L 6 U 1890/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 1661/18
Datum
10.05.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1890/19
Datum
29.06.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Mai 2019 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte erstattet dem Kläger auch seine außergerichtlichen Kosten im Berufungsverfahren.

Tatbestand

Die Beklagte wendet sich mit der von ihr erhobenen Berufung gegen die Verpflichtung zur Feststellung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 und die Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 40 vom Hundert (v. H.) statt 30 v. H..

Der Kläger ist 1966 geboren. Nach dem Besuch der Hauptschule erlernte er den Beruf des Bau- und Möbelschreiners. Er war zunächst von 1985 bis 1992 als Bau- und Möbelschreiner beschäftigt. Danach war er bis Mai 2001 als Küchen- und Möbelmonteur in dem Unfallbetrieb, einem Möbeleinrichtungshaus, tätig. Es schlossen sich weitere Beschäftigungen als Möbelmonteur bei zwei weiteren Arbeitgebern an. Er ist verheiratet und Vater einer erwachsenen Tochter, die noch studiert. Seine Ehefrau ist in der Kranken- und Altenpflege tätig. Vor dem Unfall bestanden seine Hobbys aus Wandern, auch in den Bergen, und Fahrradfahren. Seit dem Unfall kann er diesen Hobbys nicht mehr nachgehen. Er hat zwei große Hunden, mit denen er abends spazieren geht, und sammelt alte Traktoren, die er aufgrund des Unfalls nicht mehr wie früher restaurieren kann (vgl. Abschlussbericht K1 Kompetenzzentrum für Rehabilitationsmanagement, Gutachten M1, Gutachten F1).

Nach dem Durchgangsarztbericht des S1 vom 28. November 1998, dem Unfalltag, sei der Kläger bei seiner bei der Beklagten versicherten Beschäftigung als Schreiner beim Sägen von Spanplatten mit einer Elektrokettensäge auf einer Leiter wegen des Verhakens der Säge von der Leiter gestürzt. Als Befund sei eine druckschmerzhafte Weichteilschwellung über dem rechten Innenknöchel ohne sonstige lokale äußere Verletzungszeichen erhoben worden. Die periphere Motorik, die Sensibilität und die Durchblutung seien ungestört gewesen. Diagnostiziert wurde eine Innenknöchelfraktur des rechten Sprunggelenkes.

Der Kläger befand sich mit der Diagnose einer dislozierten Innenknöchelfraktur der rechten oberen Sprunggelenkes (OSG) mit begleitender Außenbandruptur vom 28. November bis zum 9. Dezember 1998 in stationärer Behandlung in der R1 B1. Als Therapie erfolgte eine offene Frakturreposition, eine Osteosynthese mittels Zuggurtung, eine laterale Revision und eine Außenbandnaht. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine anatomisch einwandfreie Frakturstellung gezeigt. Am 1. März 1999 erfolgte die Metallentfernung. Die durchgeführten Röntgenkontrollen nach der Metallentfernung hätten eine anatomisch korrekt konsolidierte Fraktur ergeben. Es habe eine inhomogene fleckige Dystrophie der gelenknahen Abschnitte von Tibia und Fibula sowie der miterfassten Fußwurzelknochen bestanden.

Aus dem Bericht des W1, Berufsgenossenschaftliche Unfallklink (BG-Klinik) L1, vom 29. Juli 1999 ergaben sich Belastungs- und eine Dysthrophiebeschwerden des rechten Fußes nach Innenknöchel- und Außenbandruptur. Deshalb wurde ein stationäres Heilverfahren in die Wege geleitet, das vom 29. Juli bis zum 26. August 1999 in der BG-Klinik L1 durchgeführt wurde. Unter intensiver krankengymnastischer Übungsbehandlung sowie Belastung und Gehschule unter ärztlicher Kontrolle sei eine Befundbesserung eingetreten. Die Beweglichkeit des OSG und unteren Sprunggelenkes (USG) sei weiterhin frei gewesen. Eine berufshelferische Maßnahme sei eingeleitet worden. Im Sinne einer Arbeits-Belastungs-Erprobung (ABE) habe am 30. August 1999 die Teilzeitbeschäftigung aufgenommen werden sollen.

Nach dem Abschlussbericht des W1 (Vorstellung des Klägers am 15. November 1999) habe ein Status nach Innenknöchel- und Außenbandruptur des rechten OSG sowie vorzeitiger Metallentfernung bei gleichzeitig bestehender Dystrophie bestanden. Der Kläger führe seit September 1999 eine ABE über sechs Stunden täglich durch, damit käme er bei eingeschränktem Einsatz und Pausen geradeso zurecht. Die Beweglichkeit des rechten OSG sei frei gewesen, es hätten noch Beschwerden über dem Innenknöchel ventralseitig und über der Achillessehne bestanden. Medizinischerseits sei ein Endzustand eingetreten gewesen. Es wurde angeraten, eine vollschichtige Arbeitstätigkeit ab dem 16. November 1999 aufzunehmen, gegebenenfalls müsse ein Antiphlogistikum eingenommen werden.

Aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 8. Februar 2000 erstattete W1 ein erstes Rentengutachten. Als wesentliche Unfallfolgen hätten Narben, Pigmentveränderungen der Haut im Sprunggelenk, eine Umfangsvermehrung im Sprunggelenksbereich rechts, eine deutliche Muskelminderung des rechten Beines, eine Bewegungseinschränkung im OSG und im USG rechts, schließlich die im Röntgenbild ausgeheilte Fraktur mit beginnender Arthrose und deutlicher Kalksalzminderung vorlegen. Die MdE wurde mit 20 v. H. ab dem 16. November 1999 bis zur empfohlenen Nachuntersuchung am 16. November 2000 geschätzt.

Durch Bescheid vom 28. März 2000 erkannte die Beklagte den Unfall vom 28. November 1998 als Arbeitsunfall an und bewilligte dem Kläger ab dem 16. November 1999 eine Rente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v. H.. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie eine Muskelminderung am rechten Bein, eine Schwellneigung, eine Herabsetzung des Knochenkalksalzgehaltes, eine beginnende verformende Veränderungen und Pigmentveränderungen der Haut im Bereich des rechten Sprunggelenkes sowie eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten OSG und USG nach operativ versorgten Innenknöchelbruch rechts mit Außenbandriss an, nicht hingegen ein Übergewicht.

