

## L 6 U 3039/21

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6.  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 U 1544/20  
Datum  
26.08.2021  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 3039/21  
Datum  
14.07.2022  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Beschluss

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 26. August 2021 wird zurückgewiesen.**

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

### Gründe

I.

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalls vom 1. Februar 2014, bei dem er sich das Knie verdrehte.

Er ist geboren, stammt aus K, hat keinen Schulabschluss sowie keine Berufsausbildung und ist in der Metallindustrie als Maschinenbediener tätig. Derzeit arbeitet er in einer Firma für Aluminiumbearbeitung. Er ist verheiratet und bewohnt mit seiner Ehefrau und den drei inzwischen volljährigen Kindern ein 98 qm große Mietwohnung (vgl. Anamnese B-Klinik und K1).

P beschrieb im Durchgangsarztbericht vom 1. Februar 2014, dass sich der Kläger auf der Arbeit irgendwie das Knie verdreht habe. Er gebe Schmerzen im Bereich der gesamten lateralen Wade an. Schmerzbedingt habe ein leichtes Streckdefizit von circa 15° bestanden. Im Seitenvergleich zeige sich eine minimale Schwellung, das Band sei stabil, das Meniskuszeichen positiv gewesen.

Der S gab im Nachschaubericht vom 4. Februar 2014 an, dass der Kläger während der Arbeit mit dem rechten Fuß umgeknickt sei und sich das rechte Knie verdreht habe. Am rechten Kniegelenke bestehe ein minimaler Erguss und ein mäßiger Patellaverschiebeschmerz. Die Streckung/Beugung sei mit 0-0-75° möglich gewesen, über dem medialen Gelenkspalt habe kaum Druckschmerz bestanden. Eine Kernspintomographie (MRT) sei veranlasst worden. Diese zeigte (vgl. Befundbericht des A vom 5. Februar 2014) einen erheblichen Gelenkerguss bei regelrechtem retropatellaren Knorpel sowie einen breitklaffenden Schrägriss am Hinterhorn-Innenmeniskus und intaktem Außenband.

Nach ambulanter Untersuchung vom 5. Februar 2014 beschrieb A einen erheblichen Gelenkerguss, ein Kontusionsödem des lateralen Tibiaplateaus sowie einen Schrägriss des Hinterhorn-Innenmeniskus. Diagnostiziert wurde eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB), eine Innenbandruptur wurde verneint.

R gab im Zwischenbericht aufgrund ambulanter Untersuchung vom 13. Februar 2014 an, dass sich noch ein mäßiger Kniegelenkserguss gezeigt habe, die Beweglichkeit sei auf 0-0-100° verbessert, der Lachmantest 2-fach positiv und das Innenband stabil.

D, A1-Kliniken, führte beratungsärztlich aus, dass die Kernspintomographie (MRT) des rechten Kniegelenks eine vollständige Kontinuitätsunterbrechung des VKB nach Ruptur im mittleren Bandbereich zeige. Die Knochenmarködeme sowie die umschriebene Flüssigkeitsimbibierung in der Umgebung des VKB seien als akute verletzungsspezifische Begleitverletzung zu werten. Die Ruptur des VKB sei damit ebenso wie die Distorsion des lateralen Kollateralbandes zeitlich plausibel einem Unfallereignis am 1. Februar 2014 zuzuordnen, zumal keine degenerativen Veränderungen des Kniegelenks bestünden.

Die Beklagte veranlasste eine Vorstellung in der B1Klinik (BGU) T am 24. Februar 2012. Diese diagnostizierte ein Kniebinnenrauma mit vorderem Kreuzbandriss und Innenmeniskusläsion rechts. Es sei die Indikation zur Arthroskopie mit ggf. Meniskusteilresektion und Kreuzbandersatzplastik gestellt worden. Während der stationären Behandlung vom 20. bis 31. März 2014 wurde eine VKB-Ersatzplastik durchgeführt. Der postoperative Heilungsverlauf habe sich erwartungsgemäß gestaltet, unter physiotherapeutischer Anleitung sei die Mobilisation mit einer Teilbelastung von 20 kg an Unterarmgehstützen erfolgt.

Der S1 befundete am 2. April 2014 eine mäßige Schwellung und einen mäßigen Erguss. Die Bewegung sei mit 0-10-60° möglich gewesen, die Wunden reizlos abgeheilt.

Im Zwischenbericht vom 13. Mai 2014 führte die BGU T aus, dass ein leicht hinkendes Gangbild bestanden habe. Die Abrollphase rechts sei noch leicht verzögert, die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks mit 0-0-110° sowie stabilem Kollateralbandapparat nahezu frei. Das VKB und hintere Kreuzband (HKB) seien mit festem Anschlag. Es zeige sich noch eine leichte Umfangsvermehrung im Bereich des rechten Knies mit einer minimalen Überwärmung. Hinweise auf eine Infektion hätten sich nicht gefunden, ein sensomotorisches Defizit habe nicht bestanden. Am Quadrizepsmuskel zeige sich eine leichte Muskellarthrose.

S1 beschrieb am 19. Mai 2014 reizfreie Wunden bzw. Narben am rechten Kniegelenk. Der Kläger gebe auf der Treppe noch ein deutliches Instabilitätsgefühl an, Physiotherapie werde weiter erforderlich sein.

Ab dem 16. Juni 2014 führte die Beklagte eine Belastungserprobung durch, die erfolgreich verlief, sodass der Kläger seine Tätigkeit ab 16. Juli 2014 wieder vollschichtig aufnahm.

Bei der Heilverfahrenskontrolle am 27. Oktober 2014 in der BGU T zeigten sich beidseits gerade Beinachsen und eine mäßige Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels im Seitenvergleich. Die Beweglichkeit wurde rechts mit 0-0-130° und links 5-0-130° angegeben, ein Kniegelenkserguss verneint. Der Kapselbandapparat beider Kniegelenke sei stabil gewesen. Es hätten Druck- und Bewegungsschmerzen im Bereich des Tibiakopfes rechts medial ventral bestanden, die periphere Durchblutung, die Motorik und die Sensibilität seien regelrecht gewesen. Der Heilverlauf sei zufriedenstellend, es bestehe noch eine Muskelminderung der rechten unteren Extremität sowie ein leichtes Extensionsdefizit rechts im Seitenvergleich. Seit circa drei Monaten sei der Kläger arbeitsfähig in der zum Unfallzeitpunkt durchgeführten Tätigkeit.

