S 18 U 54/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 18 U 54/14
Datum
14.03.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Feststellung des Kausalzusammenhangs erfolgt bei der Prüfung der Hilflosigkeit im Sinne des § 44 SGB VII nicht nach den völlig gleichen Kriterien wie bei der Bestimmung der MdE im Sinne des § 56 SGB VII. Bei der Prüfung der Frage, ob ein Versicherter in Folge des Versicherungsfalles hilfebedürftig ist, ist nicht wie bei der Verletztenrente der Eintritt des unfallbedingten Gesundheitsschadens das letzte Glied der Prüfungskette, sondern erst der Eintritt der Hilflosigkeit. Unfallbedingte Hilflosigkeit kann auch durch das Hinzutreten eines nicht versicherten unfallfremden Gesundheitsschadens ausgelöst werden, wenn im Sinne einer Betrachtung des gesamten Schadensbildes die unfallbedingten Gesundheitsschäden als wesentliche Mitursache für den Eintritt der Hilfebedürftigkeit zu werten sind (Anschluss an: Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Juni 1962, Aktenzeichen 11 RV 1188/60, Rn. 25; Bundessozialgericht, Urteil vom 21. September 1967, Aktenzeichen 2 RU 65/66, Rn. 20).

2. Bei der Bestimmung des Höhe des Pflegegeldes im Sinne des § 44 SGB VII hat der Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen eine Ermessensentscheidung zu treffen. Ein gebundener Anspruch besteht wenigstens in Höhe des Mindestbetrages des § 44 Abs. 2 SGB VII (Anschluss an: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23. Oktober 2013, Aktenzeichen L 3 U 216/10, Rn. 43ff.)

3. Bei der Bewertung der Höhe des Pflegegeldes ist kein Abzug für unfallfremde Faktoren die mitursächlich für den Eintritt und das Bestehen der Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 44 Abs.1 SGB VII sind, zulässig, da es sich bei der Hilfebedürftigkeit um einen nicht teilbaren „Gesamtschaden“ handelt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Februar 1990, Aktenzeichen 2 RU 25/89, Rn.14ff).
1. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 6. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 2014 verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. August 1999 Pflegegeld in Höhe des Mindestbetrages nach § 44 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch beginnend ab dem 1. November 2012 zu gewähren und im Übrigen verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.
2. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung von Pflegegeld.

Der 1957 geborene Kläger arbeitete in den Jahren 1973 bis 1981 als Transportarbeiter. Nach erfolgreicher Absolvierung eines Lehrgangs zum Lokführer arbeitete der Kläger im Zeitraum 1981 bis 1991 in diesem Beruf. Anschließend arbeitete der Kläger für 3 ½ Jahre als Maschinenführer in einer Schokoladenfabrik. Im Zeitraum 1994 bis 1996 nahm der Kläger an einer von der Bundesagentur für Arbeit geförderten Umschulungsmaßnahme zum Dachdecker teil, wobei er die theoretische Abschlussprüfung nicht bestand. Anschließend arbeitete der Kläger für einen Dachdeckerbetrieb zunächst als Hilfsarbeiter und später als Polier. Seit dem Jahr 2001 bezieht der Kläger eine volle Erwerbsminderungsrente. Seit dem 19. Juli 2012 ist für den Kläger ein GdB von 80 sowie ein Merkzeichen G und aG anerkannt.

Am 14. August 1999 erlitt der Kläger während einer versicherten Tätigkeit einen Arbeitsunfall, als er beim Abbau eines Baugerüsts aus mehreren Metern Höhe von einer Leiter stürzte und mit den Füßen voraus in einen Schacht fiel. Hierbei erlitt der Kläger Trümmerfrakturen beide Fersenbeine. Die Behandlung des Klägers fand im Klinikum E statt, wo der Kläger in Bezug auf diese Verletzung wegen Bruchs des zur Operation eingesetzten Implantatmaterials sowie Arthrosebildungen bis in das Jahr 2005 mehrfach an beiden Sprunggelenken operiert werden musste. Im Endeffekt mussten die Sprunggelenke versteift werden. Hierbei kam es zunächst nicht zu Wundheilungsstörungen. Diese traten erstmalig im Jahr 2004 auf. Der Kläger war nach dem Unfallereignis nur noch mit Hilfe von Unterarmstützen in der Lage, sich fortzubewegen. Von der Beklagten erhielt der Kläger auf Grundlage des Bescheides vom 21. Juni 2002 eine zeitlich unbefristete

Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30 von Hundert. Als Unfallfolgen erkannte die Beklagte eine aufgehobene Beweglichkeit im Bereich beider unterer Sprunggelenke (Arthrodesen, Versteifung zwischen Fersen- und Sprungbein) hochgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des oberen Sprunggelenks, Verplumpung und Verkürzung der Fersenbeine (links stärker als rechts), und eine Empfindungsminderung in den Narbenbereichen nach beiderseitigem Mehrfragmentbruch an. Im weiteren Behandlungsverlauf kam es bei dem Kläger zu Durchblutungsstörungen auf Grund derer mehrere weitere Operationen im Bereich der unteren Extremitäten des Klägers durchgeführt wurden.

Am 1. März 2008 stellte der Kläger einen Verschlimmerungsantrag bei der Beklagten. Zur Begründung führte er aus, dass sich die Laufstrecke immer mehr eingeschränkt habe. Das Stehen falle ihm schwer. Auf Veranlassung der Beklagten erstellte der Unfallchirurg Dr. H am 12. September 2008 ein Gutachten auf seinem Fachgebiet. In diesem stellte er für den Kläger folgende Unfallfolgen fest:

- Funktionelle Einsteifung beider oberer Sprunggelenke - Aufgehobene Beweglichkeit beider unterer Sprunggelenke nach Arthrodese - Chronisches Schmerzsyndrom bei Folgearthrose des linken oberen und unteren Sprunggelenkes nach Calcaneustrümmerfrakturen - Distale Nervus tibialis Läsion und Peroneusdruckläsion beidseits - Anschlussarthrosen der Fußwurzeln beiderseits - Knöchern konsolidierte Calcaneustrümmerfrakturen beiderseits mit valgischer Rückfußfehlstellung - Knochennarben im Bereich beider Calcaneuskörper mit noch einliegendem Osteosynthesematerial - Narbenbildung an beiden lateren Fußwurzeln nach osteosynthetischer Versorgung der Calcaneusfrakturen und nach Arthrodese der unteren Sprunggelenke

Unfallunabhängig bestehe eine Verschlusskrankheit mit aortobifemoralen Bypass und Kompartmentsyndrom des rechten Unterschenkels (hochgradige pAVK vom Beckentyp funktionell wie Lericesyndrom mit schlechter Kompensation), Adipositas, ein ausgeprägter Nikotinabusus, Senk-Spreizfußbildung beiderseits mit Hallux valgus beidseits, Subluxationsstellung der Patellae bei valgischem Q – Winkel mit Retropatellararthrose beidseits sowie eine Narbenbildung im Bereich des rechte Tibiakopfes und des rechten Kniegelenks.

Im Vergleich zum Vorgutachten der Unfallbehandlungsstelle vom 19. März 2002 habe eine deutliche Verschlechterung stattgefunden. Die damals einschätzte MdE von 30 von Hundert sei bereits zu gering gewesen. Die aktuelle MdE wurde mit 50 von Hundert eingeschätzt.

Mit Bescheid vom 9. Oktober 2008 gewährte die Beklagte dem Kläger ab dem 1. April 2008 eine Verletztenrente nach einer MdE von 50 von Hundert. Es habe im Vergleich zum Bescheid vom 21. Juni 2012 eine wesentliche Veränderung der unfallbedingten Verhältnisse stattgefunden. Es sei eine Aufhebung der Beweglichkeit der oberen Sprunggelenke beidseits durch zunehmende Arthrose und Anschlussarthrose der Fußwurzeln beidseits hinzugetreten. Unabhängig vom Unfallereignis sei eine arteriovenöse Verschlusskrankheit mit aortobifemorelaem Bypass und Kompartmentsyndrom des rechten Unterschenkels hinzugetreten.

In der Folgezeit befand sich der Kläger wegen Wundheilungsstörungen ambulant in dermatologischer Behandlung sowie durchgangsärztlich in Behandlung der Klinikums E. Ab Mai 2011 fanden auch mehrere stationäre Behandlungsversuche des Klägers im Bundeswehrkrankenhaus B statt.

