L 10 U 1783/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 791/16
Datum
19.04.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 1783/18
Datum
15.12.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Entscheidet der Unfallversicherungsträger während eines laufenden Berufungsverfahrens wegen Verletztenrente aufgrund einer nachträglich anerkannten weiteren Unfallfolge über die Höhe der Rente von Anfang an neu, wird dieser Bescheid nach § 96 SGG Gegenstand des Berufungsverfahrens.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19.04.2018 wird zurückgewiesen und die Klage gegen den Bescheid vom 24.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020 wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 vom Hundert (v.H.) sowie im Wege des Überprüfungsverfahrens die Gewährung einer Verletztenrechte als vorläufige Entschädigung im Rahmen der Gesamtvergütung nach einer MdE von 30 v.H.

Der 1957 geborene Kläger war bei der DB Netz AG als Fahrdienstleiter beschäftigt. Am 31.10.2012 überholte der Kläger auf dem Heimweg von der Arbeit auf der Bundesstraße B 28 mit seinem Motorrad rechts einen auf der linken Spur fahrenden Pkw, übersah dabei einen vom Beschleunigungsstreifen auf die rechte Spur wechselnden Lkw, geriet beim Abbremsen ins Schlingern, touchierte nach seinen Angaben den Lkw und stürzte im weiteren Verlauf auf die Fahrbahn (S. 79 VerwA). Er zog sich eine Basisfraktur Metakarpale I metaphysär rechts, eine Fraktur der Klavikula links, eine Fraktur der Scapula links und eine Rippenserienfraktur links 4.-7. Rippe zu (S. 1 VerwA). Er wurde zunächst in den Kreiskliniken R, Klinik S, stationär vom 31.10.2012 bis 05.11.2012 operativ hinsichtlich der Basisfraktur Metakarpale und im Übrigen konservativ versorgt (S. 13 VerwA, Entlassungsbericht vom 05.11.2012: geschlossene Reposition einer Fraktur mit Osteosynthese durch 2x gekreuzten Kirschner-Draht, Metakarpale-I-Basis rechts).

Im Rahmen der anschließenden ambulanten Behandlungen zeigte sich eine in knöcherner Konsolidierung befindliche Daumengrundgelenksfraktur, die Klavikula war unauffällig ohne sichtbaren Gelenkspalt und die noch sichtbaren Rippenserienfrakturen der 4.-7. Rippe ohne weitere Dislokation im Vergleich zu den Vorbefunden (S. 39 VerwA, u.a. Röntgenuntersuchung am 07.12.2012 und S. 41 VerwA). Laut einem weiteren Zwischenbericht vom 08.01.2013 klagte der Kläger über Schmerzen in der linken Schulter und ein Kraftdefizit am rechten Daumen (3/5 bis 4/5), wobei ihm in der Untersuchung die (schmerzhafte) aktive und passive Flexion (Vorwärtsheben) und Abduktion (Seitwärtsheben) des linken Armes jeweils bis 90 Grad möglich war (S. 42 VerwA).

Ab 09.01.2013 war der Kläger wieder arbeitsfähig, jedoch vom 04.02.2017 bis 17.02.2013 aufgrund von Beschwerden der linken Schulter erneut arbeitsunfähig (S. 57 VerwA). Anlässlich der erneuten Arbeitsunfähigkeit erfolgte am 05.02.2013 eine Computertomografie (CT) der Schulter und des Thorax, bei der sich u.a. eine links fast vollständig verheilte nicht dislozierte Klavikulafraktur zeigte (S. 57 VerwA und S. 74 VerwA). Die Beweglichkeit des linken Armes war schmerzbedingt für das Vorwärtsheben und das Seitwärtsheben aktiv auf 60 Grad eingeschränkt. Bei unauffälliger Beweglichkeit der rechten Hand und des rechten Daumens klagte der Kläger über eine subjektive Sensibilitätsminderung am rechten Daumen. Im weiteren Behandlungsverlauf klagte der Kläger über eine Beschwerdepersistenz der linken Schulter (Zwischenberichte vom 11.04.2013 und 03.06.2013, S. 133,138 VerwA) bei schmerzhaft hochgradig eingeschränkter Beweglichkeit

(Ante-/Retroversion [Vorwärts-/Rückwärtsheben] 90/0/40 Grad, Ab-/Adduktion [Seitwärts-/Körperwärtsheben] 80/0/20 Grad und Außenrotation/Innenrotation 30/0/60 Grad, Schürzen- und Nackengriff nicht demonstrierbar).

Im Mai 2013 wurde der Kläger im Auftrag der Beklagten von S begutachtet (S. 140 ff. VerwA, Untersuchungstag 15.05.2013). Der Gutachter beschrieb als noch aktuell nachweisbare Unfallfolgen eine konzentrische Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks, eine verheilte Scapula-Trümmerfraktur links, ausgeprägte Myogelosen und eine Fehlhaltung des linken Schultergürtels sowie eine endgradig eingeschränkte Daumenbeweglichkeit der rechten Hand mit eingeschränkter Greiffunktion nach verheilter Mittelhand-I-Basisfraktur (Befund: deutlicher Schulterschiefstand links [die linke Schulter steht höher], erhebliche Verspannungen der Schulter-, Rücken- und Nackenmuskulatur; linke Schulter in Bewegung konzentrisch eingeschränkt, Seitwärtsheben aktiv [mühelos mit Ausweichbewegungen] bis 120 Grad, Schürzen- und Nackengriff links mühsam demonstriert, Faustschluss beidseits komplett, Daumenbeweglichkeit der rechten Hand bei Streckung/Beugung im Daumengrundgelenk endgradig eingeschränkt mit 0/0/50 Grad gegenüber der linken Hand mit 0/0/70 Grad und im Daumenendgelenk mit 0/0/60 Grad gegenüber der linken Hand mit 0/0/70 Grad, Abspreizen des Daumens der rechten Hand zur Handebene 0/0/40 Grad gegenüber des Daumens der linken Hand mit 0/0/50 Grad, ankreuzen sämtlicher Langfingerkuppen mit der Daumenkuppe ist an beiden Händen uneingeschränkt möglich). Vorschäden bzw. Schadensanlagen hätten nicht vorgelegen, sondern die gesundheitlichen Einschränkungen seien auf den Unfall vom 31.10.2012 zurückzuführen. Die MdE betrage ab dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit zum 18.2.2013 25 v.H. bis zum Ablauf des dritten Unfalljahres.

In seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen (S. 159 ff. und 170 VerwA) schätzte C abweichend die MdE auf 20 v.H. bis zum Ablauf des ersten Unfalljahres. Betrachte man das linke Schultergelenk isoliert, sei allenfalls eine MdE von 10 v.H. angemessen. Nach dem 31.10.2013 betrage die MdE voraussichtlich 10 v.H.

Mit Bescheid vom 13.08.2013 bewilligte die Beklagte dem Kläger wegen der MdE durch den Arbeitsunfall vom 31.10.2012 eine Rente als vorläufige Entschädigung in Form der Gesamtvergütung nach einer MdE vom 20 v.H. für die Zeit vom 18.02.2013 bis 31.10.2013 (S. 172 ff. VerwA). Als Folgen anerkannte sie: endgradig eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit und diskrete Bewegungseinschränkung im rechten Daumensattelgelenk, eingeschränkte Greiffunktion nach knöchern verheilter Metakarpale-I-Basisfraktur rechts, konzentrische Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk sowie Myogelosen und Fehlhaltung des linken Schultergürtels nach verheilter Trümmerfraktur des linken Schulterblattes. Nicht als Folgen des Versicherungsfalles anerkannte sie degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne im Rahmen eines Impingements links, AC-Gelenksarthrose links, Erkrankung der Wirbelsäule seit 1973, Dupuytren-Kontraktur beider Hände, Epicondylitis-Operation am rechten Ellenbogen und Kreuzbandriss mit Kreuzbandplastik rechtes Kniegelenk.

Seit 05.07.2013 befand sich der Kläger bei dem D-Arzt H in Behandlung, welcher anhaltende Schmerzen im Bereich des linken Schultergelenks und Bewegungseinschränkungen beschrieb (S. 180 VerwA, Befund: Seitwärtshebung linker Arm bis 40 Grad, Nacken- und Schürzengriff unvollständig).

