

L 6 U 2476/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 26 U 7127/12
Datum
12.05.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2476/15
Datum
18.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 12. Mai 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 nach einer geltend gemachten Verschlimmerung die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 vom Hundert (v. H.).

Er wurde 1969 in den Vereinigten Staaten von Amerika geboren, ist aber auch deutscher Staatsangehöriger. Bei der H. AG in K. wurde er zum Maschinenschlosser ausgebildet. Am 19. Mai 1987 beendete er die Arbeit gegen 15:30 Uhr und begab sich mit seinem Motorrad auf den Heimweg. Gegen 15:55 Uhr befuhr er die Bundesstraße 202 von R. in Richtung S. in S ... Vor ihm fahren zwei Personenkraftwagen (Pkw). Der vordere wollte nach links in Richtung S. abbiegen, was er durch Betätigen des Fahrtrichtungsanzeigers anzeigte. Der Kläger, der zum Überholen angesetzt hatte, kollidierte mit diesem Pkw, schleuderte durch die Luft und prallte auf den linksseitig verlaufenden asphaltierten Radweg. Anschließend wurde er mit dem Notarztwagen in die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses P. in P. gebracht, wo nach dem Durchgangsarztbericht des Chefarztes Dr. S. eine subkapitale Humerusfraktur rechts, ein Kreuzbandausriss im rechten Knie und ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert wurden. Ein starker Druckschmerz sei in der oberen Halswirbelsäule mit einer Bewegungsaufhebung im Atlanto-occipital- und -axialgelenk geäußert worden. Ein Druckschmerz und ein Hämatom hätten sich am rechten Humeruskopf gezeigt. Am rechten Mittelfuß sei eine Prellmarke erkannt worden. Eine Schwellung und ein Druckschmerz mit Erguss über dem rechten Kniegelenk hätten vorgelegen.

Die Ausbildung zum Maschinenschlosser setzte der Kläger nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 2. September 1987 fort und legte die Abschlussprüfung Ende Januar 1989 erfolgreich ab. Er erreichte anschließend das Fachabitur und betrieb das Studium des Maschinenbaus bis zum Vordiplom. Von Januar bis Mitte Dezember 1993 hielt er sich im Nordosten der Republik Z., der heutigen Demokratischen Republik K., auf. Vor seiner Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) war er noch wenige Tage in den kenianischen Städten N. und M ... Eine ambulante Untersuchung von Priv.-Doz. Dr. B., Institut für Tropenmedizin des Universitätsklinikums T., Ende Dezember 1993 ergab keinen Nachweis einer Krankheit tropischer oder subtropischer Länder. Von August 1994 bis Juli 1996 besuchte der Kläger die M.-Schule in A., einer Fachschule für Technik, wo er zum Maschinentechniker, Schwerpunkt Entwicklungstechnik, ausgebildet wurde. In dessen 1996 nahm er auf den Philippinen das dreijährige Masterstudium der Missionswissenschaft auf und bemühte sich anschließend darum, eine Vollzeitätigkeit als Entwicklungshelfer und Theologe auszuüben. Zuletzt lebte er dort in Q. und ging einer geringfügigen Beschäftigung als Büromitarbeiter im missionarischen Dienst nach. Im Juni 2008 kehrte er wieder dauerhaft in die BRD zurück. Aktuell lebt er, getrennt von seiner mittlerweile geschiedenen Ehefrau, die als Ärztin im Entwicklungsdienst tätig war, mit seinem mittlerweile erwachsenen Sohn, der sich noch in einer Ausbildung befindet, gemeinsam in einer Mietwohnung in der siebten Etage eines Hauses mit Aufzug in S ... Er ist als Product-Lifecycle-Management-Consultant an einem Arbeitsplatz in der elektronischen Datenverarbeitung unter Verwendung eines höhenverstellbaren Schreibtisches und eines orthopädischen Bürostuhles vollschichtig tätig. Anträge auf Teilzeitarbeit wurden abgelehnt.

Dr. S., der im Auftrag der B., einer Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden: Beklagte), auch das so genannte "Erste Rentengutachten" nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 8. Dezember 1987 erstattet hatte, stellte als wesentliche Unfallfolgen eine geringe Bewegungseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und des rechten Knies fest. Der rechte Arm habe seitwärts/körperwärts 170-0-30° (links: 180-0-30°) bewegt werden können. Die Beugung und Streckung des rechten Kniegelenkes sei bis 130-0-0° (140-0-0°) möglich gewesen. Neben subjektiven Beschwerden hätten weiter eine Kapselschwellung des rechten Knies und eine

Muskelminderung des rechten Beines vorgelegen. Die MdE bewertete er vom 2. September 1987 bis zum Tag der Untersuchung und anschließend bis 8. Juni 1988 mit 20 v. H. Danach betrage sie 10 v. H.

Mit Bescheid vom 17. Februar 1988 stellte die Beklagte das Ereignis vom 19. Mai 1987 als Arbeitsunfall fest. Als Folgen dieses Versicherungsfalls wurden eine geringe Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, der rechten Schulter und des rechten Knies mit subjektiven Beschwerden in Form von Schmerzen bei Bewegungsabläufen, eine Kapselschwellung am rechten Knie, eine 18 cm lange bogenförmige reizlose Narbe an der Innenseite der Kniescheibe, deren Konturen verstrichen sind, eine Muskelminderung des rechten Beines und eine geringe Steilstellung der Halswirbelsäule berücksichtigt. Weiter wurde dem Kläger ein Recht auf Rente nach einer MdE von 20 v. H. ab 2. September 1987 eingeräumt.

Nach dem stationären Aufenthalt des Klägers in der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums E. vom 9. bis 24. November 1989 diagnostizierte der Direktor Prof. Dr. G. eine Pseudarthrosenbildung der Densspitze mit atlanto-axialer Ventralluxation.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. B., Facharzt für Chirurgie, ein so genanntes "Zweites Rentengutachten". Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 6. Juni 1988 führte er aus, es habe im Bereich des rechten Schulter- und rechten Kniegelenkes jeweils keine Bewegungseinschränkung mehr bestanden. Die Kapselschwellung des rechten Kniegelenkes habe ebenfalls nicht mehr vorgelegen. Die subjektiven Beschwerden hätten sich gebessert. Die MdE sei mit 10 v. H. einzuschätzen.

Dr. L., Direktor der Neurologischen Klinik der Städtischen Kliniken D., begutachtete den Kläger im Auftrag der Beklagten am 26. März 1990. Bei dem Unfallereignis im Mai 1987 habe er sich neben den Verletzungen der Extremitäten, ein Schädel-Hirn-Trauma, zumindest vom Grad einer Commotio cerebri, zugezogen sowie ein Halswirbelsäulentrauma mit einer Fraktur des Dens axis und einer Instabilität der Verbindung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbelkörper. Diese Wirbelsäulenverletzung sei anfangs nicht erkannt worden. Neben den beschriebenen Einschränkungen der Kopfbeweglichkeit habe sich als Residuum noch eine durchgehende halbseitige Sensibilitätsstörung, insbesondere im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus trigeminus rechts, ergeben, was als Lokalbefund des oberen Halsmarks beziehungsweise der absteigenden spinalen Trigeminafasern zu sehen sei. Die Sensibilitätsstörung sei funktionell bedeutungslos und bedinge für sich keine MdE. Die bei der elektrophysiologischen Zusatzbegutachtung durch den Oberarzt der Klinik Dr. D. erhobenen Befunde ließen keine Halsmarkschädigung oder sonstige medulläre Störung erkennen. Sekundärkomplikationen lägen auch nicht durch das Schädelhirntrauma vor. Demnach ergebe sich derzeit keine messbare MdE aufgrund von das neurologische Fachgebiet betreffenden Gesundheitsstörungen.

Mit Bescheid vom 14. November 1990 gewährte die Beklagte dem Kläger ein Recht auf Rente nach einer MdE von 100 v. H. vom 9. November 1989 bis 8. April 1990 und nach einer solchen von 30 v. H. ab 9. April 1990. Zudem erkannte sie eine erhebliche Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule nach operativ versorgtem Bruch des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbelkörpers mit Bandschädigung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbelkörper, Narben am rechten Knie und über den Dornfortsätzen der Halswirbelsäule sowie eine halbseitige Sensibilitätsstörung in Form einer Empfindungsstörung im Bereich des Nervus trigeminus, also dem vorderen Hirnnerv, als Folgen des Versicherungsfalls an. Die Instabilität im Bereich der Halswirbelsäule sei zwischenzeitlich durch einen Knochenspan verblockt worden.

Dr. K., Direktor der Unfall- und Chirurgischen Klinik D., begutachtete den Kläger im Auftrag der Beklagten am 10. Oktober 1991. Nach seinen Ausführungen hätten als Folgen des Unfalls von Mai 1987 eine Einschränkung der Bewegungsfähigkeit der Halswirbelsäule und des Kopfes, eine Narbenbildung im Bereich des Nackens bei dem Zustand nach einer operativ versorgten Falschgelenkbildung nach Bruch des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbelkörpers mit daraus resultierenden Restbeschwerden, glaubhafte Beschwerden nach knöchern folgenlos ausgeheiltem Oberarmkopfbuch rechts, eine Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines in Folge einer muskulär nicht völlig kompensierten anteromedialen Instabilität des rechten Kniegelenkes nach einer komplexen Bandverletzung und einem Ausriss des Kreuzbandhöckers, verbliebene Restempfindungsstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus trigeminus 1 bis 3 rechts, Narbenbildungen, röntgenologische Veränderungen sowie sonstige glaubhafte Beschwerden des Klägers vorgelegen. Durch die zwischenzeitlich erfolgte Metallentfernung im Bereich der Halswirbelsäule sei keine wesentliche Befundänderung eingetreten. Die Schulternackermuskulatur sowie diejenige der Ober- und Unterarme seien jeweils seitengleich ausgebildet und tonisiert gewesen. Die Beweglichkeit in beiden Schultergelenken sei frei gewesen. Die Hockstellung habe bis 110° Flexion in beiden Kniegelenken eingenommen werden können. Bei endgradiger Beugung seien Schmerzen im rechten Kniegelenk angegeben worden. Die Beweglichkeit im linken Kniegelenk sei frei gewesen. Die funktionellen Ausfälle entsprächen im Wesentlichen denjenigen des letzten Vorgutachtens, sodass keine wesentliche Befundänderung vorliege. Die MdE betrage nach wie vor 30 v. H.

Im September 1995 machte der Kläger eine Verschlimmerung der Unfallfolgen geltend. Die Beklagte beauftragte Dr. L., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, sowie den Facharzt für Orthopädie B. mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 29. Mai 1996 führten sie aus, an Unfallfolgen hätten eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule, besonders für die Drehbewegungen nach rechts und links und für die Kopfseitneigung, eine Kapselinstabilität des rechten Schultergelenkes mit Auskugelungstendenz bei freier Beweglichkeit, Narben am Beckenkamm und rechten Kniegelenk sowie röntgenologische Veränderungen an der Halswirbelsäule, am rechten Oberarmkopf und am rechten Kniegelenk vorgelegen. Im Vergleich zum maßgeblichen Vorgutachten von März 1990 sei eine wesentliche Befundänderung nicht festzustellen gewesen. Insbesondere sei es zu keiner Funktionsverschlechterung gekommen. Die seither aufgetretenen Auskugelungen des rechten Schultergelenkes stellten für sich allein keine wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen dar. Die MdE werde mit 30 v. H. eingeschätzt. Am gleichen Tag wurde der Kläger von Dr. K., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, im Rahmen eines Zusatzgutachtens untersucht. Nach ihren Ausführungen hätten auf ihren Fachgebieten eine subjektiv empfundene Minderung der Schmerz- und Berührungsempfindungen der rechten Gesichts- und Körperhälfte mit wechselhafter, nicht typischer Begrenzung sowie gelegentliche Spannungskopfschmerzen bestanden. Für ein über eine Commotio cerebri, also eine Hirnerschütterung, hinausgehende Hirnbeteiligung habe sich zu keinem Zeitpunkt ein Anhalt gefunden. Eine später durchgeführte kernspintomografische Untersuchung habe keine Hirnverletzungsfolgen gezeigt. Für eine Beeinträchtigung des Rückenmarks im Bereich des Operationsgebietes der Wirbelsäule habe sich bei mehrfachen kernspintomografischen Untersuchungen kein Anhalt ergeben. Gegenüber der Voruntersuchung durch Dr. L. im Frühjahr 1990 habe sich keine Befundänderung ergeben. Die MdE schätze sie auf unter 10 v. H. Mit Bescheid vom 21. August 1996 lehnte es die Beklagte daher ab, dem Kläger ein Recht auf eine Rente nach einer höheren MdE als 30 v. H. einzuräumen.

Im Dezember 2005 beantragte der Kläger, vertreten durch seinen Schwiegervater, die teilweise Rücknahme der Bescheide vom 14. November 1990 und 21. August 1996 sowie die Gewährung einer Rente nach einer MdE von mehr als 30 v. H., hilfsweise wegen einer eingetretenen Verschlechterung.

Die Beklagte beauftragte Priv.-Doz. Dr. K., Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen (BG-)Unfallklinik D., mit der Erstattung eines chirurgischen Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Klägers am 14. August 2006 führte er aus, nach Aktenlage sei eine Instabilität des rechten Schultergelenkes mit rezidivierenden Luxationen bei angegebenem Erstereignis im November 1992 dokumentiert. Eine computertomografische Untersuchung des rechten Schultergelenkes Anfang April 1995 habe eine große Hill-Sachs-Delle am Oberarmkopf und eine leichte Einkerbung am unteren Schulterpfannenrand ohne sicheren Nachweis einer B.-Läsion ergeben. Aufgrund der rezidivierenden posttraumatischen vorderen Schulterluxation rechts mit computertomografisch nachgewiesener Hill-Sachs-Läsion und vorderer B.-Läsion mit einer Erweiterung der Kapsel sei Mitte Juli 1996 in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums A. eine Operation nach B. der rechten Schulter durchgeführt worden. Er habe bei der Begutachtung Narben im Bereich der Halswirbelsäule, des rechten Schultergelenkes, des linken hinteren Beckenkammes und der Vorderseite des rechten Kniegelenkes, eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule, eine Bewegungseinschränkung und Instabilität des rechten Schultergelenkes mit einer Tendenz zur Auskugelung, eine Instabilität des rechten Kniegelenkes sowie radiologische Veränderungen an der Halswirbelsäule und am rechten Schultergelenk festgestellt. Im Vergleich zu der maßgeblichen Vorbegutachtung im März 1990 hätten eine Narbe an der Vorderseite des rechten Schultergelenkes als Zustand nach einer Operation nach B. Mitte Juli 1996, eine Instabilität des rechten Schultergelenkes mit Auskugelungstendenz, eine Einschränkung der Beweglichkeit und eine radiologische Veränderung im Bereich des rechten Schultergelenkes mit nun einliegenden Nahtankern bei dem Zustand nach einer Operation nach B. bestanden. Die vom Kläger als zunehmend beschriebene Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule sei in dem Gutachten von März 1990 in einem bereits vergleichbaren Ausmaß angeführt worden. Das in diesem Bereich einliegende Material sei zwischenzeitlich entfernt worden. Hinsichtlich des rechten Kniegelenkes sei es zu keiner Änderung der Unfallfolgen gekommen. Zusammenfassend sei es lediglich im Bereich des rechten Schultergelenkes zu einer wesentlichen Änderung der Unfallfolgen gekommen, so dass er die MdE auf 40 v. H. schätze. Das Vorneigen/Rückneigen der Halswirbelsäule und das Seitneigen rechts/links jeweils bis 20-0-10° sowie das Drehen rechts/links bis 20-0-20° vorgenommen worden. Die Streckung und Beugung beider Kniegelenke sei identisch bis 5-0-140° demonstriert worden. Das Bewegungsausmaß des rechten Schultergelenkes hinsichtlich der Seitwärtsbewegung habe sich im Seitenvergleich um 50° reduziert dargestellt. Ebenso deutlich habe sich die Einwärtsbewegung bei um 90° abduziertem Oberarm gezeigt. Die übrigen Bewegungsebenen seien lediglich als leichtgradig eingeschränkt festgestellt worden. Die Bewegungsmaße des rechten Armes hätten seitwärts/körperwärts 130-0-20° (180-0-30°), rückwärts/vorwärts 40-0-160° (50-0-140°) sowie Arm auswärts-/einwärts drehen bei anliegendem Oberarm 70-0-90° (80-0-90°) und bei um 90° seitwärts abgehobenem Arm 80-0-40° (90-0-80°) betragen. Die Handgelenke seien frei beweglich gewesen.