Am 3. Januar 2013 erfolgte die Erstellung eines Berichts über die Pflegesituation des Klägers nach einem häuslichen Besuch der Pflegekraft Frau K am 20. November 2012 beim Kläger. Der Kläger wurde in seiner Häuslichkeit von seiner Ehefrau gepflegt. Schmerzbedingt war der Kläger bei Bestehen von Geschwürbildungen im Bereich der Operationswunden außerhalb der Wohnung und auch in der Wohnung auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen. Nur kurze Strecken konnte der Kläger mit Hilfe von großem Kraftaufwand mit zwei Unterarmstützen innerhalb der Wohnung zurücklegen. Die Pflegefachkraft empfahl die Gewährung von Pflegegeld durch die Beklagte in Höhe von 60% des aktuell gültigen Höchstsatzes.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellten Herr Dr. H und Herr Dr. H auf Grundlage einer Untersuchung des Klägers am 18. März 2013 ein weiteres Rentengutachten zur Nachprüfung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) des Klägers. Diese stellen für den Kläger folgende unfallbedingte Gesundheitsstörungen fest:

- Knöchern verheilte Calcaneusfrakturen beidseits mit valgischer Rückfußfehlstellung - Knochennarben im Bereich beider Calcaneuskörper mit zum Teil noch einliegendem Restmaterial nach Osteosynthese - Aufgehobene Beweglichkeit beider unterer Sprunggelenke nach Arthrodese - Starke Einsteifung des oberen Sprunggelenks - Chronisches Schmerzsyndrom bei Folgearthrose im OSG und in der Fußwurzel - Distale Nervus tibialis – Läsion und Peroneusdruckläsion beidseits - Narbenbildung an beiden Fußwurzeln nach mehrfachen Operationen zur Versorgung der Calcaneusfrakturen und nach Arthrodesen der unteren Sprunggelenke

Unfallunabhängig bestehe eine periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp, ein Zustand nach aortobifemoralem Bypass und Kompartmentsyndrom des rechten Unterschenkels, Senk – Spreiz – Fuß beidseits mit hallux –valgus – Bildung, Adipositas, Subluxationsstellung der Patellae beidseits bei valgischen Q – Winkel und Retropatellararthrose, beginnende Niereninsuffizienz und ein Diabetes mellitus.

Gegenüber dem Vorgutachten sei eine deutliche Verschlechterung eingetreten. Das Belastungsvermögen für beide Beine habe sich verringert. Der Kläger sei sowohl außerhalb als auch in der Häuslichkeit auf die Nutzung eines Rollstuhls angewiesen. Der Kläger sei bei Geh- und Stehunvermögen ständig auf Hilfe angewiesen. Die durch die Unfallfolgen bedingte MdE wurde auf 80 von Hundert geschätzt.

Auf Nachfrage der Beklagten erstellte die Chirurgin und Unfallchirurgin Dr. L am 24. April 2013 eine beratungsärztliche Stellungnahme. In dieser führte sie aus, dass eine MdE von 50 von Hundert weiterhin angemessen sei. Dieses entspreche einer MdE bei einer Querschnittslähmung bei Teillähmung der unteren Extremitäten mit eine Blasen- und Mastdarmentleerungsstörung. Weiterhin sei die bei dem Kläger chronifizierte Geschwürbildung auf die unfallunabhängige Durchblutungsstörung zurückzuführen.

Am 1. Juli 2013 erstellte der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H ein Zusammenhangsgutachten auf dem orthopädisch – unfallchirurgischen Fachgebiet. In diesem stellte er folgende unfallbedingte Gesundheitsstörungen fest:

- Aufgehobene Beweglichkeit im unterem Sprunggelenk nach Arthrodese - Aufgehobene aktive Beweglichkeit mit passiver

Restbeweglichkeit im Bereich der oberen Sprunggelenke beiderseits - Radiologischer Nachweis einer Anschlussarthrose im Bereich der Fußwurzel beidseits (entsprechend den Vorbefunden ohne wesentliche Progredienz) - Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich beider Beine - Distale Nervus tibialis und peroneus Läsion beidseits - Narbenbildung im Bereich beider Füße mit Ausbildung einer chronischen Fistelsituation (bereits beschrieben im Gutachten vom 12.09.2008) - Schmerz- und funktional bedingte Belastungsinsuffizienz beider Füße mit Notwendigkeit der Nutzung eines Rollstuhls

Unfallunabhängig bestehe ein Diabetes mellitus, eine beginnende Niereninsuffizienz, eine Funktionsstörung des rechten Kniegelenkes nach Umstellungsoperation der Patella mit Infektion aus dem Jahr 2007, eine schwere Durchblutungsstörung beider Beine mit Zustand nach Bypass – Operation 2006, Kompartimentspaltung rechter Unterschenkel und Amputation der Zehen II, III,n und IV rechts, Hallux valgus Bildung beidseits und Adipositas.

Nach Einschätzung von Dr. H habe funktionell keine wesentliche Veränderung der unfallbedingten Beschwerden stattgefunden. Eine ganz erhebliche Bewegungseinschränkung des Klägers mit Fortbewegung mit Gehstützen nur noch im Bereich der eigenen Wohnung habe bereits im Jahr 2008 bestanden. Bei den vom Kläger geschilderten fortschreitenden Beschwerden sei ferner zu beachten, dass mit Rücksicht auf die schwerwiegenden nicht unfallbedingten Beschwerden im Laufe des Lebens eine weitere Abnahme des Trainingszustandes des Klägers und damit eine weitere Einschränkung der Mobilität erfolgen könne. Dieses sei jedoch nicht mehr den Unfallfolgen mit kompliziertem Verlauf nach komplexer Fersenbeinfraktur anzulasten. Die hieraus resultierende, fortbestehende und schwerwiegende Funktionsstörung sei dauerhaft mit einer MdE von 50 von Hundert einzuschätzen.

Bezüglich der Pflegebedürftigkeit des Klägers schließe er sich der Einschätzung der Pflegesachverständigen an, dass Pflegebedürftigkeit bestehe und auf die Unfallfolgen zurückzuführen sei. Die bereits im Jahr 2008 festgestellten Unfallfolgen seien wesentlich für die jetzt festzustellende Pflegebedürftigkeit. Den weiteren, ebenfalls schwerwiegenden Gesundheitsstörungen sei lediglich ein rechtlich nicht wirksamer Mitwirkungsanteil zuzurechnen.

Am 24. Juli 2013 erstelle der Facharzt für Chirurgie Dr. P eine beratungsärztliche Stellungnahme. In dieser führte er aus, dass in dem Gutachten von Dr. H aus dem Jahr 2008 keine Fistelung im Bereich der linken Ferse erwähnt sei. Diese sei nach seiner Auffassung nicht unfallbedingt. Die MdE sei mit 50 von Hundert weiterhin korrekt eingeschätzt. Bezüglich der Pflegebedürftigkeit sei zu bemängeln, dass das Pflegegutachten die Folgen der unfallbedingten Gesundheitsstörungen und die der nicht unfallbedingten Gesundheitsstörungen nicht abgrenze. Die Pflegebedürftigkeit resultiere nach seiner Einschätzung vor allem aus der schwersten arteriellen Verschlusskrankheit, dem Diabetes mellitus sowie der erheblichen Adipositas des Klägers bei reduziertem Allgemeinzustand. Die Unfallfolgen spielten im Vergleich hierzu eine untergeordnete Rolle.

Mit Bescheid vom 21. August 2013 lehnte die Beklagte eine Erhöhung der Verletztenrente des Klägers ab. Im Verhältnis zum Bescheid vom 9. Oktober 2008 liege keine wesentliche Änderung der Verhältnisse vor. Als Unfallfolgen würden eine aufgehobene Beweglichkeit beider oberer und unterer Sprunggelenke, Anschlussarthrosen im Bereich der Fußwurzeln beidseits, ein chronisches Schmerzsyndrom beider Beine, eine körperferne Läsion des Nervus tibialis und der Nervus peroneus beidseits sowie subjektive Belastungsbeschwerden beidseits bestehen.

Unfallunabhängig bestehe ein Diabetes mellitus, eine beginnende Niereninsuffizienz, Funktionseinschränkungen des rechten Kniegelenks, schwere Durchblutungsstörungen beider Beine mit Zustand nach Bypass – Operation 2006, Kompartimentsyndrom des rechten Unterschenkels und Amputation der Zehen 2 – 4 rechts, Hallux – Valgus beidseits, Adipositas.

Mit einem weiteren Bescheid vom 6. September 2013 lehnte die Beklagte die Erbringung von Pflegegeld ab. Die bei dem Kläger bestehende Pflegebedürftigkeit resultiere aus den schweren Durchblutungsstörungen beider Beine, dem Diabetes mellitus und der erheblichen Adipositas des Klägers bei einem reduzierten Allgemeinzustand. Die Unfallfolgen spielten im Hinblick auf die weiteren Gesundheitsstörungen des Klägers nur eine untergeordnete Rolle.

Mit Schriftsatz vom 9. September 2013 und Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 12. September 2013 legte der Kläger gegen die vorgenannten Bescheide der Beklagten Widerspruch ein. Zur Begründung führte diese aus, dass sich die Unfallfolgen verschlimmert hätten. Bei einem Sturz aus großer Höhe sei weiter davon auszugehen, dass auch die Kniegelenksverletzung und die Durchblutungsstörung des Klägers unfallbedingt seien. Insbesondere könne diese seit dem Jahr 2006 bestehende Problematik nicht auf den erst im Jahr 2009 festgestellten Diabetes zurückgeführt werden. Vor dem Unfallereignis habe der Kläger weder Kniegelenksbeschwerden noch Durchblutungsstörungen gehabt. Der Kläger sei bereits mit Rücksicht darauf, dass seine Wohnung nicht behindertengerecht zugeschnitten sei, auf ständige Hilfeleistungen im Alltag angewiesen.