S1 gab im Zwischenbericht vom 3. Februar 2015 an, dass am rechten Knie bei freier Beugung erhebliche Schmerzen bei Überstreckbewegungen bestünden, am rechten Bein zeige sich ein deutliches muskuläres Defizit. Die vordere Schublade sei im Seitenvergleich positiv, sichere Meniskuszeichen oder Seitenbandinstabilität bestünden nicht.

Die MRT des rechten Kniegelenks vom 31. August 2015 (Radiologie S3) zeigte einen regelrechten postoperativen Befund nach VKB.

Der S2 gab nach ambulanter Untersuchung am 19. September 2015 an, dass sich klinisch und radiologisch ein regelrechter Befund nach VKB-Plastik und Physiotherapie gezeigt habe. Die chronische Beschwerdesymptomatik des Klägers könne über die erhobenen Befunde nicht erklärt werden. Sicherlich sei ein morgendlicher sogenannter Einlaufschmerz möglich, auch eine gewisse Instabilität bei bestehender Muskelminderung sei keine außergewöhnliche Situation nach Kreuzbandruptur und Kreuzbandplastik. Seitengleiche Beweglichkeit und seitengleiche Bandstabilität seien radiologisch bestätigt. Es solle ein Übungsprogramm einschließlich Muskeltraining angeboten werden, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in rentenberechtigender Höhe verbleibe nicht.

Mit 26. November 2015 stellte sich der Kläger erneut bei S2 vor, der wiederum eine seitengleiche Bandstabilität mit möglicher Beugung/Streckung von 5-0-130° befundete. Die Beschwerden seien auf die Muskelminderung am rechten Quadrizeps zurückzuführen, es sei ein Rezept zum Muskeltraining ausgestellt worden.

S1 sah am 13. Juni 2016 eine Beweglichkeit von 0-0-120° bei stabilen Seitenbändern. Gelenkerguss habe keiner bestanden, die Darstellung der Kniegelenkstrukturen seien ebenso unauffällig gewesen wie die Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Im Röntgen habe sich ein unauffälliger Befund ohne wesentliche degenerative Veränderungen gezeigt.

Die MRT vom 20. Juni 2016 (Radiologie S3) ergab den Verdacht auf eine Insuffizienz der VKB-Plastik. Es bestehe eine leichte Dorsal-Positionierung des Femurs als Ausdruck einer solchen. S1 empfahl am 28. Juni 2016 bei anhaltenden Beschwerden eine Arthroskopie. Bei klinischer leichter Insuffizienz des VKB-Transplantates und mutmaßlichem Innenmeniskus-Hinterhornriss sei zunächst ein konservativer Therapieversuch eingeleitet worden.

Nachdem der Kläger eine Rente beantragte und die Durchführung einer Begutachtung in T beehrte, holte die Beklagte das erste Rentengutachten des S4 aufgrund ambulanter Untersuchung vom 26. Oktober 2016 ein. Dieser beschrieb ein regelrechtes Gangbild bei längerem Laufen sowie ein nachziehendes Gangbild ohne Durchschwung des rechten Kniegelenks. Am rechten Kniegelenk sei eine kniegelenksüberbrückende stützende Bandage getragen worden. Nach Abnahme hätten sich reizlose Narben- und Weichteilverhältnisse ohne Rötung oder Schwellung gezeigt. Die Gangvaria seien mit einem Zehenspitzenstand, -gang, Fersenstand und -gang rechts wie links durchführbar gewesen. Der Einbeinstand rechts sei nur wackelig demonstrierbar, ebenso die Hockstellung, die rechts nur wackelig und links voll gelinge. Die Patella sei nicht druckschmerzhaft und frei verschieblich. Die Beweglichkeit für Streckung/Biegung habe bei 0-0-125° gelegen. Die Röntgendiagnostik habe einen leicht verminderten Gelenkspalt medial rechts bei ansonsten regelrechter Gelenk- und Patellastellung gezeigt. Die MdE sei vom 14. Juli 2014 bis 25. Oktober 2016 auf 20 v. H. und darüber hinaus bis zum 2. Rentengutachten ebenfalls auf 20 v. H. einzuschätzen, danach voraussichtlich auf 10 v.H..

Ergänzend gehört führte der Gutachter aus, dass sich die MdE-Einschätzung nicht aus einer eingeschränkten Beweglichkeit, sondern aus einer vermehrten Instabilität des Kniegelenks verbunden mit einer ausgeprägten Muskelminderung ergebe. In der MRT vom 20. Juni 2016 habe sich der Verdacht auf eine Insuffizienz der Kreuzbandplastik gezeigt. Die klinischen und bildgebenden Befunde deckten sich mit der Befundung im Rahmen des ersten Rentengutachtens vom 10. November 2016. Da der genaue Zeitpunkt der Verschlechterung nicht bekannt sei, werde bis zum 25. Oktober 2016 von einer MdE unter 20 v. H. und ab dem 26. Oktober bis zum zweiten Rentengutachten von

einer MdE von 20 v. H. ausgegangen.

Die MRT des rechten Kniegelenks (Radiologie S3) vom 17. März 2017 ergab eine intakte VKB-Plastik sowie keinen Innenmeniskus-Hinterhornriss. S1 führte nach ambulanter Besprechung der MRT vom 27. März 2017 aus, dass die MRT ein regelrechtes VKB-Transplantat zeige und keinen Meniskusriss nachweise. Der Kläger beschreibe diffuse Beschwerden und Schmerzen nach 1 km Gehstrecke. Er habe ihn darüber aufgeklärt, dass ein unauffälliger postoperativer MRT-Befund vorliege und dass eine wesentliche Steigerung der MdE in absehbarer Zeit nicht zu erwarten sei. Möglicherweise liege ein latentes Rentenbegehren vor.

H verneinte beratungsärztlich eine komplexe Instabilität. Die Unfallbefunde beschrieben nur eine VKB-Ruptur, aber keine Innenbandverletzung. Von einer nicht kompensierbaren Seitenbandinstabilität könne daher nicht ausgegangen werden, eine erstgradig vordere Schublade sei nach einer VKB-Ersatzplastik als durchaus normal anzusehen, sollte jedoch muskulär kompensiert werden. Auszugehen sei von dem Bestehen eines Trainingsmangels beim Kläger. Die MdE sei auf 10 v. H. einzuschätzen und eine intensive Physiotherapie durchzuführen.