Dr. L., Chefärztin der Neurologie der BG-Unfallklinik D., erstattete ein nervenärztliches Zusatzgutachten. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 14. August 2006 führte sie aus, nach wie vor hätten sich seitens des nervenärztlichen Fachgebietes keine Unfallfolgen objektivieren lassen. An Medikamenten habe er Voltaren und Ibuprofen eingenommen. Die MdE liege auch weiterhin unter 10 v. H. Priv.-Doz. Dr. K. ging daraufhin von einer Gesamt-MdE von 40 v. H. aus.

Dr. P., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, ging in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von Oktober 2006 darauf ein, die Operation nach B. sei wegen einer bestehenden rezidivierenden posttraumatischen vorderen Schulterluxation rechts durchgeführt worden. Sie sei erfolgt, um eine weitere Verrenkung des Schultergelenkes zu verhindern. Nach den postoperativen Berichten sei es zu keinen weiteren Luxationen gekommen, weshalb die Operation erfolgreich gewesen sei. Trotz der bei der Begutachtung von Priv.-Doz. Dr. K. vorgefundenen Instabilität des Schultergelenkes sei es nicht gerechtfertigt, von einer fortbestehenden Auskugelungstendenz zu sprechen. Es könne sehr wohl gleichzeitig eine Bewegungseinschränkung eines Gelenkes und eine Neigung zu einer Luxation bestehen. Aufgrund der durchgeführten B.-Operation sei davon auszugehen, dass bedingt durch diese bereits eine gewisse Bewegungseinschränkung vorgelegen habe, eine Tendenz zur Luxation jedoch nicht mehr. Dr. H., Oberarzt der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums A., habe Mitte Januar 1997 eine freie Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes beschrieben. Demgegenüber habe der Orthopäde Z. im März 2000 eine nur mögliche Abduktion des rechten Schultergelenkes bis 130° festgestellt. Im Übrigen sei die von Priv.-Doz. Dr. K. erhobene Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenkes nach seinem Messbogen insgesamt als gering zu bezeichnen. Sie müsse nicht zwangsläufig zu einem augenfälligen Zeichen einer Mindernutzung des rechten Armes führen. Der Umstand, dass keine Minderung des Muskelweichteilmantels am rechten Ober- und Unterarm vorgelegen habe, könne nicht als Indiz dafür genommen werden, dass möglicherweise die im Messbogen genannten Funktionsmaße unrichtig seien. Darüber hinaus seien die festgestellten Veränderungen im Vergleich zu dem maßgeblichen Vorgutachten von März 1990 nicht im Sinne einer wesentlichen Änderung des Zustandes der Unfallfolgen zu werten. Die MdE betrage weiterhin 30 v. H.

Auf Nachfrage der Beklagten, auch zur Bewertung der Funktionsstörungen der Wirbelsäule, äußerte Priv.-Doz. Dr. K. ergänzend, das Segmentprinzip sei ihm im Rahmen der Begutachtung nicht bekannt gewesen. Eine MdE von 30 v. H. sei danach zutreffend. Soweit nach dem nervenärztlichen Gutachten die Vorwärtsbewegung rechts bei guter Kraftentwicklung diskret schwächer als links habe durchgeführt werden können, weise dies nicht eine unwesentliche Funktionseinschränkung der rechten Schulter nach. Bei jener Begutachtung habe lediglich eine orientierende Beschreibung der Schulterbewegung stattgefunden. Nach der Operation nach B. der rechten Schulter sei es wieder zum Auftreten von Schulterluxationen und einer zunehmenden Bewegungseinschränkung der rechten Schulter gekommen. Der Orthopäde Z. habe eine Einschränkung der Abduktion bis 130° beschrieben. Seit Ende Mai 1996 habe jedoch keine erneute unfallchirurgische Begutachtung stattgefunden. Nach wie vor gehe er von einer Gesamt-MdE von 40 v. H. aus, wobei 30 v. H. auf die Funktionsstörungen der Halswirbelsäule und 10 v. H. auf diejenigen der rechten Schulter entfielen. Im Bereich der Halswirbelsäule lägen degenerative Veränderungen mit spondylophytären Ausziehungen, betont in C4/5 und C5/6, Osteochondrosen in den Segmenten C4/5 und C5/6, eine diskrete linkskonvexe Fehllage der Wirbelsäule und medial betonte Bandscheibenprotrusionen in den Abschnitten C3/4, C4/5 und C5/6 vor, welche unfallunabhängig seien.

Mit Bescheid vom 8. Februar 2007 stellte die Beklagte daraufhin ein Recht des Klägers auf Rente nach einer MdE von 40 v. H. ab 1. Januar 2001 fest. Der Zustand nach der Schulterausrenkung rechts mit einer Auskugelungstendenz des Oberarmkopfes aus der Gelenkpfanne sowie einer Bewegungseinschränkung des rechten Armes bei der Seitwärts- und Einwärtsbewegung habe sich verschlechtert. Die tatsächlichen Verhältnisse hätten sich ab März 2000 geändert, als Dr. Z. eine Einschränkung der Seitwärtsbewegung der rechten Schulter mit 130° objektiviert habe. Der Einwand der Verjährung werde jedoch für Leistungen von diesem Datum bis Ende dieses Jahres geltend

gemacht. Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 2. August 2007 zurückgewiesen.

Hiergegen erhob der Kläger, der zum damaligen Zeitpunkt seinen Wohnsitz in N. am N. begründet hatte, Klage beim Sozialgericht (SG) D., welches im Verfahren S 16 U 226/07 Dr. S., Leitender Oberarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie des J.-E.-Krankenhauses in N., mit Erstattung eines Gutachtens beauftragte. Nach der ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 9. Juli 2008 gelangte auch er zu der Einschätzung der Gesamt-MdE mit 40 v. H. ... Der Zeitpunkt des Eintritts der Verschlechterung werde nach retrospektiver Einschätzung mit der klinischen gutachterlichen Untersuchung Mitte August 2006 verknüpft. Nach dem Befundbericht von Dr. H. habe bei der letzten Untersuchung der Zustand nach einer Schulterstabilisation rechts mit einer freien Beweglichkeit des Schultergelenkes und einer durch die Operation bedingten reduzierten Außenrotation bestanden. Eine zunehmende Einschränkung der Seitwärtsbewegung der rechten Schulter sei erst mittels der Begutachtung durch Priv.-Doz. Dr. K. dokumentiert. Der Bewegungsumfang der rechten Schulter sei aktuell gutachterlich wegen der subjektiven Schmerzsymptomatik bei geführter Bewegung und nach weichem Anschlag nicht exakt objektivierbar gewesen. Gegen eine dauerhafte Gebrauchseinschränkung des rechten Armes sprächen die seitengeleichte Bemuskulatur der Ober- und Unterarme, die symmetrische Beschleunigung der Handinnenflächen und der regelrechte altersentsprechende Knochenmineralsalzgehalt der Schultergelenke im Seitenvergleich. Unter Berücksichtigung der klinischen Gelenkstabilität sei eine höhere MdE bezüglich der Störungen des rechten Schultergelenkes nicht angezeigt. Die Beschwerden der Halswirbelsäule nach der erfolgten Fusionsoperation hätten auch nach Entfernung des Implantats nicht nachgelassen. Beklagt worden seien Schmerzen im Genick infolge einer fast vollständigen Einschränkung der Bewegung des oberen Wirbelsäulenabschnittes. Bei der klinischen Untersuchung habe sich inspektorisch eine regelrechte Schwingung der Halswirbelsäule bei seitengleich aufgebauter Muskulatur gefunden. Die spontane Beweglichkeit des Kopfes sei durch eine Halsstütze eingeschränkt gewesen. Eine Asymmetrie der Haltung habe nach deren Ablage nicht bestanden. Bei geführter Prüfung sei eine gesteigerte Abwehrspannung vorgenommen worden. Eine hochgradige Einschränkung der aktiven und geführten Bewegung Rotation in beide Richtungen mit einer Abwehrspannung bei den Neutral- sowie Inklinations- und Reklinationsstellungen sei erkannt worden, jeweils rechts und links 10-0-10°. Die Seitneigebewegung sei nur angedeutet möglich gewesen. Die Bewegung Arm rückwärts/vorwärts sei rechts aktiv bis 20-0-100° (25-0-160°) und geführt bis 25-0-120° (20-0-170°) erfolgt, diejenige Arm seitwärts/körperwärts aktiv bis 90-0-30° (160-0-30°) und passiv bis 120-0-30° (170-0-30°) sowie jene Arm auswärts/einwärts, bei anliegendem Oberarm, aktiv bis 15-0-90° (30-0-90°) und mit Unterstützung 25-0-90° (30-0-90°) vorgenommen worden.

Das SG D. veranlasste des Weiteren ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten bei Dr. B., welcher den Kläger am 5. August 2008 untersuchte. Neurologische Komplikationen seien unfallnah nicht beschrieben worden. Bei einer Densfraktur mit daraus resultierender Wirbeldislokation sei eine Schädigung des Rückenmarks im Sinne einer hohen Querschnittslähmung zu diskutieren. Einen Hinweis hierfür habe sich jedoch zu keinem Zeitpunkt ergeben. Die beklagte Sensibilitätsstörung im Gesicht passe anatomisch ohnehin nicht zu einer entsprechenden Schädigung. Der Nervus trigeminus durchlaufe als Hirnnerv die Schädelbasis, sei also völlig unabhängig vom Rückenmark, wobei auch im Bereich der Hirnnerven objektive Ausfälle zu verneinen seien. Der Kornealreflex sei seitengleich lebhaft gewesen. Eine gewisse Gesichtsasymmetrie sei allerdings gegeben. Sie entspreche aber keinem neurologischen Schädigungsbild. Eine messbare MdE bestehe auf seinen Fachgebieten nicht. Das SG D. wies die Klage mit Urteil vom 16. Dezember 2008 ab, ohne dass ein Rechtsmittel eingelegt wurde.

Am 26. April 2010 machte der Kläger wiederum eine Verschlimmerung seiner Unfallfolgen geltend.

Dr. R., Leitender Arzt der Orthopädie des Zentrums für ambulante Rehabilitation in S., hatte nach der ganztägig ambulanten Behandlung des Klägers vom 18. März bis 20. April 2010 ein chronisch rechtsbetontes Halswirbelsäulensyndrom bei sensomotorischem Defizit nach einer C2-Fraktur 1987 und einer nachfolgenden dorsalen Stabilisierung der pseudarthrotischen Densspitze mit atlanto-axialer Ventralluxation durch Autologenknorpelspan und Rosenklammer am 14. November 1989 (ICD-10 M53.1), den Verdacht auf eine Bursitis trochanterica rechts (ICD-10 M70.6) und ein chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom (ICD-10 M54.5) bei muskulären Dysbalancen sowie anamnestisch einen Morbus Scheuermann diagnostiziert. Aufgrund der Beschwerden seitens der rechten Hüfte sei die Gehstrecke eingeschränkt. Der Kläger habe angegeben, eine regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln sei stets notwendig. Er nehme bedarfsweise Ibuprofen, Diclofenac, Naproxen und Orthomol. Er lebe von seiner Ehefrau getrennt und habe einen Sohn im Alter von zwölf Jahren, der in seinem Haushalt lebe.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. E. ein chirurgisches Gutachten. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 11. November 2010 führte er aus, an Unfallfolgen bestünden noch der Zustand nach einer Densverplattung mit Spondylodese im Segment C1/2, ein posttraumatischer Bandscheibenvorfall im Bereich C5/6 als mittelbare Unfallfolge wegen einer Einsteifung, eine posttraumatische Schulterinstabilität bei dem Zustand nach einer Fraktur und offenen B.-Versorgung, eine schmerzhafteste Schultersteife rechts, eine Retropatellararthrose rechts bei einer Knieinstabilität rechts nach offener Kreuzbandrefixation tibial mit einer persistierenden vorderen Kreuzbandinsuffizienz. Unfallunabhängig hätten eine Lumboischialgie mit rechtsbetonter Neurologie und eine Coxitis rechts vorgelegen. Das Vor-/Rückneigen der Halswirbelsäule sei mit 0-0-5°, das Seitneigen rechts/links mit 5-0-5° und das Drehen rechts/links mit 0-0-0° gemE. worden. Der rechte Arm habe seitwärts/körperwärts 50-0-0° (links: 125-0-0°) bewegt werden können. Die Maße für die Bewegung Arm rückwärts/vorwärts hätten rechts 10-0-90° (0-0-125°) ergeben. Bei anliegendem Oberarm sei der rechte Arm auswärts/einwärts bis 40-0-50° (80-0-110°) bewegt worden. Daten für diese Funktionsprüfung bei seitwärts um 90° abgehobenem Oberarm seien nicht erhoben worden. Die Beugung und Streckung des rechten Kniegelenkes sei bis 140-0-0° (145-0-0°) möglich gewesen. Die MdE schätze er weiter mit 40 v. H. ein.

