bericht vom 31. Oktober 2000. Diese erfolgte am 19. Januar 2001, wo bei der Untersuchung des linken Knies ein Streckdefizit von 7°, welches die Klägerin nach Aufforderung beseitigen konnte, eine Beugung bis 120°, ein Patellaverschiebeschmerz, ein positives Zohlen-Zeichen, eine ubiquitäre Krepitation sowie eine im Vergleich zur Gegenseite nur geringgradig reduzierte Oberschenkelmuskulatur links befundet wurden, vgl. Bericht der Hstiftung vom 02. Februar 2001. Auch dieser, zwar im Vergleich zu September 2000 etwas schlechter erscheinende Befund zeigt jedoch noch eine im normalen Rahmen (Streckung/Beugung 5-10/0/120-150°) liegende Beweglichkeit des Kniegelenks auf. In dem Bericht der Hstiftung vom 02. Februar 2001 wird zudem auf das zu ihrem (dramatisierenden) Vorbringen widersprüchliche Verhalten der Klägerin hingewiesen. Die Klägerin berichtete dort, invalide zu sein, keine Treppen laufen, kein Fahrrad fahren und keine Krankengymnastik durchführen zu können, was im Hinblick auf die ausgeübte Beschäftigung den behandelnden Ärzten zu Recht nicht nachvollziehbar erschien, zumal die Klägerin das Krankenhausgelände auf dem Fahrrad verließ. Mit Blick auf die objektiven Befunde und das tatsächliche Verhalten der Klägerin (Fahrradfahren etc.) ist es für den Senat auch nachvollziehbar, dass die Rezeptierung eines betäubungsmittelgesetzpflichtigen Morphiumderivates durch die behandelnden Ärzte der Hstiftung abgelehnt und Arbeitsunfähigkeit nicht festgestellt worden war. Zudem ergab die MRT-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 25. Januar 2001 eine erhebliche Befundbesserung am Ligamentum patellae bei ansonsten unveränderten Kniebinnenstrukturen. Allein die gelegentliche Verordnung von Schmerzmitteln (Tilidin N1 am 27. September und 13. Oktober 2000, Tilidin N3 am 19. Januar 2001 - durch Dr. M bzw. die Hstiftung -; Oxygesic 10mg Tbl. N3 und Sevredol 10 Tbl. N1 am 26. Februar 2001 - ohne Benennung des ausstellenden Arztes! -) aufgrund der Beschwerdeschilderungen der (anscheinend zur Dramatisierung im Ausdruck ihrer Beschwerden neigenden) Klägerin führt bei fehlendem Nachweis deutlicher Einschränkungen der Belastungsfähigkeit des Kniegelenkes noch nicht zur Annahme von Arbeitsunfähigkeit. Selbst Dr. M sah bei seiner Untersuchung der Klägerin am 30. April 2001 die Diskrepanz zwischen der dramatisierenden Darstellung ihrer Beschwerden (äußerst starke Schmerzen mit "3-4mal täglicher Ohnmacht" und Blockaden des Kniegelenks, die sie nur mit äußerster Kraftanstrengung und unter größten Schmerzen lösen könne) und dem objektivierbaren Befund, da er darauf hinwies, dass eine psychische Überlagerung nicht auszuschließen sei, vgl. Bericht vom 04. Mai 2001. Er erhob bei seiner Untersuchung jedoch erstmals einen

Befund, der auf eine Reduzierung der Bewegungs- und Belastungsfähigkeit des linken Kniegelenks durch Verschlechterung der Kniebinnensituation hinweist. Dr. M befundete nunmehr einen geringfügigen Erguss, eine passive Beweglichkeit bei Streckung/Beugung von 5/0/135°, eine aktive Streckung nur bis 20° und mit fühlbarem Schnapp-Phänomen bei Unterstützung einer weiteren Streckung sowie eine deutlich reduzierter Patella-Mobilität. Er diagnostizierte ein infrapatellares Kontraktursyndrom durch neuerliche Narbenbildung und stellte nun Arbeitsunfähigkeit fest, vgl. Bericht vom 04. Mai 2001. Mit dem von Dr. M erhobenen Befund ist daher eine Wiedererkrankung aufgrund der Unfallspätfolgen i.S. v. § 48 SGB VII belegt.

Anhand der zuvor dargestellten objektiven Befundlage überzeugt die später von behandelnden bzw. begutachtenden Ärzten, d.h. durch Dr. W im Bericht vom 08. Mai 2002, Dr. D in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02. Juli 2002 und Dr. E in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Januar 2009 rückblickend erfolgte Einschätzung der Klägerin als durchgehend arbeitsunfähig nicht. Erkennbar fehlt es diesen Beurteilungen jeweils an einer Auswertung und Auseinandersetzung mit der objektiven Befundlage in der Zeit von September 2000 bis April 2001. Dr. W ließ sich offensichtlich von den nicht erwiesenen Angaben der Klägerin, sie habe nur mit einem PDA-Schmerzkatheter arbeiten können, leiten. Ebenso Dr. E, der sich lediglich auf die nicht durch zeitnahe Untersuchungsbefunde objektivierten Beschwerdeschilderungen der Klägerin bei Dr. M am 30. Oktober 2000 stützte. Dr. D ging in seiner Stellungnahme auf den von Dr. H im März 2002 erhobenen Befund ein, also auf eine ganz andere Sachlage als in der Zeit von Oktober 2000 bis April 2001, und stimmte Dr. W's Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit mit dem Argument zu, die Klägerin habe ja in dem Zeitraum ihre Tätigkeit nicht vollzeitig verrichtet, d.h. unter Verkennung des ihr anzulegenden Maßstabs einer Teilzeittätigkeit.

Aber selbst wenn man zu dem Ergebnis gelangen würde, dass die Klägerin ihre Arbeitstätigkeit in der Krankengymnastikpraxis B P nur unter einer schwerwiegenden Gefährdung ihrer Gesundheit verrichtet hatte, spricht die Dauer der vollwertigen Ausübung einer Tätigkeit als Physiotherapeutin/Krankengymnastin von mehr als 6 Monaten – ohne krankheitsbedingte Ausfälle! - gegen die Annahme einer durchgängigen Arbeitsunfähigkeit. Hierbei handelt es sich definitiv um einen wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Zeitraum, so dass auch aus diesem Grunde von einer Wiedererkrankung am 30. April 2001 auszugehen ist.

