L 8 U 3677/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 U 1138/15
Datum
23.08.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 3677/16
Datum
25.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23.08.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Kosten des gemäß [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. H. eingeholten Sachverständigengutachtens vom 29.06.2018 mit Ergänzungen vom 10.08.2018 und 24.09.2018 werden nicht auf die Staatskasse übernommen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztenrente wegen eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 13.12.2011 streitig.

Die 1951 geborene Klägerin erlitt am 13.12.2011 in Ausübung einer versicherten Tätigkeit (häusliche Pflege der Mutter) einen Unfall (Unfallanzeige vom 12.01.2012). Die Klägerin zog sich dabei eine am 13.12.2011 operativ versorgte Maisonneuve Fraktur rechts zu (Berichte der N. -Kliniken M. vom 16.12.2011, Operationsbericht vom 14.12.2011).

Die Beklagte leitete ein Feststellungsverfahren ein. Sie nahm medizinische Unterlagen über den Behandlungs- und Heilungsverlauf zu den Akten (insbesondere Berichte der N. -Kliniken vom 27.01.2012 und 19.02.2013 mit Operationsberichte vom 27.01.2012 und 19.02.2013, Zwischenberichte Dr. V.). Anschließend holte die Beklagte - entsprechend der Auswahl der Klägerin - das orthopädische Gutachten von Dr. V. vom 28.11.2012 ein. Dr. V. gelangte zusammenfassend zu der Bewertung, es bestehe der Zustand einer osteosynthetisch versorgten Maisonneuve Fraktur des rechten Unterschenkels mit Restbeschwerden und Abriss eines hinteren Volkmandreiecks sowie ein posttraumatisch entstandener Knicksenkfuß rechts. Dr. V. nahm Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bis 30.06.2012 an. Für die Zeit vom 01.07.2012 bis 31.03.2013 bewertete Dr. V. die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mit 20 v.H., danach voraussichtlich auf 10 v.H.

Mit Bescheid vom 22.01.2014 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 13.12.2011 als Arbeitsunfall an und bewilligte der Klägerin für die Zeit vom 01.07.2012 befristet bis 31.03.2013 Teilrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 v.H. Als wesentliche Folgen des Arbeitsunfalles wurden eine osteosynthetisch versorgte Maisonneuve Fraktur des rechten Unterschenkels und Abriss eines hinteren Volkmandreiecks mit Entwicklung eines posttraumatischen Knicksenkfußes und zwischenzeitlich durchgeführter Entfernung der Stellschrauben anerkannt. Über den 31.03.2013 hinaus werde die Gewährung einer Rente abgelehnt, weil eine MdE von wenigstens einem Fünftel nicht mehr vorliege. Nicht als Folgen des Arbeitsunfalles wurden eine Kniegelenksarthrose beidseits, eine Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen sowie eine Tendinitis calcarea supraspinata in der rechten Schulter anerkannt.

Außerdem gewährte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 15.02.2012 (ohne Anerkennung einer Rechtspflicht) eine Zahlung i.H.v. 500 EUR für die Hilfstätigkeit ihres Sohnes. Ihre hiergegen nach erfolglosem Widerspruch (Widerspruchsbescheid vom 26.03.2014) beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobene Klage (S 3 U 1360/14) nahm sie zurück (Schriftsatz vom 08.12.2014). Ein Überprüfungsantrag der Klägerin nach [§ 44 SGB X](#) blieb ohne Erfolg (Bescheid der Beklagten vom 27.04.2015).

Mit Schreiben vom 24.01.2014 beantragte die Klägerin die Entschädigung nicht als Rente, sondern als Schmerzensgeld-/Verletztengeld-Zahlung. Außerdem wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 30.01.2014 (eingegangen am 03.02.2014) und vom 21.02.2014 (eingegangen am 26.02.2014) in Ergänzung ihres Schreibens vom 24.01.2014 gegen die Bewertung im Bescheid vom 22.01.2014, dass eine MdE von wenigstens einem Fünftel nicht mehr vorliege.

Die Beklagte beauftragte Prof. Dr. L. mit der Erstattung eines Gutachtens (Schreiben vom 11.04.2014). Zu Untersuchungsterminen ist die Klägerin wiederholt ohne Absprache nicht erschienen (Hinweisschreiben der Beklagten vom 08.07.2014), weshalb Prof. Dr. L. den Gutachtensauftrag an die Beklagte zurücksandte. Auf ein Hinweisschreiben der Beklagten vom 08.07.2014 zu den gesetzlichen Mitwirkungspflichten (§§ 60 ff Sozialgesetzbuch I) und auf Nachfrage, ob der Widerspruch zurückgenommen werde, erklärte die Klägerin mit Schreiben vom 26.07.2014, der Widerspruch werde hiermit zurückgenommen. Gleichzeitig bat sie unter Fristsetzung um Überweisung des ihr zuerkannten Schmerzensgeldes. Mit weiterem Schreiben vom 20.08.2014 monierte die Klägerin bei der Beklagten, dass ihrem Widerspruch gegen den Bescheid vom 22.01.2014 nicht abgeholfen worden sei und bat um Überprüfung der Fehlentscheidung. Mit Schreiben vom 08.09.2014 wies die Beklagte Klägerin (unter anderem) darauf hin, dass der Widerspruch gegen den Bescheid vom 22.01.2014 zurückgenommen worden sei. Daraufhin erklärte die Klägerin mit Schreiben vom 12.09.2014, dass sie alle Widersprüche wegen Fehlinterpretation aufrechterhalte.

Mit Schreiben vom 07.11.2014 beauftragte die Beklagte Prof. Dr. G. mit der Erstattung eines Gutachtens. Einen Gutachtenstermin sagte die Klägerin wegen Erkrankung ihrer Mutter ab (Gesprächsnotiz vom 01.12.2014) und wünschte eine Begutachtung in H. (Gesprächsnotiz vom 11.12.2014). Erst wenn es ihrer pflegebedürftigen Mutter besser gehe, könne sie zu einem Gutachter gehen. Die Beklagte zog daraufhin den Gutachtensauftrag vom 07.11.2014 zurück (Telefax vom 11.12.2014) und teilte der Klägerin die Absicht mit, eine Entscheidung nach Aktenlage zu treffen (Schreiben vom 12.12.2014).

Die Beklagte holte die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Chirurgie, Unfallchirurgie und Sportmedizin Dr. E. vom 14.01.2015 ein, der aufgrund arthrotischer Veränderungen eine MdE von 20 v.H. für weiterhin gegeben erachtete und eine weitere Begutachtung der jetzt bestehenden Unfallfolgen empfahl. In Auswertung weiterer Bildbefunde teilte er mit, eine fortbestehende MdE um 20 v. H. über den 31.03.2013 hinaus könne nach Aktenlage nicht beurteilt werden (Stellungnahme vom 24.02.2015).

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.03.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin 03.02.2014 gegen den Bescheid vom 22.01.2014 zurück. Weitere ausführliche medizinische Untersuchungen des Unfallfolgezustandes hätten aus Gründen, die in der Person der Klägerin lägen, nicht erfolgen können, sodass keine neuen Feststellungen hätten getroffen werden können.