Am 21.10.2013 beantragte der Kläger die Überprüfung des Bescheides vom 13.08.2013 und gab an, es sei eine vorläufige Rente entsprechend der Einschätzung des S mit einer MdE von 25 v.H. zu gewähren (S. 201 f. VerwA). Den Überprüfungsantrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 20.12.2013 (S. 282 f. VerwA) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 (S. 319 ff. VerwA) ab, da der Bescheid vom 13.08.2013 rechtmäßig ergangen sei. Ob für die Zeit ab 01.11.2013 ein Anspruch auf eine Verletztenrente bestehe, werde noch geprüft. Hiergegen hat der Kläger am 25.06.2014 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben, welche zunächst unter dem Aktenzeichen S 6 U 1573/14 geführt worden ist. Er hat zuletzt für die Zeit vom 18.02.2013 bis 31.10.2013 eine vorläufige Rente nach einer MdE von 30 v.H. begehrt. Mit Beschluss vom 15.06.2016 hat das SG die Klage zum Verfahren S 6 U 791/16 (siehe dazu im Nachfolgenden) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden (S. 39 SG-Akte S 6 U 1573/14).

Ebenfalls am 21.10.2013 hat der Kläger die Weiterbewilligung der Verletztenrente über den 31.10.2013 hinaus nach einer MdE von 25 v.H. beantragt. Die Beklagte ließ den Kläger daraufhin von W begutachten (S. 291 ff. VerwA, Untersuchungstag 16.01.2014). Als Unfallfolge sei noch eine ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigung im Bereich des linken Schultergelenks verblieben, während die übrigen Verletzungen weitgehend folgenlos ausgeheilt seien (Befund linke obere Extremität: leichter Schulterhochstand links, erhebliche konzentrische Bewegungseinschränkung der linken Schulter bei passiver Prüfung und allerdings schmerzhafter Gegenspannung, Nackengriff nicht ganz vollständig, Schürzengriff deutlicher eingeschränkt, Schultergegengriff aber möglich, der Arm kann in der Seitwärtshebung gehalten werden, am ersten Mittelhandknochen keine äußerliche Deformität feststellbar, auch kein Druckschmerz und keine Schwellung, keine dystrophischen Veränderungen, Handfunktion mit Spitz-, Schlüssel-, und Hakengriff sowie Fingerspreizen und -strecken intakt, Faustschluss vollständig, kein Seitenunterschied der Handfunktion feststellbar, grobe Kraft links gegenüber rechts leicht reduziert, Messwerte des linken Armes: Seitwärts-/Körperwärtsheben 80/0/25 Grad, Vorwärts-/Rückwärtsheben 30/0/80 Grad, Außenrotation/Innenrotation bei anliegendem Oberarm 40/0/80 Grad, Außenrotation/Innenrotation nicht prüfbar, Daumen abspreizen in Handebene der rechten Hand 0/0/60 Grad und der linken Hand 0/0/80 Grad sowie rechtwinklig zur Handebene der rechten Hand 0/0/60 Grad und der linken Hand 0/0/75 Grad). Die erheblichen Bewegungseinschränkungen des linken Schultergelenks seien vornehmlich auf den Unfall mit Verletzung der Schultergelenkspfanne zurückzuführen. Ab 01.11.2013 betrage die MdE 20 v.H.

Aufgrund einer Vorstellung in den Kreiskliniken R empfahlen die Ärzte bei Vorliegen u.a. einer Schmerzchronifizierung Stadium II nach dem Mainzer Stadienmodell u.a. die Einleitung einer stationären Schmerztherapie (S. 346 VerwA, Arztbrief vom 13.03.2014, Befunde: Schulterhochstand links, Klopfschmerz über Schulterblatt links kaudal, deutliche Kraftminderung linker Arm, Seitwärts-/Körperwärtsheben linke Schulter 45-0-20 Grad, Vorwärts-/Rückwärtsheben linke Schulter 90-0-30 Grad).

Der Beratungsarzt C vermochte sich unter Bezugnahme auf eine kernspintomografische Untersuchung vom 01.10.2014 (S. 356 VerwA) nicht der Einschätzung des W anschließen, da die jetzt dokumentierte hochgradige Funktionsbeeinträchtigung nicht aufgrund der Unfallfolgen bestehe, sondern es sich um eine unfallfremde Engpassymptomatik am Schulterdach handele. Nach dem 31.10.2013 bestehe keine MdE mehr (S. 302 f. und S. 361 f. VerwA).

Mit Bescheid vom 24.02.2015 lehnte die Beklagte unter Verweis auf die Stellungnahmen des Beratungsarztes C einen Anspruch auf eine Verletztenrente nach Ablauf des Gesamtvergütungszeitraumes ab (S. 366 ff. VerwA). Hiergegen legte der Kläger am 04.03.2015 Widerspruch ein und verwies zur Begründung auf die Einschätzung des W (S. 373 f. VerwA).

Im H-Arzt-Bericht des H1 vom 10.03.2015 beschrieb dieser eine posttraumatische Frozen Shoulder links (S. 380 VerwA, Befund linke Schulter: Abduktionssperre bei ca. 30 Grad, Außenrotationshemmung ab 5 Grad, Schmerzangabe bei der gesamten Bewegungsprüfung).

Die Beklagte veranlasste sodann die Begutachtung des Klägers durch H2 (S. 410 ff. VerwA, Untersuchungstag 25.08.2015), welcher eine Metakarpale-I-Fraktur der rechten Hand, knöchern fest verheilt mit geringem Funktionsdefizit; eine Klavikula-Scapulafraktur links knöchern verheilt, eine posttraumatische (sekundäre) Frozen Shoulder/adhäsive Kapsulitis links mit fixierter Fehlstellung des Schulterblatts und anhaltender schmerzhafter Funktionsbeeinträchtigung der linken Schulter sowie altersentsprechende degenerative Umbauvorgänge der linken Schulter diagnostizierte (Bewegungsmaße linke Schulter [passiv geführt]: Arm Vorwärts-/Rückwärtsheben 90/0/20 Grad, Arm Auswärts-/Einwärtsdrehen 20/0/40 Grad, Arm Abspreizen/Anführen 70/0/30 Grad, bei aktiver Bewegung bereits bei Abspreizbewegung von 20 Grad Mitnahme des Schulterblatts und überwiegender Teil der Bewegung in der scapulo-thorakalen Gleitebene, beim Nackengriff gerade die Höhe des Ohrläppchens erreicht, beim Schürzengriff seitlicher Beckenkamm erreicht; Befunde der rechten Hand: Abspreizfähigkeit des fünften Mittelhandknochens in der Handebene 50 Grad, rechtwinklig zur Handebene 60 Grad [gegenüber der linken Hand mit Abspreizfähigkeit 80 Grad, rechtwinklig zur Handebene 75 Grad], Daumenhohlhandabstand der rechten Hand 10 mm [gegenüber der linken Hand 0 mm], Handspanne der rechten Hand 19 cm [gegenüber der linken Hand 20,5 cm], alle Langfingerkuppen können mit der Daumenspitze erreicht werden; röntgenologischer Befund der rechten Hand: in minimaler Varusstellung knöchern fest verheilte Metakarpale-I-Fraktur, Daumensattel- und Daumengrundgelenk unauffällig, keine posttraumatische degenerative Veränderungen des Handskeletts, der -wurzel und des -gelenks). Als Unfallfolge seien eine Kapselfibrose der linken Schulter mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung im Glenohumeralgelenk, ein Zustand nach (Z.n.) Scapulafraktur links mit Fehlhaltung des Schulterblatts und Bewegungseinschränkung in der scapula-thorakalen Gleitebene, eine ehemalige Klavikulafraktur links, knöchern fest verheilt, ein Z.n. Metakarpale-I-Basisfraktur rechts mit leichter Funktionsbeeinträchtigung zu berücksichtigen. Die bildtechnisch erkennbare Schadensanlage im Bereich der Supraspinatussehne und des Subacromialraumes trete im Vergleich zur Beurteilung der unfallbedingten Schäden deutlich zurück und sei von untergeordneter Bedeutung. Die MdE für den rechten Daumen schätze er auf unter 10 v.H. und die MdE für die linke Schulter betrage 20 v.H.

