

## L 6 U 495/20

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6.  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 17 U 3020/17  
Datum  
11.12.2019  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 495/20  
Datum  
16.09.2021  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Dezember 2019 wird zurückgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.**

### Tatbestand

Der Kläger begehrt die Wiedergewährung einer Verletztenrente nach einer erfolgten Rentenabfindung nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 vom Hundert (v. H.) unter Berücksichtigung des auf Lebenszeit abgefundenen Rentenanteils nach einer MdE von 20 v. H..

Er ist 1967 geboren. Nach Abschluss der Hauptschule machte er eine Ausbildung zum Dachdecker und war bis zum Arbeitsunfall am 7. Oktober 1986 in diesem Beruf beschäftigt. Ein Arbeitsversuch als Dachdecker nach dem Unfall scheiterte. Die deshalb begonnene Umschulung zum Industriekaufmann brach der Kläger ab. Von Ende August 2004 bis Februar 2005 war er als Küchenhilfe beschäftigt. Seit 2010 ist der Kläger arbeitsunfähig erkrankt und bezog zuletzt Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II). Er ist ledig, hat keine Kinder und lebt allein (vgl. Anamnese des E und Arztbrief des Psychiatrischen Zentrum N [zfp]). Ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 und die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ (erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr) sind festgestellt (Bescheid des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz vom 31. März 2021).

Am 7. Oktober 1986 brach der Kläger bei seiner beruflichen Tätigkeit als Dachdecker während Reparaturarbeiten auf dem Dach einer Tennishalle ein und stürzte circa acht Meter in die Tiefe auf die linke Köperseite.

Er befand sich vom 7. bis zum 22. Oktober 1986 in stationärer Behandlung im Krankenhaus Hstift in N1. Als Diagnosen wurden gestellt stabile Kompressionsfraktur des 3. Lendenwirbelkörpers (LWK), distale Radiusfraktur vom Typ Colles mit Abbruch des Processus styloideus ulnae und Navicularefraktur links sowie bimalleoläre Weber C-Fraktur mit Innenknöchelfraktur und Volkmann-Absprengung sowie Infraktion der Talusrolle links. Als Therapie erfolgte eine Kirschnerbohrdrahtosteosynthese des distalen Radius links nach Reposition sowie Verplattungsosteosynthese der distalen Fibula, die Anlegung eines Oberarmgipses links und eines Unterschenkelgipses links.

Vom 22. Oktober bis zum 8. November 1986 wurde die stationäre Behandlung im Krankenhaus G weitergeführt. Eine radiologische Kontrolle zeigte eine federnde Fibula im Sinne einer Syndesmosenruptur sowie eine weiterbestehende Infraktion der Talusrolle, weshalb eine operative Revision vorgenommen wurde, bei der eine Stellschraube bei liegender Platte eingebracht, die Talusrollenimpressionsfraktur nahe am Talushals reponiert und mit Etipin-Stiften sowie Fibrinkleber refixiert wurde. Die Behandlung der Wirbelsäulenverletzung erfolgte in der Rauchscheibe.

Nach dem von W aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 25. April 1988 erstellten Ersten Rentengutachten hätten als wesentliche Unfallfolgen vorgelegen hinkendes Gangbild links, Versteifung im oberen Sprunggelenk (OSG) links, Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk (USG) links (Gesamtbeweglichkeit 4/5), Umfangsdifferenz zwischen rechtem und linkem Bein (20 cm ob. inn. Knie-Gelenkspalt 46,5/44,5 cm, 10 cm ob. inn. Kniegelenkspalt 39/38 cm, Kniescheibenmitte 37/36,5 cm, 15 cm unter. inn. Knie-Gelenkspalt 35,5/32,5 cm), Verstreichung der Gelenkkonturen des linken Sprunggelenks, Bewegungseinschränkung im linken Handgelenk (handrückenw./hohlhandw. 65-0-60°, speichenw./ellenw. 25-0-40°), Umfangsdifferenz zwischen rechtem und linkem Oberarm (15 cm ob.

äußerem Oberarm-Knorren 31/29 cm, Ellenbogengelenk 27,5/26,5 cm, 10 cm unt. äußerem Oberarm-Knorren 28/26,5 cm), Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (LWS) (Schober 10/14,5 cm), röntgenologisch verheilte Kompressionsfraktur unter ventraler Höhenminderung des 3. LWK, röntgenologisch verheilte Sprunggelenks- und Talusfraktur links mit Gelenkverschmälerungen und posttraumatischer Arthrose, verheilte Radiusfraktur links mit geringer Verkürzung, pseudoarthrotisch verheilte Fraktur des Processus styloideus ulnae links, regelrecht verheilte Os naviculare-Fraktur links, Kalksalzminderung im Bereich des distalen Unterarms und der Handwurzelknochen links und reizlose Narbenverhältnisse über dem Innen- und Außenknöchel. Die MdE betrage vom 10. Juni 1987 bis zur ersten Dauerrente 30 v. H. und vom Zeitpunkt der ersten Dauerrente an 20 v. H..

Die Rechtsvorgängerin der Beklagten, die Südwestliche Bau-Berufsgenossenschaft, gewährte dem Kläger deshalb durch Bescheid vom 24. Juni 1988 eine vorläufige Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H..

W stellte aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 5. September 1988 im Zweiten Rentengutachten als Verletzungsfolgen eine Bewegungseinschränkung im linken Hand- und Daumengelenk (Handgelenk: handrückenw./hohlhandw. 60-0-60°, speichenw./ellenw. 30-0-40°; Daumengelenk: Streckung/Beugung Grundgelenk 0-0-45°), eine Umfangsminderung des linken Arms (Linkshänder) (15 cm ob. äußerem Oberarm-Knorren 31/29,5 cm, Ellenbogengelenk 27/26 cm, 10 cm unt. äußerem Oberarm-Knorren 27/25,5 cm), eine Versteifung im OSG links (Heben/Senken 0-0-20°), eine Bewegungseinschränkung im USG links (Gesamtbeweglichkeit 4/5), eine Umfangsminderung am linken Bein mit Umfangsvermehrung der linken Knöchelregion (20 cm ob. inn. Knie-Gelenkspalt 46,5/44 cm, 10 cm ob. inn. Kniegelenkspalt 38/36,5 cm, Kniescheibenmitte 36,5/35,5 cm, 15 cm unter inn. Knie-Gelenkspalt 34,5/32 cm, Knöchel 24,5/27,5 cm), reizlose Narbenbildungen, eine Bewegungseinschränkung der LWS in Vor- und Seitneigung (Schober 10/14,5 cm, Seitneigung 25-0-25°), eine röntgenologisch verheilte Fraktur des 3. LWK, eine röntgenologisch verheilte Sprunggelenks- und Talusfraktur links mit Gelenkspaltverschmälerung und posttraumatischer Arthrose nach entferntem Osteosynthesematerial, eine verheilte Radiusfraktur links mit geringer Verkürzung, eine pseudoarthrotisch verheilte Os naviculare-Fraktur links und eine Kalksalzminderung im Bereich des distalen Unterarms und der Handwurzelknochen links fest. Die MdE betrage 20 v. H..

Durch Bescheid vom 4. Oktober 1988 gewährte die Rechtsvorgängerin der Beklagten dem Kläger anstelle der vorläufigen Verletztenrente ab dem 1. Dezember 1988 eine Dauerrente nach einer MdE von 20 v. H. und erkannte als Folgen des Arbeitsunfalls am linken Arm eine Muskelschwäche des Ober- und Unterarms, eine Beweglichkeitseinschränkung des Hand- und Daumengelenks, eine Minderung des Knochenkalksalzgehalts des Unterarms und der Handwurzelknochen und Belastungsbeschwerden an. Am linken Bein wurden als Unfallfolgen anerkannt Muskelschwäche des Ober- und Unterschenkels, Versteifung des OSG und Bewegungseinschränkung des USG, Gangbehinderung, reizlose Narben über dem Innen- und Außenknöchel sowie dem Fußrücken, formverbildende und röntgenologische Veränderungen im ehemaligen Verletzungsbereich und Weichteilschwellung der Knöchelregion. Ebenso wurde als Unfallfolgen anerkannt eine Bewegungseinschränkung der LWS und Belastungsbeschwerden.

Im Auftrag der Rechtsvorgängerin der Beklagte erstellte P nach der klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 15. April 1991 ein unfallchirurgisches Fachgutachten. Er schätze die MdE auch weiterhin auf 20 v. H.. In Bezug auf die linke Hand habe sich eine leichte Verbesserung feststellen lassen; im linken Handgelenk habe lediglich noch eine Einschränkung der Volarflexion um 10° bestanden, während die übrigen Bewegungsrichtungen seitengleich ausführbar gewesen seien. Eine Einschränkung der Daumenbeweglichkeit habe nicht mehr bestanden, die Umfangsdifferenz am Oberarm habe geringfügig abgenommen gehabt. Auch von Seiten der Wirbelsäule (WS) habe sich die Beweglichkeit im Hinblick auf die Seitneigung und Rotation verbessert, eine wesentliche funktionelle Einschränkung habe nicht bestanden, die Maße nach Schober und Ott seien normal gewesen, auch röntgenologisch seien die Unfallfolgen wenig eindrucksvoll gewesen. Im Bereich des linken OSG habe sich ebenfalls keine wesentliche Befundänderung ergeben. Im Vorgutachten werde von dessen Versteifung gesprochen, wogegen aus den Messblättern ein verbleibender Bewegungsumfang von 20° hervorgehe. Auch bei der jetzigen Untersuchung habe der klinische Eindruck eine gewisse Restbeweglichkeit ergeben, obwohl die Röntgenaufnahme eigentlich keinen großen Bewegungsspielraum erwarten lasse. Eine gewisse Zunahme der subjektiven Beschwerden sei vom objektiven Befund ausgehend durchaus zugestehen; eine Erhöhung der MdE sei deshalb jedoch nicht gerechtfertigt.