Dr. R. erstattete im Auftrag der Beklagten ein nervenärztliches Gutachten. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 17. November 2010 führte er aus, er habe angeführt, an Medikamenten Diclofenac, 50 mg, bis zu viermal täglich, Ibuprofen, 600 mg, zwei bis viermal je Tag, Naproxen, 500 mg, drei Tabletten am Tag bei Bedarf, Tetracepan, 50 mg nach Bedarf, Tolperison, 50 mg, bis zu dreimal je Tag sowie Prednisolon, 40 bis 60 mg täglich für die Dauer von vier Tagen nach Bedarf einzunehmen. Auf sämtliche Arzneimittel greife er nach eigener Einschätzung zurück. Eine Beratung in der Schmerzambulanz des K.-Krankenhauses in S. sei geplant. Seit gestern besitze er ein Tens-Gerät. Zwei- bis dreimal in der Woche erhalte er krankengymnastische Übungen. Häufig werde er von seinem Hausarzt gequaddelt. Die Densfraktur sei erst im Verlauf nachgewiesen worden. Mitte November 1989 sei eine dorsale Stabilisierung mit autologem Knochenspan und einer Rosenklammer durchgeführt worden. Bei den bisherigen Begutachtungen auf nervenärztlichem Fachgebiet sei eine Hypästhesie der gesamten rechten Körperhälfte einschließlich des Gesichts ohne funktionelle Relevanz festgestellt worden. Bei der von ihm durchgeführten neurologischen Untersuchung habe sich eine ausgeprägt eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule gezeigt. Der

Kläger habe eine Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte angegeben. Ob einer Bewegungseinschränkung der rechten Schulter und einem Schultertiefstand rechts sei eine Atrophie und eine Minderinnervation der Muskulatur der rechten Schulter erkannt worden. Es sei eine Hypästhesie am rechten Unterarm und über den Narben angegeben worden. Die durchgeführten Zusatzuntersuchungen, einschließlich einer Hirnstromableitung und elektrophysiologischer Erhebungen, seien unauffällig gewesen. Bis auf die angegebene Hypästhesie in der rechten Gesichtshälfte und im Bereich der rechten Hand sei damit von einem unauffälligen neurologischen Befund auszugehen. Den Sensibilitätsstörungen komme keine wesentliche funktionelle Bedeutung zu. Eine MdE auf nervenärztlichem Fachgebiet sei weiterhin nicht anzunehmen.

Mit Bescheid vom 25. Januar 2011 lehnte es die Beklagte ab, dem Kläger eine Rente nach einer höheren MdE als 40 v. H. einzuräumen. Der nach der Musterung bei der Bundeswehr festgestellte Tauglichkeitsgrad T5 (nicht wehrdienstfähig) stehe in keiner Beziehung zu der nach dem Recht der Unfallversicherung zu bewertenden MdE. Als Unfallfolge nicht anerkannt wurden der Zustand nach einem Morbus Scheuermann und degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule im Sinne von Bandscheibenvorwölbungen in den Segmenten C3/4 bis C5/6.

Im Widerspruchsverfahren lag der Beklagten der Bericht von Prof. Dr. S., Stellvertretender Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Leiter der Sektion Unfallchirurgie des Universitätsklinikums H., über die ambulante klinische Untersuchung des Klägers vom 22. September 2011 vor. Er habe angegeben, täglich Morphin, 90 mg, Gabapentin, 400 mg, dreimal je Tag und Naproxen, 500 mg einzunehmen. Hinzu komme bei Bedarf Voltaren. Eine Schmerzevaluation in der Schmerzabteilung bei Prof. Dr. S. sei vorgesehen. Diagnostiziert wurde unter anderem ein komplexes Schmerzsyndrom. Am Vortag habe er sich in der Endoprothesensprechstunde vorgestellt und unter anderem über ein deutliches Instabilitätsgefühl des rechten Kniegelenkes geklagt, weshalb eine Bandage getragen worden sei. Prof. Dr. G., Facharzt für Neurochirurgie, berichtete über die ambulante Untersuchung des Klägers am 29. September 2011, bei der sich klinisch habe sich eine nicht auf ein Dermatome bezogene Schmerzsymptomatik gefunden habe. Nach wiederholtem Befragen sei ein primärer nacken- und wechselnd seitenbetonter Schulterschmerz geäußert worden. Im Bereich der rechten oberen Extremität hätten die streckseitig betonten Parästhesien des Armes und der Hand, insbesondere der Finger D3 bis D5, dominiert. Es habe das Bild einer ausgeprägten unfallbedingten Plexusschädigung, einschließlich massiver sensomotorischer Defizite und eines chronischen neuropathischen Schmerzes, bestanden.

Hierzu von der Beklagten befragt, äußerte Dr. W. in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme von Oktober 2012, im Rahmen einer kernspintomografischen Untersuchung des rechten Kniegelenkes von Dezember 2010 sei eine Knorpelschädigung im Bereich des lateralen Kniegelenkkompartimentes und eine Innenmeniskusschädigung bei intakten Kreuzbändern dokumentiert worden. Eine Indikation zur Arthroskopie des Hüftgelenkes oder Implantation einer Endoprothese sei nicht gesehen worden. Die subjektiv beschriebene Instabilität des rechten Kniegelenkes habe sich klinisch nicht nachvollziehen lassen. Die dokumentierte vordere Schublade sei noch im Normbereich gewesen. Es sei eine konservative Therapie empfohlen worden. Hinsichtlich des rechten Kniegelenkes hätten diskrepante Befunde bestanden. Im September 2011 sei von Prof. Dr. S. eine klinisch nicht nachvollziehbare subjektive Instabilität dokumentiert worden. Der kernspintomografische Befund des rechten Kniegelenkes habe hingegen keine Bandläsion ergeben. Daher sei fraglich, inwiefern eine vordere Kreuzbandinsuffizienz vorgelegen habe. Der Befundbericht von Dr. W., Facharzt für Allgemeinmedizin, von Dezember 2011 dokumentiere ein unverändert schweres chronisches Schmerzsyndrom mit einer Dauertherapie mittels Opiaten, Naproxen und Gabapentin. Angaben zu Funktionsstörungen der Gelenke lägen nicht vor. Eine kernspintomografische Untersuchung der Halswirbelsäule habe eine Bandscheibenvorwölbung in den Segmenten C4/5 und C5/6 ohne Einengung der Nervenfenster ergeben. Im Bereich des Rückenmarks habe sich keine Veränderung gezeigt. Damit lasse sich auch bildtechnisch ein Fortschreiten der Degeneration der Bandscheiben im Bereich der Halswirbelsäule nicht nachweisen. Die Beweglichkeit in diesem Wirbelsäulenabschnitt sei bereits im vorbestehenden maßgeblichen Gutachten erheblich eingeschränkt gewesen. Prof. Dr. G. habe Ende September 2011 nach der klinischen Untersuchung eine unfallbedingte Plexusschädigung mit einem chronisch-neuropathischen Schmerzbild angenommen. Eine erneute elektrophysiologische Untersuchung zu deren Verifizierung sei jedoch nicht erfolgt. Sämtliche Vorbefunde, welche den neurologischen Status beinhalteten, hätten demgegenüber keinen Hinweis auf eine solche Gesundheitsstörung ergeben. Die elektrophysiologische Untersuchung im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch Dr. R. etwa habe keinen Anhalt hierauf erbracht. Eine traumatische Plexusschädigung komme nicht erst mehr als zwanzig Jahre nach dem Unfallereignis zum Tragen. Bisher sei auf neurologischem Fachgebiet kein Hinweis für eine neurologische Schädigung, abgesehen von den geklagten Sensibilitätsstörungen, gefunden worden. Daher stehe der Befundbericht von Prof. Dr. G. in erheblicher Diskrepanz zu sämtlichen Vorbefunden. Zudem sei dieser nicht mittels einer elektrophysiologischen Untersuchung objektiviert worden. Selbst die den Kläger behandelnde Neurologin Dr. M. habe bei zwei neurologischen Untersuchungen im Juli 2011 hinsichtlich des rechten Armes unter Einbeziehung elektrophysiologischer Untersuchungen lediglich diskrete Zeichen einer chronisch-neurogenen Schädigung des Nervus medianus nachgewiesen. Der Nervus ulnaris rechts sei hingegen als unauffällig beschrieben worden. Dr. M. habe folglich ebenfalls elektrophysiologisch keinen Hinweis auf eine Plexusläsion gefunden. Damit stehe auch dieser Untersuchungsbefund im Widerspruch zu demjenigen von Prof. Dr. G. ... Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Druck- und Klopfschmerz seien als unfallunabhängig zu werten. Insoweit hätten keine Verletzungen vorgelegen, welche auf eine Einwirkung in diesem Bereich hindeuteten. Diese hätten nur den Bereich der Halswirbelsäule betroffen. Die Veränderungen im Bereich des Hüftgelenkes seien ebenfalls als unfallunabhängig zu werten. In dieser Körperregion habe der Kläger ebenfalls keine Verletzung erlitten. Mittels kernspintomografischer Untersuchungen seien vorauseilende Verschleißumbauten nicht nachgewiesen worden. Hinweise für abgelaufene traumatische Veränderungen hätten sich nicht gefunden. Zusammenfassend sei nach den vorliegenden Befundberichten eine zunehmende Verschlimmerung der funktionellen Einschränkungen nicht feststellbar. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei unverändert erheblich eingeschränkt. Die Bewegung des rechten Schultergelenkes sei beeinträchtigt. Hinsichtlich des rechten Kniegelenkes sei keine durchgehende Instabilität beschrieben worden. Nach dem kernspintomografischen Befund seien intakte Kreuzbänder dokumentiert, so dass eine höhergradige Instabilität nicht plausibel sei. Eine dauerhafte chronische Reizung des Kniegelenkes sei nicht festgestellt worden. Hinsichtlich der neurologischen Ausfallerscheinung bestehe unverändert eine Sensibilitätsstörung. Die Plexusparese, welche Prof. Dr. G. aufgeführt habe, habe sich im Rahmen von elektrophysiologischen Untersuchungen durch zwei unterschiedliche Neurologen nicht bestätigt. Auffallend sei der hohe Schmerzmittelverbrauch des Klägers mit Einnahme von Opiaten, Gabapentin und peripheren Antiphlogistika. Dieser Umstand sei bisher in der Beurteilung der Unfallfolgen nicht wesentlich gewürdigt worden. Die MdE von 40 v. H. rechtfertige sich allein aus der Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, der Schulter und der endgradigen Funktionsstörung des rechten Kniegelenkes. Gegebenenfalls solle eine psychiatrische Zusatzbegutachtung veranlasst werden, um das chronische Schmerzsyndrom genau zu verifizieren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11. Dezember 2012 wies die Beklagte gleichwohl den Widerspruch zurück. Hiergegen hat der Kläger, der zwischenzeitlich seinen Wohnsitz nach S. verlegt hatte, am 27. Dezember 2012 Klage beim dort ansässigen SG erhoben.

Im Klageverfahren ist der Bericht des Oberarztes M. der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des K.-Krankenhauses S. von November 2012 vorgelegt worden. Der Kläger befinde sich seit Ende November 2010 in ambulanter schmerztherapeutischer Behandlung. Aktuell werde eine Kombinationstherapie mit einem Opioid und einem atypischen Antikonvulsivum durchgeführt. Darunter sei es zu einer zufriedenstellenden Schmerzkontrolle gekommen, so dass der Kläger einer vollzeitigen Arbeitstätigkeit nachgehen könne. Die Medikation habe unter anderem aus Morphin, 90 mg und Gabapentin, 1.200 mg, jeweils als Tagesdosis, bestanden. Eine begleitende psychologische Psychotherapie sei vom Kläger bislang abgelehnt worden. Es bestünden erhebliche Belastungsmomente durch die häusliche Situation als alleinerziehender Vater und die Vollzeitbeschäftigung im Kontext der chronifizierten Schmerzerkrankung. Die adäquate Teilhabe am Sozialleben sei in hohem Maß beeinträchtigt. Der Kläger habe eine Behandlungsmotivation präsentiert und seine Selbstwirksamkeit eingebracht.

Dr. M. hat Ende Oktober 2013 berichtet, diagnostisch handele es sich um ein chronisches, therapieresistentes Schmerzsyndrom nach einer Densfraktur und einer Spondylodese im Segment C1/2, einer Brachialplexusläsion rechts sowie einer subkapitalen Humerusfraktur rechts mit im Vordergrund stehenden Einschränkungen der Beweglichkeit in der Halswirbelsäule und rechten Schulter, Schwäche des rechten Armes, Störung in der Feinmotorik und der Geschicklichkeit der rechten Hand und ausgeprägten Gefühlsstörungen im rechten Arm, distalbetont, insbesondere an den Fingern D3 bis D5 rechts. Die Schmerzen und Lähmungserscheinungen bestünden seit dem Unfall, mit einer Besserung sei nicht zu rechnen. Weiter sei der Kläger durch die schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit in der Lendenwirbelsäule und durch die leichte Fußheber- und Kniestreckerchwäche sowie den Schmerzen mit einem neuralgischen Charakter im Sinne einer therapieresistenten Saphenusneuropathie rechts in seiner Steh- und Gehfähigkeit sowie bei Arbeiten in gebeugter Körperhaltung stark eingeschränkt.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers Ende Juni 2013 hat Prof. Dr. R. ausgeführt, als Hauptdiagnose lägen chronische neuropathische Schmerzen rechts vor. Diese sollten mittels einer Schmerztherapie behandelt werden. Besprochen worden sei eine Neuromodulation mittels einer epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS), um die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter zu behandeln.

