

L 22 U 175/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 7 U 47/06
Datum
09.08.2007
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 22 U 175/08
Datum
15.07.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 09. August 2007 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 22. Oktober 2007 wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Verfahren vor dem Landessozialgericht nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Zahlung einer höheren als der der Klägerin bisher gewährten Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung für die Folgen eines Arbeitsunfalls vom 14. März 2005.

Die 1965 geborene Klägerin stürzte in Ausübung ihrer Tätigkeit als Zeitungszustellerin am 14. März 2005. Nach dem Bericht des Durchgangsarztes CA DM Z, bei dem die Klägerin am selben Tage gegen 05.50 Uhr eingetroffen war, war die Klägerin beim Aussteigen aus dem Pkw beim Zustellen der Zeitung auf Schneeglätte ausgeglitten und gestürzt. Als Befund erhob der Durchgangsarzt: rechtes OSG mit Schwellung, Hämatom und Druckschmerz am Malleolus lat., massive Schmerzangabe, angedeutete Achsenfehlstellung, Trophik, Motorik und Sensibilität erhalten. Das Röntgenergebnis beurteilte er wie folgt: Dislozierte bimalleoläre Fraktur mit Abriss des Volkmann'schen Dreiecks. Er diagnostizierte eine trimalleoläre Luxationsfraktur re. OSG. Der Facharzt für Chirurgie Dr. D, bei dem die Klägerin um 07.41 Uhr am 14. März 2005 eingetroffen war, erhob als Befund: Schwellung und Schmerz re., OSG DS über Außenknöchel, Fehlstellung OSG li., D/M/S peripher intakt. Erstdiagnose eine OSG-Fraktur rechts. Unfallunabhängig liege ein Zustand nach Meniskusresektion links vor.

Die Klägerin wurde stationär behandelt im -Klinikum C in der Zeit vom 14. März 2005 bis 09. April 2005 mit der Diagnose einer Sprunggelenksluxationsfraktur. Es erfolgte dort eine Plattenstabilisierung am Außenknöchel und eine Verschraubung des Innenknöchels und des Volkmann'schen Dreiecks. Der postoperative Verlauf wurde als komplikationslos beschrieben im Arztbericht von Dr. D und Dr. L 08. April 2005.

Im September 2005 beantragte die Klägerin bei der Beklagten, ihr ab 22. September 2005 eine Verletztenrente zu zahlen.

Im Bericht vom 17. Oktober 2005 teilte der Chefarzt der Chirurgie Dipl.-Med. der Beklagten mit, die Klägerin habe sich dort am 29. September 2005 letztmalig vorgestellt. Sie laufe mit Vollbelastung und zeige ein ausreichendes Gangbild. Sie sei ab 23. September 2005 arbeitsfähig. Rezidivierende Beschwerden seien aufgrund der deutlichen Gelenkschädigung zu erwarten, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v. H. sei verblieben.

Nach Benennung von drei Gutachtern und unter Hinweis auf das Widerspruchsrecht der Klägerin nach [§ 76 Abs. 2 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch X (SGB X), erstattete der Chirurg Dipl.-Med. B gegenüber der Beklagten im November 2005 ein erstes Rentengutachten. Die MdE beurteilte er ab 22. September 2005 mit 20 v. H. aufgrund der Untersuchung vom 12. August 2005.

Mit Bescheid vom 06. Dezember 2005 bewilligte die Beklagte der Klägerin eine Rente als vorläufige Entschädigung für Folgen ihres Arbeitsunfalls vom 14. März 2005 nach einer MdE um 20 v. H. beginnend mit dem 22. September 2005. Der Arbeitsunfall habe zu den angeführten nachstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt, die bei der Bewertung der MdE berücksichtigt worden seien. Die Beklagte stütze sich auf das Gutachten von Dipl.-Med. B. Den dagegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Klägerin eine MdE in Höhe von mindestens 40 v. H. für gerechtfertigt erachtete und vortrug, sie leide an extrem starken Schmerzen und sei in ihrer Bewegung stark eingeschränkt, wofür nach der Tabelle bei Schönberger/Mehrtens/Valentin "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 7. Auflage, 2003, S. 746 eine MdE von 40 Prozent in Ansatz zu bringen sei, wies die Beklagte nach Einholung eines Berichts des Dipl.-Med. Z vom 20. Februar 2006, mit

Widerspruchsbescheid vom 29. März 2006 zurück. Insbesondere auch nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, sei die MdE von 20 v. H. in Ansatz zu bringen.

Im November 2006 erstattete Dipl.-Med. B ein weiteres Gutachten (Nachprüfung MdE). Gegenüber seinem Gutachten vom 06. November 2005 sei keine wesentliche Änderung der für die Höhe der Rente maßgebenden Verhältnisse eingetreten.

Mit der am 24. April 2006 beim Sozialgericht (SG) Cottbus eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihren Anspruch auf eine höhere Rente weiter. Das schwerwiegende Verletzungsbild rechtfertige eine MdE in Höhe von mindestens 40 Prozent: Die Beklagte verkenne, dass bei der Klägerin gravierende Schmerzen über das übliche Maß hinaus mit einer zusätzlichen Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit bestehe. Allein bei kontinuierlichen Schmerzen könne nach Schönberger/Mehrtens die Gesamt-MdE 100 Prozent betragen. Die Klägerin leide nach wie vor an extrem starken Schmerzen und sei in ihrer Bewegung stark eingeschränkt. Entsprechend der Tabelle zur MdE in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 2003, S. 746, sei nach der gesundheitlichen Beeinträchtigung mindestens eine MdE von 40 Prozent in Ansatz zu bringen.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 06. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. März 2006 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin höhere Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Unfalls vom 14. März 2005 nach einer MdE in Höhe von mindestens 40 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verteidigte ihre Entscheidungen.