Hiergegen erhob die Klägerin am 20.04.2015 Klage beim SG. Sie machte für den Zeitraum ab 01.07.2012 über den 31.03.2013 hinaus die Gewährung unbefristeter Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 25 v.H. geltend. Die Klägerin führte zur Begründung aus, die Beklagte habe medizinische Feststellungen außer Acht gelassen, die eigene H-Ärzte und der eigene Beratungsarzt getroffen hätten. Dass bei ihr Unfallfolgen vorlägen, die zu einer rentenberechtigenden MdE führten, ergäbe sich im Übrigen auch aus den Befunden. Unklar sei, wie die Beklagte in den angegriffenen Bescheiden zu dem Ergebnis komme, dass die "Schmerzsymptomatik" klinisch nicht habe nachgewiesen werden können. Die einschlägige Fachliteratur sehe beispielhaft bei einem Sprunggelenksverrenkungsbruch mit Sekundärarthrose mit wesentlichen Funktionsstörungen eine MdE von 30 v.H. vor. Die Schmerzerkrankung müsse gegebenenfalls noch zu einer Erhöhung der MdE führen. Zudem habe die Beklagte die Folgen des Arbeitsunfalls bislang nicht vollständig festgestellt. Dies betreffe die posttraumatische Arthrose, die Reflex-Dystrophie und die damit zusammenhängende Schmerzerkrankung. Die Klägerin hat medizinische Unterlagen vorgelegt (Berichte der Radiologie/Neurologie M. vom 29.11.2013 und 17.12.2014).

Das SG holte von Amts wegen das orthopädische Gutachten des Dr. H. vom 17.01.2016 ein. Dr. H. gelangte zu der Beurteilung, an Unfallfolgen bestünden eine schmerzhafte Funktionsstörung des rechten oberen Sprunggelenkes i.V.m. diskreten Bewegungseinschränkungen ohne aktuelle entzündliche Reizerscheinungen bei Konsolidierung der knöchernen Verletzungen mit dauerhafter Verformung und Zeichen einer beginnenden Früharthrose. Konkurrierender Ursachen gäbe es nicht. Unter Berücksichtigung des aktuellen körperlichen Untersuchungsbefundes schätzte Dr. H. die MdE auf 0 bis 10 v.H. in Anwendung der Bewertungsgrundsätze in der unfallversicherungsmedizinischen Literatur, was aber nach Auffassung des Sachverständigen nicht ausreichend sei. Unter Berücksichtigung der von der Klägerin vorgetragenen Beschwerden, die in Anbetracht des radiologischen Bildes aus gutachterlicher Sicht plausibel seien, sei die MdE auf zwischen 10 und 20 v.H. sowie unter dem Blickwinkel einer präventiven Beurteilung auf wenigstens 20 v.H. einzustufen.

Die Beklagte trat dem Gutachten des Dr. H. entgegen (Schriftsatz vom 22.02.2016). Unter Berücksichtigung der im Gutachten beschriebenen objektiven Befunde sei von keinem rentenberechtigenden Grad der MdE auszugehen.

Die Klägerin verteidigte das Gutachten des Dr. H. und hielt an ihrem Begehren fest (Schriftsatz vom 08.03.2016).

Mit Urteil vom 23.08.2016 wies das SG die Klage ab.

Gegen das der Klägerin am 05.09.2016 zugestellte Urteil richtet sich die von der Klägerin am 04.10.2016 eingelegte Berufung. Die Klägerin hat zur Begründung unter Bezug auf ihr erstinstanzliches Vorbringen ausgeführt, entgegen der Ansicht des SG sei das Gutachten des Dr. H. nachvollziehbar, überzeugend und zutreffend. Nach der unfallmedizinischen Literatur komme der festgestellten sekundären Arthrose im rechten Fußgelenk mit Funktionseinschränkungen und unüblichen Schmerzen eine besondere Bedeutung bei der Bewertung der MdE zu. Bei dieser Konstellation habe sich das SG nicht darauf beschränken dürfen, lediglich die Funktionseinschränkung hauptsächlich zu Grunde zu legen. Die bei ihr vorliegenden unfallbedingten Funktionseinschränkungen des rechten Fußes, setzten sich aus einer höheren Anzahl von Faktoren, wie Lähmungen, Schmerzen etc. und nicht nur aus dem Bewegungsmaß zusammen. Der gutachterliche Ansatz von Dr. H. sei somit zutreffend und sei des Weiteren auch durch die übliche Fachliteratur abgedeckt. Die Klägerin hat im Verlauf des Berufungsverfahrens medizinische Unterlagen vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23.08.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 22.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.03.2015 zu verurteilen, ihr für die Zeit ab 01.07.2012 Verletztenrente auf Dauer nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 25 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat zur Begründung ausgeführt, das SG habe sich dem Gutachten von Dr. H. zu Recht nur teilweise anschließen können. Dr. H. führe bei der vorgenommenen Bewertung der MdE um 20 v.H. rechtlich nicht erhebliche subjektive Gesichtspunkte und eine rechtlich systemwidrige Übertragung von präventiven Überlegungen an. Dieser Argumentation sei das SG zutreffend nicht gefolgt.

Der Senat hat Dr. V. schriftlich als sachverständigen Zeugen angehört, der sich mit Aussage vom 18.04.2017 geäußert und einen Auszug aus den medizinischen Daten sowie ärztliche Unterlagen vorgelegt hat. Die ebenfalls schriftlich als sachverständige Zeugin gehörte Neurologin B. hat sich unter dem 28.04.2017 geäußert.

Anschließend hat der Senat das unfallchirurgisch- orthopädische Gutachten des Dr. L. vom 09.10.2017 eingeholt. Dr. L. diagnostizierte an Unfallverletzungsfolgen und Funktionsbeeinträchtigungen eine reizlose Operationsnarbe, eine endgradig jeweils um 5° eingeschränkte Beweglichkeit für das Heben und Senken des Fußes im oberen Sprunggelenk gegenüber links sowie eine diskrete Umfangsminderung des Weichteilmantels im Oberschenkel und Unterschenkelbereich rechts gegenüber links. Unfallunabhängig diagnostizierte Dr. L. eine lumbalgieforme Beschwerdesymptomatik mit pseudoradikulären Beschwerden und Insuffizienz der Durchführung der Kombinationsbewegungen der unteren Gliedmaßen beidseits, anamnestiche Angaben von Vorfußsensibilitätsstörungen im Sinne einer Polyneuropathie ohne klinischen Nachweis einer Zuordnung bezüglich einer peripheren Nervenschädigung sowie unspezifische Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes und der rechten Hüfte bei seitengleich freier Beweglichkeit. Dr. L. schätzte die MdE auf unter 10 v.H. seit dem 01.04.2013 ein.

Zum Gutachten von Dr. L. hat sich die Klägerin unter Vorlage eines Berichtes des radiologischen Zentrums E. vom 18.11.2016 geäußert (Schriftsatz vom 09.11.2017). Hierzu hat der Senat die ergänzende gutachtliche Stellungnahme des Dr. L. vom 24.11.2017 eingeholt, in der sich Dr. L. mit dem Vorbringen der Klägerin im Schriftsatz vom 09.11.2017 auseinandergesetzt und an seinen Bewertungen im Gutachten vom 08.06.2017 festgehalten hat.