Auf Nachfrage der Beklagten erstellte Herr Dr. H am 30. September 2013 eine gutachterliche Stellungnahme. Bezüglich der Einschätzung der Gesundheitsstörungen und der Höhe der MdE führte er aus, dass sich aus dem Vortrag der Prozessbevollmächtigten des Klägers keine Umstände ergäben, auf Grund derer eine andere Einschätzung vorzunehmen sei. An seiner Einschätzung, dass die Pflegebedürftigkeit unfallbedingt sei, halte er auch in Kenntnis der Einschätzung von Dr. P fest. Zum einen sei es aus seiner Sicht kaum möglich, die Auswirkungen der schwerwiegenden unfallabhängigen und unfallfremden konkurrierenden Schadenslagen voneinander abzugrenzen. Zum anderen seien die unfallbedingten Gesundheitsstörungen so schwerwiegend, dass sie als rechtlich wesentliche Ursache für das Entstehen der Pflegebedürftigkeit einzuschätzen seien.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Herr Dr. P am 20. November 2013 eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme. In dieser führte er aus, dass die unfallbedingte Gesundheitsstörungen einen Hilfebedarf bei der Körperpflege und auch beim Zubereiten von warmen und kalten Mahlzeiten nicht erklären könnten. Mit Hilfe von Hilfsmitteln sollte der Kläger trotz der unfallbedingte Gehstörung auf Grund der Fersenbeinfrakturen in der Lage sein, diese Verrichtungen selbständig zu erledigen. Bezüglich der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehe eindeutig eine Einschränkung des Klägers. Diese würde jedoch seit Jahren vom Kläger und dessen Ehefrau verrichtet, so dass auch hierin keine Einschränkung im erheblichen Umfang zu erkennen sei. Auch die regelmäßig anfallenden Verbandswechsel im Bereich der Fistelung des linken Fersenbeines sollte der Kläger bei unfallbedingt eingeschränkter Gehfähigkeit selbständig erledigen können. Vorliegend würden diese durch die Ehefrau des Klägers durchgeführt, da die körperliche Konstitution des Klägers dieses ersichtlich nicht zulasse. Diese Einschränkungen resultierten jedoch nicht aus der verminderten Belastbarkeit der Füße. Auch an Dr. H‘s Gutachten sei auszusetzen, dass

dieser sich bezüglich der Pflegebedürftigkeit nicht mit den unfallbedingten und nicht unfallbedingten Funktionseinschränkungen hinreichend auseinandersetze. Wenn eine Hilfebedürftigkeit angenommen werde, müsse Berücksichtigung finden, dass der Kläger vergleichsweise besser gestellt sei, als ein Paraplegiker mit Schäden unterhalb L4 / L5 und inkompletten Paraplegien auch im Brustmarkbereich bei Blasen- und Mastdarmstörung. Der v.H. Satz müsste deutlich unter 25% des Höchstbetrages eingeschätzt werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2013 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 21. August 2013 über die Ablehnung einer Erhöhung der Verletztenrente des Klägers als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Gutachters Dr. H keine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen im Vergleich zu dem Zustand im Jahr 2008 festzustellen seien. Insbesondere betreffe dieses die unfallbedingten Bewegungseinschränkungen des Klägers. Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne wegen des fehlenden Trainingszustandes auf Grund der unfallfremden Erkrankungen nicht jedoch auf Grund der unfallfremden Gesundheitsstörungen des Klägers erfolgen.

Mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 20. Januar 2014 hat der Kläger gegen die vorgenannte Entscheidung der Beklagten Klage erhoben. Dieses Klageverfahren wird unter dem Aktenzeichen S 18 U 8/14 geführt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Februar 2014 wies die Beklagte auch den Widerspruch des Klägers gegen den Ablehnungsbescheid bezüglich des Verletztengeldes vom 6. September 2013 als unbegründet zurück. Hierbei schloss sie sich den vorzitierten Ausführungen des Beratungsarztes Dr. P zum Fehlen eines Zusammenhangs zwischen der Pflegebedürftigkeit des Klägers und den Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. August 1999 an.

Mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 26. März 2014 hat der Kläger gegen die vorgenannte Entscheidung der Beklagten Klage erhoben. Zur Begründung der Kläger führte diese aus, dass sich der Kläger sich bei dem streitgegenständlichen Unfallereignis beide Fersenbeine zertrümmert habe. Inzwischen sei der Kläger auf Grund der fortschreitenden Unfallfolgen rollstuhlpflichtig. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass auch die Durchblutungsstörungen sowie die Gesundheitsstörungen des Klägers im Bereich des Kniegelenks auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Vor dem Unfallereignis habe der Kläger in diesen Bereichen keine Beschwerden gehabt. Der Kläger sei sowohl bei der zeitaufwändigen Pflege seiner Füße wie auch bei vielen anderen Verrichtungen auf die Hilfeleistungen seiner Ehefrau angewiesen.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 6. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger Pflegegeldleistungen zu gewähren, hilfsweise die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat mit Schriftsatz vom 19. Juni 2015 unter anderem ein für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) am 30. Juli 2014 erstelltes Gutachten der Pflegesachverständigen Frau P zur Gerichtsakte gereicht. Diese stellte beginnend ab dem Juli 2014 eine Hilfebedürftigkeit des Klägers fest, die eine Pflegestufe I nach den damaligen gesetzlichen Vorgaben des Elften Buchs Sozialgesetzbuch begründete.

Das Sozialgericht Frankfurt (Oder) hat zur weiteren Sachverhaltsaufklärung Gesamtleistungsverzeichnisse der Barmer GEK und der BKK Verkehrsbau Union, bildgebende Befunde des Klägers, Befundberichte und Behandlungsunterlagen der behandelnden Ärzte Dr. J und Dr. D sowie weitere Behandlungsunterlagen des Klägers im Krankenhaus E und dem Bundeswehrkrankenhaus B beigezogen. Aus den beigezogenen Befundunterlagen sowie der Anamneseerhebung bei Dr. H ergibt sich, dass bei dem Kläger auf Grund wiederholter Entzündungen im Bereich des rechten Fußes eine Amputation des rechten Unterschenkels in Eberswalde vorgenommen wurde. Nachdem auch die hieraus resultierende Wunde nicht verheilte und im Rahmen einer MRT- Untersuchung ein eitrig verschlossener Stent im rechten Kniebereich festgestellt wurde, erfolgte am 15. Oktober 2015 eine Nachamputation im Bereich des rechten Oberschenkels.

Das Sozialgericht Frankfurt (Oder) hat zur Klärung der Zusammenhangsfrage eine orthopädisch – unfallchirurgische Begutachtung des Klägers durch den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. H sowie eine gefäßchirurgische Zusatzbegutachtung durch den Arzt für Chirurgie, Gefäßchirurgie und Phlebologie Dr. K veranlasst.

Dr. K stellte in seinem Gutachten vom 19. August 2016 für den Kläger folgende Diagnosen:

- Zustand nach Kalkaneus – Trümmerfraktur beidseits mit diversen Revisionsoperationen und deutlicher Funktionseinschränkung des unteren Sprunggelenks links - Chronische Wundheilungsstörung im Bereich beider Füße - Zustand nach letztendlich Oberschenkeloperation rechts - Arterielle Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten beidseits bei Zustand nach Implantation eines aortobifemoralen Bypass, Angioplastie der Arteria poplitea rechts, Implantation eines femoro – poplitealen P 1 Bypass links und Angioplastie der distalen Bypass – Anastomose links, Eingefäßversorgung des linken Unterschenkels - Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz Stadium 2, Adipositas, Hypertonus, Nikotinabusus