Das SG zog eine Auskunft über die Vorerkrankungen der Klägerin bei, holte eine ärztliche Auskunft der LASV Außenstelle Cottbus vom Facharzt für Innere Medizin Dr. vom 23. Juni 2006 und des Facharztes für Orthopädie F aus April 2006 ein. Beigezogen wurden der Reha - Entlassungsbericht anlässlich des stationären Aufenthalts der Klägerin in der Reha-Klinik H im April 1997 und das Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. H aus 1998. Zu den Akten gelangte ein Arztbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin SR Dr. M vom 11. August 1997 anlässlich eines Lappenrisses am Innenmeniskushinterhorn links. Beigezogen wurden die Krankenunterlagen aus dem C Klinikum C anlässlich der Aufnahme am 14. März 2005.

Mit dem am 09. August 2007 verkündeten Urteil hat das SG die Klage abgewiesen. Das Gericht folgte hinsichtlich der medizinischen Beurteilung dem von der Beklagten beauftragten Sachverständigen Dipl.-Med. B. Auch der Verweis auf die Schmerzen könne nicht zu einer höheren MdE führen. Das Gericht bezog sich auf Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 305. Soweit weitere Schmerzen bei nachweisbaren Besonderheiten berücksichtigt werden könnten, habe der Sachverständige diese nicht festzustellen vermocht. Auch könne die Klägerin mit dem Hinweis, sie habe keine zivilrechtlichen Ansprüche, aus sozialen Gründen sei daher die Gewährung einer höheren Rente angemessen, kein anderes Ergebnis erlangen.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 01. Oktober 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 26. Oktober 2007 beim Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin: Das SG habe die gesundheitlichen Einschränkungen der Klägerin nicht hinreichend berücksichtigt und den Sachverhalt insoweit nicht vollständig aufgeklärt. Die Klägerin könne derzeit nicht ohne Einschränkung gehen, hocken, knien. Nach einer Strecke von ca. 50 m sei sie völlig erschöpft, da ihr die Schmerzen im verunfallten Bein im konkreten Zusammenhang mit dem Unfallereignis solche Schmerzen verursachten, dass Übelkeit, Atemnot und Schwindel aufträten. Sie müsse seitwärts treppab gehen, weil sie das Sprunggelenk nicht richtig bewegen könne. Sie könne weder schmerzfrei gehen noch stehen. Auch nach Belastung des Beines habe sie Ruheschmerz und müsse den Fuß hochlegen. Schließlich habe sie witterungsabhängige Beschwerden auf Kälte und einen links hinkenden Gang. Sie sei daher nicht in der Lage, einer Berufstätigkeit unter betriebsüblichen Bedingungen vollschichtig nachzugehen und befinde sich in ständiger ärztlicher Behandlung bei Dr. Z. Seit der letzten Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand derart verschlechtert, dass sie Angst habe, nur wenige Schritte zu gehen, um Schmerzen zu verhindern. Der Teilzeitarbeitsmarkt sei für sie verschlossen. Das SG habe den Antrag der Klägerin, diese gemäß [§ 106 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) untersuchen zu lassen, übergangen. Es sei auch nicht dem Antrag der Klägerin nach Einholung eines Sachverständigengutachtens gemäß [§ 109 SGG](#) gefolgt, sondern habe sich an das parteiliche Gutachten des Dipl.-Med. B gehalten. Dieser habe ebenso wie das Gericht verkannt, dass bei kontinuierlichen Schmerzen die Gesamt-MdE 100 Prozent betragen könne. Es werde nochmals beantragt, die Klägerin gemäß [§ 106 SGG](#) durch einen gerichtlichen Sachverständigen untersuchen und begutachten zu lassen. Hilfsweise werde beantragt, gemäß [§ 109 SGG](#) ein Gutachten einzuholen. Die konkrete Anschrift des Sachverständigen werde noch nachgereicht.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 09. August 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 06. Dezember 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. März 2006 und den Bescheid vom 22. Oktober 2007 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine höhere Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer MdE in Höhe von mindestens 40 von 100 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage gegen den Bescheid vom 22. Oktober 2007 abzuweisen.

Die Beklagte verteidigt die angefochtenen Entscheidungen. Sie übersandte Kopie des Bescheides vom 22. Oktober 2007 zu den Akten. Den Prozessbevollmächtigten der Klägerin wurde dieser Schriftsatz mit der Anlage (Bescheid vom 22. Oktober 2007) übersandt.

Die Klägerin trug weiter vor, aufgrund der starken Schmerzen habe sie sich am 26. November 2007 einer linken Kniegelenksarthroskopie

unterziehen müssen und reichte zu den Akten den Bericht von Dr. S über eine Kniegelenksarthroskopie am 26. November 2007.

Dr. Z übersandte eine Übersicht der Behandlung in seiner D-Sprechstunde mit dazugehörigen Befunden.

Aufgrund der Beweisanordnung vom 10. April 2008 erstattete der Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Handchirurgie und physikalische Medizin am 04. Juli 2008 ein orthopädisch-traumatologisches Sachverständigengutachten aufgrund ambulanter Untersuchung der Klägerin am 06. Juni 2008. Es bestehe ein Zustand nach operativer Versorgung einer Sprunggelenksluxationsfraktur mit Narben am Außen- und Innenknöchel und nach vorn. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk links gegenüber rechts sei geringfügig eingeschränkt gewesen. Dies gelte auch für das untere Sprunggelenk links.

Da die Fraktur verheilt sei, bestehe insofern eine verminderte Leistungsfähigkeit, als eine geringgradige Arthrose eingetreten sei, die auch für die Schwellneigung im linken Sprunggelenk verantwortlich sei.