In seiner Stellungnahme vom 18.09.2015 (S. 430 f. VerwA) schloss sich der Beratungsarzt C der Beurteilung des Gutachters an und nahm ebenfalls eine MdE von 20 v.H. ab 01.11.2013 an, sodass die Beklagte mit (Teilabhilfe-)Bescheid vom 10.11.2015 (S. 441 VerwA) den Bescheid vom 24.02.2015 aufhob und dem Kläger ab 01.11.2013 eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v.H. gewährte. Als Folgen des Versicherungsfalles erkannte sie konzentrische Bewegungseinschränkungen im linken Schultergelenk mit Fehlhaltung des Schulterblattes und Bewegungseinschränkungen in der scapulo-thorakalen Gleitebene sowie knöchern verheilter Schlüsselbeinbruch links und unter geringer Funktionsbeeinträchtigung verheilter basisnaher Bruch des ersten Mittelhandknochens rechts an. Keine Folgen des Versicherungsfalles seien degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne im Rahmen eines Impingements links, AC-Gelenksarthrose links, Kapselfibrose links, Erkrankung der Wirbelsäule seit 1973, Dupuytren-Kontraktur beider Hände, Epicondylitis-Operation am rechten Ellenbogen sowie Kreuzbandriss mit Kreuzbandplastik rechtes Kniegelenk. Der Kläger hielt an seinem Widerspruch fest und teilte mit, er begehre nunmehr eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v.H., da die erheblichen Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Schulter und rechten Hand entsprechend zu bewerten seien.

Vom 03.11.2015 bis 01.12.2015 befand sich der Kläger für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) in der C-Klinik (S. 59 ff. SG-Akte S 6 U 791/16, Diagnosen u.a.: adhäsive Entzündung Schultergelenkskapsel mit massiver Einschränkung der Schulterbeweglichkeit links bei Z.n. konservativ behandelter Scapula- und Klavikulafraktur links). Im Abschlussbefund wurde unter anderem die Seitwärtshebung der linken Schulter bis 40 Grad als frei, die Vorwärtshebung bis 90 Grad frei und die Außen- und Innenrotation weiterhin als eingeschränkt beschrieben.

Im weiteren Verlauf nahm der ab 21.12.2015 wieder arbeitsfähige Kläger erneut an einem bg-lichen Heilverfahren bezüglich der linken Schulter teil (s. Arztbriefe D-Arzt H vom 17.01.2016 [S. 496 VerwA] und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T [BGU] vom 18.01.2016 [S. 498 f. VerwA], Bewegungsumfang aktiv: Vorwärtsheben 90 Grad, Seitwärtsheben 90 Grad, Außen-/Innenrotation 30/0/80 Grad, Schürzen- und Nackengriff nicht demonstrierbar, und vom 04.02.2016 [S. 501 f. VerwA], aktuell keine operative Verbesserungsmöglichkeit).

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.02.2016 (S. 511 ff. VerwA) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zu Begründung aus, dass nach Erlass des Teilabhilfebescheides vom 10.11.2015 die MdE des Klägers zutreffend mit 20 v.H. beurteilt worden sei. Die seitens des Klägers anlässlich der Untersuchung am 25.08.2015 (Untersuchung H2) befundeten Bewegungseinschränkungen der linken Schulter rechtfertigten eine MdE von 20 v.H. Die bestehenden krankhaften Veränderungen im Bereich des rechten Daumens bedingten eine MdE von unter 10 v.H. und wirkten sich daher nicht erhöhend auf die MdE aus.

Hiergegen hat der Kläger - vertreten durch seine Prozessbevollmächtigten - am 29.03.2016 Klage beim SG erhoben und die Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v.H. geltend gemacht (Az.: S 6 U 791/16). Bisher nicht ausreichend berücksichtigt sei die Funktionsbeeinträchtigung der rechten Hand, weswegen er noch im Jahr 2017 habe operiert werden müssen. Er könne seinen Daumen immer noch nicht belasten und nicht ausreichend bewegen, es bestehe eine Kraftminderung und seine Greiffähigkeit sei stark eingeschränkt. Er habe sich inzwischen auf die linke Hand umstellen müssen. Auch die komplexen Funktionsbeeinträchtigungen der linken Schulter seien höher zu bewerten, wie sich aus der Einschätzung des Facharztes H ergebe.

Das SG hat u.a. den Facharzt H als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen (S. 42 ff. SG-Akte S 6 U 791/16). Er hat angegeben, im Laufe der Behandlung seit Juli 2013 sei trotz langwieriger krankengymnastischer Übungen zwar die Beweglichkeit etwas besser geworden, die erheblichen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen seien aber allenfalls geringfügig besser geworden, sodass der Kläger weiterhin behandlungs- und schmerzmittelbedürftig sei (Befund bei letzter Vorstellung am 07.12.16: erheblich schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk, Seitwärtshebung aktiv bis 60 Grad, danach passiv bis 90 Grad möglich, dabei erhebliche Schmerzangabe, Innenrotation/Außenrotation 30/0/30 Grad). Er gehe aufgrund der Unfallfolgen der linken Schulter (u.a. Frozen Shoulder mit erheblicher rigider Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks und chronischem Schmerzsyndrom) von einer MdE von 30 v.H. aus.

Im September 2016 hat sich der Kläger erneut zur ambulanten Behandlung in der BGU befunden (S. 67 SG-Akte S 6 U 791/16, Zwischenbericht vom 08.09.2016). Die behandelnden Ärzte haben aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik und der fehlenden

operativen Möglichkeiten die Durchführung einer komplex-stationären Rehabilitationsbehandlung (Schmerz-KSR) empfohlen. In der Zeit vom 13.10.2016 bis 03.11.2016 hat die Schmerz-KSR in der BGU stattgefunden, aus der der Kläger mit deutlicher Schmerzreduktion entlassen worden ist (S. 73 ff. SG-Akte S 6 U 791/16, Schmerzdiagnosen: gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom [mixed pain] der linken Schulter, gemischt nozizeptiv-neuropathische Schmerzen im Bereich der linken Scapula). Der Kläger hat angegeben, dass die Schmerzsituation seine familiäre Situation nicht belaste und auch keine psychotherapeutische Aufarbeitung seines Unfalles bzw. der Schmerzsituation notwendig sei. Er erhalte auch von seinem Freundeskreis Unterstützung. Er erledige inzwischen die Aufgaben des täglichen Lebens überwiegend mit der linken Hand. Bei Entlassung hat für die linke Schulter folgender Befund vorgelegen: Vorwärts-/Rückwärtsheben 90/0/20 Grad, Seitwärts-/Körperwärtsheben 75/0/10 Grad, Außenrotation 50 Grad und Innenrotation bis zum Gesäß. Eine Messung der Handkraft (Dynamometer-Messung) hat rechts 48 kg und links 47 kg bei Aufnahme und Entlassung ergeben, bei einer Druckempfindlichkeit des rechten Daumens. Während des Aufenthalts hat L am 24.10.2016 einen neurologisch-psychiatrischen Befundbericht über den Kläger erstellt und angegeben, der klinisch neurologische Befund sei unauffällig und Hinweise für eine umschriebene Armnerven- oder Armnervengeflechtsschädigung bestünden nicht (S. 69 ff. SG-Akte S 6 U 791/16). Zudem hat laut L ein unauffälliger psychiatrischer Befund vorgelegen (bewusstseinsklarer, allseits orientierter Proband, im Kontakt freundlich und zugewandt, sehr erklärungsbereit, keine Anhaltspunkte für inhaltliche oder formale Denkstörungen, ausgeglichene Stimmungslage, affektives Stimmungsvermögen regelrecht, Affektäußerung normal, regelrechte Kontaktaufnahme, ungestörtes Mitteilungsvermögen, keine Hinweise für Störungen von Wahrnehmung, Konzentration, Merkfähigkeit und Antrieb, kritische Wahrnehmung erhalten, Interaktion offen).