Aufgrund des Antrags des Klägers auf Abfindung der Verletztenrente erhob die Rechtsvorgängerin der Beklagten das Gutachten des S des Städtischen Krankenhaus P1, nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 23. Juni 1995. Der internistische Befund sei unauffällig, eine normale Lebensdauer des Klägers zu erwarten gewesen. Es sprächen keine Gründe gegen die Rentenabfindung.

Durch Bescheid vom 28. Juli 1995 entsprach die Rechtsvorgängerin der Beklagten dem Antrag des Klägers auf Abfindung der bisher gewährten Dauerrente nach eine MdE von 20 v. H. auf Lebenszeit. Die Abfindungssumme betrug 103.170,70 DM, die Rente fiel mit Ablauf Juli 1995 weg.

Bereits am 25. Oktober 1996 beantragte der Kläger die Erhöhung der Verletztenrente. Hierauf holte die Rechtsvorgängerin der Beklagte das unfallchirurgische Fachgutachten des P ein. Dieser untersuchte den Kläger am 29. November 1996 ambulant klinisch und radiologisch. Nach dessen Feststellungen habe die MdE auch weiterhin 20 v. H. betragen. Der Kläger habe eine Verschlechterung seiner Beschwerden, insbesondere im OSG links beklagt, dort seien die Schmerzen tagsüber fast ständig vorhanden. Von Seiten des Rückens und der Hand sei er eigentlich beschwerdefrei, nur bestimmte Drehbewegungen führten an der Hand gelegentlich zu einschließenden Schmerzen. Das Gangbild sei flüssig gewesen, es habe ein Schultergradstand bestanden, die Beweglichkeit der gesamten WS sei altersentsprechend und regelgerecht gewesen. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) habe 0 cm betragen, das Maß nach Schober 10/16 cm und nach Ott 30/33 cm. An den oberen Extremitäten sei die Beweglichkeit nur in der Dorsalflexion linksseitig um 10° verringert bei ansonsten freier Beweglichkeit der Ellenbogengelenke und der Handgelenke gewesen. Im Bereich der Schulter sei die Außenrotation leichtgradig um 20° bei anliegendem Arm eingeschränkt gewesen. An den linken unteren Extremitäten habe sich eine leichte Muskelminderung im Oberschenkelbereich um 1 cm und im Unterschenkelbereich um 2 cm gezeigt, es habe eine freie Beweglichkeit der Hüft- und Kniegelenke bestanden. Die Beweglichkeit im linken OSG habe ergeben eine noch vorhandene Dorsalflexion auf 5° bei einer ebenfalls deutlich eingeschränkten Plantarflexion um 40° im Vergleich zur Gegenseite mit 70°. Das linke USG sei frei beweglich gewesen. Der Röntgenbefund der Handgelenke habe links eine leichte Erniedrigung des Böhler ap-Winkels auf 15° im Vergleich zu 30° an der Gegenseite ergeben, aus dem Röntgenbefund der LWS sei am 3. LWK eine leichte Vorderkantenerniedrigung um 3 mm bei regelrechter Hinterkantenhöhe ersichtlich gewesen. Als Unfallfolgen hätten eine erhebliche posttraumatische OSG-Arthrose links bei knöchern ausgeheilte trimalleolärer Sprunggelenksfraktur vom Typ Weber C mit vorderer Talusrollenimpressionsfraktur, eine mäßiggradige Bewegungseinschränkung im linken OSG bei freier Beweglichkeit im USG, eine leichte Muskelminderung am linken Oberschenkel sowie betonter am linken Unterschenkel, die beschriebenen radiologischen

Veränderungen des ausgeheilten körperfernen Speichenbruchs links, eine minimale Bewegungseinschränkung am linken Handgelenk, endgradig nur in der Palmarflexion feststellbar, und eine minimale Erniedrigung der Vorderkante um 3 mm bei knöchern konsolidierter Fraktur des 3. LWK ohne wesentliche Deformierung bestanden. Der Kläger sei erneut darüber aufgeklärt worden, dass eine OSG-Arthrodese bei freier Beweglichkeit des USG sinnvoll sei. Hieraus resultiere sofort eine Minderung des subjektiven Schmerzcharakters, danach wäre eine Dauerberentung mit einer MdE von 10 v. H. zu erreichen. Da die subjektiven Beschwerden durchaus glaubhaft seien, müsse die MdE auch weiterhin auf 20 v. H. geschätzt werden.

Gestützt auf das Gutachten des P lehnte die Rechtsvorgängerin der Beklagten durch Bescheid vom 13. Februar 1997 eine Rentenerhöhung ab.

Auf einen weiteren Verschlimmerungsantrag des Klägers erstellte E, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Akllinik G, nach ambulanter klinischer und röntgenologischer Untersuchung des Klägers am 14. Juni 2005 ein fachchirurgisches Gutachten. Dieser schätzte die MdE auch weiterhin auf 20 v. H.. Der Kläger habe angegeben, das linke Sprunggelenk praktisch nicht mehr bewegen zu können und unter ständigen Schmerzen zu leiden. Nachts wache er wegen der Schmerzen auf, er müsse ständig Schmerzmittel einnehmen und werde so langsam „psychisch gestört“. Die Schmerzen im linken Handgelenk seien zu ertragen, es bestehe kein Ruheschmerz, Schmerzen würden lediglich bei schraubenden Bewegungen auftreten. An der WS trete höchstens bei schweren körperlichen Arbeiten ein Ziehen auf. Das Gangbild sei relativ flüssig mit normaler Schrittlänge gewesen. Die WS sei lotgerecht gewesen, der FBA habe 10 cm, die Seitneigung 30-0-30°, das Maß nach Schober 10/15 cm und nach Ott 30/30 cm betragen. Das OSG rechts sei mit 0-0-60° frei beweglich gewesen, links habe sich eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit mit 5-0-25° für die Dorsalflexion ergeben. Rechts sei die Beweglichkeit des USG frei, links maximal zu 1/5 eingeschränkt gewesen. Bei der Prüfung der Umfangsmaße habe sich eine Verminderung des Umfangs des linken Oberschenkels und eine deutliche Verminderung der Bemuskulung des linken Unterschenkels bei deutlicher Verplumpung des Sprunggelenks ergeben.

Zusammenfassend hätten als Unfallfolgen eine posttraumatische OSG-Arthrose links bei knöchern ausgeheilter trimalleolärer OSG-Fraktur und eine Syndesmosensprengung sowie einen Z. n. Talusrollenimpressionsfraktur, eine Bewegungseinschränkung des linken OSG bei praktisch freier Beweglichkeit des linken USG, eine leichte Muskelminderung des linken Ober- und Unterschenkels, eine Verplumpung und Schwellneigung des linken OSG, eine Narbenbildungen am linken OSG, leichte Verschleißveränderungen am linken Handgelenk nach konsolidiertem körperfernem Speichenbruch mit nicht verheiltem Griffelfortsatz der Elle, eine knöchern konsolidierte Fraktur des 3. LWK ohne wesentliche Funktionseinschränkung und radiologisch beschriebene Veränderungen am linken OSG, am linken Handgelenk und an der LWS bestanden. Bei der Bewertung der MdE sei zu berücksichtigen gewesen, dass sich hinsichtlich des linken Handgelenks eine nahezu unveränderte Beweglichkeit im Vergleich zum Vorgutachten feststellen lassen; lediglich radiologisch habe eine - nicht maßgebliche - leichte Verschlechterung mit diskret vermehrter Skelosierung der Gelenkfläche nachgewiesen werden können. An der WS sei der Kläger beschwerdefrei mit einem exzellenten Bewegungsausmaß der LWS gewesen, auch radiologisch hätten sich praktisch keine degenerativen Veränderungen nachweisen lassen. Im Bereich des linken OSG habe die Restbeweglichkeit bei circa 30° gelegen und sich demnach im Vergleich zum Vorgutachten etwas verschlechtert gehabt, die radiologischen Veränderungen seien im Vergleich zum Vorgutachten deutlich. Das relativ flüssige Gangbild, das der Kläger in Konfektionsschuhen ohne Einlagen und ohne Gehhilfen gezeigt habe, widerspreche der subjektiv geklagten deutlichen Verschlimmerung im Bereich des linken OSG. Unstrittig sei, dass aufgrund der Unfallfolgen am linken OSG eine massive Arthrose bestehe. Angesichts der Tatsache, dass eine völlige Versteifung des OSG und des USG zu einer MdE um 20 v. H. führe, beim Kläger jedoch das linke OSG noch beweglich und er in der Lage sei, mit konfektioniertem Schuhwerk im alltäglichen Gebrauch zurecht zu kommen, sei eine Verschlimmerung der Gesamt-MdE um über 10 v. H. im Vergleich zum Vorgutachten nicht gerechtfertigt.

Die Beklagte lehnte deshalb mit Bescheid vom 8. Februar 2006 eine Rentenerhöhung mit der Begründung ab, dass die dem maßgeblichen Vergleichsbescheid vom 4. Oktober 1988 zugrunde liegenden Verhältnisse sich nicht wesentlich geändert hätten.

Am 16. Juli 2014 machte der Kläger zum dritten Mal - streitgegenständlich - die Verschlechterung der bestehenden Unfallfolgen geltend und beantragte eine erneute Untersuchung.

Der Zwischenbericht des J nannte als Diagnose einen Z. n. Kahnbeinfraktur links. Die letzte Untersuchung sei eine Kernspintomographie des linken Handgelenks gewesen, die der Beklagten bereits zugegangen sei. Eine Verschlimmerung sei ihm nicht bekannt.