Mit Schriftsatz vom 14. August 2008 nahm der Prozessbevollmächtigte der Klägerin zu diesem Gutachten eingehend Stellung, die Klägerin leide unter gravierenden Schmerzen, die über das übliche Maß der Schmerzempfindlichkeit hinausgingen und zusätzliche Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit hätten. Schmerzen des Bewegungssystems beruhten häufig auf entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Gelenke. Es handle sich dabei um typische Nozizeptorschmerzen. Nozizeptoren seien die Sensoren des (Früh-)Warnsystems des Körpers. Diese Schadensmelder seien in fast allen Organen als freie Nervenendigungen vorhanden. Die afferenten Fasern der Nozizeptoren gehörten zu dünnen, myelinisierten A-delta- und den unmyelinisierten C-Fasern mit Leitungsgeschwindigkeiten typischerweise 15 bzw. 1 m/s. Das gemeinsame Merkmal der Nozizeptoren sei die relativ hohe Reizintensität, die zur Erregung notwendig sei. Bei klinischen Schmerzen seien oft Entzündungsvorgänge unterschiedlicher Genese beteiligt, wie bei der Klägerin eine entzündliche Gelenkerkrankung. Dabei komme es zur verstärkten Bildung endogener Entzündungsmediatoren. Bei einer experimentiellen Gelenkentzündung sprächen die Nozizeptoren des Gelenks infolge der Sensibilisierung bereits auf geringe Gelenkbewegungen an und würden spontan aktiv. Ein erheblicher Teil der Nozizeptoren sei vor Beginn der Entzündung völlig unerregbar. Er werde erst im Lauf der Entzündung aktiviert. Solche schlafenden Nozizeptoren, die erst durch Entzündung oder Trauma erregbar würden, gebe es auch in der Haut. Sie seien bei mikroneurografischen Untersuchungen auch beim Menschen nachgewiesen worden. Das Mehr an afferentem Input könne die verstärkte Schmerzempfindlichkeit und die Dauerschmerzen bei einer entzündlichen Erkrankung der Klägerin zum Teil erklären. Zusätzliche Sensibilisierungsprozesse liefen auch im Rückenmark ab. Schließlich bewirkten diese Entzündungsprozesse langfristige biochemische Veränderungen an den Spinalganglien-Neuronen. Trotz alledem ergebe sich, dass die Klägerin aufgrund der schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, hier der chronischen Schmerzen, eine Gesamt-MdE von 100 v. H. besitze. Zum Beweis dessen werde als Ergänzungsgutachten die Anhörung eines Spezialisten für Schmerz- und Palliativmedizin beantragt.

Prof. Dr. nahm am 06. Oktober 2008 ergänzend Stellung im Hinblick auf den Antrag der Klägerin einen Spezialisten für Schmerz- und Palliativmedizin zu hören. Er teilte mit, es bestehe insoweit Fachkunde. Das I Krankenhaus sei Behandlungszentrum für chronische Schmerzsyndrome; speziell ausgebildete Ärzte des Hauses führten in interdisziplinärer Zusammenarbeit die Behandlung durch. Im Übrigen stellten die Ausführungen des Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Schriftsatz vom 14. August 2008 den Sachverhalt nicht korrekt dar: Die Klägerin leide nicht an einer entzündlichen Gelenkerkrankung, sie weise auch nicht eine fehlgesteuerte Nozizeption auf. Dies könne aufgrund der klinischen und der röntgenologischen Befunde ganz eindeutig festgestellt werden. Komme es zu einer regionalen Nervenstörung, so entstehe immer eine Veränderung der Knochenstruktur, eine schneegestöberartige Darstellung des Knochens weise auf die nervale Fehlsteuerung hin – ein derartiger Sachverhalt liege bei der Klägerin nicht vor. Bei der Klägerin bestehe ein unfallunabhängiges Schmerzsyndrom. Es sei weder Ursache noch Folge des Arbeitsunfalls. Die Beurteilung der Frage, ob ein Schmerzsyndrom vorliege, falle in sein Fachgebiet. Die Diagnose eines Schmerzsyndroms stütze sich ausschließlich auf die Angaben der Klägerin. Die Beauftragung eines Gutachtens für Schmerz- und Palliativmedizin halte er nicht für geboten, weil die Frage, ob ein Sprunggelenksbruch zu einem chronischen Schmerzsyndrom führen könne und in welcher Weise sich dieses auswirke, aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht bewertet werden müsse. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers nahm mit Schriftsatz vom 06. November 2008 dahingehend Stellung, die Reaktion des Gutachters beim Ergänzungsgutachten sei nicht nachvollziehbar. Er versuche lediglich, sein Gutachten zu verteidigen und glaube, der alleinige Spezialist für Schmerz- und Palliativmedizin zu sein. In der Sache selbst sei seine Feststellung widersprüchlich. Einerseits behaupte er, dass bei der Klägerin ein unfallunabhängiges Schmerzsyndrom bestehe und andererseits stelle er fest, dass es überhaupt problematisch sei, schmerztherapeutische Gutachten zu erstellen, weil man damit ein chronisches Schmerzsyndrom nicht ausreichend beweisen könne. Es bestehe der Verdacht, dass sich der Gutachter in seiner Ehre verletzt fühle und seine Feststellungen verteidige. In Gänze sei die ergänzende Stellungnahme nicht verwertbar. Der Gutachter vernachlässige, dass die ständigen Schmerzen der Klägerin erst nach dem Unfallereignis eingetreten seien und seitdem anhielten. Es werde weiterhin beantragt, einen "unabhängigen" Spezialisten für Schmerz- und Palliativmedizin beizuziehen und anzuhören.

Mit Verfügung vom 22. Dezember 2008 wurde den Beteiligten mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen von Amts wegen gegenwärtig nicht beabsichtigt seien. Der Klägerin wurde Gelegenheit gegeben, in vier Wochen mitzuteilen, falls sie einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) stellen wolle und den Arzt namhaft zu machen.

Mit Schriftsatz vom 15. Januar 2009 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin den Antrag auf Anhörung des Facharztes für Orthopädie Dipl.-Med. K nach [§ 109 SGG](#) gestellt.

Des Weiteren wurde mitgeteilt, die Klägerin sei gegenwärtig wegen der Schmerzen im Nackenbereich und wegen ihres Knies bei Dr. S in ärztlicher Behandlung. Von Dr. S wurde eine Karteikartenzusammenfassung am 12. Februar 2009 übersandt. Die Eintragungen enden am 16. Dezember 2008.