Das SG S. hat von Dr. H. ein orthopädisches Gutachten und von dem Facharzt für Neurologie und Psychotherapie M. ein Zusatzgutachten eingeholt. Letzterer hat nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 3. April 2014 ausgeführt, er habe eine Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie im rechten Arm und Bein angeführt, welche neurologisch nicht sicher einer organischen Schädigung zuzuordnen gewesen seien. Demonstriert habe er weiter eine diffuse Lähmung des rechten Armes, welche neurologisch nicht als organische Lähmung plausibel sei und psychiatrisch nicht eindeutig als dissoziative Störung eingeordnet werden könne. Weiter habe eine chronische Schmerzstörung vorgelegen, am ehesten im Rahmen der orthopädischen Unfallfolgen. Der Kläger habe bei der Untersuchung eine Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte angeführt. Darüber hinaus habe er in dieser Körperregion Schmerzattacken angegeben, die von der Phänomenologie dezidiert neurologisch keiner Trigeminusneuralgie entsprächen. Es habe die entsprechende Triggerung durch Außenreize gefehlt. Die einzelnen Schmerzattacken dauerten bis zu einer Viertelstunde, was ebenfalls dezidiert gegen eine solche Gesundheitsstörung spreche. Es habe sich allerdings auch keine andere eindeutige organische Ursache für diese Symptomatik gefunden. Kernspintomografische Untersuchungen des Kopfes hätten beim Kläger keinen Hinweis auf eine intrazerebrale Schädigung ergeben. Gutachterlich sei bereits in der Vergangenheit von Dr. B. darauf hingewiesen worden, dass es sich bei dem Trigeminusnerv um einen Hirnnerv handele, welcher nicht primär im Bereich der Halswirbelsäule geschädigt werden könne. Es fehlten zudem andere Anzeichen für dessen Beeinträchtigung. Eine Hirnstammschädigung sei zu keinem Zeitpunkt bei einer Kernspintomografie gesehen worden. Die Sensibilitätsstörung im Gesicht sei begrenzt durch die Mittellinie, was eine organische Ursache sehr unwahrscheinlich mache. Der Kläger habe eine leichte Gesichtasymmetrie, welche häufig vorkomme. Eine Fazialisparese habe sich bei ihm, in Übereinstimmung mit allen neurologischen Befunden nach Aktenlage, nicht feststellen lassen. Er habe eine Verschlechterung seiner Sprechweise in den letzten fünf bis zehn Jahren angegeben, was er auf eine Schwäche seines rechten Mundwinkels zurückgeführt habe. Demzufolge müsste in diesem Bereich eine zusätzliche Gesichtslähmung vorliegen, was nicht der Fall sei. Bei der aktuellen Untersuchung sei zudem keine undeutliche Sprechweise aufgefallen. Der Kläger habe sich sehr deutlich und zu jedem Zeitpunkt verständlich ausdrücken können. Eine Dysarthrie habe sich neurologisch nicht erheben lassen. Ebenso wenig habe sich für eine Sensibilitätsstörung im Bereich des rechten Armes eine eindeutige neurologische Erklärung gefunden. Die demonstrierten Lähmungen in diesem Bereich hätten sich nicht verifizieren lassen. Zum einen habe die Angabe des sensiblen Defizits im Laufe der verschiedenen neurologischen Untersuchungen sehr variiert. Der Kläger habe eine Kraftminderung demonstriert und zwar faktisch aller Muskeln des rechten Armes von den Armbeugern über die -strecker und die Fingerbeuger, -aduktoren und -abduktoren sowie Handstrecker. Es habe sich ausschließlich eine leichte Muskelatrophie im Bereich des rechten Oberarmes gezeigt, sicherlich bedingt durch die Schonhaltung wegen der Schulterbeschwerden. Die Hände seien ansonsten hinsichtlich der Bemuskulung ebenso seitengleich gewesen wie die Unterarme. Die demonstrierte Schwäche sei sehr unwahrscheinlich. Darüber hinaus schließe ein völlig unauffälliger Reflexbefund an beiden Armen, wie er auch nach Aktenlage immer wieder erhoben worden sei, letztlich eine Plexusparese rechts als Erklärung für die demonstrierten Paresen aus. Elektrophysiologisch seien zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden, die weder eindeutig ein Nervenkompressionssyndrom belegten noch klar eine Schädigung der langen Bahnen objektivierten. Unterschiede in den Amplituden bei den somatosensibel evozierten Potentialen (SSEP) erklärten keinen organischen Befund. Diese seien sehr artefaktanfällig. Allein eine mangelnde Entspannung bei der Untersuchung erniedrige die Potentiale. Insgesamt gäbe es keinen handfesten eindeutigen klinisch-neurologischen Befund. Es habe sich beim Kläger auch keine chronische Schmerzstörung feststellen lassen, welche die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren rechtfertigte. Möglicherweise hätten die Auseinandersetzungen mit seiner Ehefrau während der Trennungsphase beim Kläger zu einer Verstärkung des Schmerzerlebens geführt, weil neuerdings wohl eine intensivere Schmerzbehandlung stattfindenden Angesichts multipler demonstrierter neurologischer Befunde, welche sich nicht organisch erklären ließen und die aller Wahrscheinlichkeit nach auch im Alltag des Klägers nicht so empfunden würden, sei die Diagnose einer psychosomatischen Mitverursachung der Schmerzen ansonsten schwierig zu stellen. Wenn überhaupt, sei als Ursache eher die Trennungssituation anzunehmen, zumal die eigentliche Schmerztherapie erst danach eingeleitet worden sei. Auf nervenärztlichem Fachgebiet sei weiterhin von einer MdE unter 10 v. H. auszugehen. Entgegen der Darstellung von Prof. Dr. S. entspreche das dargestellte Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Gesichtshälfte keiner Trigeminusneuralgie. Die Schmerzcharakteristik sei hierfür untypisch. Zudem fehlten die Auslösefaktoren. Im Gegensatz zu seiner Auffassung bestehe auch keine Brachialplexusläsion rechts. Aus dem Befundbericht von Dr. H. von April 2010, welcher Hinweise auf eine Minderung der Amplitude des motorischen und sensiblen Antwortpotenzials des Nervus

medianus rechts gemE. habe, sei keine eindeutige Pathologie abzuleiten. Dr. M. habe zwar ebenfalls eine Brachialplexusläsion rechts angenommen. Die von ihr erhobenen Befunde seien jedoch widersprüchlich. Ende Juli 2011 habe sie den Hirnnervenstatus als unauffällig beschrieben. Möglicherweise habe der Kläger die sonst angegebene Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte nicht angeführt und sicher ebenfalls nicht die Schwäche im rechten Mundwinkel. Es sei auch keine Auffälligkeit im Bereich des rechten Armes geschildert worden. Von ihr sei über Untersuchungen der Armmerven mit unauffälligem Medianus-SSEP sowie nicht als pathologisch zu bezeichnenden Leitungsgeschwindigkeiten für den Nervus medianus und den Nervus ulnaris beidseits berichtet worden. Elektrophysiologisch könne hieraus kein Hinweis auf eine Plexusschädigung entnommen werden. Worauf sich ihre Diagnose einer Armplexusschädigung stütze, sei damit nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. G. habe keinen Reflexbefund beschrieben, weshalb seine Schlussfolgerungen nicht schlüssig seien.

Nach der ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 4. Februar 2014 hat Dr. H. kundgetan, bei ihm hätten knöcherne Verletzungen des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbels mit Osteosynthese und Metallentfernung, ein anhaltendes Bewegungsdefizit der Halswirbelsäule, eine subkapitale Humerusfraktur rechts, welche primär konservativ behandelt und später eine Labrumrefixation der rechten Schulter erfolgt sei, ein Ausriss der Eminentia intercondylaris mit operativer Refixation, eine einfach positive unidirektionale Instabilität des rechten Kniegelenkes, Brachialgien am rechten Arm mit Schonhaltung, Stressfrakturen im rechten Mittel- und Vorfuß sowie eine Schmerzchronifizierung vorgelegen. Die schmerzhafte Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule und die Bewegungsstörung der rechten Schulter seien auf den Unfall zurückzuführen. Ein eindeutiges neurologisches Defizit sei sich nach dem nervenärztlichen Gutachten jedoch nicht belegt. Am rechten Kniegelenk habe sich sowohl klinisch als auch radiologisch nur ein geringfügiger Befund mit einer minimal eingeschränkten Beugefähigkeit des Kniegelenkes um 10° und einer einfachen unidirektionalen Instabilität gezeigt. Die MdE schätze er mit 40 v. H. ein, resultierend aus den Folgen der Verletzung der Halswirbelsäule, welche er mit einer Teil-MdE von 30 v. H. bewerte und der eingeschränkten Mobilität der rechten Schulter, welche eine Teil-MdE von 20 v. H. zur Folge habe. Eine Abweichung zum Gutachten von Dr. E. ergebe sich nicht. Die Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule sei mit einem aufgesetzten Messhelm erfolgt, mit die die Beweglichkeit in allen Bewegungsebenen gemE. worden sei. Die passiv geführte habe für das Vornüberneigen und das Rückführen bei der Prüfung des Kinn-Jugulum-Abstandes Werte unter 5° ergeben. Die Rotation rechts/links sei bis 4-0-2° erfolgt, die Seitneigung rechts/links habe jeweils nicht bis 5° vorgenommen werden können. Seitidentisch habe damit eine weitgehend starre Haltung der Halswirbelsäule bestanden, limitiert durch ein deutliches muskuläres Gegenspannen beim Erreichen der Bewegungsgrenzen. Dieses habe einen reflektorischen Charakter gehabt. Die Beweglichkeit habe sich im Wesentlichen mit derjenigen bei früheren Untersuchungen gedeckt. Die passiv geführte Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes sei beim Vorwärtshoben des Armes bis 50° möglich gewesen, danach seien Schmerzen angeführt und gegengespannt worden. Gleiches sei beim Arm auswärts-/einwärts drehen aufgetreten, was bis jeweils 40° vorgenommen worden sei. Abgespreizt worden sei der rechte Arm bis knapp 50°. An der rechten Schulter habe sich damit eine Limitierung der Beweglichkeit primär durch ein muskuläres Gegenspannen, jedoch nicht durch einen kapsulär festen Endanschlag gezeigt. Das Bewegungsmuster in unbeobachteten Situationen habe auf ein grundsätzlich bestehendes Bewegungsdefizit hingewiesen. Impingementtests hätten rechts nicht sinnvoll durchgeführt werden können. Beim Prüfen der Kraft gegen einen Widerstand habe sich rechts kein eindeutiger Kraftverlust in allen Bewegungsebenen erkennen lassen. An beiden Schultergelenken habe sich weder eine Schwellung noch eine Entzündungssymptomatik gezeigt. Eine wesentliche Muskelminderung des rechten Oberarmes oder eine deutliche Atrophie der Muskeln der Rotatorenmanschette habe nicht bestanden. Die Handgelenke hätten handrückenwärts/hohlhandwärts bis 50-0-50° (70-0-80°) und ellenwärts/speichenwärts bis 20-0-20° (40-0-15°) bewegt werden können. Passiv hätten der Daumen und die Langfinger komplett gebeugt und gestreckt werden können. Aktiv seien Bewegungsschmerzen angegeben worden. Damit habe sich an der rechten Hand passiv kein Funktionsverlust gezeigt. Beim Aus- und Wiedereinkleiden seien die Finger der rechten Hand mit eingesetzt worden. Der Kläger habe sich mit einem relativ kraftvollen Händedruck mit der rechten Hand bei hängendem Arm und angebeugtem Ellbogengelenk verabschiedet. Die Grob- und Feinmotorik beider Hände habe damit nicht beeinträchtigt erschienen. Die Beugung und Streckung der Kniegelenke sei bis 130-0-0° rechts (140-0-0°) erfolgt. Beim Prüfen der Stabilität der Kniegelenke mit dem Aircast Rolimeter habe die Auslenkung rechts 6 mm und links 3 mm betragen. Damit habe am rechten Kniegelenk eine einfach positive anteriore Instabilität vorgelegen. Eine hintere Schublade sei nicht erkannt worden. Eine Instabilität des medialen und lateralen Kapselbandapparates habe an beiden Kniegelenken nicht bestanden. Das Heben und Senken beider Füße sei bis 20-0-40° gelungen. Das untere Sprunggelenk habe wie das obere in seiner Gesamtbeweglichkeit keine Einschränkung erfahren. Ein stabiler innen- und außenseitiger Kapselbandapparat habe vorgelegen. Es sei lediglich ein Druckschmerz im Bereich der lateralen Fußwurzel rechts und am Fußaußenrand geäußert worden. Die Mobilität der Zehen sei unauffällig gewesen. Die vom Kläger beschriebene stumpfförmige Minderempfindung der rechten unteren Extremität habe sich nicht eindeutig einem Dermatome zuordnen lassen. Er habe den Untersuchungsraum frei laufend betreten. Angelegt gewesen sei eine elastische Orthese am rechten Knie mit seitlichen Verstärkungsstangen und Scharnieren. Während der 80 Minuten dauernden Befragung sei er überwiegend ruhig auf einem Stuhl gesessen. Zweimal sei er für einen Wechsel der Position aufgestanden. Auffallend gewesen sei weiterhin, dass der Kopf und die Halswirbelsäule in starrer Stellung gerade gehalten worden seien. Der Kläger habe mit der Rückseite zur Tür des Untersuchungszimmers gesessen. Bei der Begrüßung sei der Kopf nicht rotiert worden, sondern der gesamte Oberkörper nach rechts gedreht worden. Sonst sei in spontanen und unbeobachteten Situationen ebenfalls eine starre Haltung des Kopfes eingenommen worden. Hierbei seien wiederum die Halswirbelsäule und die rechte obere Extremität nicht bewegt worden. Folglich habe ein konsistentes Bewegungsverhalten bestanden.

Daraufhin hat der Kläger die Stellungnahme von Dr. W. von Juli 2014 vorgelegt, wonach ihn dieser seit September 2008 durchgehend und regelmäßig behandle. Über die Jahre hinweg habe bis aktuell eine chronifizierte Schmerzerkrankung mit konstantem Schmerzmittelbedarf bestanden. Die teils wechselnden sensiblen Nervenausfallerscheinungen des rechten Armes könnten auch bei normalen Messungen der Nervenleitungsgeschwindigkeiten gut nachvollziehbar durch die massiven Muskelverspannungen bedingt sein. Hierzu könnten die in der kernspintomografischen Untersuchung der Halswirbelsäule beschriebenen mäßigen Einengungen der Nervenwurzeln in den Segmenten C4/5 und C5/6 beidseitig beigetragen haben. Bekannt sei auch ein häufiger Zusammenhang von chronischen Schmerzen mit depressiven Erkrankungsbildern. Seiner Ansicht nach lägen sämtliche Kriterien für eine chronische Schmerzstörung vor. Die traumatischen körperlichen Vorschädigungen des Klägers mit Schmerzen in mehreren Körperregionen sprächen in der Kausalität für eine solche zusätzliche psychosomatische Genese, welche auch im Sinne einer somatisierten chronischen Depression gedeutet werden könne. Selbstverständlich könnten ein anhaltender Trennungskonflikt mit Ehescheidung und eine chronische Überlastung durch die Krankheit, Arbeit und als alleinerziehender Vater die Symptomatik zusätzlich verstärkt haben. Bei einem solch komplexen Geschehen über Jahre hinweg seien aber einzelne Faktoren kaum noch zu trennen oder gar einzelnen Ereignissen zuzuordnen. Eine Reduktion der Betrachtungsweise auf rein neurologisch messbare körperliche Folgezustände werde der Leidenswirklichkeit des Klägers nicht gerecht.

Dr. M., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat über die ambulante klinische Untersuchung des Klägers Mitte Oktober 2014 berichtet, er habe seit Jahren über Schmerzen im Bereich der Knie und der rechten Schulter geklagt. Aufgrund der massiven

Schmerzsymptomatik sei eine Überweisung zur Röntgentiefenbestrahlung erfolgt. Der Kläger hat weiter den Bericht von Prof. Dr. M., Ärztlicher Leiter der Abteilung Strahlentherapie des Klinikums S. von Dezember 2014 vorgelegt, wonach eine Periarthropathia humerocapularis rechts (ICD-10 M75.0 und M19.91) diagnostiziert worden sei.

Das gegen die Vorsitzende Richterin der 26. Kammer des SG S. erhobene Befangenheitsgesuch des Klägers vom 15. Dezember 2014, mit dem beanstandet worden ist, dass diese ihn darauf hingewiesen habe, sich in einem Termin bei Gericht auch durch einen unterbevollmächtigten Rechtsanwalt vertreten lassen zu können, ist im Verfahren S 10 SF 7200/14 AB mit Beschluss vom 15. April 2015 abgelehnt worden.