B, erstellte nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 23. Oktober 2014 ein Rentengutachten zur Nachprüfung der MdE. Er schätze diese auf 30 v. H., weil die Bewegungsfähigkeit des linken OSG und USG weiter abgenommen habe. Von Seiten der WS habe der Kläger keine Beschwerden geltend gemacht. Er habe berichtet, am linken Handgelenk wenig Kraft zu haben, es komme immer wieder zu einem Knacken; er könne keine Flaschen mehr öffnen und die Feinmotorik der linken Hand sei eingeschränkt. Die Hauptbeschwerden habe er am linken Sprunggelenk, die Gehstrecke sei deutlich verkürzt, selbst kürzere Wegstrecken könne er nicht mehr zu Fuß zurücklegen und müsse z. B. zum Einkaufen das Fahrrad benutzen. Eine zwischenzeitliche Versorgung mit einem Arthrodesenschuh habe zu keiner Besserung geführt. Als Befund habe an den Handgelenken eine nahezu seitengleiche Beweglichkeit bei durchführbarem Münz- und Schlüsselgriff und keine Bewegungseinschränkung der Finger vorgelegen. Angegeben habe der Kläger einen Druckschmerz links ohne Instabilität des distalen Radioulnargelenks und keinen solchen über dem Discus articularis; der Handkompressionsdruck habe rechts 0,8 bar und links 0,15 bar betragen. An der unter linken Extremität habe sich als Befund eine leichte Muskelminderung des Unterschenkels, eine Fußsohlenbeschwellung links vermindert, reizlose Narben, ein rasches Anheben der Ferse beim Versuch in die Hocke zu gehen, eine massive Verplumpung und Umfangvermehrung des OSG bei eingeschränkter Beweglichkeit auf 0-15-30°, demnach Spitzfußstellung von 15°, und USG wackelsteif ergeben. Die Röntgenaufnahmen hätten am linken Handgelenk eine Pseudoarthrose des Griffelfortsatzes der Elle, eine nicht mehr erkennbare Kahnbeinfraktur und eine regelrechte Gelenk- und Winkelstellung sowie am linken OSG eine schwerste Deformierung mit Abflachung der Talusgelenkfläche, Aufreibung des körperfernen Schienbeins, weitgehende Aufhebung des Gelenkspalts, Synostose zwischen Waden- und Schienbein, subtalare Arthrose, massive osteozytäre Ausziehung am Sprungbein vorne und am Übergang zum Schienbein sowie Ausziehung im Bereich des hinteren Volkman`schen Dreiecks gezeigt. Hinsichtlich der am Handgelenk objektiv erkennbaren Situation habe das vom Kläger vorgebrachte Beschwerdebild überrascht, da weder der Röntgenbefund noch das klinische Bild mit den geschilderten Beschwerden korreliert hätten. Auch der verminderte Kompressionsdruck habe sich nicht erklären lassen und sei auch in den Vorgutachten nicht genannt worden. Wenn sich die Kraftminderung objektivieren ließe, müsse man eher ein nicht unfallbedingtes Geschehen annehmen. Am linken Sprunggelenk habe sich die Situation deutlich verschlechtert, ein regelrechtes Gehen unter Abrollen sei nicht möglich gewesen. Als wesentliche Unfallfolgen hätten eine hochgradige Bewegungseinschränkung des linken OSG und USG mit

Gangstörung und bei Wackelsteife nachvollziehbarer Schmerzsymptomatik im USG und der Fußwurzel vorgelegen. Am linken Handgelenk hätten als Unfallfolgen bestanden Restbeschwerden nach distaler Radiusfraktur und Pseudoarthrose des Griffelfortsatzes der Elle bei nahezu freier Beweglichkeit des Handgelenks. Die Situation am linken Handgelenk könne nicht als Verschlimmerung der Unfallfolgen interpretiert werden.

Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des P2 war dem Gutachten des B zuzustimmen.

Durch Bescheid vom 24. September 2015 gewährte die Beklagte dem Kläger ab dem 1. November 2014 eine Verletztenrente nach einer MdE von 10 v. H.. Zur Begründung stützte sie sich auf das Gutachten des Bund führte aus, dass eine wesentliche Verschlimmerung der aufgrund des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 bestehenden Verletzungsfolgen eingetreten sei. Die Bewegungseinschränkung des linken OSG und USG sowie die arthrotischen Veränderungen dieser Gelenke hätten zugenommen. Der verschlimmerungsbedingte Anteil der durch Bescheid vom 28. Juli 1995 abgefundenen Verletztenrente betrage 10 v. H.; in dieser Höhe sei eine Verletztenrente zu gewähren.

Der Kläger erhob Widerspruch und legte den Zwischenbericht des H1 über seine Vorstellung am 3. Mai 2016 vor, wonach er sich aus eigenem Anlass wegen zunehmender Beschwerden am linken Handgelenk vorgestellt habe. Die Extension/Flexion habe 50-0-45° bei freier Pro- und Supination betragen. Bei allen Bewegungen habe er deutliche diffuse Schmerzen am ganzen Handgelenk geäußert.

Die Beklagte holte den ausführlichen Krankheitsbericht des K1 und des Z, B1 Klinik L, aufgrund der Vorstellung des Klägers am 20. Oktober 2016 ein. Als Diagnosen wurden eine bimalleoläre Sprunggelenksluxationsfraktur mit Syndesmosenruptur und eine Fraktur des hinteren Volkmanńschen Dreiecks links sowie eine Infraktion der Talusrolle links und aktuell bestehender viergradiger Arthrose des OSG, eine distale Radiusfraktur links mit Abrissfraktur des Proz. styl. ulnae sowie eine OS-naviculare-Fraktur links und eine Kompressionsfraktur des 3. LWK gestellt. Der Kläger habe sich vornehmlich durch die Sprunggelenksverletzung eingeschränkt gesehen, dort sei er mit semiorthopädischen sprunggelenksübergreifenden Schuhen mit Versteifung im Schaftbereich versehen. Im Bereich des Handgelenks nutze er eine elastische Bandage. Die Beschwerden im linken Handgelenk hätten erst in den letzten Jahren zugenommen, der Kläger würde hiermit im Wesentlichen zurechtkommen. Es erfolge eine analgetische Bedarfsmedikamentation und ein- bis zweimal wöchentlich lege J Zinkleimverbände im Bereich des linken OSG an. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein erheblich eingeschränktes, stark links hinkendes Gangbild gezeigt. Die lokalen Weichteilverhältnisse im Bereich des linken OSG seien reizlos gewesen, es sei in einer Flexionsposition von 10° eingesteift gewesen, Wackelbewegungen seien diskret möglich und schmerzassoziiert gewesen. Die Beweglichkeit des linken Handgelenks habe eine mäßiggradige Einschränkung ergeben (Extension/Flexion 30-0-40°, Ulnar-/Radialadduktion 20-0-40°, vollständiger Faustschluss, freie Beweglichkeit in der Umwendbewegung).

Durch Widerspruchsbescheid vom 2. August 2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zu Recht sei nach der abgefundenen Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. wegen einer wesentlichen Verschlechterung der Unfallfolgen eine Verletztenrente nach einer MdE von 10 v. H. gewährt worden. Die Überprüfung im Widerspruchsverfahren habe keine Hinweise auf die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides ergeben, insbesondere habe kein Anlass bestanden, von der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung des B abzuweichen.

Mit der am 4. September 2017 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhobenen Klage hat der Kläger die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 100 v. H. unter Berücksichtigung des auf Lebenszeit abgefundenen Rentenanteils nach einer MdE von 20 v. H. verfolgt.

Er hat die von der S gefertigte Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit vom 15. Oktober 2015 und deren Attest zur Vorlage ärztlicher Dienst der Agentur für Arbeit K2 vom 28. November 2014 vorgelegt. Bei den Diagnosen schwere posttraumatische Arthrose des linken OSG, posttraumatische Arthrose linkes Handgelenk nach Kahnbeinbruch, chronisches Halswirbelsäulen(HWS)-Syndrom bei neuroforaminaler Stenose C5/6 durch Unkarthrose, chronisches rezidivierendes pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom rechts sowie Depressionen und Angststörungen sei der Kläger für keine berufliche Tätigkeit mehr einsetzbar. Die psychischen Erkrankungen würden medikamentös behandelt. Der Kläger lebe alleine und versorge sich selbständig, was ihm jedoch nur mit vielen Pausen und nur in kleinen Abschnitten möglich sei. Wegen erheblicher einschließender Schmerzen am linken Sprunggelenk sacke er immer wieder zusammen.

Dem ebenso vom Kläger vorgelegten fachärztlichen Attest des J, ließen sich regelmäßige Behandlungen entnehmen, da nur so die Beschwerden wegen der Sprunggelenksarthrose und im linken Handgelenk einigermaßen erträglich gehalten werden könnten.

Das SG hat die S und J als sachverständige Zeugen angehört. J hat von regelmäßigen Behandlungen des Klägers sei dem 5. Juli 2010 berichtet und sich den Ausführungen des Bangeschlossen. Die S hat unter Teilung der Einschätzung des B die Erstvorstellung des Klägers am 14. Januar 2014 und dessen letzte Vorstellung am 20. Juni 2018 mitgeteilt. Seit dessen Gutachtenerstellung sei keine wesentliche Änderung eingetreten. Als Folgen des Arbeitsunfalls lägen eine posttraumatische Arthrose des linken Sprunggelenks, Schmerzen im rechten Sprunggelenk wegen dessen Überlastung und chronische Wirbelsäulenbeschwerden aufgrund der Gangstörung des linken Beines vor.

Der Kläger hat auf Widersprüchlichkeiten in den sachverständigen Zeugenaussagen hingewiesen und das Attest des H2 vom 24. August 2018 vorgelegt, aus dem sich die Einnahme von Zolpidem Al 10 mg wegen Schlafstörungen und Tavor 0,5 mg wegen Angst- und Unruhezuständen ergeben hat. Das im Weiteren vorgelegte Attest der S vom 2. Februar 2018 hat mit den Diagnosen schwere posttraumatische Arthrose des linken OSG und Überlastungsschmerzen des rechten OSG die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit des Klägers bestätigt.