Aufgrund der Beweisanordnung vom 02. März 2009 erstattete Dipl.-Med. K am 04. August 2009 ein orthopädisch-fachärztliches Gutachten nach ambulanter Untersuchung der Klägerin vom 20. Mai 2009. Er stellte eine ausgeprägte unfallbedingte Verschleißerkrankung des linken Sprunggelenks mit erheblicher Bewegungsstörung und gestörtem Abrollverhalten des Sprunggelenks und Überlastung des linken Kniegelenks fest. Schließlich sei eine veraltende Partialruptur des vorderen Kreuzbandes gefunden worden. Da die Klägerin nach eigenen Angaben zum damaligen Zeitpunkt nach dem Sturz ebenfalls über Kniebeschwerden geklagt habe, diese aber nicht untersucht worden seien, sei seitens des Gutachters mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Partialruptur des Kreuzbandes zum damaligen Zeitpunkt

aufgetreten. Dies werde auch durch die Untersuchungen 1997, 1999, 2001 bei der Arthroskopie des linken Kniegelenks belegt. Die mit Bescheid vom 06. Dezember 2005 anerkannten Unfallfolgen rechtfertigten am 22. September 2005 orthopädisch - traumatologischerseits eine Erhöhung der MdE von 20 auf 30 Prozent. Die Veränderung am Kniegelenk sei mit der partiellen Kreuzbandruptur nicht ausreichend gewürdigt worden und die bestehenden Veränderungen des Sprunggelenks seien deutlich progredienter Natur, so dass jetzt ein normales Abrollverhalten nicht mehr möglich sei.

Es bestünden zweifelsfrei festzustellende Veränderungen am Kniegelenk mit der Partialruptur des vorderen Kreuzbandes, welche in den Arthroskopien vor dem Unfall nicht festgestellt worden seien. Die Arthroskopie des linken Kniegelenks vom November 2007 sei im Befund von Dr. S mitgeteilt worden. Es sei zu keiner Zeit das Kniegelenk untersucht worden während der Unfallfolgen, so dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer Mitverletzung des Kniegelenkes ausgegangen werden müsse. Auf keinem Fall betrage die MdE 40 v. H., da überwiegend im Bereich des Sprunggelenks und teilweise eines Kniegelenks Veränderungen festzustellen seien. Die unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen im Bereich der Wirbelsäule seien nicht Folge des erlittenen Sprunggelenksbruches.

Mit Schriftsatz vom 01. September 2009 verwies der Prozessbevollmächtigte der Klägerin erneut darauf, dass die Klägerin gerügt habe, dass das Ausgangsgericht die kontinuierlichen starken Schmerzen nicht berücksichtigt habe und somit die Gesamt-MdE 100 Prozent betragen müsse. Bedauerlicherweise gehe auch der Gutachter Dipl.-Med. K nicht auf die von der Klägerin insbesondere mit Schriftsatz vom 14. August 2008 dargelegte Schmerzsymptomatik ein. Der 7. Senat des erkennenden Gerichts habe im Urteil vom 31. Januar 2000 zum Aktenzeichen L 7 RJ 127/98 festgestellt, dass eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit bei der chronischen Schmerzkrankheit auf molekularbiologischen Veränderungen beruhe. Sollte sich der Senat der Meinung nicht anschließen können, werde nochmals die Anhörung eines Schmerz- und Palliativmediziners beantragt.

Mit Stellungnahme vom 30. Oktober 2009 führte Dipl.-Med. K aus, es sei sicherlich richtig, dass er das Gutachten als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erstellt habe. Ungeachtet dessen bleibe es dem Gericht vorbehalten, einen Facharzt für Anästhesiologie und spezielle Schmerztherapie zu beauftragen, ein Gutachten hinsichtlich des Vorliegens einer chronischen Schmerzkrankheit zu erstellen. Zu bedenken gebe er jedoch, dass im Rahmen dieser Schmerzkrankheit gewisse Voraussetzungen vorliegen müssten, welche zum Nachweis dieser Erkrankung führten. Dieses seien: häufiges Arzthopping, die Einstellung des Patienten auf hochpotente zentral wirksame Schmerzmedikamente wie Morphinpräparate sowie ein komplett ausgereiztes ambulant Spektrum der physikalischen, rehabilitativen und balneologischen Behandlungen. Dies sei aus seiner ärztlichen Sicht noch nicht in dem Maße gegeben, so dass es höchst unwahrscheinlich sei, dass ein versierter Gutachter zu einem anderen Ergebnis kommen werde. Aus seiner bisherigen Untersuchung ließen sich daher die vom Prozessbevollmächtigten der Klägerin behaupteten Beschwerden nicht erhärten, so dass er nach wie vor bei seiner Aussage diesbezüglich bleibe.

Mit Stellungnahme vom 04. Dezember 2009 beantragte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) ein schmerztherapeutisches Gutachten des Spezialisten für Schmerztherapie Dr. G einzuholen.

Mit Beschluss vom 30. Dezember 2009 hat der erkennende Senat diesen Antrag der Klägerin abgelehnt. Im Hinblick auf das von Dipl.-Med. K erstattete Gutachten wurden die Akten im Januar 2010 erneut Prof. Dr. S vorgelegt. Er nahm am 25. Februar 2010 Stellung aufgrund erneuter Untersuchung der Klägerin. Dort hatte die Klägerin Arthroskopieberichte vom 26. Mai 2007 vorgelegt. Nach Auswertung des Aktenmaterials kam er zu der Beurteilung, die vorliegenden Befunde, insbesondere sein Befund anlässlich der Nachuntersuchung zeigten eindeutig, dass der streitgegenständliche Unfall nicht mit Wahrscheinlichkeit Ursache einer partiellen vorderen Kreuzbandruptur sei. Die zweifelsfrei durch tatsächliche Befunde objektivierte Gesundheitsstörungen nach dem in Rede stehenden Unfallereignis zeigten eindeutig, dass ein schwerer Kniegelenksschaden zum damaligen Zeitpunkt nicht bestanden habe, weil die typischen Symptome und Befunde wie schmerzhaftes Bewegungseinschränkung, Schonhaltung des Kniegelenks, erhebliche Ergussbildung, nicht beschrieben worden seien. Die Kreuzbandruptur sei nicht zweifelsfrei nachgewiesen. Es bestehe ein leichtes vorderes Schubladenphänomen, was darauf hinweise, dass das vordere Kreuzband zumindest elongiert, möglicherweise partiell eingerissen sei. Diese Veränderungen seien im Allgemeinen Folge eines Überlastungssyndroms, z. B. durch Übergewichtigkeit. Eine Progredienz der Befunde am Sprunggelenk liege nicht vor. Die Beweglichkeit sei gegenüber seinem Hauptgutachten im Jahre 2008 unverändert geblieben. Röntgenologisch zeige sich ebenfalls keine Progredienz. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die die Erhöhung der MdE aufgrund der Unfallfolgen rechtfertigten.