Dr. K schätzte ein, dass die Wundheilungsstörungen nach den ambulanten Untersuchungsergebnissen wie auch nach seiner eigenen gutachterlichen Untersuchung beidseits nicht auf eine Insuffizienz des venösen Systems des Klägers zurückzuführen seien. Nur eine Verschlusskrankheit des arteriellen Systems könne hierfür von Bedeutung sein. Diese Erkrankung könne nicht als vorbestehend angenommen werden. Vor dem erstmaligen Auftreten von Wundheilungsstörungen im Jahr 2004 seien beidseits mehrfach operative Eingriffe an den Fersenbeinen mit wiederkehrenden Materialwechseln, Einsteifungsoperationen sowie Spongiosaplastik vorgenommen worden. Dieses reiche mit Rücksicht auf die dünne Weichteildeckung im Bereich der Fersenbeine bereits aus, um die Wundheilungsstörungen zu erklären. Erschwerend komme hinzu, dass durch die Sturzverletzung selbst, die nachfolgenden Operationen

sowie die zunehmenden Bewegungseinschränkungen im Bereich der unteren Sprunggelenke die venöse Abpumpfunktion beider Unterschenkel kompromittiert werde, mit der Folge der Bildung eines chronische Lymphödems, welches nach Aktenlage oft beschrieben werde. Dieses Lymphödem sei zusammen mit dem Trauma, den Operationen und den Bewegungseinschränkungen der wesentliche Grund für das Auftreten der Wundheilungsstörungen. Die arterielle Verschlusskrankheit könne hingegen nicht als wesentliche Ursache für die Wundheilungsstörungen herangezogen werden. Der Kläger habe im Jahr 2007 einen arteriofemoralen Bypass im Klinikum B S erhalten, der von diesem Zeitpunkt an bis zum heutigen Tage problemlos funktioniere. In einer im Jahr 2009 durchgeführten CT – Angiographie konnte keine wesentliche Arteriosklerose und auch kein Gefäßverschluss nachgewiesen werden. Wären die arteriellen Durchblutungsstörungen die Hauptursache für die Wundheilungsstörungen des Klägers, wäre zu erwarten gewesen, dass die Wunden nach der Zeit der Wiederherstellung der Beckenachse abgeheilt wären. Dieses war jedoch nicht der Fall. Weiterhin würden Geschwüre im Bereich beider Außenknöchel nicht dem Verlauf einer arteriellen Verschlusskrankheit entsprechen. Hier wäre vielmehr eine durch Schmerzen im Bereich des Oberschenkels und Gesäßes, gegebenenfalls auch im Bereich der Unterschenkel verkürzte Gehstrecke zu erwarten gewesen, nicht aber das chronische Auftreten von Wunden im Bereich der Außenknöchel beidseits. Ohne die unfallbedingten Operationen wäre auch bei Vorliegen einer arteriellen Verschlusskrankheit die chronische Wundheilungsstörung im Bereich der Außenknöchel sicher nicht aufgetreten. Die Diabetes – Erkrankung des Klägers könne auch nicht für die Entstehung der seit 2004 bestehenden Wundheilungsstörung des Klägers ursächlich sein. Diese sei bis in das Jahr 2009 nicht diagnostiziert und ab dem Jahr 2011 als Diagnose gesichert worden.

Ob die ab dem Jahr 2007 dokumentierte Adipositas und der Diabetes mellitus und hieraus folgend die Niereninsuffizienz des Klägers auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, liege im Bereich der Spekulation. Sicherlich mögen der unfallbedingte aufgetretene Bewegungsmangel und gegebenenfalls eine auf Grund psychischer Probleme erfolgte vermehrte Nahrungsaufnahme eine Ursache für die Entstehung der vorliegenden Erkrankungen darstellen. Ebenso gut möglich sei aber auch eine unfallunabhängige Entwicklung der vorgenannten Erkrankungen.

Nach Einschätzung des Gutachters Dr. K habe sich die Notwendigkeit der Amputation des rechten Fußes und Oberschenkels im Wesentlichen aus den Folgen eines diabetischen Fußsyndroms bei Verletzung einer Zehe mit typischerweise reduzierter Durchblutung und Minderabwehr eines Diabetikers entwickelt. Erschwerend sei ein nicht mehr zu überbrückbarer Arterienverschluss hinzugekommen. Die unfallbedingte Bewegungseinschränkungen und verminderte venösen Drainagefunktion können für die Amputationsnotwendigkeit eine Rolle gespielt haben, jedoch keine entscheidende. Dasselbe gelte für die sich hieraus ergebende Notwendigkeit der Oberschenkelamputation so diese nicht auf die Folgen des Sturzes zurückzuführen sei. Dieses sei jedoch eine durch den Unfallchirurgen zu beantwortende Frage.

In Beantwortung der Beweisfragen stellte Dr. K folgende Diagnosen:

1. Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) beidseits bei Zustand nach multiplen Gefäßeingriffen beidseits und letztendlich Oberschenkelamputation rechts 2. Stammvarikose der Vena saphena parva Stadium Hach II links 3. Chronisches posttraumatisches und postoperatives Lymphödem der unteren Extremitäten 4. Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus, Adipositas, Nikotinabusus, Chronische Niereninsuffizienz

Bei der Varikrose (Krampfadernleiden) sei davon auszugehen, dass diese bereits vor dem Unfallereignis vorgelegen habe. An der Entstehung der Wundheilungsstörung sei diese jedoch nicht maßgeblich beteiligt.

Die arterielle Verschlusskrankheit sei zurückzuführen auf die bei dem Kläger vorliegenden Risikofaktoren eines Nikotinabusus, eines Bluthochdrucks, eines Diabetes mellitus und einer Fettstoffwechselstörung.

Das chronische Lymphödem der unteren Extremitäten sowie die Wundheilungsstörungen im Bereich der Außenknöchel seien im Wesentlichen auf die unfallbedingten Operationen und die Einsteifung der Sprunggelenke zurückzuführen.

Die Wundheilungsstörungen sowie Folgen der Bewegungseinschränkungen hätten funktionell zur Folge, dass der Kläger auf den Rollstuhl angewiesen sei. Zwar sei die Oberschenkelamputation rechts nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Jedoch zwinge die fehlende Belastbarkeit der linken Extremität des Klägers in Folge der Unfallfolgen den Kläger dazu, auf eine Oberschenkelprothese zu verzichten. Spätestens seit April 2013 sei bei dem Kläger in Folge des Verlusts der Möglichkeit sich gehend fortzubewegen unfallbedingt Hilflosigkeit eingetreten. Seit dem 17. Juni 2014 bestehe Rollstuhlpflicht mit Hilfebedürftigkeit im Bereich Körperpflege, Essenszubereitung, Mobilität und Hauswirtschaft.

Der orthopädisch - unfallchirurgische Gutachter Dr. H stellte in seinem Gutachten vom 16. Januar 2017 für den Kläger folgende Gesundheitsstörungen fest:

- Verheilter Fersenbeinbruch beidseits - Fuß-und Unterschenkelgeschwüre beidseits - Gehunfähigkeit - Arterielle Durchblutungsstörungen - Adipositas per magna - Operierte Kniescheibenfehlstellung rechts - Zustand nach Oberschenkelamputation rechts

Nach Auffassung des Gutachters Dr. H seien die Fersenbeinfrakturen, die Fußgeschwüre im Narbenbereich sowie die Gehunfähigkeit mit Rollstuhlpflichtigkeit Folgen des Arbeitsunfalls des Klägers. Die Fersenbeinbrüche hätten mehrfach operiert werden müssen. Infolge der Operationen sei es zu lymphatischen Stauungen und zu instabilen Narbenbildungen und als Folge hieraus zu wiederholten Geschwürbildungen und Fistelbildungen an beiden Füßen und im Verlauf durch eine Verschlechterung zu einer Rollstuhlpflichtigkeit gekommen. Geh- und Stehunfähigkeit des Klägers und die hieraus abzuleitende Rollstuhlpflicht beruhten auf vielen Faktoren. Folgen des Unfalls vom 14. August 1999 hätten hieran jedoch einen wesentlichen Anteil. Bei den weiteren Erkrankungen handele es sich um unfallunabhängige Erkrankungen.

Im Bereich des linken Unterschenkels und Fußes lag zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. H eine ausgeprägte Schwellung vor. Ferner bestand eine Einsteifung des linken oberen und unteren Sprunggelenkes. Aufgrund dieser ausgeprägten Veränderungen und der Schmerzhaftigkeit bestehe nach Einschätzung von Dr. H eine Geh - und Stehunfähigkeit auf dem linken Bein, welches nur zum Transfer kurzzeitig belastbar sei. Das rechte Bein sei aufgrund von Folgen der arteriellen Durchblutungsstörungen im Oberschenkel amputiert worden.

Mit Rücksicht darauf, dass das linke Bein in keiner Weise belastbar sei, bestehe auch trotz vorhandener Prothese für das rechte Bein eine Steh- und Gehunfähigkeit sowie eine Rollstuhlpflichtigkeit überwiegend aufgrund von Unfallfolgen. In der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgungen, seien umfangreiche Hilfestellungen erforderlich.

Mit Schriftsatz vom 25. April 2017 trug die Beklagte vor, dass die Gutachter Dr. H und Dr. K zum Teil zu fehlerhaften Kausaleinschätzungen kämen. Die Beklagte fügte ihrem Schriftsatz eine Stellungnahme des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Professor Dr. W vom 1. April 2017 bei. Dieser führte aus, dass das Nachlassen der Mobilität und damit auch die Rollstuhlpflicht des Klägers im Wesentlichen auf das Hinzutreten unfallfremder Faktoren insbesondere das Vorliegen des Diabetes mellitus, der Adipositas und der arteriellen Durchblutungsstörung und der hieraus resultierenden Notwendigkeit der Oberschenkelamputation rechts zurückzuführen seien. Mit Rücksicht auf die unfallunabhängig stattgehabte Amputation des rechten Fußes im Jahr 2013 könnten sich Unfallfolgen in diesem Bereich nicht mehr verschlimmern.