W1 erstellte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 22. November 2000 das zweite Rentengutachten. Als Unfallfolgen hätten noch eine Bewegungseinschränkung im rechten OSG sowie hälftig des rechten USG, eine ausgeprägte Muskelminderung des rechten Unterschenkels, eine Weichteilverdickung der rechten Knöchelregion, reizlose Narben mit Braunpigmentierung des Innen- und Außenknöchels, eine Gefühlsminderung im Innen- und Außenknöchelbereich rechts, eine röntgenologisch zunehmende Randzackenbildung an der Vorder- und Hinterkante des Wadenbeines im oberen Sprunggelenksbereich und eine Kalksalzminderung des Fußskelettes bestanden. Die MdE betrage 20 v. H.. Durch Anpassung und Gewöhnung sei durchaus noch eine Besserung, insbesondere der Muskelminderung des rechten Unterschenkels, möglich. Aufgrund des röntgenologischen Verlaufs sei jedoch mit einem Fortschreiten der posttraumatischen Arthrose zu rechnen. Eine Nachuntersuchung werde in zwei Jahren empfohlen. Der Kläger habe über ein rasch auftretendes Spannungsgefühl im Bereich des gesamten Fußes mit Anschwellung im Achillessehnenbereich rechts beim Treppen- und Leitersteigen geklagt. Bei Fahrten von längeren Strecken verspüre er eine zunehmende Schwellung sowie Schmerzen am rechten Innenknöchel mit dann einem sehr starken lokalen Druckschmerz über der Innenknöchelspitze. Die freie Gehstrecke betrage auf ebenem Gelände zweieinhalb Stunden, auf unebenem jedoch maximal eine Stunde. Sein früheres Hobby Bergwandern habe er aufgeben müssen. Er verspüre ein geringes Instabilitätsgefühl im rechten Sprunggelenk. Radfahren, Springen und Laufen könne er nicht mehr.

Die Beklagte bewilligte dem Kläger durch Bescheid vom 27. Dezember 2000 anstelle der Rente als vorläufige Entschädigung eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 v. H.. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie nunmehr eine Muskelminderung am rechten Unterschenkel, eine Schwellneigung, eine Herabsetzung des Knochenkalksalzgehaltes sowie beginnende verformende Veränderungen und Pigmentveränderungen der Haut im Bereich des rechten Sprunggelenkes, eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten OSG und USG nach operativ versorgtem Innenknöchelbruch rechts mit Außenbandriss und eine Gefühlsminderung im Knöchelbereich rechts an, nicht hingegen Übergewicht.

Nach dem zweiten Rentengutachten zur Rentennachprüfung des W1 aufgrund der ambulanten Untersuchung des Klägers am 16. Dezember 2002 hätten noch als Unfallfolgen reizlose Narbenbildungen, eine Bewegungseinschränkung am rechten OSG und USG, eine Muskelminderung am rechten Ober- und Unterschenkel, eine Umfangsvermehrung im Bereich des rechten Sprunggelenkes und röntgenologisch erkennbar Veränderungen, insbesondere die Arthrose und die Kalksalzminderung, vorgelegen. Die MdE betrage weiterhin 20 v. H.. Es handele sich um einen Endzustand. Der Kläger habe nach wie vor bestehende Belastungsschmerzen am rechten Sprunggelenk beklagt. Er habe angegeben, beim Treppenlaufen, Autofahren und Knien eingeschränkt zu sein. Im Gelenk knirschte es beim Bewegen und es komme zu einer Anschwellung.

Der Durchgangsarztbericht vom 24. April 2006 nannte als Diagnose eine Arthrose des OSG rechts nach bimalleolarer OSG-Verletzung vor acht Jahren. Im Befund habe sich ein deutlich hinkendes Gangbild, eine geringe Weichteilverdickung ohne Überwärmung, eine gute Beweglichkeit (USG 25-0-50°, OSG d/p 5-0-60°), an der dist. ventr. Tibiakante ein druckschmerzhafter Bereich, dort Funktionsschmerz bei Dorsalextension und beim Einnehmen der tiefen Hocke, gezeigt.

Während des stationären Aufenthalts des Klägers vom 7. bis zum 12. September 2006 in der BG-Klinik F2 erfolgte eine anteromediale Arthrotomie, eine partielle Synovektomie, eine Abtragung der Exophyten und krankengymnastische Mobilisation unter schmerzadaptierter Teilbelastung. Als Diagnosen wären eine beginnende posttraumatische OSG-Arthrose rechts mit Exophyten am Talushals und an der distalen Tibiavorderkante, eine Synovialitis mit Einschränkung der Fußhebung sowie ein Zustand nach operativ versorgter Sprunggelenksluxationsfraktur mit Kapselruptur und vorderer Syndesmosenruptur erhoben worden. Bei der Nachuntersuchung am 26. Oktober 2006 berichtete der Kläger von einer guten Beweglichkeit des rechten OSG und noch belastungsabhängigen Schmerzen beim Treppenlaufen und Laufen auf unebenem Boden.

Wegen zunehmender Beschwerden nach der Operation im Jahr 2006 stellte sich der Kläger erneut am 6. Januar 2011 in der BG-Klinik F2 vor. Er habe angegeben, nach der letzten Operation sei es zunächst zwei Jahre besser gewesen, jetzt stelle sich langsam wieder eine Verschlechterung ein. Er habe Schmerzen bei Bewegung und Belastung rund um das Sprunggelenk, besonders am Innenknöchel. Es „krache und knacke“, Schmerzen bestünden manchmal auch in Ruhe. Das Autofahren bereite Probleme. Diagnostiziert worden sei eine posttraumatische Arthrose rechtes OSG nach Luxationsfraktur, eine Kapselbandruptur und eine vordere Syndesmoseruptur vom 28. November 1998, zuletzt Arthrotomie mit Synovektomie und Exophytenabtragung am 8. September 2006. Es sei eine nochmalige Arthroskopie empfohlen worden. Am 6. September 2011 wurde deshalb eine Arthroskopie des rechten OSG, eine Artholyse, eine Entfernung der freien Gelenkkörper sowie eine partielle Synovektomie, eine Resektion von Narbengewebe und eingeschlagenen Kapselbandanteilen sowie eine Knorpelglättung durchgeführt.