In der nichtöffentlichen Sitzung vom 23. April 2010 erklärte der Bevollmächtigte der Beklagten, er erkenne eine posttraumatische Arthrose im linken unteren Sprunggelenk der Klägerin ab 06. Juni 2008 (Untersuchungstag bei Prof. Dr. S) als Folge des Arbeitsunfalls ohne Auswirkungen auf die Höhe der MdE an. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat dieses Teilanerkennnis angenommen.

Mit Schriftsatz vom 10. Mai 2010 wurde des Weiteren vorgetragen, die Klägerin habe ständig dargelegt, dass sie nach dem Unfallereignis an extrem starken Schmerzen im linken Bein leide. Sie sei davon ausgegangen, dass die vom Gericht bestellten Gutachter - Orthopäden - hierzu eine Aussage treffen könnten. Erst als sie feststellen musste, dass die spezialisierten Orthopäden das Vorhandensein einer chronischen Schmerzkrankheit vom Arzthopping oder Einstellung auf hochpotente Schmerzmedikamente abhängig machten, sei für die Klägerin endgültig veranlasst gewesen, mit Schriftsatz vom 04. Dezember 2009 einen Spezialisten für Schmerztherapie zu benennen, um ein schmerztherapeutisches Gutachten erstellen zu lassen. Die Klägerin rügt ausdrücklich die diesbezügliche Zurückweisung des Beweisantrages und wiederholt ihren Beweisantrag vom 04. Dezember 2009, das heiße, sie beantrage nach [§ 109 SGG](#), ein schmerztherapeutisches Gutachten des Spezialisten für Schmerztherapie Dr. med. K G einzuholen. Dieses Gutachten werde beweisen, dass die Klägerin im kausalen Zusammenhang mit dem Schmerzereignis an gravierenden Schmerzen leide und ihr eine höhere Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer MdE um mindestens 40 v. H. zu gewähren sei.

Insoweit im Erörterungstermin vom Gericht auf den Bescheid der Beklagten vom 22. Oktober 2007 hingewiesen worden sei, sei festzustellen, dass dieser Bescheid allein der Klägerin zugestellt worden sei, obwohl Vertretung der Klägerin durch Überreichung seiner Vollmacht angezeigt worden sei. Die Klägerin habe hingegen keinen Widerspruch eingelegt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung müsse sie dies auch nicht. Sei der Bescheid nach Erlass des erstinstanzlichen Urteils innerhalb der Berufungsfrist ergangen, sei mit der Einlegung der Berufung der neue Bescheid Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Schließlich werde beantragt, die Revision zuzulassen im Hinblick auf die Notwendigkeit der Fortbildung des Rechts und der Sicherung der Einheitlichkeit der Rechtsprechung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der vorliegenden Gerichts- und Verwaltungsakten, die dem Senat in der Urteilsfindung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 06. Dezember 2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. März 2006 ist ebenso rechtmäßig wie der Bescheid vom 22. Oktober 2007, der nach [§ 96 SGG](#), [153 Abs. 1 S1 SGG](#) in der bis zum 31. März 2008 gültigen Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975, [BGBl. I S. 2535](#) Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden ist. Soweit der Prozessbevollmächtigte der Klägerin vorträgt, der Bescheid sei nicht ihm zugestellt worden, ist der Mangel geheilt ([§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 295 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) vgl BSG [SozR 1500 § 84 Nr.6](#)).

Die Beklagte übersandte eine Kopie des Bescheides vom 22. Oktober 2007 zu den Akten. Dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin wurde dieser Schriftsatz mit der Anlage (Bescheid vom 22. Oktober 2007) übersandt. Soweit der Prozessbevollmächtigte der Klägerin im Erörterungstermin gleichwohl erklärt hat, ihm sei dieser Bescheid nicht bekannt, ist dies nicht nachvollziehbar. Hingegen folgt aus dem vorliegenden Schriftwechsel, dass ihm der Bescheid vorlag:

Die Beklagte verwies mit Schriftsatz vom 12. Februar 2008 darauf, dass im Rahmen des Berufungsverfahrens die Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 06. Dezember 2005 und nicht über den Bescheid über die Rente auf unbestimmte Zeit zu entscheiden sei. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin erwiderte im März 2008, dass dem Hinweis der Beklagten, dass die Überprüfung des Bescheides vom 06. Dezember 2005 und nicht die Überprüfung des Bescheides der Rente auf unbestimmte Zeit zu erfolgen habe, nichts hinzuzufügen sei.

Die Klagen gegen die Bescheide sind unbegründet. Der Klägerin steht eine höhere Rente weder als vorläufige Entschädigung noch als Rente auf unbestimmte Zeit als nach einer MdE um 20 v. H. zu. Die von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen rechtfertigen keine höhere MdE als 20 v. H. und weitere als die anerkannten Unfallfolgen haben der Arbeitsunfall und/oder dessen Folgen nicht mit Wahrscheinlichkeit wesentlich (mit-)verursacht.