Herr Dr. H nahm mit Schreiben vom 29. Juli 2017 zu den Einwänden von Professor Dr. W Stellung. Hierbei führte er aus, dass die Gehfähigkeit des Klägers seit dem Jahr 2008 kontinuierlich nachgelassen habe. Seit dem Jahr 2008 werde auch zunehmend über die unfallabhängigen Ulzerationen berichtet. Seit dem Jahr 2011 hätten durchgehend schmierige Ulzerationen im Narbenbereich beider Füße bestanden. Diese Ulzerationen müssten als eine Verschlechterung von Unfallfolgen angesehen werden, ohne dass die sicherlich vorhanden unfallfremden Faktoren hier eine wesentliche Rolle spielten. Erst im Jahr 2014 habe aufgrund eines infizierten Geschwürs vor dem Großzehengrundgelenk mit beginnender Infektion des vor Fußes der Prozess begonnen, aufgrund dessen die Oberschenkelamputation stattfand. Rollstuhlpflichtigkeit und Pflegebedürftigkeit hätten nach den nachvollziehbaren Gutachten zur Pflegebedürftigkeit bereits im November 2012 bestanden. Hierbei habe die unfallbedingte Geschwürbildung eine wesentliche Rolle gespielt. Die Erhöhung der MdE von 50 % auf 60 % sei durch die entstehende Pflegebedürftigkeit aufgrund der sich verschlechternder Unfallfolgen gerechtfertigt.

Mit Schriftsatz vom 21. August 2017 übersandte die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Herrn Professor Dr. W vom gleichen Tag. Dieser führte aus, dass bei dem Kläger bereits im Jahr 2008 wie auch zuvor schon das Gefäßsystem beider unterer Extremitäten aufgrund der unfallunabhängigen Erkrankungen des Klägers deutlich geschädigt worden sei. Im Jahr 2006 habe eine auf der rechten Seite durchgeführte unfallunabhängige Gefäßoperation zu schwerwiegenden Komplikationen geführt. Nach dem Eingriff sei es zu einer Perfusionsminderung des rechten Unterschenkels mit akut drohendem Absterben der Muskulatur desselben gekommen. Daraufhin habe die Muskelfaszie auf der gesamten Länge des Unterschenkels gespalten werden müssen. Im Jahr 2006 hätten 2 ½ Zehen amputiert werden müssen. Bereits das Gutachten von Dr. H vom 12. September 2008 dokumentierte folgende unfallunabhängige Veränderungen: Arteriöse Verschlusskrankheit mit aortobifemoralem Bypass und Kompartmentsyndrom des rechten Unterschenkels (hochgradige paVK vom Beckentyp funktionell wie Lerichesyndrom mit schlechter Kompensation), Adipositas, ausgeprägter Nikotinabusus, Senk – Spreizfußbildung beidseits mit Hallux valgus beidseits, Subluxationsstellung der Patellae bei valgischen Q – Winkel (X – Beinfehlstellung) mit Retropatellararthrose beidseits, Narbenbildung im Bereich des rechten Tibiakopfes und des rechten Kniegelenkes. Insbesondere die Kombination aus Nikotinabusus und Zuckererkrankung spreche für eine Schädigung der kleinen peripheren Gefäße, die für die Durchblutung der Haut und der Zehen zuständig seien. Die schwere unfallunabhängige Erkrankung des über lange Jahre stark rauchenden Klägers sei so ausgeprägt, dass allein dadurch ohne Hinzukommen unfallfremder Ursachen eine weitere Schädigung der Weichteile über den Außenseiten beider Füße auf Grund einer schweren Durchblutungsstörung gedroht und sich dann auch verwirklicht habe. Rechtlich verkenne Dr. H, dass in der unfallunabhängigen Oberschenkelamputation eine Verschlimmerung im Sinne eines nicht versicherten Nachschadens liege. Die Argumentation von Dr. H, dass der Kläger mit einem gesunden Bein in der Lage gewesen wäre, eine Oberschenkelprothese rechts zu tragen und die Rollstuhlpflicht in diesem Fall bis zum heutigen Tag nicht eingetreten wäre, sei deshalb nicht zulässig.

Mit Schriftsatz vom 25. Oktober 2017 übersandte die Prozessbevollmächtigte des Klägers den Entlassungsbericht der A-Klinik über einen stationären Aufenthalt des Klägers im Zeitraum vom 4. September 2017 bis 29. September 2017. Dort erfolgte am 6. September 2017 eine Amputation des linken Unterschenkels des Klägers. Die Prozessbevollmächtigte des Klägers teilte ferner mit, dass der Kläger mit der von der gesetzlichen Krankenversicherung gestellten Prothese nicht in der Lage sei, sich gehend fortzubewegen. Auch sein Bad könne er nicht mehr nutzen.

Mit Schreiben vom 17. November 2017 nahm der Gutachter Dr. H dahingehend Stellung, dass die Befunde der linken unteren Extremität überwiegend zu den Folgen des Unfallereignisses vom 14. August 1999 zu rechnen seien. Die Ulzerationen am linken Fuß und der linken Ferse seien auch schon vor Auftreten der arteriellen Durchblutungsstörung vorhanden gewesen. Auch nach Rekonstruktion der Becken / Gefäßachse sei es immer wieder zu Wundheilungsproblemen im Bereich des linken Außenknöchels gekommen. Auch bei der gutachterlichen Untersuchung am 21. Mai 2016 sei ein entsprechend großes Geschwür am linken Außenknöchelbereich mit einer starken Schwellung und Induration des umgebenden Gewebes festgestellt worden. Sicher sei die Unterschenkelamputation auch teilweise auf die unfallunabhängigen Erkrankungen im Sinne der arteriellen Durchblutungsstörung und des Diabetes mellitus zurückzuführen. Nach dem gefäßchirurgischen Gutachten seien die Geschwüre jedoch im Wesentlichen auf die Unfallfolgen zurückzuführen mit der Folge der Notwendigkeit der Amputation im Bereich des linken Unterschenkels.

Eine Erhöhung der MdE ergebe sich nach seiner Auffassung nicht, da bereits zuvor eine weitgehende Funktionslosigkeit des Beines vorhanden gewesen sei. Nach der Ausheilung sei eher mit einer Verbesserung der Lebensqualität im Hinblick auf Schmerzen und die Versorgung der nässenden Wunden zu erwarten.

Die Beklagte übersandte hierzu eine Stellungnahme von Prof. W vom 6. Dezember 2017. Dieser führte aus, dass die Blutversorgung des linken Beines nicht unfallbedingte noch eingeschränkter gewesen sei, als diejenige des rechten Beines, da nur sie nur über ein statt rechts immerhin zwei Unterschenkelgefäßen stattfand. Der Gutachter Dr. K habe für das rechte Bein angenommen, dass die Amputation Folge der Verletzung des Großzehengrundgliedes, des Diabetes mellitus und der nicht rekonstruierbaren arteriellen Durchblutungsstörung sei. Dieses müsste vor diesem Hintergrund erst recht für die Amputation des linken Unterschenkels gelten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 14. März 2018, die Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, welche der Kammer zur Entscheidung vorlagen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs.1 und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in zulässiger Weise erhoben worden. Der Hilfsantrag des Klägers ist in zulässiger Weise als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage im Sinne des § 54 Abs.1 SGG erhoben worden.

II. 1. Die Klage ist in Bezug auf den Hauptantrag des Klägers teilweise und im Übrigen in Bezug auf den Hilfsantrag des Klägers vollumfassend begründet.

Die Beklagte hat es mit dem Bescheid vom 6. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 2014 zu Unrecht abgelehnt, dem Kläger mit Rücksicht auf die Folgen des Arbeitsunfalls vom 14. August 1999 Pflegegeldleistungen zu gewähren. Da der Kläger hierdurch in seinen subjektiven öffentlich – rechtlichen Rechten verletzt wird, war die vorgenannte Entscheidung der Beklagten aufzuheben. Da der Kläger mit Feststellung seiner unfallbedingten Hilfebedürftigkeit im November 2012 ab diesem Zeitpunkt nach § 44 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) nur in Höhe des Mindestbetrages nach § 44 Abs.2 SGB VII einen gebundenen Anspruch auf Gewährung von Pflegegeld hat und keine Ermessensreduzierung der Beklagten auf Null vorliegt, war die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger in Höhe des Mindestbetrages Pflegegeld zu gewähren und bezüglich des darüber hinausgehenden Betrages unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über den Pflegegeldanspruch des Klägers zu entscheiden.

Gemäß § 26 Abs.1 SGB VII in Verbindung mit § 44 SGB VII haben Versicherte einen Anspruch auf die Zahlung von Pflegegeld, die Stellung einer Pflegekraft oder Heimpflege, wenn sie in Folge eines Versicherungsfalles so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen. Dieses ist im Fall des Klägers ab dem Monat November 2012 zu bejahen.