Außerdem hatte der Senat auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) das Gutachten des Prof. Dr. H. vom 29.06.2018 mit Ergänzungen vom 10.08.2018 und 24.09.2018 eingeholt. Prof. Dr. H. diagnostizierte eine Sprunggelenksluxationsfraktur, rechts mit Weber-C-Komponente (Maisonnette Fraktur) und Abriss des Volkmandreiecks, eine Reposition der Fibulafraktur und Fixation mit Stellschrauben und Fixation des hinteren Volkmandreiecks am 13.12.2011, Entfernung der Stellschrauben im Februar 2012 und Entfernung der Osteosyntheseschrauben, einen posttraumatischen Knorpel-Knochen-Defekt der distalen tibialen sowie der laterodorsalen tibialen Gelenkfläche, Ossikel/Ossifikation im Bereich der ehemaligen Syndesmose rechtes Sprunggelenk, eine kleinere Geröllzystenbildung im Bereich des Malleolus medialis gelenknah sowie reizlose Narbenverhältnisse. Als nicht unfallbedingte Erkrankungen diagnostizierte Prof. Dr. H. degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, eine Gonarthrose rechts, eine Innenmeniskusläsion rechts, eine mäßige Gonarthrose links, degenerative Veränderungen des Innenmeniskus, Sensibilitätsstörungen des rechten Fußes, eine Supraspinatusteilruptur rechts sowie eine mäßige Coxarthrose links. Ausgehend von den Bewegungseinschränkungen bewertete Prof. Dr. H. die MdE kleiner als 10 v.H. und unter Berücksichtigung traumatischer Knorpelknochenschäden im Bereich der Tibia analog einer sich im Verlaufe ausgebildeten Arthrose die MdE mit 20 v.H.

Die Beklagte trat dem Gutachten von Prof. Dr. H. entgegen (Schriftsatz vom 07.11.2018). Die Klägerin hat das Gutachten verteidigt (Schriftsatz vom 19.11.2018).

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die angefallenen Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf zwei Band Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach [§ 153 Abs. 1](#), [124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig, jedoch nicht begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 22.01.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.03.2015 ist rechtmäßig. Die Klägerin wird nicht in seinen Rechten verletzt. Sie hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente auf Dauer ab dem 01.07.2012 nach einer MdE um mindestens 25 v.H. das angefochtene Urteil des SG ist nicht zu beanstanden.

Nicht Gegenstand des Rechtsstreites ist die Zahlung von Schmerzensgeld, wofür es im Übrigen im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung auch keine Rechtsgrundlage gibt. Einen Anspruch auf Verletztenrentengeld hat die Klägerin im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht.

Die Berufung der Klägerin erweist sich nicht bereits deswegen als unbegründet, weil das SG die Klage der Klägerin als unzulässig hätte abweisen müssen, nachdem die Klägerin zunächst erklärt hatte, ihren Widerspruch gegen den streitgegenständlichen Bescheid vom 22.01.2014 zurückzunehmen (Schreiben vom 26.07.2014). Vielmehr erweist sich die Klage der Klägerin gleichwohl nicht als unzulässig, nachdem die Beklagte auf das weitere Vorbringen der Klägerin mit Schreiben vom 12.09.2014, dass sie alle Widersprüche wegen Fehlinterpretation aufrechterhalte, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 22.01.2014 mit Widerspruchsbescheid vom 25.03.2015 in der Sache entschieden hat, ohne festzustellen, dass das Widerspruchsverfahren aufgrund erklärten Rücknahme beendet ist. Damit wurde von der Beklagten der Klägerin die Klagemöglichkeit eröffnet. Hiervon ging auch das SG im angefochtenen Urteil inzidenter aus.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. 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](#)). Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die Vollrente geleistet, bei einer MdE wird eine Teilrente geleistet, die in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der der MdE entspricht ([§ 56 Abs. 3 SGB VII](#)).

Voraussetzung einer Verletztenrente ist damit, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 SGB VII](#)); eine Berufskrankheit macht der Kläger vorliegend nicht geltend.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [B 2 U 40/05 R](#) = UV-Recht Aktuell 2006, 419-422, [B 2 U 26/04 R](#) = UV- Recht Aktuell 2006, 497-509, alle auch in juris).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v. § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, [a.a.O.](#)).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = [SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO](#); [BSGE 32, 203](#), 209 = [SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO](#); [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = [SozR 2200 § 555a Nr. 1](#)). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und erste Zweifel ausschließen; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG [SozR 3 5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.](#)).

Die MdE, nach der sich u.a. die Höhe der Rente bemisst, 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 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE ist die Feststellung von Tatsachen, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG [SozR 4 2700 § 56 Nr. 2](#); BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#), 23; [BSGE 82, 212](#) = [SozR 3 2200 § 581 Nr. 5](#)). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Derzeit ist im Hinblick auf den Wandel durch geänderte Anforderungen des Arbeitsmarkts und den medizinisch-therapeutischen Fortschritt

eine wissenschaftliche Diskussion darüber in Gang, inwieweit die teilweise über Jahrzehnte alten MdE-Erfahrungswerte in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur diesem Wandel noch gerecht werden (vgl. Ludolph/Schürmann, Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung, Medizinische Sachverständige 2016, 60-71 - Diskussionsentwurf -). Zur Diskussion gestellt sind mittlerweile die Vorschläge der Kommission "Gutachten" der medizinischen Fachgesellschaft der Unfallchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die von Ausnahmen abgesehen die bisherigen MdE-Bewertungsansätze mit niedrigeren MdE-Sätzen versieht bzw. neue Bewertungsgrundsätze in die wissenschaftliche Auseinandersetzung einführt (vgl. Ludolph/Schürmann a.a.O.). Ebenfalls in der wissenschaftlichen Diskussion sind mittlerweile auch die erarbeiteten Vorschläge der MdE-Arbeitsgruppe der DGUV (MdE-Eckwerteempfehlung; vgl. Wich, Scholtysik: Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung, Trauma und Berufskrankheit, Sonderheft 4/2018). Vor dem Hintergrund, dass die wissenschaftliche Diskussion um die MdE-Erfahrungswerte in der gesetzlichen Unfallversicherung noch ergebnisoffen und noch nicht abgeschlossen ist, hält der Senat im Wege der Einzelfallprüfung an den bislang in der unfallversicherungsrechtlichen Literatur dargestellten MdE-Bewertungskriterien fest. Ergibt sich im Einzelfall, dass eine der zur Diskussion gestellte, abweichende MdE-Wertung für die zu bewertende gesundheitliche Folge eines Versicherungsfalls bei gesicherter empirischer Datenlage überzeugender ist, sieht sich der Senat nicht gehindert, diese seiner Entscheidung zugrunde zu legen, nachdem allgemeiner Konsens jedenfalls darüber herrscht, dass die bisherigen MdE-Bewertungskriterien überarbeitungsbedürftig sind (vgl. Senatsurteil vom 22.07.2016 - [L 8 U 475/15](#) -, juris, [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); im Ergebnis ebenso BSG, Urteil 20.12.2016 - [B 2 U 11/15 R](#) -). Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, entsprach es schon bisheriger Rechtsprechung (vgl. BSG Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, juris Rn. 17 mit Hinweis auf BSG SozR Nr 33 zu [§ 128 SGG](#)), dass in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden kann.