In der mündlichen Verhandlung am 12. Mai 2015 hat das SG S. den Kläger gehört. Er hat das Attest von Dr. M. von Mai 2015 vorgelegt, wonach nach langjährigen Schmerzen, verbunden mit einer Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes, sicherlich eine begleitende psychosomatische Komponente vorhanden sei. Das SG S. hat die Klage, mit welcher der Kläger die Feststellungen eines chronischen Schmerzsyndroms sowie Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen der rechten Hand als Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 sowie die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 60 v. H. verfolgt hat, abgewiesen. Die Unfallfolgen seien mit einer MdE von 40 v. H., wie vom Beklagten festgestellt, ausreichend bewertet. Weitere Gesundheitsstörungen seien nicht auf den streitgegenständlichen Versicherungsfall zurückzuführen. Dahinstehen könne, ob überhaupt ein chronisches Schmerzsyndrom vorliege. Der Sachverständige M. habe ein solches nicht objektivieren können. Selbst wenn es vorliege, sei der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfallereignis nicht hinreichend wahrscheinlich. Die intensivierte Schmerztherapie sei zeitlich mit der Trennung von der Ehefrau zusammengefallen. Selbst der behandelnde Hausarzt Dr. W. habe beschrieben, dass es sich um ein komplexes Geschehen handle und über die Jahre einzelne Faktoren kaum noch zu trennen oder einzelnen Ereignissen zuzuordnen seien. Damit spreche nicht mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang. Die neurologischen Ausfallerscheinungen in Form der geklagten Lähmungen und Sensibilitätsstörungen in der Hand seien nicht ausreichend nachgewiesen, was der Sachverständige M. schlüssig aufgezeigt habe.

Gegen die den Bevollmächtigten des Klägers am 2. Juni 2015 zugestellte Entscheidung hat dieser am 11. Juni 2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und im Wesentlichen bereits aktenkundige Berichte der ihn behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorgelegt.

Im Rahmen von § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist Dr. G., Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt worden. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 5. Januar 2017 in der brandenburgischen Stadt G. hat er mitgeteilt, er habe angeführt, Morphin, 30 mg (1-1-1) und zusätzlich noch fünf bis zehn Tropfen zur Nacht, Laxoberal zum Abführen und Naproxen, 500 mg nach Bedarf einzunehmen. Darüber hinaus greife er auf frei verfügbare Stärkungsmittel zurück. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei als massiv in allen Ebenen eingeschränkt beschrieben worden. Er leide an einer Inkontinenz. Nach dem Wasserlassen auf der Toilette komme es nach kurzer Zeit zu einer weiteren spontanen Entleerung von wenig Urin. Der Geschmacks- und Geruchssinn sei ebenfalls beeinträchtigt. Seine Sehfähigkeit habe über einen kurzen Zeitraum eine deutliche Verschlechterung erfahren. Diese Gesundheitsstörungen sehe er bedingt durch die Morphintherapie und somit als indirekte Folge des gegenständlichen Unfallereignisses an. Der Kläger habe den Untersuchungsraum mit einem unrythmischen Gangbild bei leicht verkürzter Schrittweite rechts gegenüber links betreten. Beim Ankleiden sei auffällig gewesen, dass der rechte Arm komplett geschont worden sei. Dies habe nicht nur das Schultergelenk, sondern auch die rechte Hand betroffen. Ein deutlicher Schultertiefstand rechts von etwa 3 cm sei zu erkennen gewesen. Die aktive Bewegungsprüfung im Bereich des rechten Schultergelenkes habe ein Bewegungsausmaß beim Arm heben/-senken seitwärts/körperwärts von 60-0-10° (170-0-30°) und auswärts/einwärts von 20-0-50° (40-0-80°) ergeben. Die Bewegungsprüfung für vorwärts/rückwärts habe ein Bewegungsausmaß von 70-0-0° (170-0-20°) erbracht. Bei der passiven Überprüfung der Beweglichkeit sei ab den oben angegebenen Werten mit der Muskulatur aktiv gegengespannt worden. Die Umfangmaße der rechten oberen Extremität hätten 15 cm oberhalb und 10 cm unterhalb des äußeren Oberarmknochens 37 und 32,5 cm (38 und 31,5 cm) betragen, in Höhe des Ellenbogengelenkes beidseits 32 cm sowie am Handgelenk und an der Mittelhand ohne Daumen 19 und 24 cm (19,5 und 23,5 cm). Im Bereich der Halswirbelsäule habe sich das Bewegungsausmaß für das Vor- und Rückneigen und die Seitrotation rechts und links mit jeweils 20-0-20° sowie die Seitneigung rechts und links mit 10-0-10° ergeben. Die Prüfung der Brust- und Lendenwirbelsäule habe ein Bewegungsausmaß mit Seitneigung rechts und links von 20-0-30°, Seitrotation rechts und links von 20-0-20° und einem Finger-Boden-Abstand von 50 cm ergeben. Die Streckung und Beugung des rechten Kniegelenkes habe bis 0-0-120° (0-0-130°) vorgenommen werden können. Die Prüfung der Seitenbänder habe seitengleich stabile Verhältnisse erbracht. Bei der Überprüfung der Kreuzbänder habe sich rechtsseitig ein vermehrtes Spiel für die vordere Schublade gezeigt. Die Umfangmaße 20 und 10 cm oberhalb des rechten inneren Kniegelenkspaltes hätten 61 und 52 cm (63 und 53,5 cm) ergeben, in Höhe der Kniescheibenmitte 44,5 cm (46 cm), 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes 44 cm (43,5 cm), am kleinsten Umfang des Unterschenkel beidseits 26 cm sowie im Bereich des Knöchels 31 cm (30 cm). Die Taillendreiecke seien verschoben gewesen. Bei der Untersuchung des Schädelbereiches sei eine Sensibilitätsstörung der rechten Wangenregion bis zur Oberlippe und bis zum rechten mittleren Drittel des Kinns angegeben worden. Das Pfeifen habe eine symmetrische Ausbildung der Mundmuskulatur gezeigt. Das Lächeln habe ebenfalls keine Seitendifferenzen hinsichtlich der Mimik ergeben. Im Bereich des rechten Schultergelenkes sei im Verlauf des Sulcus bicipitalis eine 13 cm lange Narbe nach operativer Versorgung erkannt worden. Bezüglich der linken hinteren Beckenregion habe sich eine ebenfalls etwa 13 cm lange reizlose und gut verschiebliche Narbe nach Entnahme von Knochenmaterial gefunden.

Aktuell hätten eine operative Versteifung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbelkörper mit Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Ebenen, eine knöchern konsolidierte Oberarmfraktur rechts mit operativer Stabilisierung des rechten Schultergelenkes und einer Einschränkung der Beweglichkeit in allen Ebenen, ein knöcherner Ausriss des vorderen Kreuzbandes mit operativer Refixation und einem vermehrten ligamentären Spiel, eine Arthrose des rechten Hüftgelenkes mit Belastungsschmerzen und einer Bewegungseinschränkung, eine Funktionsbeeinträchtigung und eine Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Hand beziehungsweise Finger, ein Schmerzsyndrom mit der regelmäßigen Einnahme von Morphin und nichtsteroidalen Antirheumatika sowie ein degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom vorgelegen. Die ersten drei Gesundheitsstörungen seien nach dem gerichtlichen Gutachtensauftrag als Anknüpfungstatsachen ungeprüft als Unfallfolge zugrunde zu legen. Hinsichtlich der Arthrose des rechten Hüftgelenkes sei ein primärer Unfallschaden im Bereich dieser Körperregion weder in der Vergangenheit dokumentiert noch anhand der durchgeführten Untersuchungen belegt worden. Die kernspintomografische Untersuchung der Radiologen Dr. E. und Dr. B. Anfang Juli 2008 habe eine beidseitige Verschmälerung des Gelenkspaltes gezeigt, bei sonst regelrechter Darstellung der Hüftgelenke. Dr. S. habe im

Dezember 2009 eine chronische Entzündung des Schleimbeutels im Bereich des rechten Trochanters und den Verdacht auf eine Kapsulitis bei einer Coxalgie diagnostiziert. Er habe weiter dokumentiert, dass die Beschwerden des rechten Hüftgelenkes Mitte 2007, also fast zwanzig Jahre nach dem angeschuldigten Ereignis aufgetreten seien. Eine primäre Ursache sei bei dieser Konstellation nicht in dem Unfallereignis zu sehen. Es fänden sich auch keinerlei Geschehensfolgen, welche zu Auswirkungen im Bereich des rechten Hüftgelenkes hätten führen und die Beschwerden als mittelbare Unfallfolge erklären könnten. Bei fehlendem Nachweis eines primären Körperschadens, einem langen symptomfreien Intervall und dem Beleg von degenerativen Veränderungen könne die Beschwerdesymptomatik sogar mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einem Verschleißleiden und damit als unfallunabhängig angesehen werden. Eine konstante Ausprägung des Beschwerdebildes hinsichtlich der Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Hand beziehungsweise Finger sei nicht dokumentiert, die im Verlauf als Begründung für dieses Beschwerdebild dienen könne. Bei den neurologischen Begutachtungen sei jeweils kein somatischer Schaden nachgewiesen worden. Die durchgeführten Messungen zeigten keine entsprechenden Defizite. Es habe sich auch keine Übereinstimmung mit der leicht abgeschwächten Messung des Nervus medianus auf der rechten Seite durch Dr. M. gefunden. Ein Anhalt für einen Schaden im Bereich des Nervengeflechtes am rechten Arm habe sich nicht ergeben. Solche Befunde äußerten sich zeitnah zum angeschuldigten Ereignis durch einen sofortigen Funktionsverlust. Weiter zeigten die bildgebenden Dokumente und Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte für einen Schaden im Bereich des Halsmarks, welcher diese Art von Symptomatik hervorrufen könnte. Zuletzt spreche insbesondere auch das wechselnde Ausprägungsbild der angegebenen Sensibilitätsstörungen gegen einen somatischen Schaden. In Übereinstimmung mit den Vorgutachten lasse sich anlässlich der zugrundeliegenden gutachtlichen Untersuchung lediglich eine Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Handgelenkes nachweisen. Ein unfallbedingter Körperschaden lasse sich indes weder als direkte noch als mittelbare Unfallfolge ableiten. Die verordnete Therapie gegen Schmerzen in verschiedenen Bereichen wie der Halswirbelsäule, der Schulter, des Armes und des Kopfes mit Morphin und nichtsteroidalen Antirheumatika werde in Anspruch genommen. Weiterhin habe die vorliegende Dokumentation gezeigt, dass bereits unmittelbar nach dem Unfall und noch vor der operativen Stabilisierung eine entsprechende Beschwerdesymptomatik im Bereich der Halswirbelsäule und des rechten Knies, weniger ausgeprägt im rechten Arm, vorhanden gewesen sei. Wenn zum jetzigen Zeitpunkt sicherlich unfallunabhängige Erkrankungen wie eine Arthrose des rechten Hüftgelenkes, ein Lendenwirbelsäulensyndrom und Kopfschmerzen mitbehandelt würden, könne trotzdem mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass unfallbedingt eine chronische Schmerzstörung mit der Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Schmerztherapie bestehe. Das chronische Lendenwirbelsäulensyndrom mit Nachweis von degenerativen Veränderungen, einschließlich eines Bandscheibenvorfalles, könne demgegenüber mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als unfallunabhängig eingeschätzt werden. Es fehle ein primärer Körperschaden. Die Beschwerden seien erst mit erheblicher zeitlicher Latenz zum Unfallereignis aufgetreten. Es seien keine unfallbedingten Körperschäden vorhanden, welche zu einer vorauseilenden Degeneration des unteren Achsenskeletts hätten führen können.

Im Bereich der Halswirbelsäule habe sich bei seiner Begutachtung im Vergleich zu vorangegangenen Untersuchungen keine wesentliche Änderung des Befundes ergeben. Die Bewegungsausmaße seien annähernd identisch gewesen. Auswirkungen auf die einzuschätzende Höhe der MdE hätten sich nicht ergeben. Ob der hohen Beteiligung des ersten und zweiten Lendenwirbelkörpers an der Gesamtbewegung des Kopfes und der Halswirbelsäule sei bei entsprechender Versteifung eine MdE in Höhe von 30 v. H. vorgesehen. Als Unfallfolgen lägen deren operative Versteifung nach einer Instabilität durch eine Bandverletzung und einer Fraktur der Spitze des Dens axis, eine Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der Halswirbelsäule in allen Ebenen, ein Schmerzsyndrom in diesem Abschnitt der Wirbelsäule mit der Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika und eine reizlose Narbenbildung vor. Hinsichtlich des rechten Schultergelenkes sei eine deutliche Verschlechterung des Bewegungsausmaßes in allen Ebenen und eine leichte Muskelminderung im Bereich der rechtsseitigen Obermuskulatur erhoben worden. Eine wesentliche Änderung im Vergleich zum maßgeblichen Vorgutachten sei festzustellen und mit einer Erhöhung der Einzel-MdE von 10 v. H. auf 20 v. H. zu berücksichtigen. Es habe nunmehr eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen, eine knöchern konsolidierte subkapitale Oberarmfraktur rechts, der Zustand nach einer operativen Stabilisierung bei rezidivierenden Schulter- und Subluxationen, eine Muskelminderung im Bereich der rechtsseitigen Oberarmmuskulatur und eine reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Schultergelenkes vorgelegen. In Bezug auf die Verletzungsfolgen im Bereich des rechten Kniegelenkes sei es durch Vergleich der funktionellen und anatomischen Befunde nicht zu einer wesentlichen Änderung gekommen. Zwar sei das Bewegungsausmaß für die Beugung rechtsseitig endgradig gemindert gewesen. Diese Veränderung habe jedoch keinen Einfluss auf die Funktionalität und damit Bewertung der MdE. Ansonsten hätten sich bereits zum früheren Zeitpunkt eine erstgradige Instabilität des vorderen Kreuzbandes und eine Muskelminderung im Bereich des rechten Beines in etwa identischem Ausmaß gezeigt. Die MdE schätze er daher mit 10 v. H. ein, verglichen mit einem muskulär kompensierten Wackelknie oder einer Bewegungseinschränkung von 0-0-120°, wofür nach der unfallmedizinischen Literatur ein entsprechender Wert vorgesehen sei. Der von ihm erhobene Befund entspreche nach funktionellen Defiziten am ehesten einem solchen bei stabilen Seitenbandverhältnissen und nur erstgradiger vorderer Instabilität bei einer Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels. Als Unfallfolgen hätten eine minimale Einschränkung der Beugefähigkeit im Bereich des rechten Kniegelenkes, ein erstgradiges Spiel im Bereich des vorderen Kreuzbandes, eine Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels und eine reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Kniegelenkes nach einem operativ refixierten knöchernen Ausriss des vorderen Kreuzbandes rechts vorgelegen. Hinsichtlich des chronischen Schmerzsyndroms könne im Vergleich zum maßgeblichen Vorgutachten festgehalten werden, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt starke Schmerzen beklagt worden seien und eine regelmäßige Schmerzmedikation mit nichtsteroidalen Antirheumatika stattgefunden habe. Die Menge habe sich jedoch deutlich erhöht. Zum aktuellen Zeitpunkt seien ein zentral wirksames Analgetikum in Form eines Morphins und zusätzlich nichtsteroidale Antirheumatika in erheblicher Dosis eingenommen worden, worin eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse liege. Für die MdE sei entscheidend, ob eine zusätzliche nachhaltige Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit festzustellen sei. Dies sei insbesondere der Fall, wenn ein Schmerzsymptom auftrete, ohne dass ein relevantes somatisches Funktionsdefizit bestehe. Beim Kläger seien die überragenden Regionen mit Schmerzhaftigkeit (Halswirbelsäule, rechte Schulter) bereits mit einer deutlichen MdE bewertet. Sicherlich bestünden Auswirkungen der deutlichen Morphintherapie im Rahmen der typischen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und der Notwendigkeit der Einnahme von unterstützenden Abführmitteln. Diese seien allerdings nicht mit einer isolierten MdE von 10 v. H. zu bewerten. In Kombination mit den somatischen Unfallfolgen fänden sie ihre Beachtung in der Einschätzung der Gesamt-MdE. Würden die im Jahr 2010 dokumentierten funktionellen anatomischen Befunde verglichen, könne grundsätzlich festgehalten werden, dass diese Veränderungen spätestens im April dieses Jahres vorgelegen hätten. In der Gesamtschau sei es zu einer wesentlichen Änderung zum maßgeblichen Vorgutachten gekommen. Diese betreffe die Beweglichkeit im Bereich des rechten Schultergelenkes sowie die Qualität und Quantität der Therapie des Schmerzsyndroms. Letzteres sei in seiner Veränderung nicht unwesentlich begründet in den funktionellen Defiziten im Bereich des rechten Schultergelenkes beziehungsweise habe wesentlichen Anteil daran. Werde der verbliebene Anteil des allgemeinen Arbeitsmarktes nach Abzug der nicht mehr zugänglichen Teile durch die Verletzung im Bereich der Halswirbelsäule und deren Folgen betrachtet, lasse sich aus den Verschlechterungsmerkmalen keine zusätzliche Erhöhung der