Darauffin hat das SG den H2 sachverständig befragt, der berichtet hat, der Kläger befinde sich seit Mai 2012 regelmäßig in seiner hausärztlichen Behandlung, zuletzt gehäuft. Er habe angegeben, aufgrund der Schmerzen im linken Sprung- und Handgelenk, die sich im Lauf der Jahre zunehmend verschlechtert hätten, unter Schlafstörungen und Panikattacken zu leiden. Hinsichtlich seines Fachgebiets hat er die Einschätzung der Beklagten geteilt. Auf den Arbeitsunfall seien ein chronisches Schmerzsyndrom, Panikattacken, Schlafstörungen sowie eine reaktive Depression zurückzuführen. In den Unfallfolgen sei in den letzten sechs Jahren eine progrediente Verschlimmerung eingetreten, die unfallbedingte MdE sei für ihn nicht beurteilbar.

Die hat ihre sachverständige Zeugenaussage korrigiert. Sie hat sich nunmehr der Einschätzung des B nicht mehr anschließen können, da sich der Gesundheitszustand des Klägers deutlich verschlechtert habe, es liege ein deutlich höherer „GdB“ als 30 v. H. vor. Die verschiedenen orthopädischen Erkrankungen beeinflussten sich gegenseitig im Sinne der Verschlechterung des Wirbelsäulenleidens durch

das ständige hinkende Gangbild wegen der schweren posttraumatischen Arthrose im linken OSG. Es habe sich deshalb ein chronisches Wirbelsäulensyndrom etabliert, das weitgehend therapieresistent sei. Die Arthrose im rechten Handgelenk sei Folge des Arbeitsunfalls und werde von ihr nicht eingeschätzt.

Das SG hat weitere Befundberichte bei der S angefordert, aus denen sich die bereits aktenkundigen Diagnosen ergeben haben.

Der Kläger hat weiter das Attest des Facharztes für T vom 2. Juli 2019 vorgelegt, wonach er aufgrund einer schweren Verletzung des linken Sprunggelenks und stärkster Schmerzen im linken Handgelenk erwerbsunfähig sei. Zusätzlich bestehe eine starke psychoaffektive posttraumatische Belastungsstörung.

Im Weiteren hat der Kläger die sozialmedizinische gutachterliche Stellungnahme des R für die Bundesagentur für Arbeit zur Vorlage gebracht, wonach er über ein arbeitstägliches Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden voraussichtlich über sechs Monate, aber nicht auf Dauer verfügt habe.

Das SG hat das fachorthopädische Zusammenhangsgutachten des M aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 10. September 2019 erhoben. Die MdE habe demnach 30 v. H. betragen und sich aus den am linken Sprunggelenk verbliebenen Unfallfolgen ergeben. Nach der unfallversicherungsrechtlichen Literatur werde eine Versteifung des OSG und des USG in Funktionsstellung mit einer MdE von 25 v. H. bewertet. Da beim Kläger die Versteifung nicht in Funktions-, sondern in einer 10°-Spitzfußstellung erfolgt sei, betrage die MdE 30 v. H.. Messbare Unfallfolgen hinsichtlich der LWS hätten nicht vorgelegen. Die minimale Funktionsstörung des linken Handgelenks führe zu einer MdE von unter 10 v. H.. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 hätten eine Einsteifung des linken OSG und USG nach bimalleolärer Luxationsfraktur und Syndesmosenruptur des OSG, eine endgradige Bewegungsstörung des linken Handgelenks nach unter leichter Verkürzung der Speiche verheiltem körperfernen Speichenbruch bei folgenlos ausgeheiltem Kahnbeinbruch und bei nicht verheiltem Abrissbruch des Ellengriffelfortsatzes und eine unter minimaler Deformierung verheilte Kompressionsfraktur des 3. LWK bestanden. Nicht Folge des Arbeitsunfalls seien eine Funktionsstörung der Brustwirbelsäule (BWS) mit rückfällig auftretenden Blockierungen und radiologisch nachgewiesenen degenerativer Veränderungen und eine gemäß dem Bericht der Psychiatrie B2 bestehende Major-Depression.

Der Kläger habe Schmerzen am linken Sprunggelenk angegeben, die Situation sei im Jahr 2004 deutlich schlechter geworden und habe sich im Jahr 2014 nochmals deutlich verschlimmert. In Ruhe bestünden stechende Schmerzen, wegen denen auch das Einschlafen erschwert sei, bei Belastung nähmen die Schmerzen zu. Für Einkäufe im 350 Meter entfernten Supermarkt verwende er häufig das Fahrrad, da der Fußweg dorthin sehr schmerzhaft sei. Weil er mit dem linken Fuß unregelmäßig laufe, habe er jetzt auch Schmerzen im rechten Sprunggelenk, die vom rechten Bein bis in die WS hochziehen würden. Oft bestünden krampfartige Schmerzen in der BWS. Seit dem Jahr 2010 leide er auch unter zunehmenden Schmerzen im linken Handgelenk, das sich seit der Begutachtung im Jahr 2014 zunehmend versteife; die Schmerzen strahlten über den linken Unterarm bis in den Oberarm aus.

M hat ausgeführt, dass sich postoperativ sowohl am linken OSG als auch am linken USG eine schwere Arthrose entwickelt habe, so dass derzeit eine Spitzfußstellung von 10° vorliege. Sowohl mit dem OSG als auch mit dem USG seien nur noch Wackelbewegungen möglich, wobei aber bei der intensiven Prüfung dieser noch möglichen Bewegungen der Kläger spontan keine Schmerzen geäußert habe. Die Röntgenaufnahmen hätten eine schwerstgradige Arthrose vorwiegend im OSG gezeigt, der Gelenkspalt sei fast vollständig aufgeboben gewesen und es hätten sich schwere knöcherne Ausziehungen sowohl an der vorderen Tibia als auch an der hinteren Tibiakante gebildet. Im Bereich des linken Handgelenks hätten sich die vom Kläger vorgebrachten Beschwerden in diesem Ausmaß weder aufgrund der klinischen noch der radiologischen Befunde verifizieren lassen. Die Beweglichkeit des linken Handgelenks sei allenfalls endgradig eingeschränkt gewesen (handrückwärts/hohlhandwärts 75-0-50°, speichenwärts/ellenwärts 20-0-40°) und es hätten keine wesentlichen Beschwerden im Bereich des Ellengriffelfortsatzes oder des Kahnbeins ebenso wenig über dem Kahnbein-Mondbein-Gelenkspalt vorgelegen. Der Bruch der Speiche sei ausgeheilt gewesen, Hinweise auf eine ehemalige Fraktur des Kahnbeins hätten sich radiologisch nicht mehr feststellen lassen. Eine Kahnbeinpseudoarthrose, wie vom Kläger geltend gemacht, habe mit Sicherheit nicht vorgelegen. Auch aufgrund der nur geringfügigen Minderung der Unterarmmuskulatur links bei seitengleicher Hohlhandbeschwielen habe sich kein Hinweis auf eine schwere Funktionsstörung ergeben. An der WS sei die Fraktur des 3. LWK unter einer minimalen Verminderung der Vorderkantenhöhe (vier Röntgenmillimeter) verheilt gewesen, die klinische Untersuchung habe keinen Hinweis für eine Funktionsstörung der LWS ergeben. Die derzeit beim Kläger an der WS bestehenden Beschwerden gingen von einer Blockierung des 5. Rippengelenks aus und stünden nicht im Zusammenhang mit der infolge des Arbeitsunfalls erlittenen Kompressionsfraktur des 3. LWK. Auch bestehe an der BWS eine fixierte Rundrückenbildung, bei der aufgrund des klinischen Befundes eine durchgemachte Scheuermann'sche Erkrankung im Wachstumsalter zu diskutieren wäre. Zu der vom Psychiater diagnostizierten Major-Depression könne er als orthopädischer Sachverständiger keine Stellung nehmen.

Zu den Ausführungen der S sei anzumerken, dass sich eine Funktionsstörung des rechten Fußes nicht habe nachweisen lassen. Eine beginnende Arthrose des rechten Handgelenks beziehe sich wohl auf das Handwurzelgelenk zwischen Naviculare und Trapezoideum und sei somit als unfallunabhängig einzustufen.

Das SG hat im Weiteren den K3, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, zfp, als sachverständigen Zeugen angehört. Dieser hat ausgeführt, der Kläger habe sich vom 15. Mai bis zum 21. Juni 2019 im zfp in teilstationärer Behandlung befunden, hierbei sei eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert worden. Depressive Erkrankungen seien multifaktoriell bedingt und könnten durch eine Vielzahl von Faktoren (genetische, biologische und psychosoziale) mitbedingt sein und ausgelöst werden. Eine direkte Kausalität des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 könne nicht eindeutig bestimmt werden. Der Kläger habe über Niedergestimmtheit, Schlafstörungen, Grübelneigung, Panikattacken und chronische Schmerzen im Bereich des Fußes geklagt. Aufgrund der beim Arbeitsunfall erlittenen Verletzungen des linken Sprung- und Handgelenks könne er diese nur noch unter Schmerzen bewegen. Die Schmerzen hätten im Lauf der Jahre zugenommen, er könne sich nur noch hinkend fortbewegen. Seine Stimmung habe sich aufgrund der schlechten Lebensqualität nach dem Unfall verschlechtert. Wegen der Schmerzen könne er auch nicht mehr richtig durchschlafen. Der Kläger sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, im Kontakt freundlich und formalgedanklich eingeeengt auf seine körperlichen Beschwerden gewesen. Zum Teil hätten eine Grübelneigung und eine leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, jedoch keine Gedächtnisstörung bestanden. Die Stimmung sei gedrückt bei Freud- und Lustlosigkeit, Motivationslosigkeit, regelrechtem Antrieb, psychomotorischer Unruhe, unterschwelliger Gereiztheit, Zukunfts- und Versagensängsten, subjektiven Panikattacken und Insuffizienzängsten gewesen. Eine Krankheitseinsicht- und Behandlungsmotivation sei nur teilweise vorhanden gewesen.