Neben diesen auf tatsächlichem Gebiet liegenden Umständen für die Bemessung der MdE sind aus der gesetzlichen Definition der MdE sowie den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung fließende rechtliche Vorgaben zu beachten (BSG [SozR 4-2700 § 56 Nr. 2](#)). Bestanden bei dem Versicherten vor dem Versicherungsfall bereits gesundheitliche, auch altersbedingte Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit (sog. Vorschäden), werden diese nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und der einhelligen Auffassung in der Literatur für die Bemessung der MdE berücksichtigt, wenn die Folgen des Versicherungsfalles durch die Vorschäden beeinflusst werden. Denn Versicherte unterliegen mit ihrem individuellen Gesundheitszustand vor Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung (BSG, a.a.O. m.H.a.: [BSGE 63, 207](#), 211, 212 = SozR 2200 § 581 Nr. 28; Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand: 2006, § 56 RdNr 10.5; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: 2006, K § 56 RdNr 42 m.w.N.). Dies verlangt [§ 56 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB VII, wonach die "infolge" des Versicherungsfalles eingetretene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens und die dadurch verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens maßgeblich sind.

Grundsätzlich ist der Grad der MdE aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten, wobei hinsichtlich knöchernen Verletzungen als Maßstab die Einschränkungen der Bewegungsmaße und durch neurologische Ausfälle bedingte funktionelle Beeinträchtigungen in Betracht kommen.

Hiervon ausgehend ist festzustellen, dass die Klägerin am 13.12.2011 einen Arbeitsunfall erlitten hat, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist. Die Beklagte hat im angefochtenen Bescheid das Unfallereignis vom 13.12.2011 ausdrücklich als Arbeitsunfall anerkannt.

Die Klägerin erlitt bei dem Unfallereignis vom 13.12.2011 Maisonneuve Fraktur. Dabei handelt es sich nach den Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten vom 09.10.2017 um eine Sprengung der Sprunggelenksgabel durch gewaltsames Verkannten des Sprungbeins mit Abbruch (Fraktur) des Innenknöchels, Sprengung der sprunggelenksnahen Bandverbindung zwischen Wadenbein und Schienbein (Syndesmosenbänder) und einer Zerreißen der Membrana interossea, wobei im Fall der Klägerin das Wadenbein kniegelenksnah unterhalb des Wadenbeinköpfchen gebrochen ist.

Sonstige unfallbedingte Gesundheitsstörungen sind bei der Klägerin nicht festzustellen. Insbesondere sind bei der Klägerin nach den Gutachten von Dr. L. und Prof. Dr. H. degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, eine lumbalgieforme Beschwerdesymptomatik mit pseudoradikulären Beschwerden und Insuffizienz der Durchführung der Kombinationsbewegungen der unteren Gliedmaßen beidseits, eine Gonarthrose rechts, eine Innenmeniskusläsion rechts, eine mäßige Gonarthrose links, unspezifische Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes und der rechten Hüfte bei seitengleich freier Beweglichkeit, degenerative Veränderungen des Innenmeniskus, Sensibilitätsstörungen des rechten Fußes, eine Supraspinatusteilruptur rechts sowie eine mäßige Coxarthrose links sowie anamnestiche Angaben von Vorfußsensibilitätsstörungen im Sinne einer Polyneuropathie ohne klinischen Nachweis einer Zuordnung bezüglich einer peripheren Nervenschädigung als unfallunabhängig festzustellen. Zu sonstigen Unfallfolgen hat die Klägerin im Verlauf des Rechtsstreites auch nicht substantiiert vorgetragen und werden von ihr im Übrigen im Berufungsverfahren auch nicht mehr ausdrücklich geltend gemacht.

Die festzustellenden verbliebenen (Unfall-)Folgen der Maisonneuve Fraktur bedingen keine MdE von wenigstens 25 v.H. seit dem 01.07.2012 (auf Dauer) wie die Klägerin geltend macht. Vielmehr ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte der Klägerin für die Zeit ab 01.07.2012 befristet bis 31.03.2013 Teilrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE um 20 v.H. gewährt hat. Eine rentenberechtigende MdE um wenigstens 20 v.H. ist dagegen bei der Klägerin ab dem 01.04.2013 nicht mehr festzustellen.

Nach den Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten sind die knöchernen Folgen der Maisonneuve Verletzung des rechten Unterschenkels bzw. Sprunggelenkes nach operativer Versorgung mit zwar protrahiertem Behandlungsbedarf ausgeheilt. Die aufgrund einer Maisonneuve Verletzung möglichen Risiken und Komplikationen, wie sie auch Prof. Dr. H. in seinem Gutachten vom 29.06.2018 beschrieben hat, liegen bei der Klägerin nicht vor. Eine tiefe Beinvenenthrombose ist bei der Klägerin nicht festzustellen. Dies gilt auch für tropische Störungen in Form eines CRPS, die ebenfalls sicher ausgeschlossen werden kann. Untersuchungen drei Jahre und mehr nach dem angeschuldigten Ereignis zeigen keinerlei vorzeitige Aufbrucherscheinungen des rechtsseitigen oberen Sprunggelenks nach operativer Wiederherstellung, einen regelrechten Kalksalzgehalt der sprunggelenksbildenden Skelettanteile ohne Hinweis auf eine Kalksalzminderung und eine regelgerechte Stellung des Sprungbeines in der Sprunggelenksgabel sowie eine unveränderte Darstellung der gelenksbildenden Skelettanteile mit verschmälertem Gelenkspalt des oberen Sprunggelenkes ohne Progredienz. Exophytär ankylosierend knöcherne Randanbauten im Sinne einer progredient fortschreitenden Arthrose des oberen Sprunggelenkes finden sich nicht, wie Dr. L. in seinem Gutachten mit ergänzender Stellungnahme nachvollziehbar ausgeführt hat. Auch eine fortschreitende bedeutsame posttraumatische Arthrose infolge einer verbliebenen Instabilität im Bereich der Sprunggelenkscapsel hat Dr. L. nach seinen Ausführungen im Gutachten