Die mit Bescheid vom 06. Dezember 2005 zuerkannten Unfallfolgen

- Muskelverschwächung des linken Ober- und Unterschenkels, - Minderung der Gesamtbelastbarkeit des linken Beines, - Eingeschränkte Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes, - Schwellneigung des linken Sprunggelenkes, - verminderter Kalksalzgehalt des körperfernen Wadenbeines, - Gelenkflächenunregelmäßigkeit am Sprungbein gegenüber dem Innenknöchel, - liegendes Osteosynthesematerial nach Sprunggelenksbruch Typ Weber C links

als auch die mit Bescheid vom 22. Oktober 2007 anerkannten Folgen des Arbeitsunfalls - Muskelverschwächung des linken Ober- und Unterschenkels, - Bewegungseinschränkung im linken Sprunggelenk, - Schwellneigung des linken Sprunggelenkes, - Minderung der Gesamtbelastbarkeit des linken Beines, - verminderter Kalksalzgehalt des linken körperfernen Wadenbeines, - Gelenkflächenunregelmäßigkeit am linken Sprungbein und Schienbein nach Sprunggelenksbruch Typ Weber C links

und die anerkannte Arthrose im linken unteren Sprunggelenk rechtfertigen keine höhere MdE als 20 v. H.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#). Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (BSG) als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG Urteil vom 02. Mai 2001 - [B 2 U 24/00 R](#) - [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#), S 36 m.w.N.). 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 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 Einzelfalls kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG [SozR 3-2200 § 581 Nr. 8](#)). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen 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.; BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)).

Nach diesen Maßstäben, die der Senat zugrunde legt, ist die MdE nicht mit über 20 v. H. zu bewerten.

Nach den orientierenden Erfahrungssätzen im versicherungsrechtlichen/versicherungs-medicinischen Schrifttum (z. B. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, Seite 746, 8. Auflage S. 678) ist für eine "Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in Funktionsstellung" eine MdE in Höhe von 25 v. H. vorgesehen. Für eine Versteifung des oberen Sprunggelenkes im Winkel von 90°-110° zum Unterschenkel ist eine MdE um 20 v. H. vorgesehen und bei mehr als 110 Grad (Spitzfuß) eine solche von 30 v. H. Die Versteifung des unteren Sprunggelenks in Funktionsstellung wird mit 15 v. H. bewertet. Die Versteifung des vorderen unteren Sprunggelenks wird mit 10 v.H. und die Versteifung des unteren Sprunggelenks schmerzhaft wackelsteif wird mit 20-30 v. H. bewertet. Die Versteifung des unteren Sprunggelenkes und des Vorfußes wird mit 25 v. H. bewertet. Ein "Sprunggelenksverrenkungsbruch in guter Stellung unter Erhaltung der Knöchelgabel" wird lediglich mit einer MdE von 0-10 v. H. bewertet.

Nach allem wäre unter alleiniger Berücksichtigung des mitgeteilten Bewegungsmaßes für das rechte Sprunggelenk des Klägers nicht einmal eine MdE von 20 v. H. gerechtfertigt, da nach dem oben genannten versicherungsrechtlichen/versicherungsmedizinischen Schrifttum hierfür eine "Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von 90-110 Grad zum Unterschenkel" erforderlich ist. Dies war und ist weiterhin beim Kläger nicht der Fall.

Hiernach ist überzeugend, dass die MdE nicht höher als mit 20 v. H. zu beurteilen ist.

Die genannten Voraussetzungen, die nach den genannten Werten eine MdE mit 20 bis 30 v. H. als Bewertung zulassen, liegen bei der Klägerin nicht vor. Eine Wackelsteife konnte ausgeschlossen werden nach dem Gutachten von Prof. Dr. S. Soweit bei Schönberger/Mehrtens/Valentin für eine Sprungbeinnekrose mit Schienenhülsenapparat eine MdE um 40 v. H. vorgesehen ist, hat Prof. Dr. S. darauf hingewiesen, dass der vorliegende Befund der Klägerin nicht vergleichbar ist mit dem eines Erkrankten, der wegen einer Sprungbeinnekrose ständig mit einem Schienen-Hülsen-Apparat versorgt sein muss.

Auch unter Berücksichtigung der von der Beklagten anerkannten Arthrose rechtfertigt sich nach den Erfahrungswerten keine höhere MdE als 20 v. H. Nach den Werten bei Schönberger/Mehrtens/Valentin ist zwar für eine sekundäre Arthrose mit wesentlicher Funktionsstörung eine MdE um 30 v. H. vorgesehen, allerdings hat Prof. Dr. S. darauf hingewiesen, dass im Fall der Klägerin die MdE nicht 30 v. H. betragen könne, da eine wesentliche Funktionsstörung nicht eingetreten ist. Insoweit ist auch unter Einbeziehung der der geringgradigen Arthrose, die auch für die Schwellneigung im linken Sprunggelenk verantwortlich ist, die MdE mit 20 v. H. angemessen beurteilt. Wie dargelegt, wird selbst eine Versteifung des vorderen unteren Sprunggelenks mit 10 v. H. bewertet, sodass nicht einmal diese der Arthrose der Klägerin zukommt.

Auch unter Berücksichtigung der weiteren anerkannten Unfallfolgen lässt sich die Bewertung mit einer MdE mit mehr als 20 v. H. nicht begründen. Soweit die Minderung der Gesamtbelastbarkeit des linken Beines anerkannt ist, wird diese mit den 20 v. H. erfasst.

Die Gutachter bewegen sich mit dieser Beurteilung der MdE im Rahmen der versicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze. So wird beispielsweise erst bei einer Bewegungseinschränkung des Kniegelenks Streckung/Beugung 0/0/90 eine MdE mit 20 v. H. berücksichtigt. Allein eine Minderbelastbarkeit des Beines findet in den Erfahrungswerten keine Berücksichtigung. Gleiches gilt für die weiteren anerkannten Unfallfolgen. Für sie ist in der Gesamtschau angemessen, die GesamtMdE mit 20 v. H. zu beurteilen.