Ergänzend hat der K3 den Arztbrief über die teilstationäre Behandlung des Klägers im zfp vorgelegt, der als Diagnose gestellt hat mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Der Kläger habe geklagt über seit Wochen zunehmenden Schlafstörungen, Niedergestimmtheit und Grübelneigung. Aufgrund der Verletzung des linken Sprung- und Handgelenks könne er diese nur noch unter Schmerzen bewegen. Die Schmerzen führten zu Schlafstörungen und Panikattacken und hätten sich im Laufe der Jahre zunehmend verschlechtert, sodass er sich nur noch hinkend fortbewegen könne. Der Kläger sei gewesen wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, formalgedanklich eingengt auf seine körperlichen Beschwerden, zum Teil habe eine Grübelneigung bestanden und eine leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung. Die Stimmung sei gewesen gedrückt bei Freud- und Lustlosigkeit, Motivationslosigkeit, regelgerechtem Antrieb, psychomotorischer Unruhe und unterschwelliger Gereiztheit. Es hätten bestanden Ein- und Durchschlafstörungen, Zukunftsängste, subjektive Panikattacken, Versagens- und Zukunftsängste bei teilweiser Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation. Unter der Einnahme von Trimiparin 50 mg/d sei eine dezente Besserung des Schlafes eingetreten und nach wenigen Tagen in der Tagesklinik habe sich eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik gezeigt, so dass eine weitere medikamentöse Behandlung der Depression nicht mehr notwendig gewesen sei. Leider sei der Kläger während des tagesklinischen Aufenthalts extrem auf sein Rentenbegehren eingengt gewesen und habe sich deshalb wenig auf die Psychotherapie einlassen können. Er habe sich auf den Vorschlag, sich eine ehrenamtliche Tätigkeit zu suchen oder sich mit der Sozialarbeiterin hinsichtlich einer beruflichen Neuorientierung zu besprechen, stark gekränkt gezeigt, habe von Unwohlsein berichtet und sei daraufhin nicht mehr in der Tagesklinik erschienen. Das angebotene Abschlussgespräch habe er nicht wahrgenommen.

Die Beklagte hat den Verlaufsbericht des T über die Vorstellung des Klägers am 14. November 2019 vorgelegt. Der Kläger habe sich mit weiterhin bestehenden starken Beschwerden vorgestellt, die Beweglichkeit des linken Handgelenks und des linken Sprunggelenks sei praktisch aufgehoben gewesen. Es hätte ein ausgeprägtes Belastungsdefizit nach fortgeschrittener Handwurzelarthrose links und massiver Sprunggelenksarthrose links vorgelegen.

Der Kläger hat einen weiteren Bericht des T vom 2. Dezember 2019 zur Gerichtsakte gereicht, wonach im Bereich des linken Sprunggelenks aufgrund der Arthrose und der massiven dauerhaften Schmerzen eine extrem schmerzhaft Situation bestanden habe. Gutachterlich müsse ein Befund angenommen werden, der deutlich schlechter sei als das Ergebnis einer normalen Sprunggelenksarthrodese. Im Bereich des linken Handgelenks sei die Belastbarkeit bei Dauerschmerzen ebenfalls ausgeprägt eingeschränkt gewesen, so dass insoweit eine deutliche Funktionsbeeinträchtigung und eine MdE bestehe; gegebenenfalls müsse diesbezüglich eine erneute Begutachtung durchgeführt werden. Die Beschwerden seien absolut nachvollziehbar gewesen. Durch die langjährige Beeinträchtigung des Gangbildes bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der LWS mit massiven dauerhaften Schmerzen und zum Teil bestehender Radikulopathie, welche aufgrund des asymmetrischen Gangbildes direkt mit den Unfallfolgen zusammenhänge.

Das SG hat durch Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 11. Dezember 2019 die Klage abgewiesen. Ab November 2014 betrage die MdE 30 v. H., so dass der Kläger im Hinblick auf die auf Lebenszeit abgefundene Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 10 v. H. habe. Im Bereich des linken Sprunggelenks sei eine Verschlechterung der Unfallfolgen eingetreten, die jetzt eine MdE von 30 v. H. rechtfertige. Das rechte Sprunggelenk sei hingegen regelgerecht beweglich. Das SG hat sich insofern auf die gutachterlichen Feststellungen des M und des B gestützt. MdE-relevante Funktionseinschränkungen des linken Arms bzw. des linken Handgelenks seien nicht nachgewiesen. Aus den Gutachten des M und des B ergebe sich eine nahezu seitengleiche Beweglichkeit der Handgelenke, keine wesentliche Muskelminderung, keine Reflexdifferenzen und keine Seitendifferenz in der Handbeschwellung. Die vom Kläger angeführte Steifheit des linken Handgelenks und Einschränkung der Feinmotorik sei nicht annähernd durch objektive Befunde belegt. Vielmehr habe M eine beginnende Arthrose im Naviculare-Trapezoideum-Gelenk festgestellt, die unfallunabhängig sei. Die S1 habe diese hingegen ohne weitere Begründung als unfallbedingt angesehen. Das zuletzt von T diagnostizierte ausgeprägte Belastungsdefizit bei fortgeschrittener Handgelenkswurzelarthrose rechtfertige keine abweichende Beurteilung. Er habe keine vom Gutachten des M abweichenden objektiven Befunde mitgeteilt, sondern vielmehr allein bezugnehmend auf die subjektive Beschwerdeschilderung des Klägers kundgetan, dass er dessen Beschwerden für „absolut nachvollziehbar“ halte. Inwiefern eine objektive Befunderhebung und Beschwerdevalidierung erfolgt sei, sei nicht ersichtlich. Insofern habe sich das Gericht nicht zu weiteren medizinischen Ermittlungen veranlasst gesehen, zumal sich selbst ein objektivierte Belastungsdefizit ohne Weiteres mit der unfallunabhängig entwickelten Arthrose im Naviculare-Trapezoideum-Gelenk in Einklang bringen lassen dürfte.

Auch im Bereich der WS liege keine unfallbedingte MdE vor, denn die erlittene Kompressionsfraktur des 3. LWK sei folgenlos ausgeheilt, Funktionsstörungen habe M nicht feststellen können. Die Funktionsstörungen in der BWS seien unfallunabhängiger Natur, entgegen den Ausführungen der S1 und des T sei hierfür nicht das linkshinkende Gangbild des Klägers ursächlich. Beide hätten sich nicht mit der von M beschriebenen konkurrierenden Ursache der Blockierung des 5. Rippengelenks auseinandergesetzt. Auch spreche gegen eine Verursachung durch eine Fehlbelastung infolge des links hinkenden Gangbildes, dass der Kläger gegenüber Bim Jahr 2014 keine entsprechenden Beschwerden geltend gemacht habe und auch bei der Heilverfahrenskontrolle in der B1 Klinik sich kein Therapiebedarf hinsichtlich der WS ergeben habe. Im Übrigen sei selbst bei einer unterstellten Unfallkausalität nach den von M erhobenen Bewegungsmaßen der WS keine MdE begründet.

Im Weiteren lägen auch keine unfallbedingten psychischen Gesundheitsstörungen vor. Laut der sachverständigen Zeugenauskunft des K3 sei die beim Kläger bestehende mittelgradige depressive Episode multifaktoriell bedingt; eine Kausalität des Unfallereignisses lasse sich demnach nicht nachweisen. Zuletzt sei die MdE auch nicht unter dem Gesichtspunkt der besonderen beruflichen Betroffenheit höher zu bewerten. Die Beklagte habe den Rentenbeginn zutreffend bestimmt.

Gegen das ihm am 8. Januar 2020 zugestellte Urteil hat der Kläger beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) am 7. Februar 2020 Berufung eingelegt, mit der er sein Klagebegehren weiterverfolgt.

Am 17. September 2020 hat der Kläger bei der Beklagten einen weiteren Verschlimmerungsantrag gestellt.

Zur Berufungsbegründung führt er aus, das SG habe seinen Gesundheitszustand nicht richtig eingeschätzt und bewertet. Es habe sich zu Unrecht auf die Gutachten des M sowie des B gestützt und nicht ausreichend die Ausführungen der S1 und des T berücksichtigt. Insbesondere habe das SG hinsichtlich der Funktionsbehinderung des linken Handgelenks übersehen, dass bereits B3, Klinikum G, im Rahmen seiner gutachterlichen Untersuchung im Jahr 1988 festgestellt habe, dass die Bewegungseinschränkungen am linken Unterarm und am linken Handgelenk unfallbedingt seien sowie sich die Arthrose im linken Handgelenk und dessen Beweglichkeit auf Dauer verschlechtern werde. Zuletzt habe das SG auch zu Unrecht seine psychische Erkrankung nicht als Unfallfolge berücksichtigt. Die Ausführungen des zfp

stellten seinen Gesundheitszustand nur unvollständig dar. Gerade aus der Schwere des Arbeitsunfalls und seiner Folgen, die sich zunehmenden verschlechtert hätten, ergebe sich die unfallbedingte Kausalität. Insbesondere die permanenten Schmerzen zermürbten ihn und ließen ihn verzweifeln.