Unerheblich ist zudem, dass die Beklagte zunächst über den 30. September 2000 hinaus bis einschließlich 15. Oktober 2000 Verletztengeld gezahlt, am 11. Juni 2001 nach Ablauf der 6-wöchigen Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeberin die Zahlung von Verletztengeld wieder aufgenommen und letztlich im Jahr 2006 (durch die Krankenkasse der Klägerin) für den dazwischen liegenden Zeitraum Verletztengeld unter Anrechnung des erzielten Arbeitseinkommens nachgezahlt hatte. Ausgehend vom Wortlaut des § 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist für den Beginn der Rente maßgeblich, wann der Anspruch auf Verletztengeld endet und nicht das Ende des Zeitraumes für den Verletztengeld tatsächlich gezahlt worden ist.

b) Die Höhe der MdE richtet sich gemäß § 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber 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. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und 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 im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind 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 (etwa BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, B 2 U 14/03 R, in juris Rn. 12).

In der unfallmedizinischen Literatur wird für eine (einseitige) Bewegungseinschränkung eines Kniegelenks bei Streckung/Beugung = 0/0/90° eine MdE von 10 v.H. (vgl. Rompe/Erlenkämper/Schiltenwolf/Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Auflage 2009, S. 721 f.) bzw. eine MdE von 15 v.H. (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.10.11, S. 654; Ludolph/Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Juni 2011, III. - 1.1.2, S. 17; Thomann/Schröter/Grosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 1. Auflage 2009, S. 545, Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, Unfallbegutachtung, 13. Auflage 2012, S. 198) angesetzt. Zum Teil wird schon bei einer Bewegungseinschränkung des Kniegelenks bei Streckung/Beugung auf 0/0/120° eine MdE von 10 v.H. angesetzt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.10.11, S. 654; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.; Thomann/Schröter/Grosser, a. a. O.). Des Weiteren wird eine MdE von 20 v.H. erst bei einer Bewegungseinschränkung eines Kniegelenks bei Streckung/ Beugung = 0/0/80° für gerechtfertigt erachtet (vgl. Ludolph/Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, a.a.O.). Für eine Lockerung des Kniebandapparates (leichtes Wackelknie) wird, soweit sie muskulär kompensierbar ist, eine MdE von 10 v. H. und, soweit sie nicht kompensierbar ist, eine MdE von 20 v.H. angenommen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.10.11, S. 655; Rompe/Erlenkämper/Schiltenwolf/Hollo, a.a.O., S. 722; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.; Thomann/Schröter/Grosser, a.a.O.). Bei einer rezidivierenden Synovitis (Reizknie) wird eine MdE von 10 bis 20 v. H. angesetzt (vgl. Thomann/Schröter/Grosser, a.a.O.; Rompe/Erlenkämper/Schiltenwolf/Hollo, a.a.O.; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.). Die Bewertung von Arthrosen ist nicht von deren radiologischer Ausprägung, sondern von den daraus folgenden objektivierbaren Funktionseinschränkungen abhängig (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 655). Zudem sind in den vorgenannten Richtwerten bereits die üblicherweise mit den bleibenden Veränderungen verbundenen Schmerzen eingeschlossen (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kap. 5.5.10, S. 221).

Unter Zugrundelegung dieser Kriterien rechtfertigt der in der Zeit von September 2000 bis zum 29. April 2001 objektivierte Befund (siehe hierzu unter a)) einer noch normalen Kniegelenksbeweglichkeit und bei fehlenden Anzeichen für einen instabilen Bandapparat, eine Synovitis oder für Kniegelenksergüsse unter Berücksichtigung der überwindbaren geringen Blockierungs-/Einklemmungserscheinungen und der daraus folgenden Schmerzen allenfalls bei großzügiger Betrachtung eine MdE von 10 v.H. bis zur Wiedererkrankung am 30. April 2001.

Demzufolge kann entgegen den Einschätzungen der von der Beklagten gehörten Gutachter Dr. H (Gutachten vom 08. Mai 2002) und Dr. E (Gutachten vom 07. Juni 2006) sowie des vom SG gehörten Sachverständigen Dr. E(Gutachten vom 15. April 2008) eine

rentenberechtigende MdE in der Zeit ab dem 01. Oktober 2000 nicht festgestellt werden. Die zuvor dargelegten objektiven Befunde bei den Untersuchungen der Klägerin in der Hstiftung am 08. September 2000 und 19. Januar 2001 rechtfertigen auch bei Berücksichtigung von Schmerzen keine MdE von mindestens 20 v.H. Die Gutachter haben sich bei ihrer rückschauenden Einschätzung der MdE erkennbar von ihren aktuellen Untersuchungsbefunden und dem Beschwerdevortrag der Klägerin, jedoch nicht von den objektivierbaren Befunden in der Zeit von September 2000 bis April 2001 leiten lassen.

Ein Stützrententatbestand i.S.v. § 56 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB VII kommt nicht in Betracht, da bereits zum Zeitpunkt des Arbeitsunfalls vom 25. Juli 1997 keine Folgen des Arbeitsunfalls von 1991 (ausgeheilter Muskelfaserriss) mehr bestanden, die eine MdE von mindestens 10 v.H. begründen könnten. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gutachten von Dr. W-R vom 01. November 2007 in dem Verfahren S 25 U 762/06, der sich mit den zeitnah erhobenen Befunden der behandelnden Ärzte detailliert auseinandergesetzt hat.

Ebenso wenig liegen die Voraussetzungen für die von der Klägerin geltend gemachte Erhöhung der MdE wegen besonderer beruflicher Betroffenheit vor.