Bei der Vorstellung des Klägers am 12. Dezember 2011 in der BG-Klinik L1 habe sich bei der klinischen Untersuchung eine gute Sprunggelenksbeweglichkeit gezeigt. Der Kläger habe bei der Pro- und Supination des Sprunggelenkes über stechende Schmerzen im Bereich des Innen- und Außenknöchels bei peripher regelrechter Durchblutung, Motorik und Sensorik geklagt. Unter einer Narbeninfiltration mit Scandicain sei es zu einer deutlichen, wenngleich auch nur kurzfristigen Besserung der Beschwerden gekommen.

Nach dem Zwischenbericht der BG-Klinik L1 über die Vorstellung des Klägers am 18. April 2012 habe durch eine dreimalige Infiltration streng subcutan im Narbenbereich mit LA und Cortison nur eine geringe Beschwerdelinderung erzielt werden können. Der Kläger habe anhaltende Schmerzen sowohl im Narbenbereich als auch semizirkulär ventralseitig im Bereich des rechten OSG beschrieben. Anamnestisch seien die Beschwerden schlechter als vor den arthroskopischen Maßnahmen gewesen. Aufgrund des prolongierten Heilungsverlaufs sei die Indikation zur Durchführung einer komplexen stationären Rehabilitationsmaßnahme gesehen worden.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wurde vom 10. Mai bis zum 21. Juni 2012 in der BG-Klinik L1 durchgeführt. Bei Entlassung habe der Kläger in Ruhe Schmerzen von eins bis zwei und bei Belastung von vier bis fünf in der visuellen Analogskala angegeben. Die Beweglichkeit des OSG habe für Flexion/Extension 25-0-25°, passiv 30-0-10° betragen. Die Pro-/Supination sei mit 15-0-25° möglich gewesen. Intakt gezeigt hätten sich die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität. Zum Ausschluss einer neurologischen Ursache sei die Vorstellung beim Neurologen erfolgt, ein Nervenläsion hätte nicht festgestellt werden können.

Der fachärztliche Bericht der BG-Klink F2 führte aus, es sei bei der Diagnose einer posttraumatischen Arthrose sonstiger Gelenke Knöchel und Fuß (ICD-10 M19.17) am 9. Oktober 2012 die Implantation einer nicht zementierten Sprunggelenkendoprothese erfolgt.

Bei Verdacht auch ein CRPS erfolgte am 20. November 2012 die Vorstellung des Klägers in der Notfallambulanz der BG-Klinik F2. Der Kläger habe von einer belastungsabhängigen Schwellneigung des rechten OSG, besonders am Nachmittag und Abend, berichtet. Ein Anhalt für ein CRPS habe sich nicht ergeben. Die Beschwerden wurden am ehesten im Rahmen des postoperativen Verlaufs nach der OSG-Totalendoprothesenimplantation vor sechs Wochen gesehen.

Am 12. November 2013 erfolgte in der BG-Klink F2 eine Revision der OSG-TEP mit Nettoyage, Osteophytenresektion und Inlaywechsel.

Wegen weiterhin bestehender Schmerzen stellte sich der Kläger am 19. Februar und am 19. März 2014 in der Schmerzambulanz der BG-Klinik F2 vor und begab sich vom 28. bis zum 30. April in eine stationäre Kurzabklärung in die Schmerztherapie der vorgenannten Klinik. Nach dem ausführlichen fachärztlichen Bericht vom 7. Mai 2014 seien als Diagnosen nozizeptive Schmerzen des rechten Sprunggelenkes bei Zustand nach Sprunggelenksfraktur mit Außenbandabriss vom 28. November 1998, nachfolgender Sprunggelenksarthrose und Sprunggelenks-TEP-Einbau Oktober 2012 sowie Inlaywechsel und Nettoyage am 10. November 2013 und eine leichte CRPS-Symptomatik gestellt worden. Es sei die Durchführung einer Radiosynoviorthese vereinbart worden. Wenn sich keine Beschwerdebesserung in den nächsten drei bis sechs Monaten einstellen sollte, werde mit dem Kläger ein erneuter Termin zur Sprunggelenksarthrodese vereinbart.

Mit der Diagnose einer heterotopen Ossifikation in der Achillessehne rechts nach OSG-TEP-Implantation bei Zustand nach Radiosynoviorthese am 13. Juni 2014 wurde der Kläger am 29. August 2014 erneut operiert (Revision, Tenolyse AS, Exploration und Exzision des Ossikel, Bursektomie subachillae, Naht AS).

Bei der Vorstellung des Klägers am 4. Dezember 2014 in der BG-Klinik F2 wurde nach dem entsprechenden fachärztlichen Bericht als Diagnosen ein weitgehender funktioneller Ausfall des rechten OSG nach dessen TEP mit aktuellem Substanzverlust und weitgehendem Verkleben der Achillessehne nach operativer Revision vom 29. August 2014 gestellt.

Aufgrund der Diagnose einer anhaltenden Belastungsintoleranz und einer Bewegungseinschränkung des rechten OSG und des USG nach OSG-Totalendoprothese, nachfolgendem Inlay-Wechsel und Resektion von Ossifikationen, zwischenzeitlicher Radiosynovioorthese der rechten Sprunggelenks im Sommer 2014, befand sich der Kläger vom 28. September bis zum 8. Oktober 2015 wiederum in stationärer Behandlung in der BG-Klinik F2. Nach dem diesbezüglichen fachärztlichen Bericht sei am 29. September 2015 der Ausbau der OSG-Totalendoprothese rechts, eine Rückfußnagelarthrodese mittels Styrker-Nagel T2 der Größe 200 x 11 mm mit Kompressionsschraube und Verschlusskappe Größe 0 und eine Spongiosaplastik mit Entnahme vom rechten vorderen Beckenkamm erfolgt. Der Entlassungsbericht beschrieb ein sicheres Gangbild an zwei Unterarmgehstützen bei nun erlaubter Vollbelastung. Die Wunde sei reizlos und trocken gewesen, es habe ein Druckschmerz über der Narbe an der Fußsohle bestanden. Im Bereich der rechten Wade habe eine deutliche Muskelatrophie vorgelegen. Der Kläger selbst habe über Schmerzen im Bereich der Fußsohle, der Ferse, der Achillessehne und im OP-Bereich des Knöchels geklagt. Ohne Tabletten nähmen die Beschwerden zu (visuellen Analogskala [VAS] 6, 4 bis 6 mit Tabletten). Klinisch habe der Verdacht auf eine Spinalkanalstenose L5/S1 differentialdiagnostisch auf einen Bandscheibenvorfall bestanden.