Der Kläger hat am 14. August 1999 einen Arbeitsunfall und somit einen Versicherungsfall im Sinne des § 7 Abs.1 SGB VII erlitten. Auf Grund der Folgen dieses Versicherungsfalles ist der Kläger zumindest seit dem Zeitpunkt der Feststellungen zu seiner Pflegebedürftigkeit als Ergebnis des Hausbesuches am 20. November 2012 durch die Pflegekraft Frau K hilfebedürftig im Sinne des § 44 Abs.1 SGB VII, da er in Bezug auf seine hauswirtschaftliche Versorgung und die Wundversorgung wie auch im Bereich Mobilität regelmäßig wiederkehrend - im Fall des Klägers jeden Tag - und im erheblichen Maß auf die Hilfe seiner ihn pflegenden Frau angewiesen ist (vgl. § 14 Abs.2 Nr. 4 – 6 SGB XI, zum Maßstab der Hilfebedürftigkeit bzw. Hilflosigkeit im Sinne des § 44 SGB VII mit Verweis auf den vergleichbaren Begriff des § 14f. SGB XI: Ricke in Kassler Kommentar 97. Ergänzungslieferung, zu § 44 SGB VII, Randnummer 4ff m.w.N.).

Diese Hilfebedürftigkeit ist im Sinne einer wesentlichen Bedingung auch auf die durch das Unfallereignis vom 14. August 1999 hervorgerufenen Gesundheitserstschäden sowie auf die in Folgezeitraum eingetretenen Folgeschäden dieser Gesundheitserstschäden als wesentliche Ursache zurückzuführen.

Als wesentliche Folge des Arbeitsunfalls vom 14. August 1999 sind bei dem Kläger in Auswertung der vom Gericht eingeholten sozialmedizinischen Gutachten von Dr. H und Dr. K sowie die bereits vorher erfolgten Feststellungen der Beklagten zu den bei dem Kläger bestehenden unfallbedingten Gesundheitsschäden seit dem Jahr 2011 folgende unfallbedingte Gesundheitsstörungen des Klägers festzustellen:

- Chronisches posttraumatisches und postoperatives Lymphödem der unteren Extremitäten - Zustand nach mehrfach operiertem Fersenbeinbruch mit Bildung von Anschlussarthrosen, operativer Einsteifung der unteren Sprunggelenke und konstitutioneller Einsteifung der oberen Sprunggelenke beidseits - Durchgehend bestehende offene Fuß-und Unterschenkelgeschwüre beidseits - chronisches Schmerzsyndrom beider Beine - körperferne Läsion des Nervus tibialis und der Nervus peroneus beidseits - subjektive Belastungsbeschwerden - sowie seit dem 6. September 2017: Zustand nach Unterschenkelamputation links

Bei der vorgenannten Feststellung der unfallbedingten Gesundheitsschäden folgt die Kammer der Einschätzung des Gutachters Dr. H und insbesondere des gegenüber den orthopädisch - unfallchirurgischen Gutachtern und Beratungsärzten über besondere Fachkompetenz verfügenden Gutachters und Gefäßchirurgen sowie Phlebologen Dr. K, dass die Geschwürbildungen im Bereich der äußeren Sprunggelenke auf die unfallbedingten Sprunggelenkstrümmerfrakturen als wesentliche Ursache zurückzuführen sind.

Hierzu ist zunächst rechtlich auszuführen, dass das Vorliegen von Gesundheitsstörungen im Vollbeweis nachgewiesen werden muss, d.h. sie müssen mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen (vgl. § 128 Abs. 1 SGG), damit sie als Unfallfolgen anerkannt werden können. Zudem müssen sie durch einen Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall bzw. dem Gesundheitserstschaden verbunden sein. Für diese Kausalitätsfeststellung zwischen dem Arbeitsunfall und den als Unfallfolgen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung geltend gemachten Gesundheitsstörungen (haftungsausfüllende Kausalität) gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12. April 2005, Aktenzeichen B 2 U 27/04 R). Dieses setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. April 2015, Aktenzeichen L 10 U 495/14, zu recherchieren unter www.juris.de).

Die vorgenannte haftungsausfüllende Kausalität muss schließlich nicht nur möglich, sondern auch hinreichend wahrscheinlich sein. Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender medizinisch-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernstliche Zweifel hinsichtlich einer anderen Ursache ausscheiden. Die Faktoren, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, müssen die Umstände, die gegen die Kausalität sprechen, deutlich überwiegen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 22. August

2000, Aktenzeichen B 2 U 34/99 R, zu recherchieren unter www.juris.de).

Vorliegend spricht zur Überzeugung der Kammer deutlich mehr dafür, dass die anerkannten und zweifellos vorliegenden Unfallfolgen des Klägers in der Form eines Zustandes nach beidseitigem Trümmerbruch der Sprunggelenke und eines Zustands nach mehrfachen Operationen mit Versteifung beider Sprunggelenke bei verbliebenen Operationsnarben im Bereich beider Außenknöchel wesentlich dazu beigetragen haben, dass sich seit dem Jahr 2004 und durchgehend seit dem Jahr 2011 in Bereich der Außenknöchel Geschwüre bildeten, welche schmierig belegt waren und einer Wundversorgung bedurften. Zwar werden die erheblichen unfallfremden konkurrierenden Erkrankungen des Klägers, insbesondere in Form einer deutlichen pAVK mit einem Zustand nach multiplen Gefäßeingriffen beidseits bei deutlichem durchgehenden Nikotinabusus des Klägers, eines seit dem Jahr 2009 diagnostizierten und seit dem Jahr 2011 gesicherten Diabetes mellitus sowie des nicht unerheblichen Übergewichts des Klägers auch erheblich dazu beigetragen haben, die Geschwürbildung im Bereich der Außenknöchel des Klägers zu fördern, die Geschwüre zu erhalten und die Abheilung der Geschwüre zu verhindern. Jedoch ist die Kammer in Anschluss an den Gutachter Dr. K davon überzeugt, dass auch die operations- und damit unfallbedingte Schädigung des ohnehin dünnen Gewebemantels im Bereich der Außenknöchel, die aufgehobene Beweglichkeit der Sprunggelenke wie auch die durch diese hervorgerufenen, im Bereich der Begutachtungen von den Gutachtern links auch noch festzustellenden chronischen Lymphödeme im Bereich der Unterschenkel eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Geschwüre bildeten. So führt der Gutachter Dr. K überzeugend aus, dass es ohne die Vorschädigung des Gewebes durch die Operationsnarben in diesem Bereich auf Grund der erheblichen pAVK und des geringen venösen Krampfadernleiden wahrscheinlich nicht zu offenen Geschwüren gekommen wäre. Diesbezüglich stellt Dr. K entgegen der späteren Annahme von Prof. Dr. W in seiner später erfolgten Stellungnahme auf Grund einer im Rahmen der ambulanten Untersuchung erfolgten eigenen Messung dar, dass die Eingefäßversorgung des linken Beines des Klägers seit der Wiederherstellung der Becken – Bein – Achse durch eine Stentlegung im Jahr 2007 und nach einer ersten Überprüfung im Jahr 2009 durchgehend hinreichend gut funktioniert und es insbesondere keine Hinweise auf eine Arteriosklerose gibt. Auch führt Dr. K für die Kammer nachvollziehbar aus, dass es durch die Einsteifung der Sprunggelenke zu einer Störung der Abpumpfunktion der Unterschenkel und daraus folgend zu unfallbedingten Lymphödemen im Bereich der Unterschenkel gekommen ist. Dass diese wiederum zu Druck- bzw. Zugerscheinungen auf den ohnehin narbig geschädigten Weichteilmantel im Bereich der Knöchel des Klägers führten und damit zu Geschwürbildungen beitragen, beziehungsweise das Abheilen von entstandenen Geschwüren verhindert beziehungsweise verzögern haben, ist für die Kammer trotz der Einwände der Beratungsärzte der Beklagten nachvollziehbar, so dass ein wesentlicher Ursachenbeitrag der unstreitig unfallbedingten Gesundheitsschäden des Klägers für die Geschwürbildungen und Erhaltung der Geschwüre im Bereich der Außenknöchel als hinreichend wahrscheinlich anzusehen ist.

Unfallfolge ist weiterhin die am 6. September 2017 erfolgte Amputation des linken Unterschenkels. Diese erfolgte in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Gutachters Dr. H auf Grund der wiederkehrenden unfallbedingten Geschwürbildung im Bereich des linken Außenknöchels bzw. Unterschenkels mit der Notwendigkeit der regelmäßigen Wundversorgung und der erheblichen Schmerzen des Klägers bei faktisch aufgehobener Funktionsfähigkeit der linken unteren Extremität. Dieses ist auch aus dem Krankenhausentlassungsbericht der A-Klinik abzuleiten. Diese hatte am 5. September 2017 nochmals eine Prüfung der Arterien des Klägers durchgeführt und festgestellt, dass die Versorgung des linken Fußes über den im Jahr 2007 eingerichteten Stent weiterhin gesichert war. Die Indikation für die Amputation im Bereich des linken Unterschenkels ergab sich nach dem vorgenannten Krankenhausentlassungsbericht aus den erheblichen Schmerzbeschwerden bei bestehender dauerhafter Funktionslosigkeit der linken unteren Extremität.