MdE um 10 v. H., also eine Steigerung der MdE auf 50 v. H., begründen. Wesentliche Abweichungen von den sonstigen ärztlichen, gutachtlichen Äußerungen bestünden weder im Hinblick auf die als Unfallfolgen einzuschätzenden pathologischen Befunde noch auf die Einschätzung der aktuellen MdE.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, bislang seien bei ihm nicht sämtliche unfallbedingten Gesundheitsstörungen berücksichtigt worden, insbesondere ein chronisches Schmerzsyndrom, was der Sachverständige Dr. G. untermauere, aber auch die Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen der rechten Hand. Trotz der Gutachtenlage gehe er weiter davon, dass die Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 nunmehr mit einer MdE von mindestens 60 v. H. zu bewerten seien. Bevor er sich von Dr. W. und Dr. M. habe behandeln lassen, habe er in Bezug auf gesundheitliche Beeinträchtigungen, insbesondere ob der Schmerzen, wegen des längeren Auslandsaufenthaltes ab Mitte der 1990er-Jahre bis 2008 lediglich seine Ehefrau, die Ärztin sei, zu Rate gezogen. Das Verhältnis zu ihr sei mittlerweile vollkommen zerrüttet, so dass nach Möglichkeit von ihrer Befragung abzusehen sei. Die geäußerten Schmerzen seien stets abgetan und abgewiegelt worden, gerade weil der Unfall in einem jungen Lebensalter geschehen sei. Spezifische Schmerzzambulanzen seien ihm Ende der 1980er-Jahre als Behandlungsmöglichkeit nicht bekannt gewesen. Zuletzt sei ihm ärztlich empfohlen worden, sich eine Morphinpumpe implantieren zu lassen, wovon er bislang wegen der damit einhergehenden Beeinträchtigungen und Folgen abgesehen habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts S. vom 12. Mai 2015 und den Bescheid vom 25. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2012 aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, ein chronisches Schmerzsyndrom und Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen der rechten Hand als Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 festzustellen und sie zu verurteilen, ihm deswegen unter Abänderung des Bescheides vom 8. Februar 2007 eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 vom Hundert ab 26. April 2010 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, zuletzt habe der Sachverständige Dr. G. ihre Auffassung bestätigt, wonach die Unfallfolgen mit einer MdE von 40 v. H. ausreichend bewertet seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten (9 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand dieses Rechtsmittelverfahrens ist das angefochtene Urteil des SG S. vom 12. Mai 2015, mit dem die als jeweils kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#); vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, [BSGE 108, 274](#) (276)) sowie Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher der Kläger sinngemäß unter Aufhebung des Bescheides vom 25. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2012 die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung eines chronischen Schmerzsyndroms und von Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen der rechten Hand als Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 sowie deren Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 60 v. H. unter Abänderung des Bescheides vom 8. Februar 2007 begehrt hat, abgewiesen wurden. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche vorliegend am 18. Januar 2018 stattfand.

Die Berufung des Klägers ist bereits mangels Zulässigkeit der jeweiligen Anfechtungs- und Verpflichtungsklage unbegründet, soweit mit ihnen unter Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsentscheidungen begehrt worden ist, die Beklagte zu verpflichten, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie Bewegungseinschränkungen und Sensibilitätsstörungen der rechten Hand als Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 festzustellen. Die Sachentscheidungsvoraussetzungen für diese Klageziele, wobei die behördliche Feststellung von körperlichen Bewegungseinschränkungen als unspezifische Befundbeschreibung ohnehin nicht beansprucht werden kann (vgl. Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, juris, Rz. 74), liegen nicht vor. In Bezug auf die jeweilige Anfechtungsklage fehlt es an der Klagebefugnis im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SB 2/06 R](#) -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 5](#), Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) -, [BSGE 90, 127](#) (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R](#) -, juris, Rz. 12). Eine negative Feststellung, dass eine dieser Gesundheitsstörungen nicht Folge des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 ist, wurde mit dem angefochtenen Bescheid vom 25. Januar 2011 nicht getroffen. Die Unzulässigkeit der jeweiligen Anfechtungsklage zieht diejenige der mit ihr kombinierten Verpflichtungsklage nach sich.

Soweit der Kläger mit der Anfechtungs- und Leistungsklage die Beseitigung des ablehnenden Bescheides vom 25. Januar 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Dezember 2012 und die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 60 v. H. ab 26. April 2010 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 unter Abänderung des Bescheides vom 8. Februar 2007 verfolgt hat, ist die Berufung ebenfalls unbegründet, hingegen nicht wegen der Unzulässigkeit der Klage. Denn hinsichtlich dieses Begehrens liegt insbesondere mit dem insoweit angefochtenen Verwaltungsakt eine gerichtlich überprüfbare Behördenentscheidung vor. Der Rechtsbehelf ist in Bezug darauf indes unbegründet. Der ein Recht auf Rente nach einer MdE von mehr als 40 v. H. wegen der Folgen dieses Versicherungsfalls ablehnende Verwaltungsakt, welcher das mit der geltend gemachten Verschlimmerung

des unfallbedingten Gesundheitszustandes im April 2010 in Gang gesetzte Ausgangsverwaltungsverfahren abschloss, ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Grundlage für diesen Klageanspruch ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), der gemäß [§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit der Beklagten auf der Grundlage des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anwendung findet. Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, dieser mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Gemäß [§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) soll der Verwaltungsakt mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten der Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X](#)). Nach [§ 48 Abs. 4 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 44 Abs. 4 SGB X](#) werden Sozialleistungen nach dem SGB VII bei einem auf Antrag mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommenen Verwaltungsakt längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahre vor Antragstellung erbracht; der Zeitpunkt wird von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Antrag gestellt wurde ([§ 48 SGB X](#) wird indes für Renten der gesetzlichen Unfallversicherung durch [§ 73 SGB VII](#), der auch für Versicherungsfälle vor dem 1. Januar 1997 (Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes (UVEG), [BGBl I 1996, S. 1254](#)) Anwendung findet ([§ 73 Abs. 3 Satz 2 SGB VII](#)), spezifisch ergänzt. Ändern sich gemäß [§ 73 Abs. 1 SGB VII](#) aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen die Voraussetzungen für die Höhe einer Rente nach ihrer Feststellung, wird sie in neuer Höhe nach Ablauf des Monats geleistet, in dem die Änderung wirksam geworden ist. Nach [§ 73 Abs. 3 Halbsatz 1 SGB VII](#) ist eine Änderung im Sinne des [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) hinsichtlich der Feststellung der Höhe der MdE nur wesentlich, wenn sie mehr als 5 v. H. beträgt. Bei Renten auf unbestimmte Zeit muss ihre Veränderung länger als drei Monate andauern. Eine wesentliche Änderung setzt daher voraus, dass die Regelung nach den nunmehr eingetretenen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen nicht mehr so getroffen werden dürfte, wie sie ergangen war. Die Änderung muss sich nach dem zugrundeliegenden materiellen Recht auf den Regelungsgehalt des Verwaltungsaktes auswirken. Das ist bei einer tatsächlichen Änderung nur dann der Fall, wenn diese so erheblich ist, dass sie rechtlich zu einer anderen Bewertung führt; bezogen auf die MdE also um mehr als 5 v. H. und für einen längeren Zeitraum als drei Monate (vgl. BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 - [B 2 U 25/11 R](#) -, juris, Rz. 12). Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen ist jede Modifikation des für die getroffene Regelung relevanten Sachverhaltes. In Betracht kommen für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere Änderungen im Gesundheitszustand der Betroffenen (BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 - [B 2 U 11/15 R](#) -, SozR 4-2700 § 56 Nr. 4, Rz. 11 m. w. N.), wobei es zum einen auf die zum Zeitpunkt der letzten bindend gewordenen Feststellung tatsächlich bestehenden gesundheitlichen Verhältnisse ankommt, welche vorliegend auf den Arbeitsunfall vom 19. Mai 1987 beruhen. Diese sind mit den vorhandenen, auf den Versicherungsfall zurückzuführenden Gesundheitsstörungen zu vergleichen (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 10 f., m. w. N. zu einer behördlichen Aufhebungsentscheidung; Schütze, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 48 Rz. 5 f.). Die jeweils bestehenden gesundheitlichen Verhältnisse kommen insbesondere in den medizinischen Gutachten zum Ausdruck, welche zu den Folgen des Versicherungsfalles zum Zeitpunkt der maßgeblich letzten Bewilligung eingeholt worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (68 f.)). Dagegen ist für die Beurteilung der (rechtlichen) Wesentlichkeit der Änderung von dem Tenor des bindend gewordenen Verwaltungsaktes auszugehen (BSG, Urteil vom 13. Februar 2013 - [B 2 U 25/11 R](#) -, juris, Rz. 16).

Bei der mit Bescheid vom 8. Februar 2007 getroffenen Feststellung des Rechts auf Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 40 v. H. ab 1. Januar 2001 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 handelt es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung, da hierdurch in rechtlicher Hinsicht über den Zeitpunkt der Bekanntgabe hinaus eine Wirkung erzeugt wurde (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 1985 - [1 RJ 2/84](#) -, [BSGE 58, 27](#) (28)). In den tatsächlichen Verhältnissen, die bei Erlass dieser Verwaltungsentscheidung vorlagen, ist indes keine Änderung eingetreten, die dazu geführt hat, dass danach eine dauerhafte Verschlechterung der auf den Versicherungsfall zurückzuführenden Gesundheitsstörungen vorgelegen hat, wodurch sich eine MdE von 50 v. H. begründen ließe.

Der Rentenanspruch des Klägers richtet sich vorliegend noch nach den gemäß Art. 35 Ziff. 1, Art. 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes (UVEG; [BGBl I 1996, S. 1254](#)) am 1. Januar 1997 außer Kraft getretenen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO), da sich der Versicherungsfall nicht nach dem 31. Dezember 1996 (Art. 36 UVEG) ereignete ([§ 212 SGB VII](#)) und es sich wegen des mit Bescheid vom 17. Februar 1988 eingeräumten Rechts auf Rente nach einer MdE von 20 v. H. ab 2. September 1987 streitgegenständlich nicht um die erstmalige Feststellung einer solchen Rechtsposition handelt ([§ 214 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#)). Nach § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO wird eine Verletztenrente grundsätzlich nur dann gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit der Verletzten um wenigstens ein Fünftel, also um 20 v. H., gemindert ist. Die zu entschädigende MdE muss über die dreizehnte Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus andauern (§ 581 Abs. 1 Nr. 1 RVO). Die Rente beginnt mit dem Tag nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung (§ 580 Abs. 2 RVO).

Die MdE richtete sich damit vor dem 1. Januar 1997 wie anschließend auch ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Um ihr Vorliegen beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalles in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (65)).

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

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die

in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

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

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurden. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, juris, Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (203) und vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 37), welche die Körperfunktionen der Versicherten beeinträchtigen (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 - [B 2 U 17/15 R](#) -, juris, Rz. 22) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben ist hinsichtlich der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Mai 1987 gegenüber der Sachlage bei Erlass des Bescheides vom 8. Februar 2007, wie sie sich vor allem nach den Begutachtungen durch Priv.-Doz. Dr. K. und Dr. L. jeweils Mitte August 2006 ergab, zwar eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten. Denn das Bewegungsausmaß der Halswirbelsäule und die Beugefähigkeit des rechten Kniegelenkes haben sich verschlechtert. Weiter hat die Dosis der eingenommenen Analgetika zugenommen. Die Änderung ist allerdings nicht wesentlich, die MdE beträgt weiterhin 40 v. H. und unterscheidet sich damit vom Tenor des bindend gewordenen Verwaltungsaktes vom 8. Februar 2007 nicht.

Die mit Bescheid vom 17. Februar 1988 bindend (§ 77 SGG) festgestellte Steilstellung der Halswirbelsäule (ICD-10-GM-2018 M53.8) sowie das von Dr. R. im April 2010 diagnostizierte chronisch rechtsbetonte Halswirbelsäulensyndrom bei sensomotorischem Defizit (ICD-10-GM-2018 M53.1) nach einem Bruch des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbelkörpers mit Bandschädigung zwischen dem ersten und zweiten Halswirbelkörper (ICD-10-GM-2018 S12.1), wie er mit Bescheid vom 14. November 1990 anerkannt wurde, und einer nachfolgenden dorsalen Stabilisierung der pseudarthrotischen Densspitze mit atlanto-axialer Ventralluxation durch Autologenknorpelspan und Rosenklammer im November 1989, wie von ihm umschrieben sowie von den Sachverständigen Dr. H. und Dr. G. bestätigt worden ist, haben zu einer Beeinträchtigung des Leistungsvermögens geführt, welche mit einer Teil-MdE von 30 v. H. ausreichend bewertet ist.