aufgrund der von ihm durchgeführten Nachbefundung der zur Verfügung gestellten Bilddokumentation nicht feststellen können. Nach den Ausführungen von Dr. L. sind kernspintomographisch posttraumatische chondromalazische Veränderungen mit minimalen Arthrosezeichen im oberen Sprunggelenk festzustellen, die nachweisbaren Veränderungen nach einer Maisonneuve Verletzung entsprechen. Nativ-radiologische Aufnahmen vom 25.10.2016 des rechten Sprunggelenkes mit Unterschenkel in zwei Ebenen knapp fünf Jahre nach dem Unfallereignis vom 13.12.2011 zeigen einen unveränderten Befund im Bereich des rechten Sprunggelenkes ohne altersvoraussetzende Aufbrucherscheinungen im Bereich des oberen Sprunggelenkes. Soweit im Befundbericht des radiologischen Zentrums S. vom 10.02.2014 eine schwere posttraumatische Arthrose mit usurartigem Defekt der Tibia mit Stufenbildung und Zeichen einer Reflexdystrophie mit Mineralsalzkalzminderung diagnostiziert wird, ist dies nach eigener Nachbefundung durch Dr. L. mit Unterstützung eines fachradiologischen Oberarztkollegen nicht nachvollziehbar, wie Dr. L. in seinem Gutachten dargelegt hat. Dem entspricht im Wesentlichen auch die Bewertungen der radiologischen Befunde durch Prof. Dr. H. insbesondere in seinem ergänzenden Gutachten vom 10.08.2018, der davon ausgeht, dass eine konsolidierte Maisonneuve Fraktur in achsengerechter Stellung und eine konsolidierte Volkmannfraktur nachgewiesen ist. Der von der Klägerin im Berufungsverfahren vorgelegte Befundbericht des G. Landkreis K. vom 20.02.2018 gelangt zwar hinsichtlich einer MRT des oberen Sprunggelenkes rechts vom 19.02.2018 zu der Beurteilung des Vorliegens degenerativer Veränderungen des oberen und unteren Sprunggelenkes mit subchondraler Zystenbildung und osteophytären Randkantenanbauten. Der Nachweis frakturtypischer Veränderungen wird jedoch ausdrücklich verneint, weshalb die im Befundbericht des G. Landkreis K. vom 20.02.2018 beschriebenen Befunde nicht im Zusammenhang mit der erlittenen Maisonneuve Fraktur zu sehen sind, ein Zusammenhang jedenfalls nicht wahrscheinlich ist. Nach der überzeugenden gutachterlichen Bewertung von Dr. L. ist bei der Klägerin somit davon auszugehen, dass im Sinne der Biomechanik eine operative Wiederherstellung der Sprunggelenksgabelkongruenz erfolgt ist, die letztlich zu keiner posttraumatisch bedingten Arthrose im Bereich des rechten Sprunggelenkes geführt haben kann. Dem entspricht auch das Gutachten von Dr. V ... Nach dem Gutachten von Dr. V. vom 28.11.2012 erbrachten radiologische Untersuchungen zwischen dem 21.02.2012 und 01.06.2012 sowie am 23.10.2012 jeweils regelgerechte Verhältnisse bei zwei reizlos einliegenden Schrauben in der distalen Tibia. Die proximale Fibulafraktur war knöchern jeweils vollständig fest verheilt. Anhaltspunkte für ein Klaffen der Syndesmose bestanden nicht. Bei der körperlichen Untersuchung der Klägerin bestand äußerlich allenfalls eine geringe Schwellung des Sprunggelenkes. Die Operationsnarben sind reizlos abgeheilt, im proximalen Abschnitt etwas druckdolent. Ein wesentlicher Spreizfuß fand sich nicht.

Funktionell beschreibt Dr. H. im Gutachten vom 17.01.2016, dass die Klägerin nach ihren Angaben keine (so wenig wie möglich) Medikamente einnimmt. Details über Art und Umfang einer Schmerztherapie wusste die Klägerin nicht. Die Klägerin versorgt ihren eigenen Haushalt wie auch den Haushalt der Mutter, die die Klägerin pflegt, wobei sie üblicherweise nicht von Fremdkräften unterstützt wird. Dr. H. beschreibt in seinem Gutachten ein mäßig flottes und nicht auffällig unsicheres Gangbild. Die Klägerin trägt Konfektionsschuhe mit weichen und spezifischen Einlagen. Bei der Inspektion ohne Schuhwerk findet sich das gleiche Gangbild. Gehhilfen benutzt die Klägerin nicht. Beim aufrechten Stand werden beide Beine annähernd seitengleich belastet. Am Stamm und an den unteren Gliedmaßen zeigen sich eine normale Hautfarbe und Hauttemperatur. Bei der Beobachtung des Entkleidungsvorganges finden sich keine auffälligen Schonungsmuster. Der Einbeinstand ist links relativ sicher möglich, rechts unsicherer erscheinend. Beim Umdrehen um die eigene Achse wird das linke Bein tendenziell etwas stärker belastet als das rechte. Das Trendelenburg'sches Zeichen ist beidseits negativ. Trochanterklopfschmerz besteht nicht. Der hohe Zehenstand und Zehengang werden nicht regelrecht vorgeführt. Der tiefe Hocksitz kann vollständig ausgeführt werden, wobei allerdings der rechte Fuß von etwa 10-20 cm nach vorne gesetzt wird, das Körpergewicht wird praktisch ausschließlich auf die linke untere Gliedmaßen übertragen. Links wird der Spitzfußstand eingenommen, rechts verbleibt die Fußsohle plantigrad auf dem Boden. Einschränkungen der Beweglichkeit der Hüftgelenke sowie der Kniegelenke beschreibt Dr. H. in seinem Gutachten nicht. Auch sonst werden keine auffälligen klinischen Befunde hinsichtlich der Hüft- und Kniegelenke beschrieben. Die Beweglichkeit der oberen Sprunggelenke (Heben/Senken rechts 5-0-40°, links 15-0-45°) und unteren Sprunggelenke (Fußaußenrand Heben/Senken rechts 10-0-10°, links 10-0-20°) ist rechts im Vergleich zu links leicht eingeschränkt. Die Zehenbeweglichkeit ist beidseits nicht eingeschränkt. Es besteht eine annähernd seitengleiche Fußsohlenbeschielung. Eine deutliche einseitige Muskelverminderung im Bereich der unteren Gliedmaßen ist nicht erkennbar. Die Gesäß-, Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur ist normal entwickelt. Der Muskeltonus ist regelgerecht. Bei der Sensibilitätsprüfung finden sich im Bereich beider unterer Gliedmaßen keinerlei Auffälligkeiten oder Seitendifferenzen. Bei der Untersuchung des Venensystems zeigt sich beidseits eine mäßige Ast- und Besenreiservaricosis ohne Ödembereitschaft. Nach der beschriebenen eigenen Betrachtung radiologischer Aufnahmen fielen Dr. H. cystische Auflockerungen in der Knochenstruktur unter dem Gelenkknorpel schienbeinseitig in der rückseitigen Hälfte auf. Zwischen dem Volkmannreieck und dem übrigen Knochen findet sich noch eine Zone erhöhter Signalintensität. Es zeigt sich in der Gelenkhälfte des Schienbeins eine etwa 2 mm hohe Stufe zwischen dem inneren 1/4 und äußeren 3/4 der schienbeinseitigen Gelenkfläche sowie zystische Auflockerungen im Knochengewebe am Übergang von den vorderen 3/5 die zu den anderen 2/5 der schienbeinseitigen Gelenkfläche. Weiter beschreibt Dr. H. beginnende osteophytäre Ausziehungen am vorderen und rückseitigen Rand der Schienbeingelenkfläche, eine intakte Sprunggelenkskapsel ohne auffällige Aufweitung des Raumes zwischen Schienbein und Wadenbein, keine offenkundigen arthrotischen Veränderungen, diskrete Verkalkungen oder Verknöcherungen im vorderen Gelenkabschnitt auf Höhe des oberen Sprunggelenkes sowie beginnende arthrotische Ausziehungen am hinteren Abschnitt der schienbeinseitigen Gelenkflächen.