Zusammen mit der Berufungsbegründung hat der Kläger einen Auszug des sich nicht in der Verwaltungsakte der Beklagten befindlichen Sachverständigengutachtens des B3 vorgelegt. Das nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 22. Februar 1988 erstellte Gutachten hat als Unfallfolge unter anderem eine arthrotische Veränderung im linken Handgelenk beschrieben. B3 hat weiter darlegt, die Arthrose im linken Handgelenk infolge des Handkahnbein- und des handgelenksnahen Speichenbruchs mit Gelenkbeteiligung werde sich verschlimmern und in deren Folge die Beweglichkeit auf Dauer verschlechtern. Darüber hinaus hat der Kläger vorgelegt einen Ausdruck aus dem Internet über eine Kahnbeinpseudoarthrose

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11. Dezember 2019 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 24. September 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2017 zu verurteilen, ihm ab dem 1. November 2014 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 vom Hundert unter Berücksichtigung des auf Lebenszeit abgefundenen Rentenanteils nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Ein vom Berichterstatter für den 17. Dezember 2020 bestimmter Termin zur Erörterung des Sachverhalts hat der Kläger aus gesundheitlichen, pandemiebedingten Gründen nicht wahrnehmen können. Der Termin ist daraufhin aufgehoben worden.

Der Senat hat den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe durch Beschluss vom 18. August 2021 mangels hinreichender Aussicht des Berufungsverfahrens auf Erfolg abgelehnt.

Am 13. September 2021 hat der Kläger den Bescheid des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz vom 31. März 2021 über die Feststellung eines GdB von 50 und der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ vorgelegt. Ebenso sind zur Vorlage gekommen die bereits aktenkundigen Berichte des T über die Vorstellungen des Klägers am 14. November und am 2. Dezember 2019 sowie der Bericht über die Vorstellung am 11. Februar 2021. Dieser hat als Diagnosen genannt fortgeschrittene Handgelenksarthrose rechts und links, massive Schmerzen und fortgeschrittene Arthrose im Bereich beider Sprunggelenke, die Gesamtsituation habe sich deutlich verschlechtert, es bestehe zudem eine posttraumatische Belastungsstörung, die der Rentenversicherer unbedingt berücksichtigen müsse.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstands wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakten Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Der Senat konnte verhandeln und entscheiden, obwohl der Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht erschienen ist, da mit der ordnungsgemäßen, ausweislich der Postzustellungsurkunde am 5. August 2021 zugestellten Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Die form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)), auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 11. Dezember 2019, mit dem das SG die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) des Klägers auf Abänderung des Bescheides vom 24. September 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2017 ([§ 95 SGG](#)) und Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 100 v. H. ab dem 1. November 2014 unter Berücksichtigung des abgefundenen Rentenanteils nach einer MdE von 20 v. H. abgewiesen hat. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der vorliegenden Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08 R](#) –, [BSGE 104, 116](#) [124]; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34), vorliegend also derjenige der mündlichen Verhandlung am 16. September 2021.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Der Bescheid vom 24. September 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2017 ist rechtmäßig und verletzt daher den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Zu Recht hat es die Beklagte auf den Verschlimmerungsantrag des Klägers vom 16. Juli 2014 abgelehnt, dem Kläger nach Abfindung der Verletztenrente wegen der Verschlimmerung der bestehenden Unfallfolgen ab dem 1. November 2014 eine Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 10 v. H. zu gewähren. Demnach hat auch das SG zur Recht die Klage durch Urteil vom 11. Dezember 2019 abgewiesen.

Anspruchsgrundlage ist [§ 76 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch \(SGB VII\)](#) in Verbindung mit [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#) und [§ 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#), welche nach [§ 214 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#) auch auf Versicherungsfälle vor dem Inkrafttreten des SGB VII am 1. Januar 1997 Anwendung finden. Danach ist nach der Abfindung eine Rente zu zahlen, soweit nach der Abfindung eine wesentliche Verschlimmerung der Folgen des Versicherungsfalles eingetreten ist.

Bei einer Verschlechterung der Unfallfolgen kommt es nicht zu einem Wiederaufleben der abgefundenen Rente, sondern die Rente wird nur in Höhe der MdE gezahlt, die durch die Verschlimmerung bedingt ist. Der Anspruch auf Rente lebt auf Antrag des Versicherten nach einer Rentenabfindung nur in vollem Umfang wieder auf, wenn der Versicherte nach der Abfindung Schwerverletzter wird (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Mai 2004 – [L 7 U 5091/03](#) –, juris, Rz. 29; Ricke, in: KassKomm, 114. EL Mai 2021, SGB VII, § 76 Rz. 8).

Nach der für das gesetzliche Unfallversicherungsrecht geltenden Sondervorschrift des [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#), die aufgrund der ausdrücklichen gesetzlichen Bezugnahme auch im Bereich des § 76 Abs. 3 SGB VII gilt, ist bei der Feststellung der MdE eine Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) nur wesentlich, wenn sich ihr Ausmaß um mehr als 5 v. H. ändert und diese Veränderung länger als drei Monate andauert. Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) ist jede Änderung des für die getroffene Regelung relevanten Sachverhalts. In Betracht kommen für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere Änderungen im Gesundheitszustand des Betroffenen. Ob eine wesentliche Änderung vorliegt, ist durch einen Vergleich zwischen den tatsächlichen Verhältnissen zur Zeit der letzten verbindlichen Rentenfeststellung und den aktuellen Verhältnissen zu ermitteln (vgl. BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 – [B 2 U 11/15 R](#) –, juris, Rz. 10 f. m. w. N.).

Bei Anwendung dieser Grundsätze liegt eine wesentliche Änderung im Sinne des [§ 73 Abs. 3 SGB VII](#) zur Überzeugung des Senats nur insofern vor, als dass sich die im maßgeblichen Vergleichsbescheid vom 4. Oktober 1988 am linken Bein festgestellten Folgen des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 (Muskelschwäche des Ober- und Unterschenkels, Versteifung des OSG und Bewegungseinschränkung des USG, Gangbehinderung, reizlose Narben über dem Innen- und Außenknöchel sowie dem Fußrücken, formverbildende und röntgenologische Veränderungen im ehemaligen Verletzungsbereich und Weichteilschwellung der Knöchelregion) verschlechtert haben. Dieser Verschlechterung hat die Beklagte durch den streitgegenständlichen Bescheid vom 24. September 2015 zutreffend dadurch Rechnung getragen, als dass sie dem Kläger ab dem 1. November 2014 eine Verletztenrente nach einer MdE von 10 v. H. gewährt hat. An den durch den Bescheid vom 4. Oktober 1988 am linken Arm (Muskelschwäche des Ober- und Unterarms, Beweglichkeitseinschränkung des Hand- und Daumengelenks, Minderung des Knochenkalksalzgehalts des Unterarms sowie der Handwurzelknochen und Belastungsbeschwerden) und der WS (Bewegungseinschränkung der LWS und Belastungsbeschwerden) anerkannten Unfallfolgen ist keine wesentlichen Änderungen im Sinne einer Verschlechterung eingetreten und es sind auch keine weiteren Unfallfolgen hinzugetreten, wegen denen zur Überzeugung des Senats sich eine höhere MdE ergibt.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls ([§§ 8, 9 SGB VII](#)) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalles in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 2 U 5/10 R](#) –, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) –, juris, Rz. 12).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen des Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insofern ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere („conditio sine qua non“). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der „Conditio-Formel“ eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht („ex post“) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln des Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln des Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaten festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der



Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper des Versicherten war (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 16/11 R](#) –, juris, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 37).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 – [B 2 U 9/07 R](#) –, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 – [B 2 U 2/11 R](#) –, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, juris, Rz. 22 und vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 31/11 R](#) –, juris, Rz. 18; Senatsurteile vom 26. November 2015 – [L 6 U 50/15](#) –, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 – [L 6 U 4796/13](#) –, juris, Rz. 37), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 – [B 2 U 17/15 R](#) –, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 2 U 5/10 R](#) –, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Gemessen an diesen gesetzlichen Vorgaben und der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der Senat anschließt, hat die Beklagte zu Recht dem Kläger durch Bescheid vom 24. September 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2017 eine Verletztenrente nach einer MdE von 10 v. H. gewährt und zugleich die Gewährung einer höheren Verletztenrente abgelehnt. Das SG hat demnach die Klage zu Recht durch Urteil vom 11. Dezember 2019 abgewiesen. Wie auch das SG hat sich der Senat nicht davon überzeugen können, dass die bestehenden Unfallfolgen am linken Bein mit einer MdE von mehr als 30 v. H. zu bewerten sind, dass weitere festgestellte Unfallfolgen sich wesentlich verschlimmert haben oder dass neue Unfallfolgen hinzugetreten sind, wegen denen sich eine höhere MdE ergibt.

Infolge des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 leidet der Kläger am linken Bein unter den von der Beklagten durch Bescheid vom 4. Oktober 1988 bindend ([§ 77 SGG](#)) festgestellten Unfallfolgen Muskelschwäche des Ober- und Unterschenkels, Versteifung des OSG und Bewegungseinschränkung des USG, Gangbehinderung, reizlose Narben über dem Innen- und Außenknöchel sowie dem Fußrücken, formverbildende und röntgenologische Veränderungen im ehemaligen Verletzungsbereich und Weichteilschwellung der Knöchelregion. Diese Unfallfolgen hat die Beklagte entsprechend dem von W aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 5. September 1988 erstellten Zweiten Rentengutachtens mit einer MdE von 20 v. H. bewertet. Damals hat die Beweglichkeit des OSG Heben/Senken des Fußes 0-0-20° betragen und die Beweglichkeit des USG war um 1/5 eingeschränkt. In diesem Befund ist eine wesentliche Verschlechterung eingetreten. Die Beweglichkeit des OSG beträgt nunmehr Heben/Senken des Fußes 0-10-10°, es liegt somit eine Spitzfußstellung in 10°-Position vor, und für das Heben und Senken des Fußes sind allenfalls noch geringfügige, nicht messtechnisch erfassbare Wackelbewegungen möglich. Auch die Beweglichkeit des USG ist nicht mehr lediglich um 1/5 vermindert, es ist ebenfalls wackelsteif. Aufgrund dieser Verschlechterung beträgt die diesbezügliche MdE nicht mehr 20 v. H., sondern 30 v. H.. Ausgehend von der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., 9. Aufl. 2017, S. 713) wird eine Versteifung des OSG und des USG in Funktionsstellung mit einer MdE von 25 v. H. bewertet, beim Kläger ist die Versteifung aber nicht in Funktionsstellung, sondern in einer 10°-Spitzfußstellung erfolgt, wonach die MdE mit 30 v. H. zu bewerten ist. Der Senat stützt sich insofern auf das im erstinstanzlichen Verfahren bei M erhobene Sachverständigengutachten und das im Verwaltungsverfahren von B erstellte Gutachten, welches er im Wege des Urkundsbeweises ([§ 118 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung \[ZPO\]](#)) verwertet.