Vom 22. August bis 12. September 2017 führte die Beklagte eine stationäre Rehabilitation in der B-Klinik Überlingen durch. Diese beschrieb ein aufrechtes, regelrechtes Gangbild, die Entkleidung sei selbstständig durchgeführt worden, es fänden sich reizlose Narben und Weichteilverhältnisse über dem rechten Kniegelenk sowie ein minimaler Erguss. Es zeige sich kein lokaler Druckschmerz, keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung. Im Bereich des rechten Kniegelenks sei die vordere Schublade positiv, es finde sich keine mediale oder laterale Aufklappbarkeit und keine Meniskuszeichen. Im Abschlussbefund wurde die Beweglichkeit für Streckung/Beugung mit 0-10-130° an beiden Kniegelenken angegeben. Die Physiotherapie und die medizinische Kräftigungstherapie solle fortgeführt werden.

Mit Bescheid vom 6. März 2018 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab. Der Arbeitsunfall habe zu belastungsabhängigen Beschwerden des Kniegelenks, einer leichten Muskelminderung des rechten Oberschenkels von 1 cm im Vergleich zur Gegenseite nach operativ versorgtem Riss des VKB mit einliegender Ersatzplastik sowie einer Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns geführt. Unabhängig vom Arbeitsunfall bestehe eine beidseitige Überstreckbarkeit des Kniegelenks mit Lockerung des Innenbandes. Eine MdE von wenigstens 20 v. H. ergebe sich nicht.

S führte aus, dass sich der Kläger nach einem Urlaub im Heimatland am 6. September 2018 mit erheblichen Schmerzen und einer deutlichen Instabilität vorgestellt habe. Klinisch habe sich ein deutlicher Erguss des rechten Kniegelenks gezeigt, die Beweglichkeit habe bei 0-10-90° gelegen. Es sei eine Kniegelenkspunktion durchgeführt worden, die 35 ml blutigen Erguss gezeigt habe. Eine immobilisierende Kniegelenksorthese sei angelegt worden. Bei der Verlaufsuntersuchung am 26. September 2018 zeigte sich die Beschwerdesituation deutlich rückläufig. Es habe ein gering hinkendes Gangbild rechts und subjektiv ein Instabilitätsgefühl des Kniegelenks bestanden. Die Beweglichkeit habe für Beugung/Streckung bei 0-5-125° gelegen. Es habe ein geringer Erguss und eine geringe periartikuläre Schwellung bestanden. Der Kläger könne im täglichen Leben wieder zur Normalität übergehen, aufgrund der Instabilität bei fraglich frischer VKB-Ruptur sei eine Vorstellung in der Unfallchirurgie K organisiert worden. Die MRT vom 20. September 2018 (Radiologie S3) zeigte den dringenden Verdacht auf eine Teil- oder Kompletttraktur der VKB-Plastik bei geschlängeltem und signalalterierten Verlauf, weiter eine Chondropathie am medialen und lateralen Kompartiment bei Gonarthrose.

R, Gesundheitsverbund Landkreis K, sah nach ambulanter Untersuchung vom 11. Oktober 2018 die Indikation zur Computertomographie (CT) und Operation mit Bohrkanalauffüllung und VKB-Re-Ersatzplastik.

Im Verlaufsbericht nach ambulanter Untersuchung vom 25. Oktober 2018 führte die BGU T aus, dass sich in der Untersuchung eine Stabilität des VKB beidseits gezeigt habe. Die Beweglichkeit für Extension/Flexion habe bei 0-0-120° gelegen. Es sei eine muskuläre Kräftigung indiziert, eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)-Maßnahme für vier Wochen sei bereits genehmigt. Die MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 26. November 2018 zeigte eine Spondylolyse Grad 1, keine spinale oder foraminale Enge und keinen umschriebenen Bandscheibenvorfall (BSV).

Die Beklagte führte ab dem 10. Dezember 2018 erneut eine Belastungserprobung am Arbeitsplatz durch.

Aufgrund ambulanter Untersuchung vom 29. November 2018 sah die BGU T keine Änderung zu den Vorbefunden. Es bestehe kein wesentliches Bewegungsdefizit, muskulär kaum ein Unterschied zum linken Bein.

Das Zentrum für Neurologie und Psychiatrie S3 führte nach ambulanter Untersuchung vom 7. Dezember 2018 aus, dass weder klinisch-neurologisch noch elektroneurographisch eine Nervenschädigung im Unterschenkelbereich feststellbar sei. Auszugehen sei von unspezifischen, im Kniebereich gelegener Missempfindungen auf dem Boden der Knie-Vorerkrankung. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Therapieempfehlung.

Im Verlaufsbericht der BGU T aufgrund ambulanter Untersuchung vom 10. Januar 2019 wurde dargelegt, dass es am 15. August 2018 zu einem Distorsionsereignis mit Re-Ruptur des rechten VKB gekommen sei. Die Distorsion habe sich nach Angabe des Klägers im Urlaub ereignet, sodass der Unfallzusammenhang geprüft werden müsse. Die Beweglichkeit habe bei 5-0-120° gelegen. Laut dem Aktenvermerk vom 17. Januar 2019 gab der Kläger telefonisch an, dass er im Urlaub wieder Beschwerden hatte und das Knie instabil gewesen sei. Einen neuen Unfall habe er nicht erlitten.

Während des weiteren stationären Aufenthaltes des Klägers in der BGU T (6. bis 11. Februar 2019) wurde eine Arthroskopie mit Resektion und Ersatzplastik sowie Auffüllung der Bohrkanäle durchgeführt. Der postoperative Verlauf sei erwartungsgemäß, die Mobilisation mit zunehmender Vollbelastung möglich gewesen.

Im Verlaufsbericht des S nach ambulanter Untersuchung vom 18. Februar 2019 wurde dargelegt, dass sich nach der Operation eine deutliche Ergussbildung des rechten Kniegelenks gezeigt habe. Alle Inzisionen seien reizfrei abgeheilt, teilweise noch verkrustet. Dasselbe gelte für die Wunde am Beckenkamm rechts. Dort bestünden noch deutliche Beschwerden und Schmerzen. Die Kniegelenkspunktion rechts habe 70 ml blutiges Punktat ergeben. Die Fadenentfernung aller Inzisionswunden sei durchgeführt worden, physiotherapeutische

Behandlung weiter indiziert. Am 1. März 2019 befundete er eine Beweglichkeit für Streckung/Beugung von 0-5-70° mit deutlichen Schmerzen am Beckenkamm. Es sei keine Punktion erforderlich, eine Kniebewegungsschiene verordnet worden.