Dies entspricht der Beurteilung der Gutachten von Prof. Dr. S, wonach die Gelenkgegner in guter Stellung stehen und eine geringe Inkongruenz am Innenknöchel von nachrangiger Bedeutung ist und eine Spitzfußstellung nicht vorliegt.

Auch Dipl. med. K ist hinsichtlich dieser unfallbedingten Gesundheitsstörungen zu keiner anderen Beurteilung gelangt. Soweit er eine Erhöhung der MdE von 20 auf 30 v. H. vorschlägt, gelangt er hier zu aufgrund einer Gesundheitsstörung der Kniegelenke mit partieller Kreuzbandruptur. Soweit er diese festgestellt und als Unfallfolge beurteilt hat, vermag der Senat seiner Beurteilung nicht zu folgen.

Schäden am Knie bzw. am Kreuzband der Klägerin sind nicht auf den Unfall als wesentliche (Mit-)Ursache zurückzuführen. Denn weitere als die von der Beklagten anerkannten Gesundheitsstörungen sind nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) nicht auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Teil-)Ursache zurückzuführen, weder im Sinne der Verursachung noch der Verschlimmerung einer vor bestehenden Gesundheitsstörung.

Nach der im Unfallversicherungsrecht geltenden maßgeblichen Lehre von der wesentlichen Bedingung ist eine Bedingung als (mit-)ursächlich anzusehen, wenn sie im Verhältnis zu anderen Einzelbedingungen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), BSGE 1, 76 ff.). Der Begriff der rechtlich wesentlichen Bedingung ist ein Wertbegriff. Die Frage, ob eine Bedingung für den Erfolg wesentlich ist, beurteilt sich nach dem Wert, den ihr die Auffassung des täglichen Lebens gibt ([BSGE 12, 242, 245](#)). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und Erkrankung ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Hierunter ist eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Gewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann ([BSGE 45, 285, 286](#)).

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 Voraussetzungen positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, die reine Möglichkeit genügt nicht.

Nach diesen Maßstäben, die der Senat zugrunde legt, lässt sich eine Gesundheitsstörung am Knie der Klägerin bzw. am Kreuzband nicht auf den Arbeitsunfall (mit-)ursächlich zurückführen. Dipl.-Med. K hat einen entsprechenden Kausalzusammenhang nicht überzeugend begründet. Er führt dazu lediglich aus: "Da die Versicherte nach eigenen Angaben zum damaligen Zeitpunkt nach dem Sturz ebenfalls über Kniebeschwerden klagte, diese aber nicht untersucht worden sind, ist seitens des Gutachters mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Partialruptur des Kreuzbandes zum damaligen Zeitpunkt aufgetreten. Dies wird auch durch die Untersuchungen 1997, 1999, 2001 bei Arthroskopie des linken Kniegelenks belegt. Zur damaligen Zeit habe nur eine Innenmeniskusläsion mit Sanierung vorgelegen, ansonsten keine weiteren Veränderungen im Kniegelenk".

Insoweit weist Prof. Dr. S in Übereinstimmung mit der Aktenlage darauf hin, dass zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfallereignis ein wesentlicher pathologischer Befund am Kniegelenk erhoben wurde. Unzureichend sind im Nachhinein von der Klägerin dazu abgegebene Erklärungen zu Schmerzen zur Zeit des Unfallereignisses: nach Darstellung von Prof. Dr. S wäre eine blutige Ergussbildung zu erwarten gewesen, das Kniegelenk hätte dick angeschwollen und wenig beweglich gewesen sein müssen. Entsprechende Befunde in der Umgebung des Unfallereignisses für die nötige Entwicklung einer partiellen vorderen Kreuzbandruptur fehlen zum Beleg eines Erstschadens nach dem Unfall. Schon von daher ist ein Kausalzusammenhang nicht nachzuweisen, wie Prof. Dr. S überzeugend ausgeführt hat. Insoweit gibt es tatsächlich nach Aktenlage keinerlei objektive Befunde dafür.

Allerdings gibt es Umstände, die gegen diesen Kausalzusammenhang sprechen. Als andere Erklärung kommt ein Überlastungssyndrom der unteren Extremitäten der Klägerin in Betracht. Soweit hat Prof. Dr. S nachvollziehbar ausgeführt, es komme wegen der hohen Last, die insbesondere auf den Kniegelenken liege, zu einer langsamen Überdehnung der vorderen Kreuzbandfasern und damit zu einer chronischen Schädigung des vorderen Kreuzbandes. Hier ist der pathologische Befund auf beiden Seiten zu erheben.

Die Beurteilung von Dipl.-Med. K ist auch insoweit nicht überzeugend, als er die Eintragung in der Karteikartenzusammenfassung von Dr. S am 12. Februar 2009 nicht gewürdigt hat. Danach ist die Klägerin zeitlich nach dem Unfall am 28. Oktober 2007 und unfallunabhängig auf das linke Knie gefallen.