Nicht Unfallfolgen sind nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. H und Dr. K, neben der bereits erwähnten pAVK, der Stammvarikrose der Vena saphena parva im Staduim Hach II links, dem Diabetes mellitus, der Übergewichtigkeit, dem Bluthochdruck, dem Nierenleiden und dem Nikotinabusus des Klägers auch die operierte Kniescheibenfehlstellung sowie der Zustand nach Unter- und folgend auch Oberschenkelamputation rechts. Es besteht trotz der von der Klägerseite geschilderten Fallhöhe des Klägers in Ermangelung einer einschlägigen Dokumentation nicht der notwendige Vollbeweis dafür, dass es in Folge des Sturzes zu einer knöchernen Schädigung des rechten Kniegelenks des Klägers als Gesundheitserstschaden gekommen ist. Die bei dem Kläger festgestellten Erkrankungen im Bereich des rechten Kniegelenks weisen auf eine verschleißbedingte Ursache hin und sind degenerativer Natur. Die Unterschenkelamputation rechts ist ursächlich auf eine nicht mehr verheilende, entzündete Wunde im Bereich des Großzehengrundgelenks und rechten Vorfußes des Klägers zurückzuführen. Hierbei handelt es sich nach den Ausführungen des Gutachters Dr. K um einen typischen Ablauf einer Schädigung in Folge der bei dem Kläger zu diesem Zeitpunkt bereits gesicherten Diabetes – mellitus - Erkrankung, die auch die Selbstheilungskräfte des Klägers negativ beeinflusste und durch die mangelnde Blutversorgung in Folge der fortgeschritten pAVK des Klägers mit rechtsseitig auch operativ trotz mehrerer Versuche nicht mehr in den Griff zu bekommender Versorgungslage verschlimmert wurde. Die Oberschenkelamputation ihrerseits wurde notwendig, als sich herausstellte, dass auch der Wundstumpf rechts auf Grund der pAVK nicht verheilte und ferner festgestellt werden musste, dass ein Stent im Bereich des rechten Kniegelenks nach einer unfallfremden vorangegangenen Gefäßoperation eitrig verschlossen war.

Die vorgenannten unfallbedingten Gesundheitsschäden sind im Sinne der Wesentlichkeitstheorie auch unter Berücksichtigung der unfallfremden Gesundheitsstörungen ursächlich für den Eintritt der Hilfebedürftigkeit des Klägers im Sinne des § 44 SGB VII.

Die Hilfelosigkeit des Klägers muss im Sinne der Lehre von der rechtlich wesentlichen Ursache auf das streitgegenständliche Unfallereignis zurückzuführen sein. Die Feststellung des Kausalzusammenhangs erfolgt bei der Prüfung der Hilflosigkeit im Sinne des § 44 SGB VII jedoch nicht nach den völlig gleichen Kriterien wie bei der Bestimmung der MdE im Sinne des § 56 SGB VII. Pflegegeld ist eine neben der Verletztenrente bestehende Versorgungsleistung. Während die Verletztenrente im Sinne des § 56 SGB VII dazu bestimmt ist, den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schaden einer Arbeitsunfalls oder einer Betriebskrankheit auszugleichen, hat das Pflegegeld das Ziel einen weiteren Schaden, nämlich die in Folge des Versicherungsfalles eingetretene Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 44 Abs.1 SGB VII auszugleichen. Vor diesem Hintergrund ist bei der Prüfung der Frage, ob einer Versicherter in Folge des Versicherungsfalles hilfebedürftig ist, nicht wie bei der Verletztenrente, der Eintritt des unfallbedingten Gesundheitsschadens das letzte Glied der Prüfungskette, sondern erst der Eintritt der Hilfebedürftigkeit. Hierbei kann auch durch das Hinzutreten eines nicht versicherten unfallfremden Gesundheitsschadens eine unfallbedingte Hilfebedürftigkeit ausgelöst werden, wenn im Sinne einer Betrachtung des gesamten Schadensbildes die unfallbedingten Gesundheitsschäden als wesentliche Mitursache für den Eintritt der Hilfebedürftigkeit zu werten sind (vgl. grundlegend: Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Juni 1962, Aktenzeichen 11 RV 1188/60, Randnummer 25, in dem Fall hatte der Versicherte unfallbedingt ein Auge verloren und erblindet unfallunabhängig auf dem anderen Auge, wobei das Bundessozialgericht die unfallbedingte Hilflosigkeit bejahte; Bundessozialgericht, Urteil vom 21. September 1967, Aktenzeichen 2 RU 65/66, Rn 20; ausführlich auch Landessozialgericht Nordrhein –

Westfalen, Urteil vom 24. Juli 2002, Aktenzeichen L 17 U 157/01, Rn 43). Bei dem Hinzutreten von unfallfremden Gesundheitsschäden und Begründung einer Pflegebedürftigkeit hierdurch handelt es sich somit im Sinne des § 44 SGB VII nicht "per se" um einen nicht versicherten Nachschaden. Wenn die Beklagtenseite argumentiert, dass die Pflegebedürftigkeit erst durch die unfallunabhängige Amputation des rechten Unter- und danach Oberschenkels entstanden sei und es mit Rücksicht auf diesen unfallunabhängigen Nachschaden nicht relevant sei, dass der Kläger an diesem Bein mit Rücksicht auf die unfallbedingte Schädigung des linken Beines keine Prothese tragen könne, verkennt sie die vorskizzierte Rechtslage bezüglich der Prüfung des Ursachenzusammenhangs der unfallbedingte Hilflosigkeit im Sinne des § 44 SGB VII (ausführlich hierzu Ricke in Kassler Kommentar zu § 44 SGB VII, a.a.O., Rn 5 mit kritischer Auseinandersetzung zu der von der Kammer als zutreffend erachteten Bundessozialgerichtsrechtsprechung). Bei der Kausalitätsprüfung im Sinne des § 44 SGB VII ist vielmehr im Rahmen einer Gesamtschau darauf abzustellen, ob die unfallbedingten Gesundheitsschäden für die Entstehung und in diesem Fall, da noch keine Bewilligung von Pflegegeldleistung erfolgte, auch für die Beibehaltung der Hilfebedürftigkeit zumindest eine wesentliche Teilursache darstellen, oder ob diese allein wesentlich durch unfallunabhängige Leiden bedingt ist und Unfallfolgen keine wesentliche Rolle spielen.

Die Kammer schließt sich bei der Beantwortung der vorgenannten Frage der Einschätzung der Gutachter Dr. K, Dr. H und Dr. H an, dass die im November 2012 erstmals durch eine Pflegefachkraft festgestellte Hilfebedürftigkeit des Klägers bereits zu diesem Zeitpunkt auf die unfallbedingten Gesundheitsschäden als wesentliche Teilursache zurückzuführen ist. Der Kläger war durch die unfallbedingten Gesundheitsschäden, insbesondere durch die versteiften Sprunggelenke und die erheblichen Schwellungen und Schmerzen im Bereich der Fersen mit Bildung von Geschwüren in erheblichem Maß täglich auf Hilfe seiner Ehefrau als Pflegeperson angewiesen. Bei bestehender unfallbedingter Rollstuhlpflicht bestand bereits im November 2012 die Notwendigkeit der Hilfeleistung in einer Vielzahl von Tätigkeiten. Im hauswirtschaftlichen Bereich mussten faktisch alle Tätigkeiten beginnend bei den Einkäufen, über die Wohnungs- und Wäschereinigung bis zur Essenszubereitung von der Ehefrau des Klägers übernommen werden. Der Kläger war auch bei der Körperpflege und der Mobilität auf Hilfe angewiesen. So konnte er auf Grund der bestehenden weitgehenden Geh- und Stehunfähigkeit die Dusche im Bad nicht nutzen, da er die Duschtasse nicht betreten konnte. Der Kläger musste sich mit Hilfe eines Schlauches am Waschbecken waschen. Anschließend musste die Frau des Klägers das verschüttete Wasser im Bad aufwischen. Morgens wusch sich der Kläger mit Hilfe einer Waschschüssel am Bett, wobei seine Frau die Waschschüssel bringen und sicher danach auch wieder entleeren musste. Nächtlich Toilettengänge konnte der Kläger nur mit Hilfe seiner Frau absolvieren. Bei jedem Verlassen der Wohnung war der Kläger auf Hilfe angewiesen, da er unfallbedingt nur wenige Meter mit Hilfe von Unterarmstützen unter Schmerzen zurücklegen konnte. Schließlich benötigte der Kläger Hilfe bei der täglichen Versorgung der unfallbedingte Wunden im Bereich der Fersen. Bei all diesen Tätigkeiten spielt sicherlich auch eine erhebliche Rolle, dass die Kondition und Beweglichkeit des Klägers in Folge der unfallunabhängigen Übergewichtigkeit nachgelassen hat. Der Bewegungsmangel und das Nachlassen der Kondition des Klägers sind aber auch auf die schmerz- und damit unfallbedingte starke Einschränkung der Wegstrecken des Klägers zurückzuführen. In einer Gesamtschau kann damit in Übereinstimmung mit allen medizinischen Gutachern und Pflegepersonen, die den Gesundheitszustand des Klägers selbst untersucht haben, nicht festgestellt werden, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit ausschließlich auf unfallfremden Faktoren beruhte. Vielmehr spielten die unfallbedingten Gesundheitsschäden hierbei eine entscheidende Rolle und waren wesentliche Teilursache für den Eintritt der Hilfebedürftigkeit des Klägers.