Bei der Kontrolluntersuchung in der BGU T am 2. Mai 2019 zeigten sich reizfreie Narbenverhältnisse am Beckenkamm und am Kniegelenk. Die Beweglichkeit war mit Streckung/Beugung 0-0-140° frei möglich und die Bandstabilität in sagittaler Ebene erwartungsgemäß deutlich instabil mit vorderer Schublade ohne festen Anschlag. Die radiologische Diagnostik habe eine weitgehende Integration der aufgefüllten Bohrkanäle, vor allem tibial sowie in der Ganzbeinaufnahme einer Valgusschwingung mit kongenitaler Fehlstellung am distalen Femur gezeigt. Es bestehe die Indikation zur VKB-Ersatzplastik, um das Risiko einer Re-Ruptur zu verringern.

Diese erfolgte während der stationären Behandlung vom 18. bis 24. Juli 2019. Der Operationsverlauf sei regelrecht, periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien jederzeit intakt gewesen. Die Röntgenkontrolle habe einen normalen Befund bei korrekt einliegendem Osteosynthesematerial gezeigt.

S befundete am 22. August 2019 eine Beweglichkeit für Streckung/Beugung von 0-5-65°. Es habe eine deutliche periartikuläre Schwellung des rechten Kniegelenks mit angelegter Kniegelenksorthese bestanden. Das Aufsteigen auf die Liege und Ausziehen der Orthese habe Schwierigkeiten bereitet. Klinisch habe eine deutliche periartikuläre Schwellung des rechten Kniegelenks mit Weichteilverdickungen, reizfreien Narben und ohne Rötung oder Entzündung bestanden.

Die Kontrolluntersuchung vom 31. Oktober 2019 in der BGU T zeigte reizlose Haut- und Weichteilverhältnisse bei diskret hypertrophen Narben. Es habe ein diskreter Kniebinnenerguss bestanden, die Bänder seien in allen Dimensionen stabil, insbesondere sei die vordere Schublade und der Lachmann-Test negativ bei seitengleich guter lateraler Bandstabilität gewesen. Die Beweglichkeit habe bei 0-0-120° gelegen. Insgesamt zeige sich ein gutes postoperatives Ergebnis.

Am 10. Dezember 2019 legte S dar, dass das Knie etwas überwärmt bei geringem Erguss gewesen sei. Gehen könne der Kläger nach seinen Angaben nur 20 bis 25 Minuten, danach bestünden Schmerzen. Alle Wunden seien reizfrei, das Knie sei etwas überwärmt, bei minimalem Erguss.

Aus dem weiteren Verlaufsbericht der BGU T (ambulante Untersuchung vom 9. Januar 2020) ergab sich eine Beweglichkeit für Streckung/Beugung von 5-0-110°. Die Kapselbandverhältnisse seien stabil, rechts mehr als links. Es habe sich keine Schwellung des rechten Kniegelenks gezeigt.

Bei der nächsten Kontrolluntersuchung durch S betrug die Beweglichkeit für Streckung/Beugung 0-10-110° bei periartikulärer Schwellung.

Der Verlaufsbericht der BGU T (ambulante Untersuchung vom 6. Februar 2020) führte aus, dass sich in der Umfangsmessung am Oberschenkel sowie am Unterschenkel keine Umfangsdifferenzen als Ausdruck einer muskulären Schwäche gezeigt hätten. Die Beweglichkeit am Kniegelenk habe bei 5-0-130° gelegen, am linken Knie bei 5-0-140°. Die Kapselbandverhältnisse seien am rechten wie auch am linken Knie stabil. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt.

Die MRT des rechten Knies vom 4. März 2020 (Radiologie Hegau-Bodensee) zeigte eine primär durchgängig erscheinende Plastik ohne Hinweis auf Re-Ruptur. Möglich sei ein kleinster nicht dislozierter Riss des Innenmeniskushinterhorns. Ein tiefer Knorpelschaden bestehe nicht. Am 16. März 2020 befundete S weiterhin eine Beweglichkeit von 0-5-110°.

Im Verlaufsbericht der BGU T aufgrund ambulanter Untersuchung vom 12. März 2020 wurde eine minimale Kapselschwellung rechts beschrieben. Eine Umfangsdifferenz am Ober- und Unterschenkel bestehe nicht, die Bewegungsfähigkeit des rechten Kniegelenks liege bei 5-0-130°. Es bestehe beidseits eine vermehrte vordere Aufklappbarkeit, rechts etwas mehr als links. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt. Die Meniskuszeichen seien negativ, es bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit am tibialen Bohrkanal, allerdings geringgradig.

Mit Bescheid vom 27. April 2020 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab. Der Arbeitsunfall habe zu belastungsabhängigen Beschwerden bei nahezu freier Beweglichkeit des Kniegelenks rechts, geringer Kapselschwellung und leicht vermehrter Aufklappbarkeit bei noch einliegendem Metall geführt. Keine Folgen des Arbeitsunfalls seien eine leicht vermehrte Aufklappbarkeit in Form einer Überstreckbarkeit durch Lockerung des Innenbandes. Wie bisher liege wegen der Folgen des Arbeitsunfalls eine rentenberechtigende MdE nicht vor. Die MRT vom 3. März 2020 habe eine durchgängige und somit intakte vordere Kreuzbandplastik gezeigt. Eine Bewegungseinschränkung, die mit einer MdE von wenigstens 20 v. H. zu bewerten sei, habe sich nicht objektivieren lassen.

Im Widerspruchsverfahren gelangte der Verlaufsbericht der BGU T über die ambulante Untersuchung vom 7. Juli 2020 zur Akte. Danach hätten unauffällige Weichteilverhältnisse bestehen. Es habe sich kein Hinweis auf einen Erguss ergeben, die Beweglichkeit für Extension/Flexion habe bei 0-0-140° gelegen. Die Seitenbänder sowie die Kreuzbänder seien stabil. Es bestehe keine vermehrte vordere Schublade im Vergleich zur Gegenseite. Eine Metallentfernung sei für das Jahr 2021 vorgesehen.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 6. August 2020 zurück. Die Unfallfolgen rechtfertigten keine rentenberechtigende MdE. Die Höhe der MdE hänge von den verbliebenen Funktionseinschränkungen ab. Nicht maßgeblich seien konkrete Auswirkungen im ausgeübten Beruf oder bei der Freizeitgestaltung. Die verwaltungsseitige Bewertung der MdE der Unfallfolgen sei im Hinblick auf Erfahrungswerte im Widerspruchsverfahren nochmals überprüft und eine Übereinstimmung festgestellt worden.