Eine höhere Bewertung der am linken Bein bestehenden Unfallfolgen ist nicht aufgrund der ärztlichen Meinungsäußerungen der S1 und des T, die insbesondere auf die extrem schmerzhaft Situation am linken Sprunggelenk hingewiesen haben, angezeigt. Denn zum einen sind die üblichen Schmerzen, die aufgrund einer Unfallfolge bestehen und mithin Begleitsymptom einer körperlich fassbaren Gewebeschädigung sind, bereits bei der Bewertung der Gewebeschädigung berücksichtigt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 231). Zum anderen ist beim Kläger eine über diese üblichen Schmerzen hinausgehende eigenständige Schmerzerkrankung diagnostisch nicht gesichert. Der den Kläger behandelnde H2 hat zwar ein auf den Arbeitsunfall zurückzuführendes chronisches Schmerzsyndrom ebenso wie die S1 und T jeweils fachfremd beschrieben. Der K3 selbst hat eine entsprechende Diagnose nicht erhoben. Es hat deswegen auch keinerlei medikamentöse Behandlung stattgefunden, auch dem urkundsbeweislich verwerteten Arztbrief des zfp hat sich diese nicht entnehmen lassen. Diagnostiziert worden ist über einen längeren Behandlungszeitraum keine Schmerzerkrankung, sondern eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1).

Darüber hinaus entnimmt der Senat dem Sachverständigengutachten des M, dass am USG eine schmerzhafte Wackelsteife nicht bestanden hat und dass im Vergleich zur Begutachtung bei W im Jahr 1988 die Muskelminderung am linken Bein abgenommen hat. Während im Jahr 1988 die Muskelminderung am linken Bein am Oberschenkel proximal und distal 2,5 cm und 1,5 cm und im Bereich der Wade 2,5 cm betragen hat, hat M nur noch eine Muskelminderung an der Wade von 2 cm und am Oberschenkel keine nachweisbare Muskelminderung mehr feststellen können. Auch die Fußsohlenbeschielung war seitengleich ausgeprägt. M hat insofern für den Senat überzeugend ausgeführt, dass diese Befunde für einen tatsächlichen Gebrauch der linken unteren Extremität sprechen, woraus der Senat im Weiteren schließt, dass der Kläger unter keiner eigenständigen Schmerzerkrankung, die einen Gebrauch des linken Beines nicht zuließe, leidet.

Am rechten Sprunggelenk liegen keine Unfallfolgen vor, die MdE-relevant sind. Es ist insbesondere aufgrund der am linken Bein bestehenden Unfallfolgen kein Überlastungsschaden am rechten Sprunggelenk eingetreten. Die diesbezüglichen Ausführungen der S1 überzeugen den Senat nicht. Denn ein Überlastungsschaden kann an der unversehrten paarigen Extremität nach der nach wie vor herrschenden wissenschaftlichen Lehrmeinung grundsätzlich nicht entstehen (vgl. Senatsurteil vom 15. April 2021 - L 6 U 4096/19 -, juris, Rz. 57; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 728). Darüber hinaus haben sowohl M als auch B am rechten Sprunggelenk, worauf bereits das SG zutreffend hingewiesen hat, keinen pathologischen Befund erhoben. Nach den gutachterlichen Feststellungen des M war die Gesamtbeweglichkeit des rechten USG ebenso wie die des rechten OSG (Heben/Senken des Fußes 25-0-45°) nicht eingeschränkt. Der zuletzt vom Kläger vorgelegte Bericht des T vom 11. Februar 2021, der nunmehr neben der bereits in den Berichten vom 14. November und vom 2. Dezember 2019 diagnostizierten Sprunggelenksarthrose links auch eine fortgeschrittene Arthrose im rechten Sprunggelenk diagnostiziert, führt zu keiner abweichenden Beurteilung.

Die am linken Arm durch den Bescheid vom 4. Oktober 1988 bindend festgestellten Unfallfolgen (Muskelschwäche des Ober- und Unterarms, Beweglichkeitseinschränkung des Hand- und Daumengelenks, Minderung des Knochenkalksalzgehalts des Unterarms und der Handwurzelknochen, Belastungsbeschwerden) sind nicht mit einer MdE von mindestens 10 v. H. zu bewerten. Auch insoweit stützt sich der Senat auf die Sachverständigengutachten des M und des B. Für die Bewertung der MdE von Unfallfolgen am Handgelenk sind vorwiegend die Bewegungsmaße des Handgelenks im Vergleich zum unverletzten Handgelenk maßgebend (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 581). Nach den von M erhobenen Bewegungsmaßen hat die Beweglichkeit des linken Handgelenks handrückenwärts/hohlhandwärts 75-0-50° und speichenwärts/ellenwärts 20-0-40° betragen und war damit im Vergleich zur Beweglichkeit des rechten Handgelenks, die betragen hat handrückenwärts/hohlhandwärts 70-0-60° und speichenwärts/ellenwärts 25-0-40°, nur unwesentlich und somit nicht in einem MdE-relevanten Maße eingeschränkt. Radiologisch haben sich neben der Verkürzung der Speiche und der nicht verheilten Abrissfraktur des Ellengriffelfortsatzes durch den Unfall bedingte arthrotische Veränderungen nicht ergeben. Eine Kahnbeinarthrose, die der Kläger geltend macht, hat nach den überzeugenden Ausführungen des M mit Sicherheit nicht vorgelegen. Die sich radiologisch ergebende beginnende Arthrose im Naviculare-Trapezoideum-Gelenk hat M als unfallunabhängig eingestuft. Im Weiteren hat M für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass die nur geringfügige Verminderung der Unterarmmuskulatur links bei seitengleicher Hohlhandbeschielung der Hände für einen normalen Gebrauch des linken Handgelenks und gegen eine schwere Funktionsstörung spricht. Auch nach den gutachterlichen Feststellungen des B waren die Handgelenke nahezu seitengleich beweglich. Der Handkompressionsdruck hat zwar rechts 0,8 bar und links 0,15 bar betragen; weder der Röntgenbefund noch das klinische Bild haben aber mit den geschilderten Beschwerden des Klägers (wenig Kraft im Handgelenk, Knacken im Handgelenk, Einschränkung der Feinmotorik) korreliert und konnten auch den verminderten Kompressionsdruck nicht erklären.

Den Senat veranlassen - wie auch das SG - die Ausführungen der S, die ohne weitere Begründung eine Arthrose im „rechten“ Handgelenk als Unfallfolge beschrieben hat, und der von T aufgrund der Vorstellung des Klägers am 14. November 2019 gefertigte Verlaufsbericht, der ein ausgeprägtes Belastungsdefizit nach fortgeschrittener Handwurzelarthrose links bei praktisch aufgehobener Beweglichkeit des linken Handgelenks beschreibt, nicht zu einer abweichenden Beurteilung. Der Senat hält diese Ausführungen für nicht überzeugend. Hiergegen spricht bereits der zeitliche Verlauf. Bei der ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung durch M am 10. September 2019 konnte, wie bereits ausgeführt, am linken Handgelenk keine MdE-relevante Funktionsbehinderung festgestellt werden und es haben sich deutliche Anzeichen (Hohlhandbeschielung und nur eine geringfügige Verminderung der Unterarmmuskulatur) für einen tatsächlichen Gebrauch des linken Handgelenks ergeben. Hingegen hat T aufgrund der nur circa zwei Monate, am 14. November 2019, erfolgten Vorstellung des Klägers eine praktisch aufgehobene Beweglichkeit des linken Handgelenks wegen einer fortgeschrittenen Handwurzelarthrose beschrieben. Für den Senat ist eine Verschlechterung in diesem Ausmaß innerhalb dieses kurzen Zeitraums nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus hat M keine durch den Arbeitsunfall bedingten arthrotischen Veränderungen beschrieben und die beginnende Arthrose im Naviculare-Trapezoideum-Gelenk als unfallunabhängig eingestuft. Auch B hat bereits darauf hingewiesen, dass die vom Kläger in der linken Hand beklagten Beschwerden, insbesondere die zum Untersuchungszeitpunkt nicht objektivierbare Kraftminderung, nicht unfallbedingt sind. Letztlich ist, worauf bereits das SG hingewiesen hat, nicht ersichtlich, ob T seine Ausführungen auf eine von ihm durchgeführte Befunderhebung oder lediglich auf die Ausführungen des Klägers gestützt hat. Auf die letzte Alternative deuten im Bericht des T vom 2. Dezember 2019 der Satz „Die Beschwerden erscheinen mir am heutigen Tag in der Sprechstunde absolut nachvollziehbar, ebenso das Bewegungsdefizit im Bereich des Handgelenkes und vor allem die aufgehobene Beweglichkeit des linken unteren Sprunggelenkes.“ hin und, dass T keine erhobenen Bewegungsmaße mitgeteilt hat. Aus dem zuletzt vom Kläger vorgelegten Bericht des T über dessen Vorstellung am 11. Februar 2021, der wiederum eine fortgeschrittene Handgelenksarthrose rechts und links beschreibt, ergeben sich keine weiteren rechtlich wesentlichen Gesichtspunkte.