Nach dem von Dr. L. in seinem Gutachten vom 09.10.2017 beschriebenen funktionellen Untersuchungsbefunden zeigte die Klägerin zunächst ein etwas schwerfälliges Gangbild mit überwiegend rechtsseitigem diskretem hinken, wobei die Klägerin nach der Begrüßung dann jedoch zügig und flott, wenn auch nicht dynamisch, den kurzen Weg zum Untersuchungsraum dem Gutachter folgen konnte. Beim Entkleiden fiel eine Schwerfälligkeit der Beweglichkeit der unteren Gliedmaßen beidseits mit einer Schonhaltung der Lendenwirbelsäule und einem damit auffallenden wirbelsäulengerechten Verhalten auf. Hinsichtlich der unteren Gliedmaßen beschreibt Dr. L. in seinem Gutachten einen Seitenvergleich regelrecht ausgebildeten Weichteilmantel mit scharf gekennzeichneten Konturen der Kniegelenke, des oberen und unteren Sprunggelenkes sowie des Rückfußes und des Vorfußes und der einzelnen Zehen. Ein Hinweis für wasserförmige Schwellungen in Form von ödematösen Konturveränderung fand sich nicht. Es besteht eine mäßige Besenreiservaricosis im Unterschenkel- und Sprunggelenkbereich beidseits ohne sichtbare variköse Konglomerate. Die Beinstellung ist achsengerecht. Fußgewölbe, Längs- und Quergewölbe sind regelrecht ausgebildet. Es besteht kein Hinweis für eine Senk- /Spreizfußbildung. Die Narbenverhältnisse nach operativer Versorgung der Maisonneuve Verletzung sind noch ausmachbar. Bei der Palpation der unteren Gliedmaßen zeigt sich der Spannungszustand der Ober- und Unterschenkelmuskulatur seitengleich ausgebildet. Zuordenbare sensible Störungen im Bereich der Unterschenkelnerven sind nicht feststellbar. Die Haut ist seitengleich warm und trocken. Die peripheren Pulse sind sicher tastbar. Es besteht kein Hinweis für Blutumlaufstörungen. Die Kapillarpulse sind seitengleich sicher auslösbar. Patellasehen- und Achillessehnenreflex sind seitengleich mäßig sicher auslösbar. Der Babinski-Reflex der Fußsohlen ist seitengleich negativ. Bei der funktionellen Prüfung beschreibt Dr. L. eine passive im seitenvergleich freie funktionelle Beweglichkeit der Hüftgelenke, der Kniegelenke sowie des oberen und unteren Sprunggelenkes. Im

Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes zeigt sich für das Heben und Senken eine endgradige Funktionsbeeinträchtigung gegenüber links von maximal 5° (rechts 5-0-50°, links 10-0-55 Grad). Bei der Durchführung der Kombinationsbewegungen muss sich die Klägerin spontan rechtsseitig abstützen, wobei beidseits eine sichere Durchführung des Zehenstands, des Hackenstands sowie des Einbeinstands ohne Sicherung nicht möglich ist. Das Ennehen der Hocke hat die Klägerin wegen geäußerter unerträglicher Beschwerden im unteren LWS-Bereich nicht demonstriert.

Nach den von Prof. Dr. H. in seinem ergänzenden Gutachten vom 24.09.2018 beschriebenen funktionellen Untersuchungsbefunden besteht ein rechtzeitiges gering hinkendes Gangbild. Die Beinachse ist moderat varisch. Klinisch besteht keine sichtbare Beinumfangdifferenz, bilateral seitengleich. Dass Hautkolorit ist bilateral seitengleich. Die Kontur im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes ist etwas vergrößert. Die Operationsnarbe ist reizlos. Es besteht bilateral ein Spreizfuß und ein Halux valgus beidseits sowie eine trophische Nagelstörung der Fußzehen beidseits. Die Beschwellung über den Metatarsalköpfchen II-IV ist beidseits links betont vermehrt. Ebenso die Beschwellung der Verse beidseits und medialseitig im Bereich des Interphalangealgelenkes der Großzehe beidseits. Es besteht Druckschmerz über dem ventromedialen und ventrolateralen Gelenkspalt des rechten oberen Sprunggelenkes, ein deutlicher Druckschmerz über dem Innenknöchel und retromaleolär sowie Druckschmerz retroachilär. Im Seitenvergleich ist der rechte Fuß etwas kälter. Fußpulse sind beidseits tastbar. Der Einbeinstand rechts wird von der Klägerin aufgrund der Angabe von Schmerzen im oberen Sprunggelenk rechts und eines Instabilitätsgefühls nicht demonstriert. Die Hocke erfolgt bis maximal 90° Kniebeuge, die tiefe Hocke wird wegen Angaben von Beschwerden im rechten oberen Sprunggelenk nicht ausgeführt. Bei der Bewegungsprüfung (Extention/Flexion) des oberen Sprunggelenkes gibt die Klägerin Schmerzen im Bereich des Gelenkspaltes an, ebenso bei der Bewegungsprüfung des unteren Sprunggelenkes. Hinsichtlich der Sensomotorik gibt die Klägerin eine Hyperästhesie am Metatarsophalangealgelenkreihe nach distal unter Einschluss aller Zehen an. Ein motorisches Defizit besteht nicht. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke, der Kniegelenke beschreibt Prof. Dr. H. als frei. Die Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes ist rechts im Vergleich zu links etwas eingeschränkt (Heben/Senken rechts 10-0-40°, links 15-0-40 Grad). Entsprechendes gilt hinsichtlich des rechten unteren Sprunggelenkes (Fußaußenrand Heben/Senken rechts 3/4-0-2/4, links 4/4-0/4/4). Eine auffällige Beinumfangdifferenz wird nicht beschrieben.

Danach lassen sich bei der Klägerin keine Unfallfolgen feststellen, die nach den Erfahrungswerten der unfallmedizinischen Literatur wird die Zeit ab 01.07.2012 befristet bis 31.03.2013 eine höhere MdE als 20 v.H. rechtfertigen. Eine rentenberechtigende MdE um wenigstens 20 v.H. ist ab dem 01.04.2013 nicht mehr festzustellen.