Am 24. August 2020 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben, welches den Verlaufsbericht der BGU T über die ambulante Untersuchung vom 12. Januar 2021 beigezogen hat.

Danach hätten sich bei der klinischen Untersuchung reizfreie Haut- und Weichteilverhältnisse im Bereich des rechten Kniegelenks und des rechten Oberschenkels gezeigt. Die Narben seien reizlos verheilt und ohne Rötung. Es bestehe keine Schwellung und kein Erguss, Druckschmerzen seien nicht auslösbar gewesen. Die Beweglichkeit habe sich mit 0-0-130° frei gezeigt, die VKB-Ersatz-Plastik klinisch stabil,

ebenso die Außen- und Innenbänder. Motorik und Sensibilität seien intakt. Periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt, die Plattenentfernung besprochen worden.

Im Verlaufsbericht aufgrund ambulanter Untersuchung vom 22. September 2020 hat S ausgeführt, dass der Kläger mit einem Hinken des rechten Beines das Behandlungszimmer betreten habe. Er habe angegeben, nicht mehr auf eine Leiter steigen und nicht mehr Knien zu können. Beim Staplerfahren habe er kein Gefühl im rechten Bein und sei deshalb unsicher. Regelmäßige Kontrollen würden durchgeführt, Arbeitsfähigkeit bestehe.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat den Befundbericht des Orthopäden S aufgrund ambulanter Vorstellung am 18. Januar 2021 vorgelegt. Danach habe die Beweglichkeit bei 0-5-95° gelegen. Der Kläger habe den Befund am rechten Kniegelenk als eher schlechter beschrieben und mit hinkendem Gangbild die Praxis betreten. Hierzu hat die Beklagte darauf hingewiesen, dass sich die massive Befundverschlechterung gegenüber den Erhebungen der BGU T nicht erklären lasse. Abgesehen davon teile S keine Begleitumstände zu den Befunden am rechten Knie mit, was nicht überzeugen könne.

Danach hat das SG das orthopädische Sachverständigengutachten nach ambulanter Untersuchung vom 13. Mai 2021 des K1 erhoben. Dieser hat den Gang des Klägers in Sportschuhen ohne orthopädische Zurichtung als unauffällig beschrieben, ebenso die Abrollung des Fußes in der Standphase mit Schuhen. Der Zehenspitzenstand- und gang sei ebenso vorführbar gewesen wie der Hackenstand- und gang. Die tiefe Hocke habe bis zu einer Beugung von 60° vorführbar gewesen.

Am rechten Knie habe sich im Stehen eine gerade Kniegelenksachse gezeigt. Grobsichtig sei eine leichte Muskelverschmächtigung des rechten Oberschenkels und der rechten Wade erkennbar. Bei Betrachtung von hinten stünden die Kniebeugefalten in gleicher Höhe. Der Rückfuß weise beidseits ein physiologisches Valgus auf. Die Achillessehnen seien normal ausgeformt, die retromalleolären Gruben stellten sich regelrecht dar. Im Liegen seien die Beine in physiologischer Außenrotationsstellung auf der Unterlage eingestellt. Die Haut sei warm und trocken, bei normalem Kolorit. Die arteriellen Pulse seien an typischer Stelle tastbar, es bestünden keine trophischen Störungen und seitengleich beschwielte Fußsohlen. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks habe für Strecken/Beugung bei 5-0-125° gelegen (links 5-0-140°). Die Narben seien reizlos, die Kniescheibe normal längs- und querverschieblich.

Das erste Rentengutachten vom 16. Dezember 2016 beschreibe eine funktionelle Einschränkung mit Streckung/Beugung von 0-0-125°. Außerdem habe eine erhebliche Muskelverschmächtigung von 4 cm am Oberschenkel bestanden. Die Unterschenkelmuskulatur sei um 2 cm verschmächtigt. Die im Nachgang durchgeführte Reha-Maßnahme habe zu einer deutlichen Besserung des Befundes geführt. Zum jetzigen Zeitpunkt finde sich keine wesentliche Gangbildstörung. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sei im Vergleich zur Gegenseite um 15° für die Beugung eingeschränkt, für die Beugung betrage sie 125°. Im Vordergrund stehe die subjektive Instabilität, ein leichter Reizzustand des Gelenks mit einem Umfangsplus von 0,5 cm und die einfach positive - muskulär kompensierbare - Instabilität für die vordere Schublade. Ein intraartikulärer Erguss finde sich nicht, die Meniskuszeichen seien negativ, radiologisch lasse sich keine wesentliche Sekundärarthrose feststellen. Die MRT vom 3. März 2020 beschreibe keinen substantiellen Gelenkerguss und ein durchgängiges VKB. Bei der erneuten Nachuntersuchung am 12. Januar 2021 sei im rechten Knie ein intraartikulärer Erguss ausgeschlossen worden. Die Beweglichkeit habe weiterhin 0-0-130° betragen.

Am rechten Kniegelenk bestehe eine leichte Funktionseinschränkung. Die Muskelminderung sei im Vergleich zum ersten Rentengutachten wesentlich besser. Radiologisch sichtbare Zeichen einer wesentlichen Sekundärarthrose seien nicht nachweisbar. Im Vordergrund stehe damit die Bewegungseinschränkung, die leichte Muskelminderung und die einfach positive vordere Instabilität. Die MdE sei seit dem 26. Oktober 2016 bis jetzt und auf weiteres mit 10 v.H. zu bewerten. Eine fehlende Kompensationsfähigkeit der vorderen Instabilität liege nicht vor, ebenso keine Funktionseinschränkung, die eine höhere MdE rechtfertige.

Den vom SG unterbreiteten Vergleichsvorschlag auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. für die Zeit vom 20. September 2018 bis 12. Mai 2021 hat der Kläger angenommen, die Beklagte hingegen abgelehnt. Zum einen habe der Kläger vom 27. August 2018 bis 15. März 2020 wegen unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit Verletztengeld bezogen, sodass eine Rente nicht vor dem 16. März 2020 beginnen könne. Zum anderen habe K1 die MdE seit 2016 nur auf 10 v. H. eingeschätzt.