Gemäß § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII werden bei der Bemessung der MdE ausnahmsweise Nachteile berücksichtigt, die der Versicherte dadurch erleidet, dass er bestimmte besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen kann. Die eine Höherbewertung der MdE rechtfertigenden Nachteile liegen dann vor, wenn unter Wahrung des Grundsatzes der abstrakten Schadensberechnung, der durch § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII nicht eingeschränkt wird, die Nichtberücksichtigung von Ausbildung und Beruf bei der Bewertung der MdE im Einzelfall zu einer unbilligen Härte führen würde, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung dem Versicherten zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (vgl. zur Vorgängerregelung § 581 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung (RVO): BSG, Urteile vom 25. August 1965, 2 RU 62, 64, in BSGE 23, 253, vom 18. Dezember 1974, 2 RU 155/74, in BSGE 39, 31, vom 23. Juni 1983, 2 RU 13/82, in SozR 2200 § 581 Nr. 18). Allein der Umstand, dass der Verletzte seinen erlernten Beruf infolge des Arbeitsunfalls nicht mehr ausüben kann, führt nicht zwangsläufig zur Annahme einer unbilligen Härte und Erhöhung der MdE (BSG, Urteil vom 18. Dezember 1974, a.a. O.). Bei der Prüfung der besonderen beruflichen Betroffenheit sind strenge Maßstäbe anzulegen, um eine Abweichung von der den Versicherten überwiegend begünstigenden abstrakten Schadensberechnung zu vermeiden und dem Ausnahmecharakter der Vorschrift als Härteklausel gerecht zu werden (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung Handkommentar, Stand Januar 2015, § 56 Rn. 12). Als wesentliche Merkmale für die Beurteilung der Frage, ob eine höhere Bewertung der MdE zur Vermeidung unbilliger Härten gerechtfertigt ist, hat das BSG (vgl. Urteil vom 19. März 1996, 2 RU 254/95, in juris m.w.N. aus der Rspr.) insbesondere das Alter des Verletzten, die Dauer der Ausbildung sowie vor allem die Dauer der Ausübung der speziellen beruflichen Tätigkeit und auch den Umstand bezeichnet, dass die bisher verrichtete Tätigkeit eine günstige Stellung im Erwerbsleben gewährleistete. Aus diesen Merkmalen und den außerdem zu beachtenden sonstigen besonderen Umständen des Einzelfalls kann sich eine höhere Bewertung der MdE ergeben, wenn der Verletzte die ihm verbliebenen Kenntnisse und Fähigkeiten nur noch unter Inkaufnahme eines unzumutbaren sozialen Abstiegs auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens verwerten kann.

Gemessen an diesen Kriterien vermag der Senat, wie auch schon das SG in seinem Urteil vom 17. August 2009 und die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden zutreffend dargelegt haben, bei der Klägerin eine besondere berufliche Betroffenheit nicht festzustellen. Schon das jugendliche Alter der Klägerin zum Zeitpunkt des Unfallereignisses, bei dem sie das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte, die Dauer der Ausbildung an der Krankengymnastikschule (Regelausbildungszeit von 3 Jahren) und die kurze Zeit der Berufstätigkeit von knapp 4 Jahren nach Abschluss der Berufsausbildung sprechen eindeutig gegen eine hervorgehobene Stellung der Klägerin im Erwerbsleben. Zwar hatte die Klägerin während ihrer Berufstätigkeit eine zeitintensive Fortbildung für Manuelle Therapie (Zertifikat vom 30. November 1996), einen TAPE-Lehrgang (Teilnahmebescheinigung vom 23. Januar 1994) sowie Elektrotherapie-Seminare (Urkunden vom 13. Mai 1995 und 17. Juni 1995) absolviert, jedoch handelt es sich hierbei um typische Zusatzqualifikationen für Physiotherapeuten/Krankengymnasten. Abgesehen davon, dass die Klägerin nach Abschluss der Fortbildungen noch keine lange Berufspraxis für diese Tätigkeitsbereiche aufweisen kann, vermitteln diese auch keine herausgehobene Stellung im Erwerbsleben, da eine Vielzahl von Physiotherapeuten/Krankengymnasten über diese Zusatzqualifikationen verfügt. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Fortbildung für Proprioceptive Neuromuskuläre Facilitation (Zertifikat vom 16. Juni 1998) erst nach dem Arbeitsunfall vom 25. Juli 1997 begonnen und während ihrer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit von der Klägerin zum Abschluss gebracht wurde.

Ist eine Verletztenrente nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit mangels rentenberechtigender MdE nicht zu gewähren und wird der Versicherte erneut wegen Verschlimmerung der Unfallfolgen arbeitsunfähig mit Anspruch auf Verletztengeld, so bestimmt sich der Rentenbeginn ebenfalls nach § 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, d.h. ein Verletztenrentenanspruch entsteht erst nach dem Ende des Anspruchs auf Verletztengeld wegen der Wiedererkrankung (vgl. Bereiter-Hahn/Mehrtens, a.a.O., § 72 SGB VII Rn. 4.8; Ziegler in Sozialgesetzbuch VII Lehr- und Praxiskommentar, 3. Aufl. 2011, § 72 Rn. 3; Meibom in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014; § 72 Rn. 20; Dahm in Lauterbach, Unfallversicherung Sozialgesetzbuch VII, 4. Aufl. Stand Juni 2014, § 72 Rn.12).

Demzufolge hat die Beklagte im angefochtenen Bescheid vom 07. Juli 2006 im Ergebnis zutreffend einen Anspruch auf Verletztenrente erst ab dem 12. Oktober 2005 festgestellt.

2. Bei der Beurteilung der MdE sind neben den bereits von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen auch die vom SG festgestellten weiteren Unfallfolgen zu berücksichtigen. Entgegen der von der Beklagten vertretenen Auffassung sind bei der Klägerin als Unfallspätfolgen der Verletzung des linken Kniegelenks die "Gefühlsstörungen im Bereich des N. peronaeus" sowie zumindest für die Zeit ab dem 22. Februar 2008 ein "außergewöhnliches Schmerzsyndrom mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel" (dazu später unter c)) festzustellen.

Dass bei der Klägerin als Folge unfallbedingter Operationen am linken Bein "Gefühlsstörungen im Bereich des N. peronaeus" bestehen, ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den in den Gutachten von Dr. M vom 16. August 2005, Dr. Z vom 27. Januar 2007, Dr. W-R vom 01. November 2007 und Dr. E vom 15. April 2008 beschriebenen Befunden, die mit dem Untersuchungsbefund von Dr. B vom 23. November 2004 vereinbar sind.

Zwar vermochte Dr. Bam 23. November 2004 aufgrund der elektrodiagnostischen Untersuchung keinen bleibenden Schaden am linken N. peronaeus communis und N. suralis festzustellen, vgl. Bericht vom 30. November 2004. Jedoch hatte er bei seiner Untersuchung der