Der vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegte Auszug aus dem von B3 im Jahr 1988 erstellten Gutachten zwingt ebenso zu keiner abweichenden Beurteilung. Die von B3 angestellte perspektivische Betrachtung, dass die Arthrose im linken Handgelenk durch den Handkahnbeinbruch und den handgelenksnahen Speichenbruch mit Gelenkbeteiligung zu einer Verschlechterung der Beweglichkeit des Handgelenks auf Dauer führen wird, hat sich nach den nachvollziehbaren und schlüssigen gutachterlichen Feststellungen des M und des B nicht bestätigt.

Zur Überzeugung des Senats ist auch an den durch Bescheid vom 4. Oktober 1988 an der WS bindend anerkannten Unfallfolgen (Bewegungseinschränkung der LWS und Belastungsbeschwerden) keine wesentliche Verschlimmerung eingetreten. M und auch B haben hinsichtlich der WS keine Funktionsbeeinträchtigungen beschrieben, die mit einer MdE von mindestens 10 v. H. zu bewerten wären. Die Bewegungsmaße haben für die HWS bei Vorneigen/Rückneigen 75-0-35°, bei Seitneigen rechts/links 40-0-40° und beim Drehen rechts/links 60-0-60° betragen. Für die BWS und LWS haben sich als Bewegungsmaße beim Seitneigen rechts/links 40-0-50°, beim Drehen im Sitzen rechts/links 40-0-40°, FBA 10 cm, Ott 30/32 cm und Schober 10/16,5 cm ergeben. Das SG hat zutreffend ausgeführt, dass sich die Beweglichkeit der BWS und LWS im Vergleich zu den von W im Zweiten Rentengutachten erhobenen Bewegungsmaßen (FBA 12 cm,

Rückneigung 40°, Ott 30/32 cm, Schober 10/14,5 cm, Seitneigung 25-0-25°, Rotation 50-0-50°), die dem maßgeblichen Vergleichsbescheid vom 4. Oktober 1988 zugrunde gelegen haben, sogar verbessert hat. Die Fraktur des 3. LWK ist unter einer minimalen Veränderung der Vorderkantenhöhe dieses Wirbels (vier Röntgenmillimeter) verheilt und die klinischen Untersuchungen bei M und B haben keine Hinweise auf eine Funktionsstörung der LWS ergeben. Radiologisch haben sich in den angrenzenden Zwischenwirbelräumen (L2/3 und L 3/4) keine Auffälligkeiten feststellen lassen, auch die Hinterkante des 3. LWK hat sich unauffällig dargestellt.

Soweit die S1 und T aufgrund einer Fehlbelastung der WS durch das links hinkende Gangbild des Klägers Beschwerden an der WS als Unfallfolgen beschreiben, lässt sich hieraus keine MdE von mindestens 10 v. H. ableiten. Wie bereits ausgeführt, bestehen an der WS keine MdE-relevanten Funktionsbehinderungen. Im Weiteren hat M überzeugend dargelegt, dass die derzeit an der WS bestehenden Beschwerden von einer Blockierung des 5. Rippengelenks ausgehen, die nicht im Zusammenhang mit der infolge des Arbeitsunfalls erlittenen Kompressionsfraktur des 3. LWK steht. Auch besteht an der BWS eine fixierte Rundrückenbildung, bei der aufgrund des klinischen Befundes eine durchgemachte Scheuermann'sche Erkrankung im Wachstumsalter zu diskutieren ist. Darüber hinaus hat auch der den Kläger behandelnde H2 – wenn auch fachfremd – die Diagnose eines chronischen HWS-/LWS-Syndroms gestellt und dieses als unfallunabhängig eingestuft.

Zuletzt bestehen auch auf psychiatrischem Fachgebiet keine Unfallfolgen und somit keine MdE. Der Senat entnimmt der sachverständigen Zeugenaussage des K3 und dem von diesem vorgelegten und im Wege des Urkundsbeweises verwerteten Arztbrief des zfp, dass der Kläger zum Zeitpunkt der dortigen teilstationären Behandlung an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) gelitten hat. Eine eigenständige Schmerzerkrankung, die von der S und T fachfremd diagnostiziert wurde, hat demnach von fachärztlicher Seite, wie der Senat bereits ausgeführt hat, nicht bestätigt werden können. Für den Senat überzeugend hat der K3 die Gründe dargelegt, die gegen eine Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls vom 7. Oktober 1986 für die depressive Erkrankung des Klägers sprechen. Demnach sind depressive Erkrankungen multifaktoriell bedingt und können durch eine Vielzahl von Faktoren (genetische, biologische und psychosoziale) ausgelöst werden. Als maßgebliche Ursache für die beim Kläger im Zeitpunkt der teilstationären Behandlung im zfp bestehende mittelgradige depressive Episode sieht der Senat die veränderten Lebensumstände des Klägers nach dem Arbeitsunfall und nicht den Arbeitsunfall selbst an. Der Kläger hat nach der sachverständigen Zeugenaussage des K3 selbst ausgeführt, seine Stimmung habe sich aufgrund der schlechten Lebensqualität nach dem Arbeitsunfall verschlechtert. Nach dem Arbeitsunfall ist ein Arbeitsversuch in dem vom Kläger erlernten Beruf des Dachdeckers gescheitert, er hat die begonnene Umschulung zum Industriekaufmann nicht erfolgreich abschließen können und ist arbeitslos geworden. Die Arbeitslosigkeit, wegen der der Kläger zuletzt sogar Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II in Anspruch nehmen musste, hat zu den in der sachverständigen Zeugenaussage beschriebenen Zukunfts- und Versagensängsten geführt. Für diese veränderten Lebensumstände des Klägers war der Arbeitsunfall vom 7. Oktober 1986 zwar eine Ursache im Sinne der conditio-sine-qua-non-Formel, er ist hierfür jedoch nicht rechtlich wesentlich ursächlich, weil diese Lebensumstände durch das Eintreten weiterer, einen Zurechnungszusammenhang ausschließender Faktoren bedingt sind (vgl. Senatsbeschluss vom 3. August 2021 – [L 6 U 2959/19](#) –, n. v.; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25. April 2013 – [L 2 U 162/12](#) –, juris, Rz. 35; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 168). Darüber hinaus hat sich nach dem Arztbericht des zfp unter der Einnahme von Trimiparin 50 mg/d eine dezente Besserung des Schlafes ergeben und nach wenigen Tagen hat sich eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik gezeigt, so dass eine weitere medikamentöse Behandlung nicht mehr notwendig war. Vor diesem Hintergrund wäre die depressive Erkrankung des Klägers, selbst wenn sie rechtlich wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 7. Oktober 1986 verursacht worden wäre, nicht mit einer MdE zu bewerten, die sich rentenerhöhend auswirken würde. Soweit zuletzt T – fachfremd – in seinem Behandlungsbericht vom 11. Februar 2021 von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen ist, ist bereits nicht nachvollziehbar, inwiefern diese auf den Arbeitsunfall vom 7. Oktober 1986, der fast 35 Jahre zurückliegt, rechtlich wesentlich zurückzuführen sein soll.

Eine Höherbewertung der MdE ergibt sich – wie das SG zutreffend ausgeführt hat – auch nicht unter dem Gesichtspunkt der besonderen beruflichen Betroffenheit ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#)). Eine besondere berufliche Betroffenheit kann nur bei Versicherten vorliegen, die einen sehr spezifischen Beruf mit einem relativ engen Bereich ausüben, der außerdem besondere Fähigkeiten voraussetzt, die durch den Unfall oder die Berufskrankheit beeinträchtigt worden sind (vgl. Senatsurteile vom 20. Oktober 2016 – [L 6 U 34/16](#) –, juris, Rz. 60 und vom 26. März 2015 – [L 6 U 3485/13](#) –, juris, [Rz. 38](#)). Dies ist beim Kläger, der als Dachdecker beschäftigt war, nicht der Fall.

Aus der Feststellung eines GdB von 50 und der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Nachteilsausgleichs „G“ (Bescheid des Landesamts für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz vom 31. März 2021) ergibt sich ebenso keine Höherbewertung der MdE. Die Kriterien zur Bestimmung des GdB und der MdE sind unterschiedlich und können daher nicht ohne Einschränkung übertragen werden (vgl. Senatsurteil vom 16. Februar 2007 – [L 6 U 839/04](#) –, juris, Rz. 75).

Auch hat das SG zutreffend dargelegt, dass die Beklagte zu Recht von einem Beginn der Rentenzahlung nach [§ 73 Abs. 1 SGB VII](#) wegen des erstmaligen Nachweises der Verschlechterung der Unfallfolgen durch das Sachverständigengutachten des B vom 27. Oktober 2014 am 1. November 2014 ausgegangen ist. Im Übrigen hat der Kläger auch weder im Klage- noch im Berufungsverfahren einen früheren Rentenbeginn geltend gemacht.

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen haben dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen Grundlagen vermittelt. Insbesondere für weitere Ermittlungen auf psychiatrischem Fachgebiet haben sich keine hinreichenden Anhaltspunkte ergeben. Für den Senat waren insofern die sachverständige Zeugenaussage des K3 und der von diesem vorgelegte Arztbrief über die teilstationäre Behandlung des Klägers im zfp eine ausreichende Entscheidungsgrundlage. Zu weiteren Sachverhaltsermittlungen ins Blaue hinein ist der Senat nicht verpflichtet (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Oktober 2018 – [B 9 V 20/18 B](#) –, juris, Rz. 19).

Nach alledem erweisen sich das Urteil des SG vom 11. Dezember 2019 und der Bescheid der Beklagten vom 24. September 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. August 2017 als rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Dieser hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente ab dem 1. November 2014 nach einer höheren MdE als 10 v. H..

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-26