Nach den Erfahrungswerten der unfallmedizinischen Literatur werden bei einer Verletzung des Fußgelenkes insbesondere folgende MdE-Werte angenommen: - Bei einem Sprunggelenksverrenkungsbruch in guter Stellung und Unterhaltung der Knöchelgabel verheilt MdE 0 bis 10 v.H. mit Verbreiterung der Knöchelgabel oder Sprengung der Bandverbindung, sekundärer Verkantung des Sprungbeins oder Sekundärarthrose mit wesentlicher Funktionsstörung MdE 30 v.H. - Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenkes 0-0-30° MdE 10 v.H. - Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenkes in Funktionsstellung MdE 25 v.H. (20 v.H.) - Versteifung des oberen Sprunggelenkes in Funktionsstellung (Neutral-0-Stellung bis 10° Spitzfuß) MdE 15 v.H. (bzw. 10 v.H.) in ungünstiger Stellung (Spitzfuß) 20°, Hackenfuß von) 10°) MdE 30 v.H. (bzw. 20 v.H.) - Hackenfuß Winkel 80° MdE 30 v.H. und Winkel 70° oder weniger MdE 40 v.H. - Bei einer Versteifung des unteren Sprunggelenkes in Neutral-0-Stellung MdE 10 v.H. schmerzhaft wackelsteif MdE 20 bis 30 v.H. Versteifung des unteren Sprunggelenkes und des Vorfußes MdE 25 v.H. Versteifung des vorderen unteren Sprunggelenkes MdE 10 v.H. - Bei einem Sprungbeinbruch mit Verformung desselben und erheblicher Sekundärarthrosis MdE 20 bis 30 v.H. - Bei einer Sprungbeinnekrose mit Schienenhülsenapparat MdE 40 v.H. (vgl. Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Seite 712 Nr. 8.12.8; (Ludolph/Schürmann, Neubewertung der MdE bei unfallchirurgisch-orthopädischen Arbeitsunfall- und BK-Folgen in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), MED SACH 112, 2/2016)).

Hiervon ausgehend sind die bei der Klägerin festzustellenden Unfallfolgen mit einer MdE 0 bis 10 v.H. zu bewerten. Nach Dr. L. kann der Senat feststellen, dass die Fraktur mit regelrechtem Kalksalzgehalt der sprunggelenksbildenden Skelettanteile mit regelrechter Stellung des Sprungbeines in die Sprunggelenksgabel ausgeheilt ist. Hiervon abweichende Befunde sind auch durch die Gutachten von Prof. Dr. H. und von Dr. H. nicht beschrieben. Ein Sprunggelenksverrenkungsbruch mit Verbreiterung der Knöchelgabel oder Sprengung der Bandverbindung und Sekundärarthrose mit wesentlicher Funktionsstörung, worauf die Klägerin - maßgeblich - abstellt, liegen bei der Klägerin nicht vor. Weiter liegt bei der Klägerin eine Versteifung des oberen und/oder unteren Sprunggelenkes nicht vor. Eine Fehlstellung, bedeutsame Spätschäden mit Folgen für die Statik, bedeutsame Bewegungseinschränkungen in den Gelenken, Muskelatrophien sowie Durchblutungsstörungen sind bei der Klägerin nach den Gutachten von Dr. H. , Dr. L. und Prof. Dr. H. nicht festzustellen. Der Zustand der verbliebenen Unfallfolgen entspricht vielmehr einem in guter Stellung und Unterhaltung der Knöchelgabel verheilten Sprunggelenksverrenkungsbruch, der nach den Erfahrungswerten der unfallmedizinischen Literatur eine MdE 0 bis 10 v.H. rechtfertigt. Dem entspricht auch die Bewertung der MdE durch Dr. L. in seinem Gutachten, der bei der Klägerin von einer MdE unter 10 v.H. ausgeht. Auch Dr. H. sowie Prof. Dr. H. haben in ihren Gutachten unter Berücksichtigung des aktuellen körperlichen Untersuchungsbefundes bei der Klägerin in Anwendung der anerkannten, bisher noch geltenden Bewertungsgrundsätze übereinstimmend die MdE auf 0 bis 10 v.H. eingeschätzt.

Eine funktionelle Einschränkung als Folge der Unfallverletzung, die mit der Anwendung dieser Bewertungsstufe für einen in guter Stellung und Unterhaltung der Knöchelgabe verheilten Verrenkungsbruch nicht erfasst wäre und funktionell die Einstufung mit einer MdE um 20 v.H. rechtfertigen würde, lässt sich den Ausführungen von Dr. H. und Prof. Dr. H. nicht überzeugend entnehmen.

Soweit Dr. H. unter Berücksichtigung der von der Klägerin vorgetragene Beschwerden sowie unter dem Blickwinkel einer präventiven Beurteilung in seinem Gutachten die MdE auf wenigstens 20 v.H. einschätzt, überzeugt diese Bewertung nicht. Das von allen Ärzten beschriebene etwas schwerfällige Gangbild mit überwiegend rechtsseitigem diskretem Hinken bei diskreter endgradiger Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenkes mit geltend gemachten Belastungsschmerzen mag es rechtfertigen, den oberen Rand der Bewertungsstufe mit einer MdE um 10 v.H. für die unfallbedingte Funktionseinschränkung anzusetzen. Eine vergleichbare Funktionseinschränkung zu den Verletzungsmustern, die eine MdE um 20 v.H. begründen, liegt nicht vor. Insbesondere sind diese Einschränkungen hinsichtlich der Beweglichkeit und der Belastungsfähigkeit nicht mit der Funktionseinschränkung zu vergleichen, die einer Versteifung des oberen Sprunggelenkes in Funktionsstellung oder in ungünstiger Stellung gleichkommt. Grundsätzlich sind auch in einer MdE-Einstufung bis 10 v.H., in der die verbliebenen Resteinschränkungen bei regelrechter Ausheilung des Sprunggelenksverrenkungsbruchs eingestellt sind, die üblicherweise damit auftretenden belastungsbedingten Schmerzen erfasst, wie dies bei allen bewerteten