Die Einschätzung, dass die Hilfebedürftigkeit des Klägers wesentlich auf die unfallbedingten Gesundheitsschäden zurückzuführen ist, ändert sich auch nicht durch die unfallunabhängige Amputation des rechten Unterschenkels im Sommer 2014 und die unfallunabhängige Amputation des rechten Oberschenkels im Oktober 2015. Zwar dürften die körperlichen Einschränkungen rechts nach diesem Eingriff tatsächlich im Wesentlichen auf den die unfallfremden Beschwerden des Klägers zurückzuführen sein. Hierdurch kam es jedoch nicht zu einem Wegfall der Pflegebedürftigkeit des Klägers und auch nicht zu einem Wegfall der Mitursächlichkeit der Unfallfolgen für die Pflegebedürftigkeit. So war der Kläger auch nach dieser Operation weiterhin rollstuhlpflichtig und in einer Vielzahl von Tätigkeiten in der Körperpflege, Hauswirtschaft und Mobilität auf die Hilfe einer Pflegeperson angewiesen, da er durch die unfallbedingte fehlende Belastbarkeit des linken Beines nicht mit Hilfe einer Prothese für das rechte Bein mobilisiert werden konnte. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen spielten daher auch nach der Amputation des rechten Unterschenkels und anschließend des rechten Oberschenkels weiterhin eine erhebliche und damit auch wesentliche Rolle in der Aufrechterhaltung der Hilfebedürftigkeit des Klägers im Sinne des § 44 Abs.1 SGB VII.

Schließlich wird die Pflegebedürftigkeit des Klägers auch nicht durch die unfallabhängige Amputation des linken Unterschenkels des Klägers beseitigt. Vielmehr besteht für den Kläger nach wie vor keine angemessene Wohnsituation und keine Prothesenversorgung die gegebenenfalls dazu führen könnte, dass die Hilfebedürftigkeit des Klägers merklich verringert oder gegebenenfalls sogar aufgehoben werden könnte.

Die Feststellung, dass der Kläger dem Grunde nach einen Anspruch auf Gewährung von Pflegegeld hat, führt dazu, dass der Kläger zumindest in Höhe des Mindestbetrages nach § 44 Abs.2 SGB VII einen gebundenen Anspruch auf Gewährung von Pflegegeld hat. Diesbezüglich war die Beklagte zur Gewährung von Pflegegeld in der vorgenannten Höhe zu verurteilen. Im Übrigen war die Beklagte zur Neubescheidung des Klägers zu verurteilen, ob den Kläger mit Rücksicht auf die unfallbedingte Hilfebedürftigkeit höheres Pflegegeld zu gewähren ist, da die Bestimmung der Höhe des Pflegegeldes im Sinne des § 44 Abs.2 SGB VII eine Ermessensentscheidung der Beklagten voraussetzt, welche die Kammer durch eigene Ermessenserwägungen nicht ersetzen kann (vgl. Landessozialgericht Berlin – Brandenburg, Urteil vom 23. Oktober 2013, Aktenzeichen L 3 U 216/10, Rn 43ff). Eine Ermessensentscheidung auf Null liegt im Fall des Klägers nicht vor. Eine solche ergibt sich auch nicht daraus, dass die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger mit dem Zweck der Gleichbehandlung die Anhaltspunkte für die Bemessung des Pflegegeldes (abgedruckt unter anderem in HBVG – Info 1999, S.256ff, auszugsweise zitiert in Ricke, a.a.O., Rn 8aff im Weiteren "Anhaltspunkte") herausgegeben haben. Die Bemessung des Pflegegeldes hat sich vielmehr an den individuellen Verhältnissen des Verletzten im Einzelfall zu richten, wobei insbesondere nach § 44 Abs.2 SGB VII insbesondere Art und Schwere des Gesundheitsschadens und der Umfang der erforderlichen Hilfe in die Ermessenserwägung der Beklagten einzustellen sind. Durch die Anhaltspunkte haben die Unfallversicherungsträger lediglich Kategorien geschaffen, in die Verletzte unter Berücksichtigung der bei ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen einzuordnen sind. Hierdurch hat eine Selbstbindung der Verwaltung in dem Sinne stattgefunden, dass sie von diesen Werten nicht zu Lasten des Verletzten abweichen dürfen, ohne dieses durch eine besondere Begründung und eine entsprechende Ermessenserwägungen zu rechtfertigen (vgl. Ricke in Kassler Kommentar, a.a.O. Rn 10a). Im Übrigen dürfen die Anhaltspunkte jedoch nicht schematisch angewandt werden und bieten auch wenn die Gesundheitsstörungen ohne Zweifel einer gewissen Kategorie (von I - schwerste Beeinträchtigungen bis IV leichte Beeinträchtigungen) zugeordnet werden können, jeweils Bandbreiten der Bewertung, im Rahmen derer die individuellen Verhältnisse wie zum Beispiel die konkrete Wohnsituation, die Hilfsmittelversorgung und die Selbsthilfemöglichkeiten des Verletzten in die Ermessensabwägung einzubeziehen sind. Hierbei können die

Rahmenwerte der jeweiligen Kategorien im Einzelfall auch zu Gunsten des Verletzten überschritten werden (hierzu ausführlich: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, a.a.O., Rn 44 – 46).

Weiter ist zu beachten, dass bei der Bewertung der Höhe des Pflegegeldes kein Abzug für unfallfremde Faktoren die mitursächlich für den Eintritt und das Bestehen der Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 44 Abs.1 SGB VII sind, zulässig ist, da es sich bei der Hilfebedürftigkeit um einen nicht teilbaren "Gesamtschaden" handelt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Februar 1990, Aktenzeichen 2 RU 25/89, Rn. 14 ff., zu recherchieren unter www.juris.de; Ricke, a.a.O. Rn. 8). Die unfallunabhängige Amputation des rechten Unter- und danach des rechten Oberschenkels des Klägers führt daher nur dann zu einem niedrigeren Pflegegeld, wenn sich hierdurch etwa durch den Wegfall der Wundversorgung rechts tatsächliche eine Verringerung des Pflegeaufwandes ergeben hat und das Mindestpflegegeld im Sinne des § 44 Abs.2 SGB VII nicht unterschritten wird.

Ohne dass dieses bereits für die Beklagte verbindlich wäre, weist die Kammer darauf hin, dass sie für den Kläger die Pflegekategorie IV mit den Pflegegeldsätzen zwischen 25 und 40 von Hundert im Sinne der Anhaltspunkte als einschlägig ansehen würde. Dieses entspricht einem Gesundheitsschaden eines Verletzten mit Amputation des Oberschenkels an dem einen Bein und Amputation des Unterschenkels an dem anderen Bein, also der aktuellen gesundheitlichen Situation des Klägers im unfallbetroffenen Bereich der unteren Extremitäten (vgl. die bei Ricke, a.a.O., zitierten Anhaltspunkte, Rn 9). Zumindest vor den vorgenannten Amputationen wäre mit Rücksicht auf die faktische Funktionslosigkeit der Beine und den erheblichen Pflegeaufwand der zu versorgenden Geschwüre auch eine Vergleichbarkeit mit einer Person mit Verlust beider Beine im Hüftgelenk ohne Mastdarm- und Blasenstörung und eine Pflegegeldhöhe von 30 bis 50 von Hundert vertretbar (vgl. Ricke, a.a.O.). Bei der Bemessung der Höhe des Pflegegeldes dürfte neben den Gesundheitsstörungen auch die schwierige Wohnungssituation des Klägers mit einem für die Pflege des Klägers ungeeigneten Bad und einem wohl auch sonst nicht behindertengerechten Zuschnitt zu berücksichtigen sein. Die Einschätzung der MDK – Gutachterin Frau P in ihrem Gutachten vom 30. Juni 2014 mit Feststellungen eines Pflegegrades I im Sinne der Vorgaben der § 14f SGB XI zeigt indiziell, dass die Einstufung des Klägers nach Kategorie IV im Sinne der Anhaltspunkte zutreffend seien dürfte.

Beginn der Pflegegeldleistungen nach § 44 SGB VII zu Gunsten des Klägers ist entsprechend der Norm des § 40 Erstes Buch Sozialgesetzbuch der Beginn der Hilfebedürftigkeit und mit dem Nachweis der tatsächlichen Pflege (Ricke a.a.O., Rn 15 m.w.N.), wobei die Leistungen nach § 96 Abs.1 SGB VII rückwirkend zum Monatsersten gewährt werden. Die Pflegebedürftigkeit und die tatsächliche Pflege durch die Ehefrau des Klägers wurden erstmalig anlässlich des Hausbesuchs zur Feststellung des Pflegebedarfs im November 2012 mit Vollbeweis festgestellt, so dass die Leistungen nach § 44 SGB VII ab dem 1. November 2012 zu erbringen sind.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt dem Ausgang des Hauptsacheverfahrens.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2018-06-08