Aus dem ambulanten Arztbrief der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums K2 über die ambulante Untersuchung des Klägers am 4. Mai 2016 ergaben sich die Diagnose einer Lumboischialgie rechts (ICD-10 M 54.4). Der Kläger habe berichtet, er laufe seit fünf Jahren aufgrund einer Sprunggelenkserkrankung an zwei Unterarmgehstützen. Im Laufe der Jahre hätten sich ausstrahlende Schmerzen im rechten Oberschenkel rückseitig bis zur Kniekehle entwickelt. Die Schmerzen seien hauptsächlich im Sitzen, aber auch beim zunehmenden Laufen vorhanden. Gefühlsstörungen oder Lähmungen seien nicht aufgetreten. Die aktuelle Kernspintomographie habe eine rechts betonte lumbosacrale Bandscheibenprotrusion gezeigt, welche die S1-Reizung erklären könne.

Der stationäre Zwischenbericht der F3-Klinik B2 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 24. Juni bis zum 1. Juli 2016 nannte als Diagnosen eine fehlende knöcherne Durchbauung USG rechts nach OSG/USG-Arthrodese mit Arthrodesenagel. Am 24. Juni 2016 sei als Therapie eine Nagelentfernung, ein Debridement USG, eine SPP rechter hinterer Beckenkamm und eine Subtalararthrodese mit 6,5 mm kanülierten Schrauben (Fa. Stryker ASNIS) durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf habe sich regelgerecht gestaltet. Es sei eine physiotherapeutisch angeleitete Mobilisation unter Entlastung an Unterarmgehstützen auf Stationsebene und an der Treppe unter bedarfsgerechter Analgesie erfolgt.

Vom 10. Januar bis zum 14. Februar 2017 erfolgte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der BG-Klinik L1. Bei der Aufnahme habe der Kläger über persistierende Schmerzen im rechten Sprunggelenk sowie an der Spongiosaentnahmestelle geklagt. Die Narben seien etwas

hypertroph und schlecht verschieblich gewesen. Die Rehabilitationsziele hätten nur einschränkt erreicht werden können. Die Ruheschmerzen hätten auf 1 bis 2 von 10 der Numerischen Rating-Skala (NSA) bei unverändertem Belastungsschmerz reduziert werden können. Unter zunehmender Belastung hätten die Schmerzen zugenommen, eine Steigerung der Wegstrecke habe nicht erreicht werden können.

Aus dem ausführlichen Befundbericht des M2 und der H1, Abteilung für Schmerzmedizin der BG-Klinik L1, über die ambulante Untersuchung des Klägers am 4. April 2017 ließen sich die Diagnosen chronifizierter nozizeptiver Schmerz Fuß rechts (ICD-10 M79.67), nozizeptiver Schmerz Hüftbereich rechts (ICD-10 M79.65), chronische Lumbago (ICD-10 M54.86) und Novalgin-Unverträglichkeit entnehmen. Der Kläger habe von einem Dauer- und Belastungsschmerz im Bereich des rechten Sprunggelenkes (in Ruhe 1 bis 2 NRS, bei Belastung 6 NRS), der rechten Ferse (in Ruhe 1 NRS, bei Belastung 6 bis 7 NRS), der rechten Hüfte (in Ruhe 1 bis 2 NRS, bei Belastung 5 NRS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) (in Ruhe 1 NRS, bei Belastung 6 NRS) berichtet. In der körperlichen Untersuchung habe sich ein Spontanschmerz gezeigt, keine Allodynie oder Hyperalgesie. Es hätten sich sensible Defizite im Sinne einer Hypästhesie im Bereich des rechten Fußes, kein Druckschmerz auf den Fußgelenken, keine Temperaturdifferenz, keine Durchblutungs- oder sudomotorische Störungen, kein Ödem und keine trophischen Störungen ergeben. In Zusammenschau der Anamnese, der klinischen Untersuchung und dem Fragebogen auf eine neuropathische Schmerzkomponente sei eine neuropathische Schmerzkomponente eher unwahrscheinlich gewesen, ebenso nach Anwendung der Budapest-Kriterien ein CRPS.

M1, Klinik für Unfall-, Hand- und orthopädische Chirurgie, Städtisches Klinikum K2, erstellte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 29. Mai 2017 im Auftrag der Beklagten ein Rentengutachten zur Nachprüfung der MdE. Die glaubhafte subjektive Beschwerdesymptomatik der wesentlichen Unfallfolgen habe bestanden in Mobilisation sowie Ruheschmerzen im Bereich des rechten OSG/USG, durch die Arthrodese in einer aufgehobenen Beweglichkeit sowie durch die kontinuierliche schmerzbedingte Fehlentlastung in einem Schmerzverkettungssyndrom des rechten Knie- und Hüftgelenkes und weiteren Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule sowie des Schulter-Nackengürtels. Die objektiven funktionellen Einschränkungen im Bereich des rechten Beines hätten gelegen in einer deutlichen Muskelverringerung mit einhergehendem Kraftdefizit und einer deutlich beeinträchtigten Beweglichkeit im Bereich der chopart´schen sowie lisfranc´schen Gelenklinie. Des Weiteren hätten druckschmerzhafte Verspannungen im Bereich der paravertebralen Muskulatur im Lumbosacralbereich rechts sowie im Schulter-/Nackenbereich beidseits vorgelegen. Darüber hinaus habe im Bereich des rechten Sprunggelenkes, an der Ferse sowie über dem Fußrücken eine deutlich sichtbare Narbenbildung nach den vorangegangenen Operationen bestanden. Vom Unfall unabhängige krankhafte Veränderungen seien gewesen eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, persistierende Foramen ovale mit Form Septumaneuroysma sowie ein Links-Rechts-Shunt und ein Zustand nach NSTEMI. Aktuell sei bislang anerkannt gewesen eine MdE von 20 v. H., aufgrund der vollständigen Versteifung des OSG und des USG sowie der damit einhergehenden Immobilisierung wäre aktuell von einer MdE von 30 v. H. auszugehen.