Klägerin den Eindruck einer partiellen Peronaeusparese links mit leicht- bis mäßiggradiger Fuß- und Zehenheberschwäche und deutlicher Schwäche des M. peronaeus longus sowie mit Sensibilitätsausfällen im Bereich des N. peronaeus superficialis und profundus gewonnen und ging daher von einer vorübergehenden Schädigung des N. peronaeus im Zuge der operativen Eingriffe aus. Offensichtlich besserte sich die Klinik im Laufe der Zeit. So befundete Dr. M bei seiner Untersuchung der Klägerin am 16. August 2005 nur ein Taubheitsgefühl im Bereich der OP-Narbe des linken Kniegelenks und im Bereich des außenseitigen Unterschenkels und Fußrückens, sah jedoch keine Zeichen für eine periphere oder zentrale Nervenschädigung der unteren Extremitäten. Auch Dr. Z berichtete in seinem Untersuchungsbefund über Missempfindungen und eine Herabsetzung der Oberflächenempfindsamkeit im Bereich des linken Beines unterhalb des Kniegelenks, dort wo der Fixateur externe gelegen habe. Ebenso stellte Dr. W-R bei seiner Untersuchung am 01. November 2007 eine Hypästhesie an der wenige Zentimeter langen medial gelegenen Operationsnarbe des linken Kniegelenks sowie unterhalb einer alten Fixateurnarbe an der Unterschenkelaußenseite bis etwa zur Höhe des Außenknöchels fest. Die Gutachten von Dr. E vom 02. Juni 2006 und Dr. H vom 20. März 2007 enthalten dagegen keine Befunde zum neurologischen Status. Dr. E fand bei seiner Untersuchung der Klägerin am 12. März 2008 eine Störung der Oberflächensensibilität im Sinne einer Hypästhesie der linken Leiste handbreit über der 3 cm langen Narbe. Des Weiteren eine Anästhesie außen am linken Kniescheibenbereich sowie eine Hypästhesie im Bereich des linken Unterschenkels, der linken Fußaußenseite und im Bereich der Zehen IV und V links. Er fand jedoch keinen Hinweis auf eine Lähmung der entsprechenden Kennmuskeln der einzelnen Beinnerven. Vor diesem Hintergrund ist die Feststellung von "Gefühlsstörungen im Bereich des N. peronaeus" durch den Sachverständigen Dr. E als weitere Unfallfolge nicht zu beanstanden.

Da es sich jedoch nur um (oberflächliche) Gefühlsstörungen und keine Paresen oder Teilparesen des N. peronaeus bzw. seiner Äste handelt, hat diese Unfallspätfolge keinen Einfluss auf die Höhe der MdE.

Die von den Gutachtern im Verwaltungsverfahren sowie im Rentenverfahren und von dem Sachverständigen Dr. E erhobenen Befunde rechtfertigen im Hinblick auf die Erfahrungswerte der Unfallmedizin ab dem 12. Oktober 2005 nur eine MdE von 30 v.H. (dazu unter a)), ab dem 20. März 2007 eine MdE von 40 v.H. (dazu unter b)) und ab dem 22. Februar 2008, da ab diesem Zeitpunkt über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen (außergewöhnliches chronisches Schmerzsydrom mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel) festzustellen und bei der MdE zu berücksichtigen sind, eine MdE von 50 v.H. (dazu unter c)).

Neben den bereits dargestellten Erfahrungswerten wird in der unfallmedizinischen Literatur für die Versteifung eines Kniegelenks (Streckung/Beugung) bei 0/5-15/5-15° eine MdE von 30 v.H., bei 0/20/20° eine MdE von 35 v.H., bei 0/30/30° eine MdE von 40 v.H. und in ausgesprochener Beugestellung bei 0/60/60° eine MdE von 50 v.H. angesetzt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.10.11, S. 654; Ludolph/Lehmann/Schürmann, a.a.O.; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.; Thomann/Schröter/Grosser, a.a.O.). Die Versteifung eines Kniegelenks in günstiger Stellung mit Beinverkürzung bis zu 3 cm wird mit einer MdE von 30 v.H., bis zu 4 cm mit einer MdE von 35 v.H. und bis zu 5 cm mit einer MdE von 40 v.H. bewertet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Kap. 8.10.11, S. 654; Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.). Ansonsten wird für eine Beinverkürzung als Unfallfolge bis zu 4 cm eine MdE von 10 v.H., bis zu 6 cm eine MdE von 20 v.H. und über 6 cm eine MdE von 30 v.H. angesetzt (vgl. Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O.; Rompe/Erlenkämper/Schiltenwolf/Hollo, a.a.O., S. 722; Thomann/Schröter/Grosser, a. a. O.). Des Weiteren sei zu beachten, dass eine Streckbehinderung des Kniegelenks von 5° bis 10° für die meisten Betroffenen einschneidender sei als eine Beugebehinderung von 30° bis 40°, da zu den meisten Arbeiten eine Beugefähigkeit bis 80° genüge (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 653).

a) Unter Zugrundelegung der oben dargestellten Erfahrungswerte der Unfallmedizin ergibt sich anhand der zeitnah erhobenen objektiven Befunde für die Zeit ab dem 12. Oktober 2005 eine MdE von 30 v.H., d.h. die Einschätzung von Dr. E im Gutachten vom 02. Juni 2006 erweist sich als zutreffend:

Bei der Untersuchung der Klägerin durch Dr. B vom Universitätsklinikum M am 03. August 2005 zeigte sich eine Beweglichkeit des linken Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 0/20/110° passiv bzw. 0/30/100° aktiv bei stabilen Bandverhältnissen, vgl. Bericht vom 22. August 2005. Dr. M befundete am 16. August 2005 ein Bewegungsmaß des linken Kniegelenks von 0/30/100° (Streckung/Beugung) sowie eine normale Hüftgelenksbeweglichkeit (Gutachten vom 16. August 2005). Bei der Untersuchung der Klägerin in der Henriettenstiftung am 14. November 2005 fand sich ein Bewegungsmaß des linken Kniegelenks von 0/20/90° aktiv bzw. 0/15/90° passiv (Streckung/ Beugung), eine deutliche Patellae baja bei sonst reizlosem, ergussfreien und bandstabilem Kniegelenk, vgl. Bericht vom 15. November 2005. Dr. E (Gutachten vom 02. Juni 2006) stellte ein Bewegungsmaß des linken Kniegelenks von 0/30/100° (Streckung/Beugung), einen Patellatiefstand bei sonst schwellungs-, reiz- und ergussfreiem sowie bandstabilem Kniegelenk, jedoch eine erhebliche Verminderung der Oberschenkelmuskulatur links mit deutlicher Kraftminderung sowie eine nicht signifikante Beinlängendifferenz (linkes Bein ca. 0,5 cm kürzer als rechtes Bein) fest. Des Weiteren sah er eine Beugekontraktur des linken Hüftgelenks mit Streckhemmung, ohne hierzu Befunde im Messblatt festzuhalten. Zudem stellte Dr. E bei seiner Untersuchung folgende Umfangsmaße fest: 20 cm oberhalb des Kniegelenkspalte rechts 59,5 cm und links 51,5 cm, 10 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 49,5 cm und links 44,5 cm, 15 cm unterhalb des Kniegelenkspaltes rechts 38,0 cm und links 34,5 cm. Dr. Z befundete bei seiner Untersuchung der Klägerin ein Bewegungsausmaß des linken Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 0/20/90°, eine tiefstehende Kniescheibe, welche mit der Unterlage praktisch nicht verschiebbar sei, eine beidseitig gleiche Hüftgelenksbeweglichkeit sowie ausreichend kräftige Fuß- und Großenzehenheber beidseits (Gutachten vom 16. Januar 2007).