Zur Akte gelangte der Entlassungsbericht der BGU T über die stationäre Behandlung vom 1. bis 3. Juni 2021. Danach habe sich in der Arthroskopie eine subtotale Ruption und Insuffizienz der VKB-Ersatzplastik gezeigt. Die Metallentfernung habe wie geplant durchgeführt werden können, postoperativ habe eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik bestanden, die die Mobilisation erschwert habe. Die Wunden seien stets reizlos gewesen.

S hat am 8. Juni 2021 reizlose Wund- und Weichteilverhältnisse befundet. Eine Bewegungsschiene sei verordnet worden, am 12. Juli 2021 hat er ein stark hinkendes Gangbild mit einer möglichen Streckung/Beugung von 0-5-70° beschrieben. Die restlichen Wunden seien abgeheilt und reizfrei. Der Kläger sei weiterhin arbeitsunfähig, an der Einschätzung der MdE ändere sich nichts.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 26. August 2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger könne die Gewährung einer Verletztenrente nicht beanspruchen, da die Unfallfolgen keine MdE von 20 v. H. rechtfertigten. Die von K1 festgestellten Unfallfolgen entsprächen den im Bescheid genannten, die vom Kläger nicht angegriffen worden seien. K1 habe bei seiner Einschätzung die leichte Bewegungseinschränkung des Kniegelenks, den leichten Schwellzustand des Kniegelenks sowie das radiologische Ergebnis einer fehlenden Sekundärarthrose einbezogen.

Nach ambulanter Untersuchung am 16. August 2021 hat S ein stabiles VKB und HKB befundet. Es habe sich ein deutlicher Erguss gezeigt, die Beweglichkeit habe bei 0-0-120° gelegen. Entzündungszeichen hätten keine bestanden. Die Platte sei entfernt, eine Kniegelenkorthese verordnet worden. Am 23. September 2021 hat er ausgeführt, dass die chronisch heilenden bzw. sekundär heilenden Hautläsionen am Oberschenkel rechts reizfrei seien. Subjektiv sei das Kniegelenk weiter instabil. Er sei mit dem Kläger so verblieben, dass zunächst das physiotherapeutische Übungsprogramm fortgesetzt werde. Falls sich keine Besserung ergebe, müsse eine Vorstellung beim Operateur erfolgen. Der Kläger habe angegeben, das Vertrauen zur BGU T verloren zu haben. Ausweislich des Aktenvermerks vom 30. September 2021 hat der Kläger mitgeteilt, keine Vorstellung in M und auch keine erneute Operation zu wünschen. Er wolle zunächst die Physiotherapie

weiter durchführen.

Am 23. September 2021 hat der Kläger Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und sein Vorbringen aus dem Klageverfahren wiederholt. Im Rahmen der stationären Behandlung vom 1. bis 3. Juni 2021 habe sich die subtotale Ruptur der VKB-Ersatzplastik herausgestellt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 26. August 2021 sowie den Bescheid vom 27. April 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. August 2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie verweist auf die angefochtene Entscheidung. Ergänzend hat sie weitere Befundberichte vorgelegt:

S hat nach ambulanter Untersuchung vom 8. November 2021 beschrieben, dass der Kläger über eine geringfügige subjektive Besserung berichtet habe, obwohl die Problematik eigentlich unverändert sei. Der Kläger wolle eine Zweitmeinung in der Klinik in M einholen, eine stationäre Rehabilitationsmaßnahmen wolle er wegen der Corona-Situation nicht durchführen. Am 21. Dezember 2021 hat S über eine beabsichtigte MRT berichtet. Diese hat am 30. Dezember 2021 im Vergleich zur Voruntersuchung bei zwischenzeitlich erfolgter Entfernung des Osteosynthesematerials nach Umstellungsosteotomie das VKB-Ersatz-Bandinterponat als in der Kontinuität erhalten gezeigt. Es habe eine Reizung an der distalen Verblockierung der Tubeositas tibiae bestanden. Das HKB, die Kollateralbänder und die Menisci seien bei beginnender medialer Degeneration intakt gewesen.

Mit Verfügung vom 16. November 2021 ist dem Kläger eine Frist zur Stellung eines Antrages nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) bis zum 3. Dezember 2021 gesetzt worden. Der zunächst benannte und beauftragte W hat den Auftrag zurückgegeben (Schreiben vom 20. Februar 2022 [richtig: 20. Januar 2022]). Der sodann benannte und beauftragte V hat Unterlagen benannt, die er zur Untersuchung benötige (Schreiben vom 18. Februar 2022), zu deren Vorlage der Kläger sodann aufgefordert worden ist (Verfügung vom 21. Februar 2022). Am 16. April 2022 hat der Sachverständige mitgeteilt, welche Befundunterlagen ihm immer noch fehlen und hat mit am 23. Mai 2022 beim Senat eingegangenen Schreiben ausgeführt, dass ihm die Unterlagen immer noch nicht vorlägen und er nunmehr in absehbarer Zeit keine Kapazitäten für eine Begutachtung habe, sodass der Auftrag zurückgegeben wurde.

Der Senat hat die Beteiligten auf die Möglichkeit einer Entscheidung durch Beschluss hingewiesen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Auf die Stellungnahme des Klägers ist an der beabsichtigten Entscheidung durch Beschluss festgehalten und darauf hingewiesen worden, dass bereits zwei Sachverständige erfolglos nach [§ 109 SGG](#) beauftragt worden sind.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