Soweit Prof. Dr. S sein chronisches Schmerzsyndrom aufgrund der Angaben der Klägerin zugrunde legt, ist dieses ebenfalls nicht auf den Arbeitsunfall bzw. auf dessen Folgen auf (mit-)ursächlich zurückzuführen. Prof. Dr. S hat dieses als unfallunabhängige Gesundheitsstörung beschrieben, hat einen Kausalzusammenhang mit dem Unfall nicht begründen können, obgleich er auch insoweit sachkundig dargestellt hat, dass auf orthopädisch-rheumatologischen Fachgebiet chronische Schmerzsyndrome durchaus diagnostiziert und behandelbar sein können. Nicht zuletzt chronisch-entzündliche Erkrankungen wie die rheumatoide Arthritis und Spondylitis ankylosans sind danach Erkrankungen, die auf diesem Fachgebiet regelmäßig behandelt werden. Soweit ein chronisches Schmerzsyndrom als Folge eines Knochenbruchs der Lasten tragenden Extremitäten aus unterschiedlichen Gründen entstehen können, so durch eine Falschgelenkbildung, eine chronische Knochenentzündung oder durch ein Complex Regional Pain Syndrom, wurden diese Fragestellungen bei der Klägerin mit dem Ergebnis untersucht, dass keines dieser Krankheitsbilder bei der Klägerin vorliegt. Bereits aus diesem Grund ist nachvollziehbar, dass der Sachverständige ein anamnestisch ermitteltes Schmerzsyndrom als unfallunabhängige Gesundheitsstörung beurteilt. Insoweit ist der Vortrag des Prozessbevollmächtigten der Klägerin mit Schriftsatz vom 14. August 2008, bei der Klägerin handele es sich um typische Nozizeptorschmerzen eine unbelegte Behauptung. Die Klägerin leidet nach Prof. Dr. S nicht an einer entzündlichen Gelenkerkrankung und weist auch nicht eine fehlgesteuerte Nozirezeption auf. Dies konnte aufgrund der klinischen und der röntgenologischen Befunde eindeutig festgestellt werden. Zu einer anderen Beurteilung ist auch Dipl.-Med. K nicht gelangt.

Der Senat sieht sich zu weiteren Ermittlungen, insbesondere zur Einholung eines Schmerzgutachtens nicht gedrängt. Die Beurteilung eines Schmerzsyndroms fällt im vorliegenden Fall in das Fachgebiet von Prof. Dr. S, der auf seine insoweit bezogene Fachkunde hingewiesen hat. Er hat wie dargestellt überzeugend dargelegt, dass der Arbeitsunfall nicht wesentliche Ursache des Schmerzsyndroms der Klägerin ist, da die hierfür auf orthopädischem Fachgebiet vorauszusetzenden Erkrankungen nicht vorliegen.

Der erneut von der Klägerin gestellte Antrag, nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) ein schmerztherapeutisches Gutachten von Dr. G einzuholen, ist erneut abzulehnen. Zwar muss auf Antrag des Versicherten ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werden ([§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Allerdings ist das Antragsrecht der Klägerin verbraucht. Sie hatte den Antrag zur Anhörung des Facharztes für Orthopädie Dipl.-Med. K gestellt, dem der Senat gefolgt war. Ein besonderer Grund für die Anhörung mehrerer Ärzte kann zwar darin liegen, dass es sich um Spezialisten handelt, wobei jeder für sein Sachgebiet Stellung nehmen soll. Allerdings muss im Einzelfall dargetan werden, warum der neue Gutachter in dem konkreten Fall zusätzliche entscheidende Kenntnisse hervorbringen kann (Meyer-Ladewig, SGG, 9. Auflage, § 109 Rz. 10 b.). Dies hat die Klägerin nicht getan. Nachdem Prof. Dr. S dargelegt hat, welche Erkrankungen auf orthopädischem Fachgebiet zur Begründung eines Schmerzsyndroms vorliegen müssten und dass diese Erkrankungen bei der Klägerin nicht vorliegen, hat dieser nicht dargelegt, warum Dr. G als Spezialist für Schmerztherapie zusätzliche entscheidende Erkenntnisse hervorbringen könnte.

Dessen ungeachtet würde die Zulassung des Antrages zur Verzögerung der Erledigung des Rechtsstreits führen, von daher kann das Gericht den Antrag auch nach [§ 109 Abs. 2 SGG](#) ablehnen. Danach kann das Gericht einen Antrag ablehnen, wenn durch die Zulassung der Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts in der Absicht, das Verfahren zu verschleppen oder aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Diese Voraussetzungen liegen weiterhin vor.

Der Senat hat sich hierzu bereits im Beschluss vom 30. Dezember 2009 geäußert. Hierauf nimmt er Bezug. Soweit die Klägerin schriftsätzlich am 10. Mai 2010 hiergegen ausgeführt hat, sie habe ständig dargelegt, dass sie nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis an extrem starken Schmerzen im linken Bein leide, sie sei davon ausgegangen, dass die vom Gericht bestellten Gutachter – Orthopäden – hierzu eine Aussage treffen könnten; erst als sie habe feststellen müssen, dass die spezialisierten Orthopäden das Vorhandensein einer chronischen Schmerzkrankheit von Arzthopping und der Einstellung des Patienten auf hochpotente Schmerzmedikamente abhängig gemacht haben – Gutachten des Herrn Dipl.-Med. K sei die Klägerin endgültig veranlasst gewesen, mit Schriftsatz vom 04. Dezember 2009 einen Spezialisten für Schmerztherapie zu benennen, ändert dieser Vortrag an der Beurteilung des Sachverhalts nichts. Auch unter Berücksichtigung dessen ist der Senat davon überzeugt, dass der Antrag zur Anhörung von Dr. G aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Die Klägerin hatte Ausführungen des orthopädischen Gutachters Prof. Dr. S ausdrücklich für nicht ausreichend zur Beurteilung ihrer Schmerzen erachtet und hatte bereits in ihrer Stellungnahme zu diesem Gutachten mit Schriftsatz vom 06. November 2008 einen "unabhängigen" Spezialisten für Schmerz- und Palliativmedizin zu hören, beantragt. Die gerichtliche Aufforderung vom 22. Dezember 2008, den Arzt namhaft zu machen, wurde mit Schriftsatz vom 15. Januar 2009 derart beantwortet, dass der Facharzt für Orthopädie Dipl.-Med. K benannt wurde. Dies stellt sich in Ansehung der stetig zuvor angekündigten Beantragung eines Gutachters für Schmerzmedizin und der geäußerten Kritik am orthopädischen Gutachten als grobe Nachlässigkeit dar. Es wäre ihr möglich gewesen, bei dem orthopädischen Gutachter Dipl.-Med. K nachzufragen, ob er aufgrund der gegebenen Umstände die von der Klägerin gewünschte Fachkompetenz hat.

Prof. Dr. hat ausdrücklich die Umstände benannt, die seine Fachkompetenz im konkreten Fall auch auf diesem Fachgebiet begründen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-07-30