Der Kläger habe berichtet, dass er seit circa sechs Jahren unter chronischen Schmerzen im Bereich des rechten OSG und USG leide. Durch die operativen Eingriffe habe sich keine Besserung erzielen lassen, ebenso sei kein relevanter Fortschritt durch die anschließenden Rehabilitationsmaßnahmen eingetreten. Außer den bekannten chronischen Belastungsschmerzen bestünden nun trotz Schmerzmitteleinnahme auch Schmerzen im Bereich des rechten OSG und USG, welche er mit 2 bis 3 auf der NSA angeben habe. Bei Belastung werde ein Wert von 7 auf der NRS erreicht. Die maximal für ihn zurücklegbare Gehzeit an Unterarmgehstützen betrage circa 15 bis 20 Minuten, ohne Unterarmgehstützen seien ihm allenfalls 20 bis 25 Meter möglich. Durch die schmerzbedingte Fehlbelastung des rechten Fußes leide er zunehmend unter Schmerzen im Bereich des rechten Knie- und Hüftgelenkes. Ebenso imponierten Beschwerden im Areal des lumbosacralen Übergangs sowie beider Schultergelenke. Wegen der schmerzbedingten Immobilität sei ihm die Teilnahme an sozialen Veranstaltungen zunehmend schwerer gefallen, was dann zu einem Rückzug aus seinem bisherigen Sozialleben geführt habe. Seinen ursprünglichen Hobbys wie Wandern, Bergwandern und Fahrradfahren könne er seit Jahren nicht mehr nachgehen. Infolge der Schmerzen sowie der psychischen Belastung aufgrund seiner gesundheitlichen Situation leide er zunehmend unter Ein- und Durchschlafproblemen.

Durch Bescheid vom 7. September 2017 bewilligte die Beklagte dem Kläger ab dem 1. April 2017 eine Rente nach einer MdE von 30 v. H.. Er habe bisher eine Rente nach einer MdE von 20 v. H. erhalten. Nunmehr hätten sich die dem Bescheid vom 27. Dezember 2000 zugrunde liegenden Verhältnisse wesentlich geändert. Als Folgen des Arbeitsunfalls lägen eine Versteifung des OSG und des USG rechts, eine Einschränkung der Gelenkbeweglichkeiten zwischen Fußwurzelknochen und Fersenbein (Chopart-Gelenk) sowie zwischen Fußwurzel und Mittelfußknochen (Lisfranc-Gelenk) rechts, eine herabgesetzte Belastbarkeit des rechten Fußes sowie eine funktionelle Einschränkung des Beines mit Muskelschwäche und Kraftdefizit vor.

Aus dem Wiedervorstellungsbericht des M2 über die ambulante Untersuchung des Klägers am 23. Mai 2017 ergaben sich die Diagnosen eines chronifizierten nozizeptiven Schmerzes des Fußes rechts (ICD-10 M79.67) sowie des Hüftbereich rechts (ICD-10 M79.65) und eine chronische Lumbago (ICD-10 M54.86).
Mit dem gegen den Bescheid vom 7. September 2017 erhobenen Widerspruch verfolgte der Kläger die Berücksichtigung weiterer Unfallfolgen und die Bewilligung einer Verletztenrenten nach einer MdE um 40 v. H.. Es fehlten im Bescheid die Unfallfolgen, die M1 in seinem Gutachten beschrieben habe. Diese bestünden in einer deutlichen Umfangvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenkes, Narben an der Fußsohle über der Ferse von circa 3,5 cm Länge, ebenso am Fußrücken zweimalig von 7 cm und 6 cm Länge und am Außenknöchel von circa 5 cm Länge sowie am Innenknöchel von circa 6 cm Länge und einer Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade. Der Bescheid spreche lediglich von einer Muskelschwäche. Darüber hinaus werde hinsichtlich der Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk lediglich von einer Einschränkung der Beweglichkeit ausgegangen, das Gutachten halte aber eine deutliche Einschränkung fest. Zusätzlich werde er im Gutachten als chronischer Schmerzpatient bezeichnet. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens werde dringend eine schmerztherapeutische Begutachtung empfohlen.

Zur Akte gelangten weitere Wiedervorstellungsberichte des M2 (ambulante Untersuchungen des Klägers am 11. Juli 2017, 29. August 2017, 17. Oktober 2017, 5. Dezember 2017, 23. Januar 2018 und 12. März 2018), die als Diagnosen chronifizierte nozizeptive Schmerzen im Fuß rechts (ICD-10 M79.67), der Hüfte rechts (ICD-10 M79.65) sowie der Knie beidseits (ICD-10 M79.66), eine chronische Lumbago (ICD-10 M54.86) und eine Novalgin-Unverträglichkeit benannten.

Die Beklagte holte hierzu die erste neurologisch-psychiatrische beratungsfachärztliche Stellungnahme des S2 ein. Dieser führte aus, die

festgestellte MdE von 30 v. H. sei aus neurologisch-psychiatrischer Sicht angemessen. Eine Zusatzbegutachtung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei nicht erforderlich. Hierfür gebe es keinen ausreichenden Grund. Eine unfallbedingte Erkrankung im neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet sei entsprechend der vorliegenden Akte nicht belegt. Es sei auch darauf zu verweisen, dass normale Schmerzen in den üblichen Bewertungstabellen enthalten seien und keine höheren MdE-Werte rechtfertigten. Für eine eigenständige unfallbedingte psychiatrische Erkrankung ergebe sich insgesamt kein ausreichender Anhalt.

Der Kläger wandte gegen die Stellungnahme des S2 ein, er leide unter einer unfallbedingten neurologisch-psychiatrischen Erkrankung, die gerade nicht – wie S2 ausgeführt habe – als „übliche Schmerzen in den üblichen Bewertungstabellen berücksichtigt“ seien.

Durch Widerspruchsbescheid vom 13. April 2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Grundlage des angefochtenen Bescheides sei das Gutachten des M1, dem zu entnehmen sei, dass die vom Kläger vorgetragenen Beschwerden erfasst und bei der Einschätzung der MdE berücksichtigt worden seien. Entsprechend den MdE-Erfahrungswerten, wie sie in der gängigen unfallmedizinischen Literatur vertreten würden, wäre allein wegen der Versteifung des Sprunggelenkes die MdE geringer einzuschätzen gewesen. Unter Berücksichtigung der Beschwerdesymptomatik sei dies jedoch von Seiten der Beklagten als nicht ausreichend betrachtet und dementsprechend eine höhere MdE festgesetzt worden. Im Bescheid seien die Beschwerden erfasst worden, die für die Einschätzung der erhöhten MdE relevant gewesen seien. Die Schwellneigung sei bereits im Bescheid vom 27. Dezember 2000 genannt und müsse deshalb nicht erneut aufgegriffen werden, zumal sie keinen zusätzlichen Einfluss auf die Beweglichkeit des Sprunggelenkes habe. Die Narbenbildung habe nur deklaratorische Bedeutung und sei im Übrigen auch bisher nicht erwähnt worden. Im Widerspruchsverfahren seien sämtliche Unterlagen erneut geprüft worden; Anhaltspunkte dafür, dass der angefochtene Bescheid unrichtig und die eingeschätzte MdE nicht angemessen sei, hätten sich nicht ergeben.