Demzufolge ist hier der Bemessung der MdE zu Grunde zu legen, dass die Beugefähigkeit des verletzten linken Kniegelenks zumeist größer als 90° war. Dies würde für sich betrachtet nur eine MdE von maximal 10 bis 15 v.H. rechtfertigen. Jedoch lag bei der Klägerin zusätzlich eine stärker behindernde Einschränkung der Streckfähigkeit um 20° bis 30° aufgrund der Schmerzhaftigkeit der Streckung und bei tieferstehender und wegen Verwachsungen kaum verschieblicher Kniescheibe vor. Die daraus folgende erhebliche Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenks aufgrund der Streckhemmung wird zudem durch die erhebliche Umfangsminderung der Oberschenkelmuskulatur von ca. maximal 8 cm und der Unterschenkelmuskulatur von maximal 3,5 cm bei der Untersuchung durch Dr. E Ende Mai 2006 objektiviert. Da bereits eine geringere Einschränkung der Streckfähigkeit für den Betroffenen belastender ist als eine Einschränkung der Beugefähigkeit um 30 bis 40° (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 653), ist die Beurteilung der MdE mit 30 v. H. durch Dr. E für den hier maßgeblichen Zeitraum ab dem 12. Oktober 2005 nicht zu beanstanden. Hierbei gilt es auch zu berücksichtigen, dass sich das linke Kniegelenk ansonsten im Wesentlichen reizlos, ergussfrei und bandstabil erwies und eine signifikante Beinlängendifferenz noch nicht festgestellt werden konnte.

b) Ausgehend von den Untersuchungsbefunden von Dr. H am 09. März 2007 ist ab diesem Zeitpunkt von einer andauernden Verschlechterung des Unfallfolgenzustandes durch Zunahme des Streckdefizites des linken Kniegelenks auszugehen.

So fand sich bei der Untersuchung durch Dr. H ein Bewegungsmaß des linken Kniegelenks (Streckung/Beugung) von aktiv 0/80/100° bzw. passiv 0/50/100°, eine in alle Richtungen fixierte und nur minimal bewegliche Kniescheibe sowie ein geringe Streckhemmung im linken Hüftgelenk von 10°. Er stellte folgende Umfangsmaße an den Beinen fest: 20 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 56,0 und links 48,0 cm, 10 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 45,5 und links 40,5 cm und 15 cm unterhalb des Gelenkspaltes rechts 38,0 und links 35,0 cm. Dr. W stellte bei seiner Untersuchung der Klägerin am 01. November 2007 eine gleichseitige Beugekontraktur in den Hüftgelenken von 10° fest. Am linken Kniegelenk fand er weder Rötungen, Erwärmungen noch einen Gelenkerguss. Bei Prüfung des Bewegungsmaßes im Liegen winkelte die Klägerin das Kniegelenk auf etwa 70° an, was einem Streckdefizit von aktiv ca. 60° entspricht. Bei der passiven Prüfung stellte Dr. W eine Kniebeweglichkeit links bei Streckung/Beugung von 0/30/110°, bei Aufbau deutlicher muskulärer Widerstände fest. Die Verbesserung der Streckung über die aktive Beweglichkeit hinaus erreichte Dr. Wjedoch nur durch die Anwendung so genannter PIR-Techniken im Liegen, d.h. durch wiederholt leichtes aktives Anspannen der Beinmuskulatur und anschließendem Nachlassen der Muskelspannung in der jeweiligen Entspannungsphase. Dr. W stellte folgende Umfangsmaße an den Beinen fest: 20 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 56,5 und links 51,0 cm, Umfang Wadenmitte rechts 36,0 und links 35,0 cm. Bei der Untersuchung durch Dr. E im März 2008 fanden sich ein Bewegungsmaß des linken Kniegelenks bei Streckung/Beugung von 0/70/105° aktiv und 0/60/110° passiv, eine um einen Querfinger tieferstehende Kniescheibe links sowie eine leichte Streckhemmung der linken Hüfte von 10°. Dr. E befundete aufgrund der Haltung der Klägerin beim Stehen an Gehstützen eine relative Beinlängendifferenz von 8 cm. Abgesehen von der schmerzhaften Bewegungsprüfung und einer verdickten Patellasehne fanden sich am linken Kniegelenk bei stabilem Bandapparat keine Anzeichen für einen Erguss bzw. einen Reizzustand. Dr. E stellte folgende Umfangsmaße an den Beinen fest: 20 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 55,0 und links 52,0 cm, 10 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 45,5 und links 42,0 cm und 15 cm unterhalb des Gelenkspaltes rechts 38,0 und links 36,0 cm. Der die Klägerin seit Februar 2008 durchgehend betreuende Orthopäde R vom Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S berichtete in seinen Befundberichten für die DRV vom 19. Januar 2011 und den Senat vom 24. Mai/14. Juni 2012 wiederholt über ein bei der Klägerin praktisch komplett eingesteiftes linkes Kniegelenk in ca. 60° Flexionsstellung und eine massive Muskelatrophie des linken Beines. Ein Fuß-Boden-Kontakt sei links nicht und die Fortbewegung nur an zwei Unterarmgehstützen möglich.