Verletzungsmustern der unfallversicherungsrechtlichen Literatur der Fall ist (vgl. Schönberger u.a., a.a.O., Seite 231). Mit Dr. L. geht der Senat davon aus, dass insoweit keine unüblichen Schmerzen oder Belastungseinschränkungen vorliegen. Die von der Klägerin vorgetragene und von Dr. H. berücksichtigten Beschwerden werden durch die objektiv medizinischen Befunde nicht bestätigt. Insbesondere ist nicht festzustellen, dass die Klägerin auf die regelmäßige Einnahme von Schmerzmedikamenten angewiesen ist. Weiter sind bei der Klägerin nach den in den Gutachten von Dr. H., Dr. L. und Prof. Dr. H. beschriebenen Befunden keine Schonungszeichen festzustellen, die die von ihr geklagten Beschwerden untermauern (plausibel machen). Es überzeugt deshalb nicht, dass Dr. H. allein in Anbetracht des radiologischen Bildes aus gutachterlicher Sicht plausible Beschwerden bei der Bewertung der MdE berücksichtigt. Entsprechendes gilt, soweit Dr. H. Präventionsüberlegungen in die Bewertung der MdE mit einbezieht. Der Grad der MdE ist aus den festgestellten Funktionsbehinderungen abzuleiten. Künftig erst entstehende Gesundheitsstörungen oder sich künftig entwickelnde Ausprägungsgrade vorhandener Gesundheitsstörungen sind daher grundsätzlich nicht Maßstab der rechtlich gebotenen Bewertung der unfallbedingten Funktionseinschränkungen. Die von Dr. H. angestellte Überlegung, in die MdE-Bewertung müsse entsprechend dem Rentenversicherungsrecht unter Präventionsgesichtspunkten auch einfließen, inwieweit die unfallbedingte Verletzung objektive Tätigkeitseinschränkungen zur Vorbeugung der Verschlechterung des Unfallfolgezustands bedingt, geht fehl, soweit er damit eine höhere MdE als die aus der von ihm auch grundsätzlich angenommenen Bewertungsstufe begründet. Die MdE-Bewertungsstufen der unfallmedizinischen Literatur beinhalten eine pauschale Berücksichtigung der verbliebenen Einsatzmöglichkeiten des Unfallverletzten auf dem gesamten Arbeitsmarkt, weshalb der von Dr. H. berücksichtigte Aspekt der dem Unfallverletzten verbliebenen zumutbaren Beschäftigungsmöglichkeiten bereits in dem pauschalen Ansatz der Literatur erfasst ist. Auch die von Prof. Dr. H. unter Berücksichtigung traumatischer Knorpelknochenschäden angenommene MdE von 20 v.H. überzeugt nicht. Dass bei der Klägerin unfallbedingte Knorpelknochenschäden vorliegen, die analog einer sich im Verlaufe ausgebildeten Arthrose eine MdE von 20 v.H. rechtfertigt, hat Prof. Dr. H. in seinem Gutachten nicht nachvollziehbar und überzeugend dargelegt. Eine MdE um 20 v.H. verlangt nach den genannten Bewertungsstufen neben anderen Voraussetzungen, die bei der Klägerin von vornherein nicht vorliegen, eine Sekundärarthrose mit wesentlicher Funktionsstörung bzw. eine erhebliche Sekundärarthrose. Solche arthrotischen Veränderungen hat Dr. L. in der Nachbefundung der auswärts erhobenen Bildbefunde auch mit der von ihm in Anspruch genommenen Unterstützung des oberärztlichen Kollegen der Radiologie nicht diagnostiziert. Auch Prof. Dr. H. hat keine bedeutenden arthrotischen Veränderungen in seinem Gutachten beschrieben. Dass aber die teilweise außerhalb der Belastungszone des Sprunggelenks liegenden Knochen-Knorpeldefekte (vgl. Seite 10 des Gutachtens von Dr. L.) in ihrem Ausprägungsgrad erheblichen arthrotischen Veränderungen gleichkommen, ist im Gutachten von Prof. Dr. H. nicht nachvollziehbar begründet. Unabhängig davon sind aber erhebliche funktionelle Auswirkungen, wie dies für das beschriebene Bild einer mit einer MdE um 20 v.H. bewerteten unfallbedingten Arthrose gefordert wird, nicht dargelegt. Soweit Dr. E. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme nach Aktenlage vom 14.01.2015 von einer MdE von 20 v.H. ausgeht, hat er hieran in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24.02.2015 nicht mehr uneingeschränkt festgehalten. Zudem hat Dr. E. eine weitere Begutachtung der jetzt bestehenden Unfallfolgen empfohlen und damit zu erkennen geben, dass keine ausreichende Entscheidungsgrundlage besteht.

Das Vorbringen der Klägerin rechtfertigt keine andere Bewertung. Es findet in den objektiv medizinischen Befunden keine Stütze. Nach den nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen von Dr. L. in seinem Gutachten vom 09.10.2017 ist bei der Klägerin im Heilbehandlungsverlauf ein Symptomwechsel aufgetreten, der den isoliert lokal bzw. regional den rechten Unterschenkel betreffenden Unfallverletzungsfolgen nicht zuordenbar ist. Auch die neurologische Abklärung weist keinerlei unfallspezifische Zusammenhänge auf, wie Dr. L. ausgeführt hat. Nach den Ausführungen von Dr. L. im Gutachten war bei der Untersuchung der Klägerin kein Befund im Bereich der rechten unteren Gliedmaßen zu erheben, der die von der Klägerin den gesamten Bewegungsapparat betreffenden Beeinträchtigungen medizinisch unfallchirurgisch erklärend mit dem erlittenen Unfall vom 13.12.2011 wahrscheinlich machen könnte.

Der Sachverhalt ist vollständig aufgeklärt. Der Senat hält weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht für erforderlich. Die vorliegenden ärztlichen Unterlagen haben mit den sachverständigen Zeugenauskünften und den Gutachten dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 ZPO](#)). Denn der festgestellte medizinische Sachverhalt bietet die Basis für die Feststellung der unfallbedingten Erkrankungen sowie die alleine vom Senat vorzunehmende rechtliche Bewertung der MdE.

Die Berufung der Klägerin war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Kosten des gemäß [§ 109 SGG](#) im Berufungsverfahren eingeholten Gutachtens des Prof. Dr. H. vom 29.06.2018 mit Ergänzungen vom 10.08.2018 und 24.09.2018 sowie die baren Auslagen der Klägerin, über die als Gerichtskosten der Senat in Ausübung des ihm nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zustehenden Ermessens von Amts wegen auch im Urteil entscheiden kann (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg - [L 1 U 3854/06 KO-B](#) -, juris; Urteil des Senats vom 23.11.2012 - [L 8 U 3868/11](#) -, unveröffentlicht), werden nicht auf die Staatskasse übernommen. Die Klägerin hat diese daher endgültig selbst zu tragen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats können die Kosten eines nach [§ 109 SGG](#) eingeholten Gutachtens dann auf die Staatskasse übernommen werden, wenn dieses Gutachten für die gerichtliche Entscheidung von wesentlicher Bedeutung war und zu seiner Erledigung beigetragen bzw. zusätzliche, für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte erbracht hat. Es muss sich, gemessen an dem Prozessziel des Klägers, um einen wesentlichen Beitrag gehandelt haben und dementsprechend die Entscheidung des Rechtsstreits (oder die sonstige Erledigung) maßgeblich gefördert haben. Durch die Anbindung an das Prozessziel wird verdeutlicht, dass es nicht genügt, wenn eine für die Entscheidung unmaßgebliche Abklärung eines medizinischen Sachverhalts durch das Gutachten nach [§ 109 SGG](#) vorangetrieben worden ist. Vielmehr muss sich die Förderung der Sachaufklärung auf den Streitgegenstand beziehen (Kühl in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Auflage, § 109 RdNr. 11).

Hiervon ausgehend ist es nicht gerechtfertigt, die Kosten des Gutachtens von Prof. Dr. H. vom 29.06.2018 mit Ergänzungen vom 10.08.2018 und 24.09.2018 auf die Staatskasse zu übernehmen. Das Gutachten hat den Rechtsstreit nicht objektiv gefördert und nicht zu seiner Erledigung beigetragen, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergibt. Prof. Dr. H. hat die medizinischen Befunde im Wesentlichen bestätigt und aufgrund des von ihm erhobenen aktuellen körperlichen Untersuchungsbefundes bei der Klägerin, die Ansicht der Beklagten bestätigend, die MdE auf 0 bis 10 v.H. eingeschätzt. Soweit er bei der Klägerin von einer MdE um 20 v.H. ausgegangen ist, ist diese Bewertung nicht überzeugen, wie oben ausgeführt wurde. Für die Sachaufklärung bedeutsame Gesichtspunkte hat das Gutachten damit

nicht erbracht und gemessen am Prozessziel der Klägerin den Rechtstreit auch nicht gefördert, weshalb es nicht gerechtfertigt ist, die Kosten der Begutachtung durch Prof. Dr. H. auf die Staatskasse zu übernehmen.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-08