Am 18. Mai 2018 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben, mit der er die Verpflichtung der Beklagten zur Anerkennung einer deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich der rechten Sprunggelenkes, von Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts, einer Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade und eines chronisch-nozizeptiven Schmerz am rechten Fuß und der rechten Hüfte sowie die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente ab dem 1. April 2017 nach einer MdE von 40 v. H. verfolgt hat.

Der Kläger hat die sachverständige Zeugenaussage des M3 aus dem rentenversicherungsrechtlichen Verfahren S 14 R 4355/17 vorgelegt. Dieser hat die Diagnose eines gemischt neuropathisch-nozizeptiven Schmerzes gestellt. Ein klinischer Anhalt für das Vorliegen eines CRPS nach den Budapest-Diagnosekriterien habe nicht erhoben werden können. Im Rahmen der Mitbehandlung während der Rehabilitation im Januar 2017 sei eine Schmerztherapie mit Opiaten begonnen worden, deren Dosierung im Laufe der Zeit angehoben worden sei. Subjektiv habe die Schmerzsituation darunter stabil gehalten werden können.

Die Beklagte hat den Zwischenbericht des T1, Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, über die Vorstellung des Klägers am 9. Juli 2018 zur Gerichtsakte gereicht. Diagnostisch habe eine Situation nach Metallentfernung der noch einliegenden Schraube am rechten Fuß vorgelegen. Als Befund habe er einen deutlichen Druckschmerz über den beiden Zugängen der dorsalen Ferse erhoben, plantar habe ein punktueller Druckschmerz bestanden. T1 hat angenommen, dass sich die Restbeschwerdesymptomatik im Verlauf der nächsten Woche hoffentlich weiter bessern werde, inwiefern eine vollständige Beschwerdefreiheit eintreten werde, bleibe abzuwarten.

Das SG hat das neurologische Gutachten des F1 nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 23. November 2018 erhoben. F1 hat ausgeführt, beim Kläger bestehe ein chronisches, in der Intensität ausgeprägtes Schmerzsyndrom mit bewegungs- und vor allem belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Fuß. Weiter bestehe ein Zustand nach mehrfacher Operation des rechten Fußes und der Achillessehne mit Durchführung einer Arthrodese des Sprunggelenkes. Die Schmerzen hätten einen eigenen Krankheitscharakter, da weniger die Bewegungseinschränkung des Fußes zur Beeinträchtigung des Lebens, des Alltages und der Lebensqualität führe als mehr die chronischen Schmerzen und dadurch bedingten Einschränkungen mit Reduzierung der Gehstrecke und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Hobbys, Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, etc.). Auch kämen durch die Schmerzen bedingte weitere Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, psychische Belastung und sozialer Rückzug hinzu. Da die Schmerzen bereits seit circa 20 Jahren bestünden und sich trotz aller Maßnahmen nicht wesentlich gebessert hätten, sei von einem chronischen Schmerzzustand auszugehen, dessen Intensität als mittelschwer zu bezeichnen sei. Dies lasse sich ablesen an den berichteten Einschränkungen des alltäglichen Lebens und den geschilderten Schmerzstärken, auch wenn diese naturgemäß subjektiv seien. Infolge der Verletzung und vor allem infolge der zahlreichen Operationen persistierten die Schmerzen im rechten Fuß, die damit als unfallbedingt anzusehen seien. Unfallunabhängig seien dagegen die berichteten Schmerzen der Hüfte und Schultern, die am ehesten durch das langjährige Benutzen von Unterarmgehstützen bedingt wären. Eine wesentliche Änderung im Vergleich zum Gutachten des W1 sei insofern eingetreten, als es zu einer Verschlimmerung durch hinzugetretene chronische Schmerzen gekommen sei. Auch die Arthrodese des USG sei erst im Jahr 2016 durchgeführt worden. Es läge vor ein „Teil-Grad der Behinderung“ (GdB) von 20 für die traumatische OSG-Fraktur rechts, den Zustand nach mehrfachen Operationen des rechten Sprunggelenkes, der Arthrodese des Sprunggelenkes rechts und der Inaktivitätsatrophie des rechten Beines sowie ein „Teil-GdB“ von 30 für die chronischen Schmerzen als eigenständige Erkrankung mittelgradige Ausprägung. Der „Gesamt-GdB“ betrage daher 40.

Der Kläger habe berichtet, dass sich trotz zahlreicher Operationen die Schmerzen nicht gebessert hätten. Aktuelle bestehe der stärkste Schmerz im rechten Vorderfuß und Innenknöchel. Dieser sei dauerhaft und habe einen dumpf-drückenden Charakter. Die Schmerzintensität betrage aktuell 4 NRS, maximal 6 bis 7 NRS und minimal 3 NRS. Im Weiteren lägen belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Ferse und dauerhafte Schmerzen an der Fußsohle mit Ausstrahlung über die rechte Achillessehne bis in die Kniekehle, manchmal auch bis in Gesäß rechts, vor. Darüber hinaus sei der Fuß im Bereich der Narben taub, ein Teil der Narben sei auch bei Berührung überempfindlich. Beide Hüften schmerzten seit zehn Jahren rechts mehr als links lokal. Ebenfalls lägen seit etwa zehn Jahren, vermutlich aufgrund des langjährigen Gehens an Unterarmgehstützen, Schmerzen in beiden Schultergelenken, die in den Nacken ausstrahlten, vor. Vermehrte Schmerzen träten im Stehen auf, nach Sitzen von mehr als 45 Minuten, beim Tragen und Heben von Lasten und in Kälte. Ohne Gehstützen sei die Gehstrecke auf 50 Meter beschränkt, an zwei Unterarmgehstützten betrage sie etwa 10 Minuten. Unter Einnahme von Lasea oder Amitriptylin bessere sich das Schlafen etwas. Ibuprofen oder Novalgin hätten keine Wirkung. Unter Tilidin und Palexia seien die Schmerzen leicht besser, jedoch träten Nebenwirkung mit Obstipation und vermehrtem Schwitzen auf. Acroxia führe zu einer leichten Besserung. Die Medikamentation sei Palexia ret. 150-50-200 mg, Saroten 25 mg 0-0-1, Lasea 0-0-1, Novicol bei Bedarf, Metformin 850-0-1000 mg, Januvia 1-0-0 und Insulin.