Ausgehend von diesen kontinuierlich berichteten Befunden steht zur Überzeugung des Senats fest, dass seit der Untersuchung durch Dr. H im März 2007 von einer andauernden Einschränkung der Streckfähigkeit des linken Kniegelenks im alltäglichen Gebrauch von ca. 60° auszugehen ist. Der Beurteilung der MdE ist zudem mangels abweichender Befunde zur Beugefähigkeit des linken Kniegelenks in den Berichten des Orthopäden R und im Hinblick auf dessen Hinweis, dass bei der Klägerin seit Beginn der Behandlung ein im Wesentlichen unveränderter Befund vorliegt, die von Dr. H, Dr. W-R und Dr. E ermittelte Beugefähigkeit des linken Kniegelenks bis 100° zu Grunde zu legen. Der Umstand, dass sich seit der Untersuchung durch Dr. E das Umfangdefizit in der Beinmuskulatur verringert hat, spricht entgegen der Auffassung der Beklagten nicht gegen das Vorliegen einer stärker behindernden Streckhemmung des linken Kniegelenks. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es bei durch unterschiedliche Personen vorgenommenen Messungen immer zu gewissen Differenzen in den hierbei erhobenen Umfangsmaßen kommt, da nie exakt der gleiche Messpunkt getroffen wird. Im Fall der Klägerin lässt sich jedoch eindeutig eine Schrumpfung der Beinmuskulatur des Referenzbeines, d.h. des rechten (Stand-)Beines seit Juni 2006 (Begutachtung durch Dr. E), als Grund für die Verringerung des Umfangdefizites feststellen. So fand sich rechts 20 cm über dem Kniegelenksspalt ein Umfangsmaß von 59,5 cm im Jahr 2006 bei Dr. E, dagegen im Jahr 2007 nur noch 56 cm bei Dr. H bzw. 56,5 cm bei Dr. Wenzel-R und im Jahr 2008 55 cm bei Dr. E. Diese Entwicklung ist im Hinblick auf die von der Klägerin für den Zeitraum nach Begutachtung durch Dr. E berichtete Vermeidung von Gehstrecken an Unterarmgehstützen aufgrund der damit verbundenen Beschwerden und zunehmende Nutzung eines selbstbeschafften Rollstuhles, was zu einem Trainingsmangel des rechten (Stand-)Beines führt, nachvollziehbar. Ebenso wenig greift der Einwand, dass Dr. W bei seiner Untersuchung im Liegen eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit nach Anwendung sog. PIR-Techniken erreichen konnte. Denn die Anwendung spezieller Techniken zur Besserung der passiven und aktiven Beweglichkeit (Streckfähigkeit) des linken Kniegelenks im Liegen entspricht nicht den normalen Bewegungsabläufen eines Kniegelenks im Alltag, d.h. unter Belastung durch das Körpergewicht beim Gehen, Stehen etc. Ebenso wenig kann eine bessere Beweglichkeit aus dem Umstand hergeleitet werden, dass vor Oktober 2005 gelegentlich intraoperativ bzw. unter Narkose eine freie (passive) Beweglichkeit des Kniegelenks festgestellt werden konnte (vgl. OP-Bericht von Dr. S vom 08. September 2004). Denn von den gleichen behandelnden bzw. operierenden Ärzten wurden immer wieder organische Korrelate für die beklagten Beschwerden gefunden und operativ Gewebekorrekturen im linken Kniegelenk vorgenommen, z.B. offene Tenolyse der Patellasehne und Resektion des Innenmeniskushinterhorns am 08. September 2004 (vgl. OP-Bericht von Dr. S vom 08. September 2004). Auch fand sich bei der letzten Arthroskopie durch die BG-Klinik M am 11. Februar 2005 wiederum eine nicht überwindbare leichte Streckbehinderung (vgl. OP-Bericht vom 11. Februar 2005). Abgesehen davon, entspricht eine passiv uneingeschränkte Beweglichkeit des Kniegelenks unter der Narkose nicht den realen Bedingungen einer schmerzbehafteten Beweglichkeit bzw. Einschränkung ohne Narkose. Zudem sind, wie von allen Gutachtern letztlich beschrieben wird, erhebliche Veränderungen und Vernarbungen am und um das linke Kniegelenk der Klägerin als Folge der wiederholten Eingriffe zu verzeichnen, die eine Schmerzhaftigkeit der Bewegung sowie eine Einschränkung der Beweglichkeit objektiv begründen.

Von daher ist unter Berücksichtigung der nur geringen Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit und der Schmerzhaftigkeit der Kniegelenksbewegung bei einem Bewegungsmaß von 0/60/100° eine MdE von maximal 40 v.H. ab dem Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens durch Dr. H am 20. März 2007 gerechtfertigt. Hiervon mitumfasst ist der Umstand, dass in Abhängigkeit von der Ausprägung des Streckdefizites naturgemäß eine relative Beinlängendifferenz, laut Dr. Evon 8 cm, resultiert. Sowohl Dr. H, Dr. W-R als auch Dr. E haben beschrieben, dass die Klägerin im Stehen nur noch mit dem Vorfuß bzw. den Zehenspitzen den Fußboden berührt und im Gehen das linke Bein in Beugehaltung durch die Stützen schwingt. Dass, wie der Orthopäde R berichtet hat, der Klägerin überhaupt kein Fuß-Boden-Kontakt mit dem linken Bein mehr möglich ist, wird durch den deutlichen Beschwielungsbefund des linken Vorfußes bei der Untersuchung durch Dr. Ewiderlegt. Der Senat vermag daher nicht der von Dr. E vertretenen Auffassung zu folgen, dass die Situation der Klägerin mit einem im Kniegelenk amputierten Verletzten ohne prothetische Versorgung vergleichbar ist, wofür nach den Erfahrungswerten der Unfallmedizin eine MdE von 50 v.H. anzusetzen wäre (vgl. Mehrhoff/Ekkernkamp/Wich, a.a.O., S. 192). Zudem kann die relative Beinlängendifferenz nicht zusätzlich bei der MdE-Bewertung berücksichtigt werden, da bereits das erhebliche Streckdefizit des linken Kniegelenks selbst und demzufolge die damit naturgemäß verbundene relative Beinlängendifferenz in die MdE eingeflossen sind. Ebenso wenig kann aus der von Dr. E beschriebenen Verstärkung der anlagebedingten Rotationsskoliose der Wirbelsäule der Klägerin und der hieraus resultierenden schmerzhaften Muskeldysbalancen der Rückenstreckmuskulatur eine Erhöhung der MdE begründet werden. Zwar hat Dr. E die Beeinträchtigung der Wirbelsäule/ Rückenmuskulatur nachvollziehbar aus der auch schon von Dr. W-R beschriebenen, haltungsbedingten

Beckenabkippung aufgrund der Einschränkung der Streckfähigkeit des Kniegelenks hergeleitet. Jedoch haben die vorangegangenen orthopädischen Untersuchungen durch Dr. Z und Dr. W-R an den oberen Extremitäten und der Wirbelsäule/Rumpfmuskulatur einen weitgehend unauffälligen altersgemäßen Befund, d.h. keine Funktionseinschränkungen oder Verspannungszustände (Myogelosen), ergeben. Zudem hat Dr. E ebenfalls eine uneingeschränkte Funktion der Wirbelsäule und der oberen Extremitäten festgestellt und nur eine mäßige Verspannung der Rückenstreckmuskulatur beschrieben.

c) Zur Überzeugung des Senats ist auch erwiesen, dass bei der Klägerin aufgrund des Unfallfolgenzustandes am linken Kniegelenk mit Vernarbungen und Verwachsungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzempfindlichkeit im Sinne eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel besteht, das für den Zeitraum ab dem 22. Februar 2008 eine Erhöhung der MdE um 10 v.H. auf 50 v.H. rechtfertigt. Der Senat folgt insoweit der Beurteilung des Sachverständigen Dr. E in seinem Gutachten vom 15. April 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 27. Januar 2009 und der dies bestätigenden Feststellungen des die Klägerin seit Februar 2008 behandelnden Orthopäden R vom Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S in seinen Befundberichten vom 19. Januar 2011 und 24. Mai /14. Juni 2012.