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

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 26. August 2021, mit dem die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) auf Gewährung einer Verletztenrente unter Aufhebung des Bescheides vom 27. April 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([§ 95 SGG](#)) vom 6. August 2020 abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – [B 6 KA 34/08](#) –, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage. Der Bescheid vom 27. April 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. August 2020 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Der Senat ist nach Auswertung der dokumentierten Befunde und des eingeholten Sachverständigengutachtens ebenso wie die Beklagte und ihr folgend das SG zu der Überzeugung gelangt, dass bei dem Kläger keine unfallbedingten Funktionsbeeinträchtigungen vorliegen, die mit einer MdE von mindestens 20 v. H. zu bewerten sind. Anhaltspunkte für einen Stützrententatbestand ([§ 56 Abs. 1 Satz 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]) sind weder geltend gemacht noch sonst ersichtlich.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles ([§§ 8, 9 SGB VII](#)) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfalle 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 Versicherungsfalle, 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 Minderung der Erwerbsfähigkeit (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 (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 (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, SozR 4-2700 § 200 Nr. 3, 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 (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. 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](#) -, [BSGE 96, 196](#) <203> und vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats 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 (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, SozR 4-2700 § 200 Nr. 3, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben hat die Beklagte bereits mit dem Bescheid vom 6. März 2018 - sinngemäß - den Arbeitsunfall vom 1. Februar 2014 bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannt und als Unfallfolgen belastungsabhängige Beschwerden des Kniegelenks, eine leichte Muskelminderung am Oberschenkel nach VKB-Ersatzplastik und eine Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns festgestellt. Die beidseitige Überstreckbarkeit des Kniegelenks mit Lockerung des Innenbandes ist als unfallunabhängig beurteilt worden. Nachdem die Beklagte mit dem Bescheid vom 6. März 2018 auch die Gewährung einer Verletztenrente abgelehnt hat, steht bindend fest, dass eine solche bis zu diesem Zeitpunkt nicht beansprucht werden kann, auch wenn es sich bei der Rentenablehnung um keinen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung handelt, sodass sich das nunmehrige Rentenbegehren nicht nach [§ 48](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) richtet. Zur Überzeugung des Senats ist in den Unfallfolgen aber keine Änderung eingetreten, die eine MdE von 20 v. H. rechtfertigt.

Bereits H, dessen beratungsärztliche Stellungnahme der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet ([§ 118 Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415](#) ff. Zivilprozessordnung [ZPO]), hat schlüssig dargelegt, dass der Unfall zu keiner Verletzung des Innenbandes geführt hat und deshalb unfallbedingt keine komplexe Instabilität bestehen kann. Die nach einer VKB-Ersatzplastik als normal zu bewertende vordere Schublade hat er als muskulär kompensierbar gesehen.

Nach der Re-Ruptur im August 2018 hat S bereits im September 2018 wieder eine Beweglichkeit von 0-5-125° befundet und nur ein subjektives Instabilitätsgefühl beschrieben, woraus sich eine dauerhafte Verschlechterung nicht ergibt. Ebenso hat die BGU T am 10. Januar 2019 eine Beweglichkeit von 0-5-120° angegeben. Die während des stationären Aufenthalts vom 6. bis 11. Februar 2019 durchgeführte Arthroskopie verlief regelrecht, mit problemlos möglicher Mobilisation. Eine dauerhafte Befundverschlechterung ist hierdurch ebenfalls nicht eingetreten. Zwar hat S zwischenzeitlich nach dem Eingriff eine deutlicher limitierte Beweglichkeit befundet, jedoch bestand diese bei der Kontrolluntersuchung der BGU T am 2. Mai 2019 und damit gut drei Monate nach dem Eingriff nicht mehr. Die Beweglichkeit war mit 0-0-140° zu diesem Zeitpunkt wieder frei und die radiologische Kontrolle zeigte regelrechte Befunde.

Ebenso hat die weitere Operation während der stationären Behandlung vom 18. bis 24. Juli 2019 zu keiner dauerhaften Funktionsverschlechterung geführt, wie der Senat dem Bericht der BGU T über die Kontrolluntersuchung vom 31. Oktober 2019 entnimmt. Dort ist ein gutes postoperatives Ergebnis mit in allen Dimensionen stabilen Bändern und einer möglichen Beweglichkeit von 0-0-120° beschrieben. Am 6. Februar 2020 ist die Beweglichkeit mit 0-5-130° befundet worden, die Kapselbandverhältnissen waren stabil und periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität intakt. Die Umfangsmessungen an Ober- und Unterschenkel zeigten keine Umfangsdifferenzen als Ausdruck einer muskulären Schwäche, sodass ein relevanter Mindergebrauch nicht objektiviert ist. Entsprechendes wies die Untersuchung vom 12. März 2020 auf.

Soweit S in seinen Verlaufsberichten mehrfach eine stärker eingeschränkte Beweglichkeit befundet hat, ließen sich diese in den nachfolgenden Untersuchungen in der BGU T jeweils nicht bestätigen. Befunde, die eine Verschlechterung erklären könnten, sind von S jeweils nicht erhoben worden, worauf die Beklagte zu Recht hingewiesen hat.

Dass weder eine Befundverschlechterung eingetreten ist, noch sich eine MdE von wenigstens 20 v. H. rechtfertigt, ist durch das, für den Senat überzeugende Sachverständigengutachten des K1 bestätigt worden. Dieser hat einen unauffälligen Gang befundet und die Abrollung des Fußes als unbeeinträchtigt beschrieben. Die Narben waren reizlos, die Kniescheibe normal verschieblich. Im Vergleich zum ersten Rentengutachten hat er überzeugend herausgearbeitet, dass die seinerzeit festzustellende deutliche Muskelverschmächtigung durch die Rehabilitation gebessert werden können und sich jetzt nur noch diskret zeigt, sodass insgesamt sogar ein besserer Befund besteht. Eine wesentliche Gangbildstörung konnte der Sachverständige somit nicht objektivieren, ebenso beschreibt er die einfach positive Instabilität für die vordere Schublade, die H bereits als typische Folge der Ersatzplastik gewertet hat (vgl. oben), als muskulär kompensierbar. Die radiologischen Befunde sieht er als regelrecht, ohne Zeichen einer wesentlichen Sekundärarthrose. Eine nicht kompensierbare Instabilität verneint er ebenso wie eine wesentliche Funktionseinschränkung.

Seine Einschätzung der MdE auf 10 v. H. korrespondiert mit den einschlägigen Erfahrungssätzen in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur. Danach führt eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenks für Streckung/Beugung auf 0-0-120° zu einer MdE von 10, eine solche von 0-0-90° zu einer MdE von 15 v. H., wobei bei dieser Bewegungseinschränkung die meisten beruflichen (auch körperlichen) Tätigkeiten noch ausgeführt werden können (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 685). Eine muskulär kompensierbare Instabilität ist mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten, eine nicht kompensierbare Instabilität mit einer MdE von 20 v. H. (vgl.

Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 653). K1 hat die Beweglichkeit, entsprechend der vorherigen Befunde, mit 0-5-125° befundet und damit keinen Befund erhoben, der einer Bewegungseinschränkung auf 0-0-90° auch nur annähernd vergleichbar wäre, wobei eine solche Limitierung der Mobilität ebenfalls noch zu keiner rentenberechtigenden MdE führen würde. Die Instabilität hat er, ebenfalls entsprechend der Vorbefunde, als kompensierbar beschrieben, sodass diese weder für sich eine rentenberechtigende MdE ergibt, noch zusammen mit der (nur leichten) Bewegungseinschränkung zu einer solchen führt. Ohne, dass es hierauf entscheidungserheblich ankommt, ist darauf hinzuweisen, dass es nur auf die objektivierte Instabilität ankommt und das subjektive Instabilitätsgefühl des Klägers allein nicht maßgeblich ist. Aus Vorstehendem folgt gleichzeitig, dass die MdE-Einschätzung aus dem ersten Rentengutachten – abgesehen davon, dass es sich um keine medizinische, sondern eine rechtliche Frage handelt – nicht überzeugen kann, wie H beratungszärtlich aus medizinischer Sicht schlüssig untermauern konnte. Die ergänzenden Ausführungen des Gutachters auf die berechtigten Einwände der Beklagten werde von den Befunden nicht gestützt und es erweist sich als widersprüchlich, dass nunmehr eine MdE von 20 v. H., entgegen der Ersteinschätzung im Gutachten, nunmehr erst später erreicht werden soll. Unabhängig davon ergibt sich aus der Begrenzung „bis zum zweiten Rentengutachten“, dass der Gutachter offensichtlich auch von einer Besserungsmöglichkeit ausgegangen ist, die sich spätestens durch das Sachverständigengutachten des K1 bestätigt hat.

Nichts anderes folgt daraus, dass vom 1. bis 3. Juni 2021 ein erneuter operativer Eingriff erfolgte und S kurz danach (vgl. Befunde vom 8. Juni 2021 und 12. Juli 2021) eine deutlich eingeschränktere Beweglichkeit befundet hat. Denn bereits am 16. August 2021 beschreibt er wieder eine Beweglichkeit von 0-0-120° und bereits ein stabiles VKB und HKB. Im Befundbericht aufgrund ambulanter Untersuchung vom 8. November 2021 hat er eine im Wesentlichen unveränderte Problematik beschrieben, indessen hat der Kläger sogar über eine geringfügige subjektive Besserung berichtet. Die MRT vom 30. Dezember 2021 hat darüber hinaus intakte Bandverhältnisse ergeben, sodass eine dauerhafte Verschlechterung nicht belegt ist.

Entgegen der Auffassung des Klägers kommt es für die Bewertung der MdE nicht auf die Anzahl der durchgeführten Operationen an, sondern auf die dauerhaften Funktionseinschränkungen an, die über einen gewissen Zeitraum anhalten müssen, um rentenrelevant zu sein (vgl. auch den Rechtsgedanken in [§ 73 Abs. 3 aE SGB VII](#) [Veränderung der MdE mindestens 3 Monate]). Für kurzzeitige Ausfallzeiten sind andere Leistungen wie Verletztengeld (vgl. [§§ 45 ff. SGB VII](#)), welches der Kläger auch bezogen hat, vorgesehen. Daneben ist für die Einschätzung der MdE die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich (vgl. [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), sodass es auf Einschränkungen am letzten oder derzeitigen Arbeitsplatz alleine nicht ankommt. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Besprechungen mit dem derzeitigen Arbeitgeber des Klägers im Rahmen der Planung der – erfolgreichen – Wiedereingliederungen gezeigt haben, dass der Kläger mit ein paar Anpassungen seine Tätigkeit weiter verrichten kann. Dass er derzeit häufig Kurzarbeit leisten muss und oft Urlaub hat, wie er gegenüber K1 angegeben hat, lässt einen Bezug zu den Unfallfolgen nicht erkennen, sondern muss der wirtschaftlichen Situation geschuldet sein.

Letztlich hat der Unfall zu keinen neurologischen Schäden geführt, wie der Senat dem Befundbericht des Zentrums für Neurologie und Psychiatrie S3 entnimmt. Danach hat sich weder klinisch-neurologisch, noch elektroneurographisch eine Nervenschädigung im Unterschenkelbereich feststellen lassen, sodass nur unspezifische Missempfindungen diagnostiziert worden sind, hinsichtlich Therapieoptionen ausdrücklich verneint worden sind. Eine Behandlungsbedürftigkeit besteht somit nicht, sodass sich eine Erhöhung der MdE nicht begründen lässt. Eine schmerztherapeutische Behandlung wird weder durchgeführt, noch hat sich aus neurologischer Sicht hierfür eine Notwendigkeit ergeben. Im Übrigen hat bereits S1 darauf hingewiesen gehabt, dass die geklagten diffusen Beschwerden mit dem unauffälligen postoperativen MRT-Befund nicht vereinbar sind und ein latentes Rentenbegehren gesehen.

Den Antrag nach [§ 109 SGG](#) hat der Senat abgelehnt, nachdem das Antragsrecht verbraucht ist. Der Senat hat dem Kläger nach dem ersten zurückgegebenen Gutachten durch W die Gelegenheit eingeräumt, einen weiteren Sachverständigen zu benennen, der sodann beauftragt worden ist. Nachdem der Kläger diesem die angeforderten Unterlagen über einen Zeitraum von fast drei Monaten nicht vorgelegt hat, hat auch dieser das Gutachten zurückgegeben. Die Benennung eines weiteren Sachverständigen war nicht abzuwarten, da hierdurch eine Verzögerung des Rechtsstreits eintreten würde (vgl. auch [§ 109 Abs. 2 SGG](#)).

Weiterer Ermittlungsbedarf hat nicht bestanden. Die von der Beklagten zuletzt vorgelegten Befundunterlagen haben die Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen K1 bestätigt, dass es durch die Metallentfernung zu keiner dauerhaften Änderung im Gesundheitszustand kommt und die aktuelle MRT hat ebenfalls regelrechte Befunde ergeben. Ermittlungen ins Blaue hinein sind ebenso wenig durchzuführen, wie eine Ausforschung des Sachverhaltes (vgl. BSG, Beschluss vom 17. Oktober 2018 – [B 9 V 20/18 B](#) –, juris, Rz. 17). Um nichts anderes würde es sich vorliegend jedoch handeln, da keine medizinischen Befunde vorliegen, die die vom Kläger – im Übrigen gleichlautend schon im erstinstanzlichen Verfahren behauptete (vgl. auch die Beschwerdeaufstellung gegenüber K1) – Verschlechterung des Unfallfolgezustands belegen würden.

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  
2023-10-13