Das SG hat von Amts wegen das Sachverständigengutachten des S1 vom 20.06.2017 eingeholt (S. 86 ff. SG-Akte S 6 U 791/16, Untersuchungstag 20.04.2017). Anlässlich der Untersuchung hat der Kläger gegenüber dem Sachverständigen angegeben, mittlerweile wieder täglich Schmerzmittel einzunehmen. Als Unfallfolgen hat S1 eine Bewegungsbeeinträchtigung des linken Schulterhauptgelenkes, eine Verformung und einen gestörten Bewegungsvorgang des linken Schulterblatts und damit Bewegungsbeeinträchtigung des Schultergürtels nach komplexem Schulterblattbruch und nach sekundärer Schultersteife sowie eine leichte Funktionsbeeinträchtigung des ersten Strahls rechts (Daumen) beschrieben (Befund der linken oberen Extremität: ausgeprägte Verkürzung und Hochstand der linken Schulter, asymmetrische Konturen der Schulterblätter im Seitenvergleich, Arm Vorwärtsheben bis knapp 90 Grad bzw. nach Messblatt bis 80 Grad, Arm Seitwärtsheben bis 80 Grad unter Schmerzangabe, Außenrotation/Innenrotation 25/0/65 Grad, Nacken-/Hinterhauptgriff mühsam möglich, Schürzengriff nicht vorführbar, Gesamtbeweglichkeit der linken Schulter 285 Grad [rechte Schulter 495 Grad]; Befund der rechten Hand: normale Beschwielung [auch der linken Hand], vollständiger Faustschluss, keine Einschränkung der gängigen Griffformen, rechter Daumen vollständig streckbar, Streckung und Beugung im Grundgelenk 0/0/40 Grad [linke Hand 0/0/50 Grad], im Endgelenk 0/0/70 Grad [linke Hand 10-0-70 Grad], Daumen Abspreizen in der Handebene 0/0/35 Grad [linke Hand 0/0/40 Grad] sowie rechtwinklig zur Handebene 0/0/35 Grad [linke Hand 0/0/40 Grad], leichte Kraftminderung der rechten Seite bei der Kraftmessung). Zusätzlich zu den anerkannten Unfallfolgen sei noch die Kapselfibrose der linken Schulter Folge des Unfalles. Der Bruch des ersten Mittelhandknochens ohne Fehlstellung sei knöchern konsolidiert und ohne relevante funktionelle Beeinträchtigungen ausgeheilt. Zwar sei der Bruch des linken Schlüsselbeins ohne Achsabweichung und ohne Verkürzung verheilt, aber die komplexe Fraktur des linken Schulterblattes sei in Fehlstellung verheilt und hieraus resultiere die gestörte Funktion zwischen Schulterblatt und Brustkorb, wo im Rahmen der Schulterbeweglichkeit ein Gleitvorgang stattfinde. Die adhäsive Kapsulitis/Frozen Shoulder habe sich als Folge der Verletzung der linken Schulter herausgebildet. Er stimme mit den Vorgutachtern überein, dass ein Rotatorenmanschettendefekt nicht Ursache der Funktionsstörung der linken Schulter sei. Unter Berücksichtigung des Entlassungsberichts der BGU über die Schmerz-KSR und der Untersuchung von L liege eine besondere Schmerzproblematik nicht vor. Unter Berücksichtigung einer Armhebung bis 90 Grad und dem Fehlen von konzentrischen Bewegungsbeeinträchtigungen um die Hälfte sowie der deutlichen Besserstellung gegenüber einer Versteifung des Schultergelenks betrage die MdE 20 v.H.

Im Juni 2017 hat sich der Kläger zu ambulanten Behandlungen bei der BGU (S. 659 VerwA, Arztbrief vom 12.06.2017) und bei G, - dem Nachfolger des Facharztes H - erstmalig vorgestellt (S. 671 VerwA, Arztbrief vom 26.06.2017), der eine deutliche Instabilität beim Ringfinger als Zeichen einer alten ulnaren Daumenbandruptur und eine deutliche Kraftminderung beim Spitzgriff beschrieben hat. Am 25.07.2017 hat sich der Kläger erstmals in der handchirurgischen Sprechstunde der BGU vorgestellt (S. 121 SG-Akte S 6 U 791/16, Arztbrief vom 26.07.2017) und schmerzhafte Bewegungseinschränkungen und Kraftlosigkeit des rechten Daumens im Grundgelenk beklagt. Bei einem instabilen Daumenseitenband der rechten Hand, im Seitenvergleich deutlich vermehrt aufklappbar auf 40 Grad, haben die behandelnden Ärzte eine Indikation für eine operative Rekonstruktion des ulnaren Daumenseitenbandes gesehen. Am 14.08.2017 hat in der BGU die Raffung des ulnaren Kollateralbandes stattgefunden (S. 124 SG-Akte S 6 U 791/16, Befund- und Entlassungsbericht vom 15.08.2017).

Das SG hat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen S1 eingeholt, der an seiner bisherigen Beurteilung festgehalten hat (S. 127 ff. VerwA SG-Akte S 6 U 791/16). Er habe in seinem Gutachten auf die Instabilität im Daumengrundgelenk hingewiesen und eine leichte Funktionsbeeinträchtigung des ersten Strahls der rechten Hand als Unfallfolge benannt. In früheren Gutachten sei eine Instabilität des rechten Daumengrundgelenkes nicht erwähnt worden, sodass die Unfallkausalität bereits fraglich sei. Jedenfalls begründe die Funktionseinschränkung des Daumens keine MdE von 10 v.H.

Mit Urteil vom 19.04.2018 hat das SG die verbundenen Klagen abgewiesen. Zu Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe weder einen Anspruch auf eine höhere Gesamtvergütung unter Rücknahme des Bescheides 20.12.2013 noch einen Anspruch auf eine höhere Dauerrente nach einer MdE von 30 v.H. Die seitens der Beklagten angenommene Bewertung einer MdE von 20 v.H. sei rechtlich nicht zu beanstanden. Es hat seine Auffassung auf das Gutachten des S1 gestützt und dargelegt, warum es dessen Einschätzung der Unfallfolgen, auch unter Einbeziehung der Schmerzen, folgt. Unter Berücksichtigung der gutachterlichen Feststellungen sei die Einschätzung des Facharztes H zu großzügig gewesen. Zwar sei im Rahmen der Gesamtvergütung auch eine Rente nach einer MdE entsprechend des Gutachtens des S möglich, jedoch halte sich die seitens der Beklagten angesetzte MdE von 20 v.H. innerhalb der nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässigen Toleranzgrenze von 5 v.H. für eine Schätzung und sei somit jedenfalls rechtmäßig. Die leichte Funktionsbeeinträchtigung des rechten Daumens habe keinen Einfluss auf die Höhe der MdE.

Am 08.05.2018 hat der Kläger - vertreten durch seine Prozessbevollmächtigten - Berufung beim SG eingelegt.

Bereits während des erstinstanzlichen Verfahrens hat die Beklagte mit weiterem Bescheid vom 11.12.2017 (S. 807 VerwA) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.02.2018 (S. 845 ff. VerwA) die Anerkennung der chronischen Instabilität des ulnaren Kollateralbandes am rechten Daumen als Unfallfolge abgelehnt. Hiergegen hat der Kläger am 21.03.2018 Klage zum SG erhoben (S 6 U 717/18). Nach Einholung

einer sachverständigen Zeugenauskunft des G (S. 26 f. SG-Akte S 6 U 717/18) und Beiziehung des Vorerkrankungsverzeichnisses vom 29.08.2018 (S. 64 ff. SG-Akte S 6 U 717/18) hat die Beklagte auf Grundlage der beratungsärztlichen Stellungnahme des M (S. 59 f. SG-Akte S 6 U 717/18), der eine Schädigung des ulnaren Kollateralbandes bei dem Unfallereignis am 31.10.2012 trotz der verspäteten Diagnosestellung für sehr wahrscheinlich gehalten hat, mit angenommen Anerkenntnis vom 03.09.2018 den Schaden des ulnaren Seitenbandes des Daumens der rechten Hand als Unfallfolge anerkannt (S. 66 SG-Akte S. 6 U 717/18) und den Ausführungsbescheid vom 23.10.2018 erlassen (S. 19 VerwA Band V).

Zudem hat die Beklagte mit Bescheid vom 24.03.2020 (S. 133 VerwA Band V) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.07.2020 (S. 196 ff. VerwA Band V) den Antrag des Klägers vom 02.09.2019 (S. 53 VerwA Band V), ihm eine höhere Verletztenrente unter Berücksichtigung der Beeinträchtigungen seines rechten Daumens rückwirkend ab dem Unfalltag zu gewähren, abgelehnt. Hiergegen hat der Kläger ebenfalls Klage zum SG erhoben (S 6 U 1667/20), welche derzeit ruht.

Zur Begründung seiner Berufung wiederholt der Kläger sein erstinstanzliches Vorbringen und trägt vor, bei Erstbemessung sei keine Toleranzspanne zu beachten, sondern diese gelte nur für nachträgliche Verschlechterungen, daher sei die von S geschätzte MdE von 25 v.H. vollständig zu erfassen. Die bisherigen Gutachter hätten die Unfallschäden des rechten Daumens nicht ausreichend untersucht und nicht in vollem Umfang erkannt. Zudem leide er unter ständigen Schmerzen.