Einen typischen Tagesablauf habe der Kläger mit zwischen 6:30 und 7:00 Uhr Aufstehen, selbst bereitetes Frühstück, Duschen unter Zuhilfenahme eines Duschhockers, vormittags Erledigen kleiner Dinge im Haushalt, soweit ihm möglich, Vorkochen des Abendessens in einem Stehstuhl, Putzen und Saugen der Wohnung, mit Pausen und soweit möglich, kleines Mittagessen, Wahrnehmen von Therapieterminen mit dem Auto mit Automatikgetriebe, abends Spaziergang mit seinen beiden großen Hunden von 15 Minuten, gemeinsames Abendessen, anschließendes Fernsehen, Zubettgehen gegen 23 Uhr, unruhige Nacht mit Schlafstörungen beschrieben. Kleine Einkäufe erledige er selbst, große und schwere nehme seine Ehefrau vor. Der Kläger habe einen sozialen Rückzug beschrieben, allerdings führe er vereinzelt Besuche durch oder empfange Freunde.

Der neurologische Befund habe mittelweite Pupillen isokor mit normaler direkter und indirekter Licht- und Konvergenzreaktion ergeben. Am rechten Fuß habe ein fixiertes Sprunggelenk ohne Beweglichkeit vorgelegen, die Zehen wären frei beweglich gewesen. Es hätten keine Verfärbung, Schwellung oder Hyperhidrose bestanden. Der Kläger habe jedoch von einer gelegentlichen bläulichen Verfärbung und vermehrtem Schwitzen berichtet. Die Narben seien überempfindlich gewesen. Es hätte eine Hypästhesie des gesamten rechten Fußes und eine Muskelatrophie des rechten Ober- und Unterschenkels bestanden. Hinweise auf ein CRPS hätten sich nicht ergeben. Im psychischen Befund sei der Kläger wach, zu Zeit, Ort und der eigenen Person vollständig orientiert gewesen. Die Stimmung wäre ausgeglichen und gelöst, der Antrieb normal und der Affekt schwingungsfähig bei psychomotorischer Ruhe gewesen. Er habe berichtet, schnell gereizt und dünnhäutig zu sein. Er könne sich nicht von den Schmerzen distanzieren und habe Ein- und Durchschlafstörungen. Freude könne er weiterhin empfinden, z. B. mit seinen zwei großen Hunden, mit denen er Gassi gehe. Auch sammle er alte Traktoren, die er leider nicht mehr wie früher restaurieren könne.

Die Beklagte ist dem Gutachten des F1 unter Vorlage der zweiten neurologisch-psychiatrischen beratungsfachärztlichen Stellungnahme des S2 entgegengetreten. Dieser hat sich den Ausführungen des F1 nicht anschließen können. Schmerzen seien grundsätzlich ein subjektives Phänomen, die sich somit einer exakten Erfassung entzögen. Insofern sei eine Konsistenzprüfung (z. B. testpsychologische Untersuchung oder Erhebung eines Medikamentenspiegels), die nicht erfolgt sei, unbedingt notwendig. Auch ohne explizite Konsistenzprüfung fielen drei Inkonsistenzen auf: Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung und psychischer Beeinträchtigung in der Gutachtenssituation, mittelweite Pupillen trotz der recht hohen Dosis des Opioidanalgetikums Palexia, was üblicherweise zu einer Verengung der Pupillen führe, und F1 sei davon ausgegangen, dass der Kläger als Möbelmonteur beschäftig sei, was eine nicht leidensgerechte Tätigkeit darstelle. Eine entsprechende Erörterung sei im Gutachten aber nicht erfolgt. Auch sei keine Diagnosestellung nach einem international anerkannten Diagnosesystem vorgenommen worden. Außergewöhnliche Schmerzen seien nicht im Vollbeweis belegt. Bei der Bewertung der MdE habe F1 den Terminus „GdB“ verwendet, es könne sich hierbei zwar um ein Versehen gehandelt haben, ein Bezug auf Referenzliteratur (z. B. Schönberger 2017 oder Widder 2018) sei aber nicht erfolgt. Laut Widder 2018 könnten außergewöhnliche Schmerzen eine Erhöhung der MdE um 10 bis 20 v. H. erforderlich machen. F1 begründe nicht, aus welchen Gründen er unabhängig von der Begrifflichkeit „GdB“ einen Wert von 30 v. H. annehme.

Der Kläger hat daraufhin mitgeteilt, er nehme die Medikamente, so wie sie ihm verordnet seien, ein. Vergesse er die Medikamenteneinnahme, bemerke er dies nahezu unverzüglich aufgrund einer eintretenden Schmerzverstärkung.

Das SG hat eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme des F1 eingeholt. Er habe hinsichtlich der Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung und der psychischen Beeinträchtigung ausgeführt, dass zwar die Kriterien für eine Depression nicht erfüllt seien, es werde aber im Gutachten berichtet, dass der Kläger mit Dünnhäutigkeit, Gereiztheit, Schlafstörungen und vermindertem Empfinden von Freude sehr wohl psychisch beeinträchtigt sei. Nach 20 Jahren Krankheitsdauer sei nicht mehr zwangsläufig von einer massiven psychischen Beeinträchtigung auszugehen, sondern im Gegenteil von einer Adaption, indem ein Leben mit chronischen Schmerzen als notwendig erachtet werde. Im Weiteren sei auch ein sozialer Rückzug beschrieben worden. Durch die Einnahme eines Opioids müsse es nicht regelhaft zu einer Miosis (Pupillenverengung) kommen. Wenn darüber hinaus kritisiert werde, dass die Bestimmung des Ausmaßes der Scherzstärke nicht ausreichend erfolgt sei, um hieraus ein außergewöhnliches Ausmaß ablesen zu können, sei insofern auf die berichtete Schmerzstärke von bis zu 6 bis 7 NRS und die schmerzbedingt eingeschränkte Mobilität mit einer verbliebenen Gehstrecke von 50 Meter ohne Hilfsmittel verwiesen. Dem geschilderten Tagesablauf seien schmerzbedingte Einschränkungen in unterschiedlichen Bereichen zu entnehmen. Auch hier sei wieder zu berücksichtigen, dass es nach einer Krankheitsdauer von 20 Jahren zu einem Arrangieren mit den Schmerzen gekommen sei. Vorliegend handele es sich um eine Kombination von neuropathischen Schmerzen (als Folge des stattgehabten CRPS) und von nozizeptiven Schmerzen (als Folge der multiplen Operationen). In diesem Zusammenhang sei es keine zulässige Annahme, dass beim Fehlen der Symptome eines CRPS auch keine Schmerzen wie bei einem CRPS vorlägen. Dies machte den Begriff des chronischen Schmerzes entbehrlich. Die Bemessung der MdE habe sich an die von S2 zitierte Standartliteratur von Widder angelehnt. Hier werde bei Vorliegen einer Kausalgie die MdE mit bis zu 50 v. H. angegeben. Im konkreten Fall liege eine Kausalgie (CRPS) nicht mehr vor, sondern nur ihre Auswirkungen, nämlich vor allem die persistierenden chronischen Schmerzen. Die MdE betrage deshalb 30 v. H.. In keinem Fall gingen die Schmerzen in den „üblichen“ Schmerzen auf.