Bei der Beurteilung der Wirbelsäulenfunktion stehen die segmentale Gesamtbeweglichkeit und die Störung der Bewegungssegmente im Mittelpunkt der Einschätzung der MdE (vgl. hierzu und zum Folgenden: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 465 ff.). Kriterien hierfür sind eine stabile oder instabile Ausheilung, eine Ankylose oder Instabilität des Bewegungssegmentes, eine Achsenabweichung mit einem erheblichen Knickwinkel von 25 bis 30°, eine ungenügende Wiederertüchtigung der Haltemuskulatur der Wirbelsäule sowie die Beurteilungen nach Frakturtyp, funktioneller Ausheilung, Veränderung der Statik und der unterschiedlichen Grade der Bandscheibenbeteiligung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der operativen Behandlung. Die Werte zur Ermittlung der MdE beruhen auf dem strukturellen Ausheilungsergebnis, das im Allgemeinen mit der Funktion korreliert. Zu berücksichtigen sind unter anderem der Zustand der Muskulatur in Form einer Atrophie oder Verspannung, statische Veränderungen in den angrenzenden Wirbelsäulenabschnitten, seitliche Achsabweichungen, reproduzierbare, willkürlich nicht zu beeinflussende Fehlhaltungen im Stand und bei der Vorneigung sowie weitere klinische und lokalisierte Schmerzen. Mit Hilfe des Segmentprinzips, also der segmentbezogenen Bewertung nach Weber und Wimmer, können Verletzungen an der Wirbelsäule weiter differenziert werden. Ein stabil verheilte Wirbelbruch mit nur geringer Fehlstatik, also einem Keilwirbel unter 10°, und gegebenenfalls einer Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe ohne wesentliche segmentbezogene Funktionsstörung bedingt eine MdE unter 10 v. H. Ein stabil verheilte Wirbelbruch mit einem leichten Achsknick, mithin mit einem Keilwirbel ab 10° und gegebenenfalls einer Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit einer mäßigen segmentbezogenen Funktionsstörung hat eine MdE von 10 v. H. zur Folge. Für einen stabil verheilten Wirbelbruch, mit einem statisch wirksamen Achsenknick, also einem Keilwirbel über 25°, und gegebenenfalls einer Höhenminderung der angrenzenden Bandscheibe mit einer deutlichen segmentbezogenen Funktionsstörung oder einen verheilten Wirbelbruch mit verbliebener segmentaler Instabilität, welche muskulär teilkompensiert ist, oder eine Versteifung von zwei Segmenten der Lendenwirbelsäule, einschließlich Th12/L1, beziehungsweise der Halswirbelsäule unterhalb von C2 ist eine MdE von 20 v. H. vorgesehen. Ein verheilte Wirbelbruch mit einem statisch wirksamen Achsenknick und einer verbliebenen segmentalen Instabilität, welche muskulär teilkompensiert ist, eröffnet einen MdE-Rahmen zwischen 20 und 30 v. H. Werte darüber können sich bei groben, muskulär nicht kompensierten Instabilitäten oder schwerwiegenden neurologischen beziehungsweise urologischen Unfallfolgen ergeben.

Nach diesen Grundzügen folgt der Senat den medizinischen Einschätzungen von Dr. H. und Dr. G., welche die unfallbedingten Funktionsstörungen des oberen Wirbelsäulenabschnittes beim Kläger aufgrund ihrer Feststellungen aus medizinischer Sicht nachvollziehbar und übereinstimmend mit einer MdE von 30 v. H. bewertet haben. Die operative Versteifung nach einer Instabilität durch eine Bandverletzung und einer Fraktur des Dens axis, wodurch ausschließlich das Bewegungssegment C1/2 betroffen ist, also ohne Beteiligung der Wirbelsäule unterhalb des zweiten Halswirbelkörpers, bedingt eine MdE von 10 v. H. Die segmentbezogene Bewertung nach Weber und Wimmer sieht insbesondere mangels Ankylose oder Hypomobilität einen Wert von 7,2 % vor, aufgerundet auf die nächste 5 %-Stufe ergibt sich hiernach ebenfalls eine MdE von 10 v. H. Die von Dr. E. in seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO) und von Dr. H. erhobene nahezu aufgehobene Bewegung in allen Ebenen rechtfertigt eine Erhöhung auf 20 v. H. Das aktive Vor-/Rückneigen der Halswirbelsäule wurde im November 2010 mit 0-0-5°, das Seitneigen rechts/links mit 5-0-5° und das Drehen rechts/links mit 0-0-0° gemE ... Die passiv geführte Bewegungsprüfung im Februar 2014 ergab mit Messhelm für das Vornüberneigen und das Rückführen bei der Prüfung des Kinn-Jugulum-Abstandes Werte unter 5°. Die Rotation rechts/links erfolgte bis 4-0-2°, die Seitneigung rechts/links wurde jeweils nicht bis 5° vorgenommen. Seitidentisch bestand damit eine weitgehend starre Haltung der Halswirbelsäule, wenn auch limitiert durch ein deutliches muskuläres Gegenspannen beim Erreichen der Bewegungsgrenzen. Dieses hatte jedoch nur reflektorischen Charakter, wie Dr. H. kundgetan hat. Der Senat unterstellt damit die vom Kläger demonstrierten aktiven Bewegungen als objektiviert, auch wenn Dr. G. im Januar 2017 Werte für das Vor- und Rückneigen und die Seitrotation rechts und links mit jeweils 20-0-20° sowie die Seitneigung rechts und links mit 10-0-10° feststellte. Auswirkungen auf die MdE ergeben sich nach seiner Einschätzung ohnehin nicht. Eine Erhöhung auf 30 v. H. ist dann aber nur gerechtfertigt, wenn berücksichtigt wird, dass eine chronische Schmerzstörung im Bereich der Halswirbelsäule vorliegt, weswegen die Einnahme von zuletzt Morphin, 30 mg (1-1-1-1) und zusätzlich noch fünf bis zehn Tropfen zur Nacht, sowie das nichtsteroidale Antirheumatikum beziehungsweise Antiphlogistikum Naproxen, 500 mg nach Bedarf erforderlich ist. Zuvor wurde bei geringerer Morphindosis zeitweise zusätzlich das Antikonvulsivum Gabapentin, 400 mg, dreimal je Tag verabreicht. Der Kläger führte bei der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. G. Anfang 2017 die Halswirbelsäule und rechte Schulter als überragende Regionen mit Schmerzhafteigkeit an, was der Senat für den oberen Wirbelsäulenabschnitt nachvollziehen konnte. Insbesondere zeigte sich bei der Untersuchung durch Dr. H. auch in unbeobachteten Momenten ein konsistentes schmerzbedingte eingeschränktes Bewegungsverhalten. Eine höhere Teil-MdE als 30 v. H. lässt sich hieraus indes nicht ableiten. Dr. G. hat zutreffend gesehen, dass für die MdE entscheidend ist, ob eine zusätzliche nachhaltige Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit festgestellt werden kann (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 244). Dies ist insbesondere der Fall, wenn ein Schmerzsymptom auftritt, ohne dass ein relevantes somatisches Funktionsdefizit besteht. Beim Kläger ist mit der Halswirbelsäule eine überragende Region mit Schmerzhafteigkeit bereits mit einer deutlichen MdE bewertet. Es sind zwar mit der Morphintherapie die typischen Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und die Notwendigkeit der Einnahme des unterstützenden Abführmittels Laxoberal aufgetreten. Hiermit lässt sich allerdings, wie Dr. G. zutreffend eingeschätzt hat, keine weitere isolierte MdE von 10 v. H. untermauern. Ein Zusammenhang einer Inkontinenz, eines reduzierten Geschmackes und Geruches sowie einer verschlechterten Sehfähigkeit mit der Morphintherapie, wie vom Kläger angenommen, ist nicht belegt. Der Sachverständige M. konnte zudem zwar eine chronische Schmerzstörung erkennen, allerdings nicht in einem solchen Ausmaß, dass bereits etwa eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10-GM-2018 F45.40) oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM-2018 F45.41) zu diagnostizieren gewesen wäre. Damit in Einklang steht, dass der Kläger, nachdem seine Anträge auf Teilzeitarbeit abgelehnt wurden, weiterhin an einem Arbeitsplatz in der elektronischen Datenverarbeitung unter Verwendung eines höhenverstellbaren Schreibtisches und eines orthopädischen Bürostuhles vollschichtig erwerbstätig ist, wie er in der mündlichen Verhandlung dem Senat gegenüber eingeräumt hat, ohne dass schmerzbedingte krankheitsbedingte berufliche Ausfallzeiten vorliegen. Solche hat der Kläger nicht angeführt und sind auch den medizinischen Dokumenten nicht zu entnehmen. Anfang 2017 war er zudem in der Lage, den gutachtlichen Untersuchungstermin bei Dr. G. in der brandenburgischen Stadt G. wahrzunehmen. Dr. W. hat als Facharzt für Allgemeinmedizin sämtliche

Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung als gegeben angesehen, ohne jedoch eine Verschlüsselung nach einem Diagnosesystem vorzunehmen. Seine Bewertung konnte der Senat damit nicht nachvollziehen. Er hat zudem ausgeführt, die traumatischen körperlichen Vorschädigungen des Klägers mit Schmerzen in mehreren Körperregionen sprächen in der Kausalität für eine solche zusätzliche psychosomatische Genese, welche auch im Sinne einer somatisierten chronischen Depression gedeutet werden könne, was seine Behauptung, es handle sich sicher um eine chronische Schmerzstörung, indes ob der differentialdiagnostischen Erwägung entkräftet. Weiter hat er eingeräumt, selbstverständlich könnten ein anhaltender Trennungskonflikt mit Ehescheidung und eine chronische Überlastung durch die Krankheit, Arbeit und als alleinerziehender Vater die Symptomatik zusätzlich verstärkt haben. Bei einem solch komplexen Geschehen über Jahre hinweg seien einzelne Faktoren kaum noch zu trennen oder gar einzelnen Ereignissen zuzuordnen. Damit stellt er selbst den Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall von Mai 1987 in Frage, untermauert jedenfalls die erforderliche hinreichende Wahrscheinlichkeit für dessen Annahme nicht.

Weitere, den Rumpf betreffende unfallbedingte Gesundheitsstörungen liegen nicht vor. Mit insoweit nicht angegriffenem und damit bindend gewordenem Bescheid vom 25. Januar 2011 hat die Beklagte festgestellt, dass ein Morbus Scheuermann (ICD-10-GM-2018 M42.0-) und Bandscheibenvorwölbungen in den Segmenten C3/4 bis C5/6 (ICD-10-GM-2018 M50.-) nicht Folge des streitgegenständlichen Versicherungsfalles sind. Zuletzt hat der Sachverständige Dr. G. schlüssig bestätigt, dass eine Lumboischialgie (ICD-10-GM-2018 M54.5), einschließlich eines Bandscheibenvorfalles in diesem Wirbelsäulenabschnitt, nicht unfallabhängig ist. Es fehlt ein primärer Körperschaden. Die Beschwerden sind erst mit erheblicher zeitlicher Latenz zum Unfallereignis aufgetreten. Es sind überdies keine unfallbedingten Gesundheitsschäden vorhanden, welche zu einer vorauseilenden Degeneration des unteren Achsenskeletts hätten führen können. Dr. S. diagnostizierte zwar im Dezember 2009 weiterhin unter anderem eine Coxalgie rechts. Er hat indes dokumentiert, dass die Beschwerden des rechten Hüftgelenkes Mitte 2007, also fast zwanzig Jahre nach dem angeschuldigten Ereignis, aufgetreten sind. Eine primäre Ursache ist bei dieser Konstellation nicht in dem Unfallereignis zu sehen. Es haben sich auch keinerlei Geschehensfolgen gefunden, welche zu Auswirkungen im Bereich des rechten Hüftgelenkes hätten führen können und die Beschwerden als mittelbare Unfallfolge erklärten, was Dr. G. überzeugend dargelegt hat. Insbesondere bei fehlendem Nachweis eines primären Körperschadens im Bereich des rechten Hüftgelenkes und einem langen symptomfreien Intervall kann die Beschwerdesymptomatik vorliegend sogar mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als unfallunabhängig angesehen werden. Die im Bereich der linken hinteren Beckenregion bestehende, etwa 13 cm lange Narbe nach Entnahme von Knochenmaterial für die Osteosynthese des Bewegungssegmentes C1/2 stellt zwar eine mittelbare Unfallfolge dar ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) Var. 1 SGB VII). Sie hat, da sie als reizlos und gut verschieblich festgestellt worden ist, indes nicht zu einer Funktionsstörung geführt.

Die Funktionseinschränkungen der rechten Schulter stützen allenfalls eine Teil-MdE von 10 v. H. Wegen der vielfältigen dreidimensionalen Bewegungseinschränkung ist in Bezug auf die Schultergelenke die Vorhebung als Hauptkriterium zu werten. Der Raum zwischen der unbedeutenden Funktionsstörung der Verletzung und der Vorhebungsbeeinträchtigung bei einer operativen Schulterversteifung wird mit einer MdE unter 10 bis 30 v. H. gegliedert. Für eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 90°, bei freier Rotation, wird eine MdE von 20 v. H. als angem. angesehen, für vorwärts/seitwärts bis 120° eine solche von 10 v. H. Eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte bedingt demgegenüber eine MdE von 25 v. H. Eine Funktionsstörung der Rotatorenmanschette (Impingement) hat eine MdE von 10 v. H. zur Folge (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 560).

Mittels der Begutachtungen durch Priv.-Doz. Dr. K. und Dr. S., dessen Expertise als Sachverständigenbeweis gewürdigt wurde ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a ZPO](#)), ist zuletzt belegt, dass die Schultervorhebung rechts jedenfalls bis 120° möglich war; Priv.-Doz. Dr. K. erhob sogar noch einen Wert von 160°. Die anderen Bewegungsprüfungen belegten keine maßgebliche Beeinträchtigung. Die Werte ergaben für seitwärts/körperwärts 130-0-20° (links: 180-0-30°) sowie Arm auswärts-/einwärts drehen bei anliegendem Oberarm 70-0-90° (80-0-90°) und bei um 90° seitwärts abgehobenem Arm 80-0-40° (90-0-80°). Die bei Dr. S. demonstrierte aktive Anteversion bis 100° konnte mittels der passiven Prüfung, welchen einen Wert von 120° ergab, nicht objektiviert werden. Genauso verhielt es sich bei dessen anderen Bewegungsprüfungen. Die Bewegung des rechten Armes seitwärts/körperwärts wurde aktiv bis 90-0-30° (160-0-30°) und passiv bis 120-0-30° (170-0-30°) sowie jene auswärts/einwärts drehen, bei anliegendem Oberarm, aktiv bis 15-0-90° (30-0-90°) und mit Unterstützung bis 25-0-90° (30-0-90°) vorgenommen. Die bei den späteren gutachtlichen Untersuchungen von Dr. E., Dr. H. und Dr. G. gezeigten aktiven Bewegungen wurden ebenfalls nicht hinreichend objektiviert. Dr. E. führte gar keine, der Plausibilität dienenden passiven Bewegungstests durch. Die passiv geführte Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes durch Dr. H. wurde beim Vorwärtsheben des Armes zwar angeblich schmerzbedingt nur bis 50° demonstriert, danach wurde indes gegengespant. Gleiches trat beim Arm auswärts-/einwärts drehen auf, was bis jeweils 40° vorgenommen wurdessen Abgespreizt wurde der der rechte Arm bis knapp 50°. An der rechten Schulter zeigte sich damit eine Limitierung der Beweglichkeit primär durch ein muskuläres Gegenspannen, welchem Dr. H. anders als im Bereich der Halswirbelsäule keinen reflektorischen Charakter beimaß. Es war zudem kein kapsulär fester Endanschlag erkannt. Das Bewegungsmuster in unbeobachteten Situationen wies auf ein grundsätzlich bestehendes Bewegungsdefizit hin, ohne dass sich allerdings das konkrete Ausmaß belegen ließ. Ferner konnten Impingementtests rechts nicht sinnvoll geprüft werden. Die weitere klinische Untersuchung wies ebenfalls nur auf eine lediglich geringgradige Bewegungsstörung hin. Beim Prüfen der Kraft gegen einen Widerstand wurde rechts kein eindeutiger Kraftverlust in allen Bewegungsebenen bemerkt. An beiden Schultergelenken zeigte sich weder eine Schwellung noch eine Entzündungssymptomatik. Eine wesentliche Muskelminderung des rechten Oberarmes oder eine deutliche Atrophie der Muskeln der Rotatorenmanschette bestand nicht, was darauf hindeutet, dass der rechte Arm überwiegend eingesetzt wird. Bei der passiven Überprüfung der Beweglichkeit durch Dr. G. wurde ab den aktiv dargebotenen Werten mit der Muskulatur wiederum bewusst gegengespant. Hinsichtlich seiner klinischen Untersuchung korreliert mit einer noch nicht mittelgradigen Einschränkung der Seitenunterschied der Umfangmaße der oberen Extremität von nicht mehr als 1 cm. In dem gerechtfertigten Wert der MdE von 10 v. H. sind die üblicherweise vorhandenen Schmerzen bereits mit eingeschlossen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 244), über das übliche Maß hinausgehende Beschwerden mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit sind nicht belegt, weshalb die insoweit höheren medizinischen Einschätzungen der Teil-MdE von Dr. H. und Dr. G. nicht nachvollzogen werden konnten. Die im Bereich des rechten Schultergelenkes im Verlauf des Sulcus bicipitalis vorliegende 13 cm lange Narbe nach operativer Versorgung im Sommer 1996 stellt eine mittelbare Unfallfolge dar ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) Var. 1 SGB VII), führt jedoch wegen ihrer Reizlosigkeit und ohne sonstige Begleiterscheinungen zu keiner Erhöhung der Teil-MdE von 10 v. H.