Der Kläger beantragt (teilweise sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19.04.2018 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 zu verurteilen, unter teilweiser Rücknahme des Bescheides vom 13.08.2013 für die Zeit vom 18.02.2013 bis 31.10.2013 Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren
sowie die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 24.02.2015 in der Fassung des Bescheides vom 10.11.2015 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 25.02.2016 sowie des Bescheids vom 24.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020 zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen weiterhin für zutreffend.

Vom 30.07.2019 bis 20.08.2019 hat sich der Kläger zu Lasten der DRV erneut für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der C-Klinik befunden (S. 74 ff. VerwA Band V; Entlassungsbericht vom 27.08.2019, Diagnosen u.a. Omalgien links mit Bewegungseinschränkung bei Z.n. dislozierter Scapulafraktur und chronischer Instabilität des ulnaren Kollateralbandes Daumengrundgelenk rechts bei Z.n. Daumengliedfraktur 2012). Die Entlassung ist als arbeitsfähig und mit vollständigem Leistungsvermögen bei qualitativen Einschränkungen für den bisherigen Beruf als Fahrdienstleiter erfolgt. Im Abschlussbefund haben die behandelnden Ärzte weiterhin eine deutliche Instabilität im Daumengrundgelenk und eine eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter (Vorwärtsheben 80 Grad, Seitwärtsheben 60 Grad, Außenrotation 20 Grad, Schulter-, Nacken- und Schürzengriff nicht durchführbar) beschrieben.

Der Senat hat von Amts wegen bei P ein Gutachten eingeholt (S. 80 ff. Senats-Akte, Untersuchungstag 08.03.2022). Als Unfallfolgen hat dieser an der linken Schulter eine Funktionseinschränkung und Minderbelastbarkeit bei Verkürzung des Scapulahalses und Ausbildung erheblicher knochennarbiger Veränderungen knöchern verheilter Fraktur des Schulterblattes und an der rechten Hand eine geringfügig, funktionell nicht bedeutsame Funktionseinschränkung im Grundgelenk des Daumens, eine endgradig verminderte Abduktionsfähigkeit des ersten vom zweiten Strahl sowie eine verminderte Belastbarkeit bei Hypotrophie der Daumenballenmuskulatur nach weitgehend achsengerecht unter leichter Verkürzung verheilter Fraktur des ersten Mittelhandknochens angenommen (Befund linke obere Extremität: bei Aufsicht von hinten deutlicher Hochstand des Schulterblattes, Arm aktiv Vorwärts-/Rückwärtsheben 110/0/25 Grad, Arm aktiv Abspreizen/Anführen 70/0/25 Grad, Arm aktiv Auswärts-/Einwärtsdrehen mit anliegendem Oberarm 60/0/100 Grad, Arm aktiv Auswärts-/Einwärtsdrehen mit Oberarm 70 Grad seitwärts gehoben 80/0/50 Grad, Nackengriff bis zum Dornfortsatz des 7. Halswirbelkörpers mit einem Abstand von 3 cm, Schürzengriff nur bis zur Rina ani in Höhe des 2. Sakralsegments; Befund der rechten Hand: im Seitenvergleich leichte Minderung des Daumenballens, normale Beschwielung, vollständiger Faustschluss, keine Einschränkung der gängigen Griffformen, rechter Daumen vollständig streckbar, bei leicht eingeschränkter Beugung im Grundgelenk seitengleich normale Funktion in beiden Endgelenken, Daumen abspreizen in Handebene der rechten Hand 0/0/50 Grad [linke Hand 0/0/60 Grad] sowie rechtwinklig zur Handebene der rechten Hand 0/0/50 Grad [linke Hand 0/0/60 Grad], verminderte Kraft der rechten Hand). Es bestehe zudem eine nicht unfallabhängige deutliche Fehlstellung des fünften Fingers als Rezidiv eines operierten M. Dupuytren. Eine relevante Instabilität des ulnaren Seitenbandes sei anlässlich der gutachterlichen Untersuchung weder klinisch noch nativradiologisch festzustellen und es bestehe keine relevante Funktionseinschränkung des rechten Daumens. Es sei aufgrund des erheblich prolongierten Heilungsverlaufs bis zum Ablauf des ersten Unfalljahres eine MdE von 25 v.H. anzusetzen. Ab 01.11.2013 betrage die MdE 20 v.H.

Zum Gutachten des P hat der Kläger vorgetragen, dass der Sachverständige die eingeschränkte Funktionsfähigkeit des Daumens verkenne. Im Bereich der linken Schulter seien das völlig unzureichend behandelte Schulterblatt und die maximal schlecht verheilte Trümmerfraktur sowie seine Schmerzzustände, die nicht von der MdE-Staffelung abgedeckt seien, zu berücksichtigen (S. 129 Senatsakte). In einer ergänzenden Stellungnahme hat der Sachverständige seine gutachterliche Einschätzung gegen die Einwände dahingehend verteidigt, dass nur aufgrund der Einbeziehung der Schmerzen des Klägers überhaupt ab 01.11.2013 eine MdE von 20 v.H. erreicht werde (S. 139 ff. Senatsakte).

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten und der Akten beider Rechtszüge sowie der Akten des SG S 6 U 717/18 und S 6 U 1573/14 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer höheren Verletztenrente wegen des Arbeitsunfalles vom 31.10.2012. Das SG hat die verbundenen Klagen zu Recht abgewiesen.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nach § 96 Abs. 1 SGG, der auch im Berufungsverfahren gilt, der Bescheid vom 24.03.2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.07.2020 (§ 153 Abs. 1 SGG; Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl., § 96 Rn. 7). Nach dieser Vorschrift wird ein neuer Verwaltungsakt, der nach Einlegung der Berufung erlassen wird, dann Gegenstand des Berufungsverfahrens, wenn er den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Geändert oder ersetzt wird ein Bescheid immer dann, wenn der neue Bescheid denselben Streitgegenstand wie der Ursprungsbescheid betrifft (so bereits BSG 23.06.1959, 7 RAr 117/57, zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris) und in dessen Regelung so eingreift, dass die Beschwer des Betroffenen vermehrt oder vermindert wird (vgl. auch Schmidt in Meyer-Ladewig u.a., a.a.O., Rn. 4 ff. m.w.N.). Dem steht es gleich, wenn die Verwaltung - etwa aufgrund neuer Umstände - die von ihr vorgenommene Regelung zum Streitgegenstand überprüft, daraufhin neu entscheidet, in der Sache aber an ihrer Regelung festhält. Formal ist in einem solchem Fall zwar keine Änderung der Beschwer eingetreten. Doch rechtfertigt es die vorgenommene neue Sachprüfung, auch eine solche Entscheidung wie eine Änderung oder Ersetzung i.S. von § 96 Abs. 1 SGG zu behandeln, mit der Folge der unmittelbaren Anwendung dieser Vorschrift (BSG 16.05.2015, B 4 AS 37/14 R; Binder in Berchtold, SGG, 6. Aufl., § 96 Rn. 8). So liegt der Fall auch hier. Aufgrund der nachträglichen Anerkennung des Schadens des ulnaren Seitenbandes am rechten Daumen als weitere Unfallfolge hat die Beklagte für die Zeit ab dem Unfall den Rentenanspruch nach der Höhe der MdE erneut überprüft und im Ergebnis an ihrer bisherigen Regelung festgehalten. Der Senat entscheidet über den zum Gegenstand des Berufungsverfahrens gewordenen Bescheid auf Klage (Becker in BeckOGK SGG, § 96 Rn. 17; Schmidt in Meyer-Ladewig u.a., a.a.O., § 96 Rn. 7). Die Beteiligten sind vorab auf die von früheren rechtlichen Hinweisen des Senats abweichende Beurteilung der Anwendbarkeit von § 96 SGG hingewiesen worden und haben ihre Zustimmung zur Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erneuert.

Gegenstand des Rechtsstreits ist zudem der Bescheid vom 24.02.2015 in der Fassung des Bescheides vom 10.11.2015 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 25.02.2016 (§ 95 SGG), soweit die Beklagte die Verletztenrente auf unbestimmte Zeit ab 01.11.2013 nach einer MdE von 20 v.H. gewährt hat (zu dem den Überprüfungsantrag des Klägers ablehnenden Bescheid vom 20.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 23.05.2014 hinsichtlich des Bescheides vom 13.08.2013 siehe unten). Zutreffend macht der Kläger die Gewährung höherer Rente mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) geltend.