Während in den MdE-Richtwerten bereits die üblicherweise vorhandenen Schmerzen eingeschlossen sind, kann bei über das übliche Maß hinausgehender Schmerzempfindlichkeit mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit eine höhere MdE anzusetzen sein. Für die üblichen Schmerzen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die MdE für körperliche Funktionseinschränkungen eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung mitumfasst und in den Richtwerten erfahrungsgemäße Begleitschmerzen (z. B. beim Bewerten von Amputationen) eingeschlossen sind. Nur dort, wo nach Sitz und Ausmaß pathologischer Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit – mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit – vorliegt, muss von diesen Sätzen abgewichen werden. Davon zu unterscheiden ist eine eigenständige Schmerzkrankheit im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung, die bei Unfallursächlichkeit eine eigenständige MdE bedingt und ggfs. zu einer Gesamt-MdE-Bildung führt. Bedarf es einer zusätzlichen Bewertung des Schmerzes, ist zu prüfen, ob der Gutachter des jeweiligen Fachgebietes dies vornehmen kann oder ein Zusatzgutachter auszuwählen ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kapitel 5.5.10, S. 221 f.).

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze ist die Beurteilung des orthopädischen Sachverständigen Dr. E in seinem Gutachten vom 15. April 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 27. Januar 2009, dass bei dem unfallbedingten Krankheitsbild der Klägerin (Arthrofibrose des linken Kniegelenks) und den daraus folgenden vielfachen operativen Eingriffen (ca. 14) eine über das mit den festgestellten Bewegungseinschränkungen üblicherweise verbundene Schmerzgeschehen hinausgehende Schmerzhaftigkeit im Sinne eines außergewöhnlichen chronischen Schmerzsyndroms vorliegt, nicht zu beanstanden. So wird die von Dr. E gestellte Diagnose auch durch die Feststellungen des die Klägerin seit Februar 2008 behandelnden Orthopäden Rvom Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S bestätigt, vgl. Befundberichte vom 19. Januar 2011 und 24. Mai /14. Juni 2012. Dass diese über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit sich auch auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, ergibt sich schon aus der damit verbundenen Notwendigkeit der Behandlung mit hochpotenten, betäubungsmittelgesetzpflichtigen Schmerzmitteln (hier in Form von Durogesic 25 µg/h Membranpflastern).

Der Senat folgt der Einschätzung des Dr. E, dass bei der Klägerin über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen auf Grund des Unfallfolgenzustandes vorliegen, da der Sachverständige dies mit dem bei seiner Untersuchung im März 2008 erhobenen Befunden und dem hierbei von der Klägerin gewonnenen Eindruck sowie dem Ergebnis der vielfachen operativen Eingriffe am linken Kniegelenk überzeugend begründet hat. Schließlich war bei Beurteilung des Schmerzerlebens der Klägerin auch zu berücksichtigen, dass durch die Beugehaltung des linken Kniegelenks es zu schmerzhaften muskulären Dysbalancen der Wirbelsäule/Rumpfmuskulatur kommt, auch wenn vom Sachverständigen dauerhafte Schäden an der Wirbelsäule/Rumpfmuskulatur noch nicht festgestellt werden konnten. Dr. E, der zwischenzeitlich in den Ruhestand getreten ist, verfügte als niedergelassener Orthopäde über langjährige und reichhaltige Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates und der damit verbundenen Schmerzen. Er ist dem Senat als kompetenter gerichtlicher Sachverständiger bekannt. Aufgrund seiner umfangreichen beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen vermochte er sehr wohl zu erkennen, wann bei einem Erkrankungsbild die dafür üblichen, d.h. gewöhnlichen Schmerzen vorliegen und wann aufgrund des Erkrankungsbildes das übliche Maß überschreitende, d.h. außergewöhnliche Schmerzen vorliegen. Dr. E hat bei seiner Begutachtung auch die in den Leitlinien für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, Stand Mai 2012, publiziert bei AWMF online (AWMF-Leitlinien) genannten Kriterien im Wesentlichen berücksichtigt. Er hat die Einschränkungen der Klägerin im Alltagsleben eruiert und dargestellt sowie eine Simulation bzw. Aggravation ausgeschlossen. Insbesondere hat er keine Anhaltspunkte für eine relevante psychische Störung bei der Klägerin gesehen und dargelegt, dass organische Veränderungen als Korrelat für die über das übliche Maß hinausgehenden Schmerzen bestehen. Nachvollziehbar ist insbesondere der Verweis Dr. Es auf das vorliegende organische Erkrankungsbild der Klägerin, was Folge von arthrofibrösen Veränderungen und Vernarbungen auf Grund der zahlreichen operativen Eingriffe in das Kniegelenk und dessen Umgebung (z. Bsp. durch den Fixateur externe) ist und zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Funktionalität und Struktur des Kniegelenks bzw. der das Knie umgebende Gewebe geführt hat. Es handelt sich daher bei der Klägerin um einen chronischen Schmerz als Leitsymptom einer Gewebeschädigung. Zu Recht weist Dr. E darauf hin, dass bei der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung der Klägerin durch Dr. C vom 02. Oktober 2002 weder eine krankhafte Persönlichkeitsstörung noch eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden konnten. Zwar hatten die die Klägerin behandelnden Ärzte gelegentlich den Verdacht einer psychogenen Überlagerung bzw. einer somatoformen Schmerzstörung geäußert, was bei der zur Dramatisierung im Ausdruck ihrer Beschwerden neigenden Klägerin auch nachvollziehbar ist, (vgl. Bericht von Dr. M vom 04. Mai 2001, Dr. W vom 24. Februar 2004), jedoch sahen die gleichen Ärzte auch organische Korrelate für die geschilderten Beschwerden und Anlass zu weiteren operativen Eingriffen.