Weitere, die obere Extremität betreffende Gesundheitsstörungen als Unfallfolge liegen jedenfalls nicht in einem für die MdE relevanten Umfang vor. Gegenüber dem Sachverständigen M. demonstrierte der Kläger zwar eine diffuse Lähmung des rechten Armes, welche jedoch nach seiner nachvollziehbaren Expertise als organische Enität nicht plausibel ist und als dissoziative Störung nicht eindeutig eingeordnet werden kann. Er gab eine Kraftminderung vor und zwar faktisch aller Muskeln des rechten Armes von den Armbeugern über die -strecker

und die Fingerbeuger, -aduktoren und -abduktoren sowie Handstrecker. Demgegenüber zeigte sich eine dazu nicht passende, ausschließlich den rechten Oberarm betreffende leichte Muskelatrophie. Die Hände waren hinsichtlich der Bemuskulung ebenso seitengleich wie die Unterarme. Darüber hinaus schließt ein völlig unauffälliger Reflexbefund an beiden Armen, wie er nach Aktenlage immer wieder erhoben wurde, letztlich eine Plexusparese rechts als Erklärung für die demonstrierten Erschlaffungen aus, wie der Sachverständige M. herausgearbeitet hat. Elektrophysiologisch sind zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden, die weder eindeutig ein Nervenkompressionssyndrom belegten noch klar eine Schädigung der langen Bahnen objektivierten. Unterschiede in den Amplituden bei den somatosensibel evozierten Potentialen erklären keinen organischen Befund. Diese sind sehr artefaktanfällig. Allein eine mangelnde Entspannung bei der Untersuchung erniedrigt die Potentiale. Insgesamt ist kein eindeutiger klinisch-neurologischer Befund erhoben worden. Dr. M. hat zwar ebenfalls eine Brachialplexusläsion rechts angenommen. Die von ihr erhobenen Befunde sind jedoch widersprüchlich. Ende Juli 2011 beschrieb sie den Hirnnervenstatus als unauffällig. Möglicherweise führte der Kläger die sonst angegebene Sensibilitätsstörung der rechten Gesichtshälfte nicht an und auch nicht die Schwäche im rechten Mundwinkel. Es wurde auch keine Auffälligkeit im Bereich des rechten Armes geschildert. Von ihr wurde über Untersuchungen der Armnerven mit einem unauffälligen Medianus-SSEP sowie nicht als pathologisch zu bezeichnende Leitungsgeschwindigkeiten für den Nervus medianus und den Nervus ulnaris beidseits berichtet. Elektrophysiologisch ist hieraus indes kein Hinweis auf eine Plexusschädigung zu entnehmen. Worauf sich ihre Diagnose einer Armplexusschädigung gestützt hat, ist damit auch für den Senat nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. G. beschrieb keinen Reflexbefund, weshalb seine Schlussfolgerungen ebenfalls nicht schlüssig sind, wie auch Dr. W. in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme von Oktober 2012 anschaulich dargestellt hat. Zuletzt hat Dr. G. die vorangegangenen Untersuchungen bestätigt, wonach ferner eine konstante Ausprägung des Beschwerdebildes hinsichtlich der Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten Hand beziehungsweise Finger nicht dokumentiert ist, die im Verlauf als Begründung für das vom Kläger dargestellte Beschwerdebild dienen kann. Bei sämtlichen, von Anfang an durchgeführten neurologischen Begutachtungen durch Dr. L., Dr. K., Dr. L., Dr. B. und Dr. R. sowie den Sachverständigen M. ist jeweils kein für die MdE bedeutsamer somatischer Schaden nachgewiesen worden. Die durchgeführten Messungen zeigten keine entsprechenden Defizite. Es fand sich auch keine Übereinstimmung mit der leicht abgeschwächten Messung des Nervus medianus auf der rechten Seite durch Dr. M. ... Ein Anhalt für einen Schaden im Bereich des Nervengeflechtes am rechten Arm ergab sich nicht. Solche Befunde hätten demgegenüber zeitnah zum angeschuldigten Ereignis einen sofortigen Funktionsverlust belegen müssen, worauf Dr. G. hingewiesen hat. Weiter haben die bildgebenden Dokumente und Untersuchungen keinerlei Anhaltspunkte für einen Schaden im Bereich des Halsmarks gezeigt, welcher diese Art von Symptomatik hervorrufen könnte. Zuletzt spricht insbesondere das wechselnde Ausprägungsbild der vom Kläger angegebenen Sensibilitätsstörungen gegen einen somatischen Schaden. In Übereinstimmung mit den Vorgutachten ließ sich anlässlich der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. G. lediglich eine leichtgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Handgelenkes nachweisen. Ein unfallbedingter Körperschaden in diesem Bereich ließ sich jedoch weder als direkte noch als mittelbare Unfallfolge ableiten. Auf eine Bursitis trochanterica rechts (ICD-10-GM-2018 M70.6) hatte Dr. R. im April 2010 lediglich einen Verdacht geäußert.

Die unfallbedingten Funktionsstörungen des rechten Knies haben eine Teil-MdE von 10 v. H. zur Folge. Im Vordergrund der dieses Körperteil betreffenden Unfallschäden stehen die funktionellen Defizite (vgl. hierzu und zum Folgenden: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 685 ff.). Dem radiologischen Befund kommt nur eine nachrangige Bedeutung zu. Die Bewegungseinschränkungen der Streckung und Beugung eines Kniegelenkes bis 0-0-120° bedingt eine MdE von 10 v. H., bis 0-0-90° von 15 v. H., da insoweit die meisten beruflichen, auch körperlichen Tätigkeiten noch ausgeführt werden können, bis 0-0-80° oder 0-10-90° von 20 v. H. und bis 0-30-90° von 30 v. H. Bei einer zudem verbliebenen Knieinstabilität sollte der klinische Befund einer Graduierung unterliegen, um anschließend zu einer plausiblen Einschätzung der MdE zu gelangen. Eine geringfügige Lockerung des Kniebandes mit einer Aufklappbarkeit am Seitenband oder einer Schublade von jeweils weniger als 3 mm begründet keine messbare MdE. Eine muskulär kompensierte Instabilität hat eine MdE von 10 v. H. zur Folge, eine nicht kompensierbare von 20 v. H., ist eine Knieführungsschiene erforderlich von 30 v. H. und mit zusätzlichen wesentlichen Funktionseinschränkungen von 40 v. H.

Bis zuletzt wurde nach sämtlichen Untersuchungen gegenüber der linken, nicht durch den Unfall von Mai 1987 beeinträchtigten unteren Extremität bei fehlender Streckhemmung nur ein Beugedefizit des rechten Kniegelenkes von 10° nachgewiesen, woraus sich, da die Beugung zuletzt bei Dr. G. immer noch bis 120° möglich war, keine höhere MdE als 10 v. H. begründen lässt. Beim Prüfen der Stabilität der Kniegelenke erhob zwar Dr. H. eine Auslenkung rechts um 6 mm, was nach der unfallmedizinischen Literatur nicht nur eine einfache, sondern beginnend zweifach positive - anteriore - Instabilität bedeutet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 686). Eine hintere Schublade wurde indes nicht erkannt. Eine Instabilität des medialen und lateralen Kapselbandapparates bestand bei seiner Untersuchung genauso wenig wie bei der späteren durch Dr. G. ... Die elastische Orthese, welche der Kläger bei Dr. H. zur Beschwerdelinderung trug, ist keine Knieführungsschiene. Die von Dr. M. beschriebene Kniestreckerschwäche wirkt sich nicht weiter aus. Der Senat folgt daher der schlüssigen Bewertung durch Dr. G., wonach bei zusätzlicher Muskelminderung im Bereich des rechten Oberschenkels und reizloser Narbenbildung immer noch eine MdE von 10 v. H. ausreichend ist. Damit in Einklang steht, dass der Kläger den Untersuchungsraum bei ihm im Januar 2017 zwar mit einem unrhythmischen Gangbild betrat, aber gleichwohl mit einer nur leicht verkürzten Schrittweite rechts gegenüber links. Bei Dr. H. war er im Februar 2014 sogar noch frei gehend erschienen. Die mit Bescheid vom 17. Februar 1988 bindend festgestellte 18 cm lange bogenförmige Narbe an der Innenseite der rechten Kniescheibe, welche durchweg als reizlos und ihre Konturen als verstrichen erkannt wurde, bedingt keine Erhöhung der Teil-MdE von 10 v. H.

Mit der halbseitigen Sensibilitätsstörung rechts in Form einer Empfindungsstörung im Bereich des Nervus trigeminus liegt zwar eine weitere, durch den Bescheid vom 14. November 1990 als Unfallfolge bindend festgestellte Gesundheitsstörung vor. Hieraus resultiert jedoch genauso wenig eine messbare MdE wie aus einer beim Kläger bestehenden leichten Gesichtsasymmetrie, worauf der Sachverständige M. plausibel hingewiesen hat. Dr. R. hat damit übereinstimmend den Sensibilitätsstörungen keine wesentliche funktionelle Bedeutung beigemessen. Sonstige, durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsschäden liegen zumindest nicht in einem für die MdE relevanten Ausmaß vor. Gegenüber dem Sachverständigen M. führte der Kläger im April 2014 eine Verschlechterung seiner Sprechweise in den letzten fünf bis zehn Jahren an, was er auf eine Schwäche seines rechten Mundwinkels zurückführte. Demzufolge müsste in diesem Bereich eine zusätzliche Gesichtslähmung vorliegen, was nicht der Fall ist. Bei seiner gutachtlichen Untersuchung fiel keine undeutliche Sprechweise auf. Der Kläger konnte sich sehr deutlich und zu jedem Zeitpunkt verständlich ausdrücken. Eine Dysarthrie ließ sich neurologisch nicht erheben. Bei der Begutachtung durch Dr. G. zeigte das Pfeifen eine symmetrische Ausbildung der Mundmuskulatur. Das Lächeln ergab ebenfalls keine Seitendifferenzen hinsichtlich der Mimik. Die vom Kläger angeführten Kopfschmerzen lassen sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einen Ursachenzusammenhang mit dem streitgegenständlichen Versicherungsfall bringen. Insbesondere für eine über eine Commotio cerebri hinausgehende Hirnbeteiligung hat sich kein Anhalt gefunden, wie Dr. K. gutachtlich dargestellt hat. Eine später durchgeführte kernspintomografische Untersuchung belegte keine Hirnverletzungsfolgen, insbesondere nicht den vom Kläger

vorgetragenen Schädelbasisbruch. Unabhängig davon, ob sich die von Dr. M. im H. 2013 beschriebene leichte Fußheberschwäche sowie die von Dr. H. nach der gutachtlichen Untersuchung im Februar 2014 angeführten Stressfrakturen im rechten Mittel- und Vorfuß ob einer von Dr. S. am Unfalltag lediglich erkannten Prellmarke mit dem Ereignis von Mai 1987 in Zusammenhang bringen lassen, erhob insbesondere Dr. H. keine diese Körperregion betreffende maßgebliche Funktionsbeeinträchtigung. Das Heben und Senken beider Füße gelang bis 20-0-40° und lag im Normbereich. Das untere Sprunggelenk erfuhr wie das obere in seiner Gesamtbeweglichkeit keine Einschränkung. Ein stabiler innen- und außenseitiger Kapselbandapparat lag vor. Es wurde lediglich ein Druckschmerz im Bereich der lateralen Fußwurzel rechts und am Fußaußenrand geäußert. Die Mobilität der Zehen war unauffällig. Die vom Kläger beschriebene stumpfförmige Minderempfindung der rechten unteren Extremität ließ sich bei der orientierenden neurologischen Untersuchung, wie auch bei den sonstigen gezielten fachspezifischen Erhebungen der ihn begutachtenden Neurologin und Neurologen, nicht eindeutig einem Dermatome zuordnen. Von Dr. W. ist zwar eine somatisierte chronische Depression erwogen worden, eine solche steht jedoch wie auch andere psychiatrische Erkrankungen bereits nicht im Vollbeweis fest.

Das Gesamtbild aller Funktionseinschränkungen, die auf das Ereignis vom 19. Mai 1987 zurückzuführen sind, haben damit bis aktuell keine höhere Gesamt-MdE als 40 v. H. zur Folge. Dieses ist im Ganzen zu würdigen, wobei die einzelnen Teil-MdE nicht schematisch zusammengerechnet werden dürfen. Entscheidend ist eine integrierende Gesamtschau der Gesamteinwirkungen aller Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit (vgl. BSG, Urteile vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) -, [BSGE 48, 82](#) und vom 13. Februar 2013 - [B 2 U 25/11 R](#) -, juris, Rz. 24 m. w. N.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 131 f.). Danach ergibt sich aus den Teil-MdE wegen der Halswirbelsäule von 30 v. H. sowie der rechten Schulter und des rechten Kniegelenkes von jeweils 10 v. H. auch weiterhin noch keine höhere Gesamt-MdE als 40 v. H., was im Übrigen auch keiner der Sachverständigen befürwortet hat, selbst unter Berücksichtigung einer Teil-MdE von 20 v. H. wegen der Funktionsstörungen des rechten Kniegelenkes nicht. Da der wehrdienstliche Tauglichkeitsgrad auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache, also final, bezogen ist, die MdE indes auf die Unfallfolgen, mithin kausal, vermag das Musterungsergebnis des Klägers, wonach dieser nicht wehrdienstfähig (§ 9 Wehrpflichtgesetz - WPfIG) sei, hierfür keinen weiteren Aufschluss zu erbringen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-02-17