Ergänzend merkt der Senat an, dass der Bescheid vom 11.12.2017 (S. 807 VerwA), mit welchem die Beklagte zunächst die Anerkennung der chronischen Instabilität des ulnaren Kollateralbandes am rechten Daumen als Unfallfolge abgelehnt hat, zu keinem Zeitpunkt Gegenstand des Verfahrens gewesen ist, da die insoweit betroffene Anerkennung der Folgen des Versicherungsfalles weder Gegenstand des Überprüfungsantrags vom 21.10.2013 noch des Widerspruchs gegen den Bescheid vom 24.02.2015 war. Gleiches gilt für den das Anerkenntnis im Verfahren S 6 U 1667/20 ausführenden Bescheid vom 23.10.2018.

Der Bescheid vom 24.03.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.07.2020 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat für die gesamte Zeit ab 18.02.2013 bis heute keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 20 v.H., wie von der Beklagten für den Zeitraum 18.02. bis 31.10.2013 als vorläufige Entschädigung und für die Zeit ab 01.11.2013 auf unbestimmte Zeit bewilligt. Dem entsprechend ist die Klage - wie auch die Berufung - unbegründet.

Anspruch auf eine Rente haben nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach § 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII).

Versicherungsfälle sind nach § 7 Abs. 1 SGB VII Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII gehört zu den versicherten Tätigkeiten auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit (sogenannter Wegeunfall). Einen solchen Wegeunfall erlitt der Kläger am 31.10.2012, als er auf dem Heimweg von der Arbeit mit seinem Motorrad auf die Straße stürzte und hierdurch eine Schulterblatt- und Scapulahals-Trümmerfraktur sowie eine Mittelhand-I-Basisfraktur erlitt. Das Vorliegen eines Arbeitsunfalles ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG 22.06.2004, B 2 U 14/03 R): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar

nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel.

Hat ein Arbeitsunfall Schäden an mehreren Körperteilen gebracht, so ist die MdE im Ganzen zu würdigen. Dabei ist entscheidend eine „Gesamtschau“ der „Gesamteinwirkung“ aller einzelnen Schäden auf die Erwerbsfähigkeit (BSG 13.02.2013, B 2 U 25/11 R; BSG 24.11.1988, 2 BU 139/88, unter Hinweis auf Rechtsprechung zum Schwerbehindertenrecht). Dementsprechend sind mathematische Formeln kein rechtlich zulässiges oder gar gebotenes Beurteilungsmittel zur Feststellung der Gesamt-MdE (BSG 15.03.1979, 9 RVs 6/77), vielmehr muss bei der Gesamtbeurteilung bemessen werden, wie im Einzelfall die durch alle Störungen bedingten Funktionsausfälle gemeinsam die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen (BSG, a.a.O.; Kranig in Hauck/Noftz, SGB VII, § 56 Rn. 44 m.w.N.).

Gemessen an diesen Grundsätzen ist die seitens der Beklagten bewilligte Verletztenrente nicht zu beanstanden, denn die Beklagte hat zutreffend wegen der vom Kläger beim Unfallereignis am 31.10.2012 erlittenen Primärschädigungen (Basisfraktur Metakarpale I metaphysär rechts, Fraktur der Klavikula links, Fraktur der Scapula links und Rippenserienfraktur links 4.-7. Rippe) sowie deren verbliebenen Unfallfolgen eine MdE von 20 v.H. ab 18.02.2013 angenommen.

Nach dem vom Senat bei der Bemessung der MdE regelmäßig zu Grunde gelegten Werk von Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 560, wird eine Schultergelenksversteifung (dies entspricht einer Abduktion/Armseitwärtshebung nur bis 30 Grad) bei uneingeschränktem Schultergürtel mit einer MdE um 30 v.H. und eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 90 Grad (Rotation frei) mit einer MdE um 20 v.H. bewertet, wobei die Armvorhebung als Hauptkriterium für die Bemessung der MdE zu werten ist. Eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 120 Grad (Rotation frei) wird lediglich mit einer MdE um 10 v.H. bewertet.

Die im Bereich der linken Schulter bestehenden Funktionseinschränkungen sind auf dieser Grundlage mit einer MdE von 20 v.H. hinreichend berücksichtigt. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den überzeugenden, schlüssigen und nachvollziehbaren gerichtlichen Sachverständigengutachten von P und S1 sowie aus den überwiegend zu demselben Ergebnis kommenden Verwaltungsgutachten von S, W und H2, die der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet. Maßgeblich sind die Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Schulter nach Verkürzung des Scapulahalses und mit Ausbildung erheblicher knochennarbiger Veränderungen der knöchern verheilten Fraktur des Schulterblattes. Es besteht eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis maximal 90 Grad, die Rotation ist frei. Weder liegt eine Schultergelenksversteifung (bei Abduktion bis 30 Grad), noch eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte vor. In Übereinstimmung mit der unfallversicherungsrechtlichen Literatur haben die Gutachter daher zutreffend eine MdE von 20 v.H. angenommen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 560), die der Senat zur Grundlage seiner Beurteilung macht. Soweit die Gutachter P und S für die beim Kläger vorliegenden Unfallfolgen für das erste Unfalljahr eine MdE von 25 v.H. angenommen haben, überzeugt dies den Senat nicht. Denn die dokumentierten Bewegungsmaße der linken Schulter rechtfertigen im Zeitraum vom 18.02.2013 bis 31.10.2013 auch unter Berücksichtigung eines prolongierten Heilungsverlaufs und einer Schonhaltung des linken Armes keine höhere MdE als 20 v.H.

Die im Laufe des Verfahrens erhobenen Bewegungsausmaße der linken Schulter differieren zwar zeitweise, es bestätigt sich indes dauerhaft eine Einschränkung von jedenfalls nicht mehr als auf 90 Grad vorwärts/seitwärts. Zwar hat zunächst der Gutachter S als Unfallfolgen aufgrund seiner Untersuchung am 15.05.2013 eine konzentrische Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks bei einem deutlichen Schulterschiefstand links mit erheblichen Verspannungen der Schulter-, Rücken- und Nackenmuskulatur beschrieben, wobei aber Vorwärts- und Seitwärtshebung aktiv - mühelos mit Ausweichbewegungen - bis 120 Grad und die Außenrotation zu 30 Grad möglich gewesen sind und der Schürzen- und Nackengriff links mühsam demonstriert hat werden können. Nach den seitens des Gutachters erhobenen Befunden haben weder eine Versteifung des Schultergelenks noch konzentrische Bewegungseinschränkungen um die Hälfte bestanden. Der Senat hat keine Zweifel daran, dass die Bewegungsmaße von S zutreffend und vollständig erhoben worden sind. Denn der Gutachter hat nicht lediglich Messwerte mitgeteilt, sondern unter Beschreibung des Bewegungsablaufs nachvollziehbar dargestellt, dass der Kläger die Fehlhaltung durch „Trickbewegungen“ hat ausgleichen können. Ferner hat bereits am 11.04.2013 der D-Arzt K eine Vorwärtshebung von 90 Grad und eine Seitwärtshebung von 80 Grad sowie eine Außenrotation von 30 Grad beschrieben (S. 133 VerwA). Hingegen hat der Facharzt H in seinem D-Arzt-Bericht vom 05.07.2013 (S. 180 VerwA) eine auf 40 Grad eingeschränkte Seitwärtshebung und jeweils einen unvollständigen Nacken- und Schürzengriff mitgeteilt, jedoch haben sich auch diese Bewegungsausmaße nicht als dauerhaft erwiesen. Denn bereits bei der Untersuchung am 16.01.2014 durch den Gutachter W hat dieser zwar erhebliche konzentrische Bewegungseinschränkungen vorgefunden, aber die aktive Vorwärts- und Seitwärtshebung jeweils bis nicht ganz zur Horizontalen (also über 80 Grad), das Vorwärts-/Rückwärtsheben mit 80-0-30 Grad und eine endgradig eingeschränkte Außenrotation bei anliegendem Arm beschrieben (S. 298 f. VerwA), wobei der der Kläger den Arm in der Seitwärtshebung hat halten können, sodass die im D-Arzt-Bericht des Facharztes H genannten Bewegungsmaße nicht bestätigt worden sind. Im März 2014 sind in den Kreiskliniken R Seitwärts-/Körperwärtsheben mit 45-0-20 Grad und Vorwärts-/Rückwärtsheben mit 90-0-30 Grad gemessen worden; H-Arzt H1 hat indes im Februar 2015 eine Abduktionssperre bei 30 Grad gesehen; H2 hat im September 2015 Vorwärts-/Rückwärtsheben mit 90/0/20 Grad und Abspreizen-/Anführen mit 70/0/30 Grad festgestellt; Ende 2015 wird im Entlassungsbericht der C-Klinik die Seitwärtshebung der linken Schulter bis 40 Grad als frei, die Vorwärtshebung bis 90 Grad als frei und die Außen- und Innenrotation weiterhin als eingeschränkt beschrieben; vergleichbar in der BGU im Januar/Februar 2016 (S. 501 f. VerwA, Befund: Vorwärtsheben 90 Grad, Seitwärtsheben 90 Grad, Außen-/Innenrotation 30/0/80 Grad, Schürzen- und Nackengriff nicht demonstrierbar); aus der vom 14.10.2016 bis 03.11.2016 durchgeführten Schmerz-KSR ist der Kläger mit folgendem Befund entlassen worden: Vorwärts-/Rückwärtsheben 90/0/20 Grad, Seitwärts-/Körperwärtsheben 75/0/10 Grad, Außenrotation 50 Grad und Innenrotation bis zum Gesäß (S. 73 ff. SG-Akte S 6 U 791/16); S1 hat im April 2017 Vorwärtsheben bis knapp 90 Grad, Seitwärtsheben bis 80 Grad festgestellt; im Entlassungsbericht der im Sommer 2019 durchgeführten Rehabilitation in der C-Klinik wird das Vorwärtsheben bis 80 Grad, das Seitwärtsheben bis 60 Grad, die Außenrotation mit 20 Grad sowie der Schulter-, Nacken- und Schürzengriff als nicht durchführbar beschrieben; P hat schließlich im März 2022 folgende Befunde erhoben: aktiv beim Vorwärts-/Rückwärtsheben auf 110/0/25 Grad, aktiv beim Abspreizen/Anführen auf 70/0/25 Grad, aktiv beim Auswärts-/Einwärtsdrehen mit anliegendem Oberarm auf 60/0/100 Grad, aktiv beim Auswärts-/Einwärtsdrehen mit Oberarm auf 70 Grad, seitwärts gehoben auf 80/0/50 Grad. Mit den zuletzt erhobenen Bewegungsmaßen allein lässt sich, worauf P zutreffend hinweist, nicht einmal eine MdE von 20 v.H. begründen, die nach den überzeugenden Ausführungen von P indes nach dem Gesamtbild mit erheblichen knochennarbigen Veränderungen und dadurch hervorgerufener Beschwerdesymptomatik angemessen ist. Überdauernde gravierendere Funktionseinschränkungen sind nach den oben dargestellten Befunden nicht nachgewiesen.