Der Senat hält jedoch, anders als vom Sachverständigen im Wesentlichen unter Zugrundelegung der (nicht belegten) Angaben der Klägerin zur Rezeptierung von hochpotenten Schmerzmitteln in früheren Zeiträumen angenommen, ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom mit der Notwendigkeit der Einnahme hochpotenter Schmerzmittel erst für die Zeit ab dem 22. Februar 2008 für erwiesen. Ab diesem Zeitpunkt, d.h. ab Beginn der systematischen Schmerzbehandlung mit einem stark wirksamen Schmerzmittel nach der Stufe 3 der WHO, d.h. dem Wirkstoff Fentanyl (= Durogesic 25 µg/h Membranpflaster) durch das Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S ist die MdE um 10 v.H. wegen außergewöhnlicher Schmerzen bei organischer Ursache zu erhöhen. Der Nachweis der Notwendigkeit einer "speziellen Schmerztherapie" ist ab Behandlungsaufnahme im Gelenk- und Wirbelsäulen-Zentrum S erbracht. Zu Recht weist die Klägerin darauf hin, dass in dieser Praxis seit 2008 eine Schmerztherapeutin tätig ist, nämlich die Fachärztin für Anästhesie und Schmerztherapie Dr. R-F (vgl. Internetauftritt der Praxis, abrufbar unter www.gwz-steglitz.de/de/aerzte/dr-med-annemarie-renk-fritsch/), so dass auch unter Behandlungsführung durch den

Orthopäden R an einer fachgerechten Behandlung kein Zweifel besteht. Dem steht auch nicht entgegen, dass neben der regelmäßigen medikamentösen Therapie mit Durogesic 25 µg/h Membranpflaster insbesondere keine psychotherapeutische Behandlung im Sinne eines multimodalen Ansatzes durchgeführt wird, da nach der Erfahrung des Senats aus zahlreichen Behandlungsdokumentationen in Streitigkeiten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung bei außergewöhnlichen Schmerzsyndromen auch bei Einschaltung von auf die "spezielle Schmerztherapie" spezialisierten Anästhesisten i.d.R. nur eine medikamentöse Therapie durchgeführt wird. Für den Zeitraum vor Februar 2008 fehlt es am Nachweis einer (notwendigen) regelmäßigen "speziellen Schmerztherapie". So sind für den hier maßgeblichen Zeitraum ab 2005 nur folgende Verordnungen von Schmerzmedikamenten, die sich maximal der Stufe 2 der WHO (schwache Opioide wie Tilidin etc., Codein in Kombination mit Nichtopioidanalgetika) zuordnen lassen, belegt: am 22. Januar 2005 Valoron Tropfen 50 N2, 18. Mai 2006 Telfast 180mg 20 St., 13. Juni 2006 Telfast 180mg 50 St. und 02. April 2007 Ibuprofen 600 20 St.

Der vom Sachverständigen Dr. E angesetzte MdE-Zuschlag von 10 v.H. orientiert sich zutreffend an den Erfahrungswerten der Unfallmedizin, die in der Regel einen Zuschlag von 10 - 20 v.H., maximal bis 50 v.H. vorsehen, vgl. AWMF-Leitlinien, a.a.O., Punkt 6.1. Der von Dr. E danachmaßvoll im unteren Bereich angesetzte MdE-Zuschlag entspricht den tatsächlichen Umständen, d.h. der Notwendigkeit einer relativ niedrigen Dosierung des Opioids Fentanyl, denn Durogesic Membranpflaster werden in 5 Wirkstärken von 12 µg/h bis zu 100 µg/h je nach Schmerzintensität verordnet.

Der Senat sah aufgrund der vorgenommenen Gesamtbetrachtung und Analyse der in den Gerichts- und Verwaltungsakten dokumentierten medizinischen Befunde und Gutachten auch nicht zur Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens, insbesondere eines speziellen schmerztherapeutischen Gutachtens, gedrängt. Daher vermag er der von der Beklagten, gestützt auf die von ihr in anonymisierter Form eingeholte Stellungnahme von Dr. W, vorgebrachte Beweisanregung nicht zu folgen. Wie bereits ausgeführt, liegen bei der Klägerin für eine "somatoforme Schmerzstörung" oder eine andere psychische Erkrankung keine belastbaren Anhaltspunkte vor. Der vom SG gehörte orthopädische Sachverständige Dr. E verfügte auf Grund seiner langjährigen beruflichen Erfahrung über die Kompetenz, die üblichen von den darüber hinausgehenden Schmerzen abzugrenzen und Hinweise für eine vom organischen Befund losgelöste eigenständige Schmerzkrankheit zu erkennen. Zudem hat der Senat hinsichtlich der von der Beklagten in anonymisierte Form eingeholten Stellungnahme von Dr. W vom 10. Januar 2015 bzw. der darin vorgenommenen Beurteilung des Erkrankungsbildes der Klägerin erhebliche Bedenken. Anders als Dr. E konnte sich Dr. W keinen persönlichen Eindruck von der Klägerin verschaffen bzw. selber Befunde erheben, zudem lagen ihm nicht die vollständige Behandlungs- und Begutachtungsdokumentation, sondern nur ausgewählte Untersuchungsbefunde/-berichte (Gutachten von Dr. W vom 01. November 2007, Gutachten von Dr. Z für die DRV vom 27. Januar 2007, Gutachten des Orthopäden Dr. E vom 15. April 2008, Befundbericht des Orthopäden R vom 24. Mai 2012, ergänzende Anfrage der Beklagten an den Orthopäden R vom 13. September 2013 und dessen Auskunft vom 19. September 2013, Kopien der in den Akten befindlichen ärztlichen Verordnungen über Schmerzmittel, Berichte der BG-Klinik M vom 06. Dezember 2004, 21. Februar 2005, 11. Februar 2005 und 10. Mai 2005, Gutachten des Neurologen und Psychiaters Dr. C am 02. Oktober 2002 für die BfA) in anonymisierter Form vor. Besonders bedenklich erscheint dem Senat, dass Dr. W ohne über die erforderliche psychiatrische Fachkompetenz zu verfügen und ohne einen persönlichen Eindruck von der Klägerin aufgrund eigener Untersuchung zu haben, eine psychiatrischen Differentialdiagnose in Form einer "artifiziellen Störung" gestellt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Die Revision war mangels Zulassungsgrund nach § 160 Abs. 2 SGG nicht zuzulassen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2017-06-26