Der Senat kann dabei offenlassen, ob die Kapselfibrose links, die von H2 und S1 als Unfallfolge angesehen worden ist, überhaupt im Rahmen

der Bewertung der MdE berücksichtigt werden darf, da diese Gesundheitsstörung von der Beklagten mit insoweit bestandskräftigem Bescheid vom 10.11.2015 ausdrücklich als Unfallfolge abgelehnt worden ist. Denn mit den festgestellten Funktionseinschränkungen der linken Schulter lässt sich - unabhängig davon, worauf diese beruhen - eine höhere MdE als 20 v.H. ohnehin nicht begründen.

Soweit der Kläger meint, das Schultergelenk sei in seiner Beweglichkeit dreidimensional und aufgrund eines völlig unzureichend behandelten Schulterblattes und einer maximal schlecht verheilten Trümmerfraktur sei von einer höheren MdE als 20 v.H. auszugehen, folgt dem der Senat nicht. Denn nach der umfallmedizinischen Literatur ist die Schultervorhebung das Hauptkriterium der MdE-Bewertung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 560). Des Weiteren liegt auch kein maximal schlechter Heilungsverlauf vor, da - wie zuletzt von P objektiviert - keine Schultergelenksversteifung eingetreten ist, sondern insbesondere das Vorwärtsheben der linken Schulter mit 110 Grad nur eine leichtere Funktionseinschränkung darstellt.

Des Weiteren ist die MdE von 20 v.H. nicht aufgrund der seitens des Klägers beklagten Schmerzen weiter zu erhöhen. Denn übliche Schmerzen als Begleitsymptome einer körperlichen Schädigung sind in den Bewertungstabellen für die jeweilige Schädigung bereits berücksichtigt (s. nur Senatsurteil vom 15.11.2018, L 10 U 1969/17; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 244). Zwar können außergewöhnliche Schmerzen, beispielsweise CRPS, Stumpf- und Phantomschmerz, zentrale neuropathische Schmerzsyndrome nach Läsionen des ZNS, bei der MdE neben der Gewebeverletzung gesondert zu bewerten sein, wenn sie zu Funktionsbeeinträchtigungen führen, die die Funktionsbeeinträchtigungen der reinen Gewebeverletzung - mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit - deutlich übersteigen. Es sind aber nicht die Schmerzen als solches zu bewerten, sondern deren Auswirkungen in Form von Funktionsdefiziten auf die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 244).

Eine außergewöhnliche Schmerzsituation, die es rechtfertigen würde, die MdE auf mehr als 20 v.H. zu erhöhen ist nicht ersichtlich. Bereits der Sachverständige P hat in seinem Gutachten die beklagten Schmerzen des Klägers bei seiner Einschätzung der MdE maßgeblich berücksichtigt, da allein aufgrund der Bewegungsmaße - wenn auch die Rotation der linken Schulter eingeschränkt gewesen ist - lediglich eine MdE von unter 20 v.H. angemessen wäre. Der Kläger hat zwar über einen Dauerschmerz in der linken Schulter sowie beim Vorwärtsheben über die Horizontale sowie beim Rückwärtsheben geklagt (S. 84 Senats-Akte), der zu den oben genannten Bewegungseinschränkungen geführt hat. Darüber hinausgehende Funktionsdefizite aufgrund der Schmerzen, insbesondere im psychischen oder neurologischen Bereich liegen nicht vor. Nach seinen eigenen Angaben während der Schmerz-KSR belastet die Schmerzsituation die familiäre Situation des Klägers nicht und er benötigt auch keine psychotherapeutische Aufarbeitung seines Unfalles oder seiner Schmerzsituation. Dem während der Schmerz-KSR erstellten neurologisch-psychiatrischen Befundbericht des L sind neurologische und psychische Auffälligkeiten nicht zu entnehmen (S. 69 ff. SG-Akte S 6 U 791/16). Auch der Sachverständige S1 hat - unter Bezugnahme auf den Befundbericht des L - eine besondere Schmerzproblematik ausgeschlossen, da der Kläger sozial integriert ist und psychische oder soziale Auswirkungen nicht erkennbar sind. Dieser Einschätzung schließt sich der Senat an.

Die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes H überzeugt den Senat nicht, da die von ihm angenommene MdE von 30 v.H. nicht den unfallmedizinischen Erfahrungssätzen entspricht.

Die verbliebende Funktionsminderung der rechten Hand nach der Mittelhand-I-Basisfraktur aufgrund der chronischen Instabilität des ulnaren Kollateralbandes am rechten Daumen, verbunden mit einer eingeschränkten Greiffunktion und Kraftminderung ist mit einer MdE von unter 10 v.H. zu bewerten und wirkt sich daher nicht aus. Dies entnimmt der Senat den übereinstimmenden, schlüssigen und nachvollziehbaren gerichtlichen Sachverständigengutachten von P und S1 sowie aus den zu demselben Ergebnis kommenden Gutachten von S, W und H2, die der Senat im Wege des Urkundsbeweises verwertet. Denn alle mit dem Kläger befassten Gutachter sind hinsichtlich der rechten Hand lediglich von geringen Funktionseinschränkungen ausgegangen. Die Hand ist Greif-, Druck-, Tast- und Ausdrucksorgan und dient mit der funktionellen Wechselwirkung aller Einzelleistungen der sinnvollen Behauptung des Alltags- und Arbeitslebens. Die Beurteilung der MdE bemisst sich nicht nach einzelnen Fingerbehinderungen, sondern der Gebrauchsbeeinträchtigung der ganzen Hand (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 572 ff.). Hierfür ist im Rahmen eines Vergleichs mit jeweiligen Finger(teil)verlusten zu prüfen, ob der Betroffenen gleich, besser oder schlechter gestellt ist. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 572 ff.). Für den Verlust eines Daumens - der von herausragender Bedeutung für die Handfunktion ist und durch seine Oppositionsbewegung es erst ermöglicht, bestimmte wichtige Greiffunktionen auszuführen - im Grundgelenk beträgt die MdE 30 v.H. (Konsenspapier der MdE-Expertengruppe der DGUV vom Oktober 2019, S. 32; zuvor 20 v.H.).

Bereits S hat im Rahmen seiner Untersuchung im Mai 2013 bei verheilter Mittelhand-I-Basisfraktur lediglich noch eine endgradig eingeschränkte Daumenbeweglichkeit der rechten Hand mit eingeschränkter Greiffunktion beschrieben: Daumenbeweglichkeit der rechten Hand bei Streckung/Beugung im Daumengrundgelenk endgradig eingeschränkt mit 0/0/50 Grad gegenüber der linken Hand mit 0/0/70 Grad und im Daumenendgelenk mit 0/0/60 Grad gegenüber der linken Hand mit 0/0/70 Grad sowie Abspreizen des Daumens der rechten Hand zur Handebene mit 0/0/40 Grad gegenüber dem Daumen der linken Hand mit 0/0/50 Grad. Das Ankreuzen sämtlicher Langfingerkuppen mit der Daumenkuppe ist an beiden Händen uneingeschränkt möglich gewesen. Der Kläger hat in der Untersuchung über Greifprobleme der rechten Hand geklagt, insbesondere, dass ihm das Flaschenöffnen mit einem Schraubverschluss nicht mehr möglich sei. Der Gutachter hat insoweit eine eingeschränkte Greiffunktion angenommen, neurologische Störungen wie Sensibilitätsstörungen hingegen nicht festgestellt. W hat in seinem Gutachten die Handfunktion der rechten Hand für Spitz-, Schlüssel-, und Hakengriff sowie Fingerspreizen und -strecken als intakt und ohne Seitenunterschied zur linken Hand beschrieben, wobei die grobe Kraft links gegenüber rechts nur leicht reduziert gewesen ist. H2 hat in seinem Gutachten weder eine Minderung der groben Kraft noch sensible Störungen beschrieben und ist bei allenfalls endgradigen Bewegungseinschränkungen nur von einem geringen Funktionsdefizit ausgegangen (S. 418 f. VerwA, Befunde: Abspreizfähigkeit des fünften Mittelhandknochens in der Handebene 50 Grad, rechtwinklig zur Handebene 60 Grad [gegenüber der linken Hand mit Abspreizfähigkeit 80 Grad, rechtwinklig zur Handebene 75 Grad], Daumenhohlhandabstand der rechten Hand 10 mm [gegenüber der linken Hand 0 mm], Handspanne der rechten Hand 19 cm [gegenüber der linken Hand 20,5 cm], alle Langfingerkuppen können mit der Daumenspitze erreicht werden; röntgenologischer Befund der rechten Hand: in minimaler Varusstellung knöchern fest verheilte Metakarpale-I-Fraktur, Daumensattel- und Daumengrundgelenk unauffällig, keine posttraumatische degenerative Veränderungen des Handskeletts, der -wurzel und des -gelenks). Der Sachverständige S1 hat bei seiner Untersuchung im April 2017 keine relevanten funktionellen Beeinträchtigungen mehr feststellen können (S. 103 SG-Akte S 6 U 791/16), was angesichts der erhobenen Befunde (S. 98 SG-Akte S 6 U 791/16: normale Beschwielung [auch der linken Hand], vollständiger Faustschluss, keine Einschränkung der gängigen Griffformen, rechter Daumen vollständig streckbar, Beugung im Grundgelenk 0/0/40 Grad [linke Hand 0/0/50 Grad], im Endgelenk 0/0/70

Grad [linke Hand 10-0-70 Grad], Daumen Abspreizen in Handebene 0/0/35 Grad [linke Hand 0/0/40 Grad] sowie rechtwinklig zur Handebene 0/0/35 Grad [linke Hand 0/0/40 Grad], leichte Kraftminderung der rechten Seite bei der Kraftmessung) schlüssig und nachvollziehbar ist, da lediglich leichtgradige Abweichungen der rechten zur linken Hand vorgelegen haben. Schließlich hat auch der Sachverständige P in seinem Gutachten keinen auffälligen Befund feststellen können (S. 94 f. Senatsakte: im Seitenvergleich leichte Minderung des Daumenballens, normale Beschwielung, vollständiger Faustschluss, keine Einschränkung der gängigen Griffformen, rechter Daumen vollständig streckbar, bei leicht eingeschränkter Beugung im Grundgelenk seitengleich normale Funktion in beiden Endgelenken, Daumen abspreizen in Handebene der rechten Hand 0/0/50 Grad [linke Hand 0/0/60 Grad] sowie rechtwinklig zur Handebene der rechten Hand 0/0/50 Grad [linke Hand 0/0/60 Grad], verminderte Kraft der rechten Hand) und ist - bis auf die vom Kläger demonstrierte Kraftminderung, welche für den Sachverständigen nicht nachvollziehbar gewesen ist - von keiner relevanten Funktionseinschränkung ausgegangen, insbesondere hat sich eine überdauernde Instabilität des ulnaren Seitenbandes weder klinisch noch radiologisch objektivieren lassen. Der Kläger ist folglich hinsichtlich der Gebrauchsfähigkeit seiner Hand deutlich besser gestellt, als eine Person mit einer Amputationsverletzung im Endglied oder bis zum Daumengrundglied, denn es fehlen Sensibilitätsstörungen, wesentliche Bewegungseinschränkungen oder Einschränkungen der wichtigen Greiffunktionen.

Eine auffällige Beugekontraktur im Mittel- und Endgelenk des V. Fingers hat P unfallunabhängig auf ein bereits vor Jahren operierten Morbus Dupuytren zurückgeführt, welcher im Übrigen auch seitens der Beklagten im Bescheid vom 13.08.2013 und 10.11.2015 ausdrücklich als unfallfremde Gesundheitsstörung festgestellt worden ist.

Mithin ist daher seitens der rechten Hand keine MdE von mindestens 10 v.H. zu berücksichtigen.

Weitere, bei der MdE-Bemessung zu berücksichtigende Schäden liegen beim Kläger nicht vor. Die Rippenserienfrakturen sind verheilt, so dass sich daraus keine zu berücksichtigenden Beeinträchtigungen mehr ergeben, was sich bereits aus dem Gutachten von S ergibt und im Übrigen hat der Kläger auch keine diesbezüglichen Beschwerden geltend gemacht.

Die seitens der Beklagten gewährte Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. ab 18.02.2013 ist nach alledem nicht zu beanstanden. Auf die Frage, ob bereits bei der erstmaligen Gewährung einer Rente als vorläufige Entschädigung oder einer Rente auf unbestimmte Zeit ein Abweichen der MdE-Einschätzung um nur 5 v.H. eine innerhalb der ärztlichen Schätzungen liegende unbeachtliche Schwankungsbreite darstellt (s. dazu die vom SG zitierte Rechtsprechungsnachweise), kommt es mithin nicht entscheidungserheblich an.

Daher ist auch der Bescheid vom 24.02.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.02.2016 rechtmäßig, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer höheren Verletztenrente ab 01.11.2013, wie bereits oben dargelegt. Gleiches gilt für den Bescheid vom 20.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.05.2014 - welcher ebenfalls Gegenstand des Berufungsverfahrens ist -, mit dem die Beklagte den Überprüfungsantrag des Klägers gemäß § 44 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) vom 21.10.2013 auf teilweise Rücknahme des Bescheides vom 13.08.2013 für die Vergangenheit und die Gewährung einer höheren Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. abgelehnt hat. Der Senat kann daher offenlassen, ob die kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (vgl. BSG 18.11.2014, B 4 AS 4/14 R) im Berufungsverfahren noch zulässig ist, denn mit Erlass des Bescheides vom 24.03.2020 hat die Beklagte erneut über den gesamten Rentenanspruch des Klägers entschieden, sodass zumindest zweifelhaft ist, ob für das Überprüfungsverfahren noch ein Rechtsschutzbedürfnis besteht bzw. sich der Bescheid vom 20.12.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 23.05.2014 durch die neuerliche und weitergehende Überprüfung mit Bescheid vom 24.03.2020 gemäß § 39 Abs. 2 SGB X auf andere Weise erledigt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-02-17