Die Beklagte hat eingewandt, auch der ergänzenden Stellungnahme des F1 sei zu entnehmen, dass die Einschätzung der Schmerzintensität im Wesentlichen auf den Angaben des Klägers während der Begutachtung beruhe. Wünschenswert wäre die Erhebung eines Medikamentenspiegels gewesen, um zumindest objektivierbare Fakten festzuhalten. Auch lägen beim Kläger im unteren Wirbelsäulenbereich erhebliche Begleiterkrankungen vor, die unfallunabhängig seien. Dies erwähne zwar F1, thematisiere es aber nicht weiter. Alleine die seit Jahren andauernden Schmerzen seien kein Beleg für das Vorliegen eines außergewöhnlichen Schmerzsyndroms. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet bestehe eine MdE von 25 v. H.. Den anhaltenden Schmerzzustand habe sie nicht verkannt, sondern deswegen die MdE auf 30 v. H. erhöht. Bei einer MdE von 40 v. H. stehe der Kläger einer Person gleich, die eine Unterschenkelamputation erlitten habe, was nicht angemessen sei. Die Schilderung des Tagesablaufs spreche dafür, dass der Zustand besser sei. Ergänzend legte die Beklagte den Wiedervorstellungsbericht des M2 über die ambulante Untersuchung des Klägers am 30. Oktober 2018 vor (Diagnosen: schmerzhafte Lumbalgien [ICD-10 M54.86], chronisch nozizeptiver Schmerz rechter Fuß [ICD-10 M79.67], nozizeptiver Schmerz rechte Hüfte [ICD-10 M79.65]), aus dem zu entnehmen sei, dass Schmerzen nicht nur im Bereich des betroffenen rechten Fußes, sondern auch unfallunabhängig im Bereich der LWS und der rechten Hüfte bestünden.

Das SG hat durch Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 10. Mai 2019 den Bescheid vom 7. September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2018 abgeändert und die Beklagte verurteilt, als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 „deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenks, Narben an der Fußsohle über der

Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts, Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade, chronisch nozizeptiver Schmerz am rechten Fuß, nozizeptiver Schmerz rechte Hüfte“ anzuerkennen sowie eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H. ab dem 1. April 2017 zu gewähren. Gegenüber den tatsächlichen Verhältnissen, die dem Bescheid vom 27. Dezember 2000 zugrunde gelegen hätten, sei zunächst in Bezug auf die orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten, wie ein Vergleich der von W1 bei seiner Untersuchung und Begutachtung am 22. November 2000 erhobenen Befunde mit denjenigen ergebe, die M1 am 29. Mai 2017 objektiviert habe. Nach der Versorgung mit einer Totalendoprothese sei eine Versteifung des rechten OSG und auch des rechten USG erfolgt. Die unfallbedingte MdE für diesen Funktionskomplex betrage 25 v. H..

Zusätzlich zu den durch zuletzt durch Bescheid vom 7. September 2017 anerkannten Unfallfolgen habe der Kläger nach dem auch insoweit überzeugenden Gutachten des M1 Anspruch auf Anerkennung von „deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenks, Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts, Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade“ als weitere Folgen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls. Dass diese Gesundheitsstörungen ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien, stelle auch die Beklagte nicht in Abrede. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) habe ein Unfallversicherter ein schutzwürdiges Interesse an der Anerkennung sämtlicher Unfallfolgen. Die gelte ungeachtet dessen, ob sich die Unfallfolgen funktionell auswirkten, in der Höhe der MdE niederschlagen würden oder ob hieraus ein Anspruch auf Heilbehandlung erwachse.

Neben den orthopädischen Unfallfolgen leide der Kläger nach den wohlbegründeten, kompetenten und widerspruchsfreien Darlegungen des Sachverständigen F1 jedenfalls seit der letzten Arthrodese-Operation im Juni 2016 an einem ausgeprägten bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzsyndrom am rechten Fuß. Weitere bestünden – wie sich aus den Berichten der BG-Klinik L1 ergebe – unfallbedingte Schmerzen am rechten Fuß und der rechten Hüfte. Zutreffend habe F1 diese Schmerzen als „über das normale Maß hinausgehend“ angesehen und mit einer eigenständigen Teil-MdE von 30 v. H. bewertet. Die hiergegen von der Beklagten unter Vorlage der Stellungnahme des S2 erhobenen Einwände habe der Sachverständige F1 widerlegt. Unter Berücksichtigung der Teil-MdE-Werte von 25 v. H. für die orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen und von 30 v. H. für das unfallbedingte Schmerzsyndrom sei die Gesamt-MdE in Übereinstimmung mit F1 ab dem 1. April 2017 mit 40 v. H. zu bewerten.

Am 6. Juni 2019 hat die Beklagte gegen das ihr am 15. Mai 2019 zugestellte Urteil Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt.

Die Beklagte hat die algesiologische beratungsärztliche Stellungnahme des W2 nach Aktenlage vorgelegt. F1 habe festgestellt, dass ein nozizeptiver und neuropathischer Schmerz vorläge. Dies sei nicht nachvollziehbar, da die Schmerzschilderung im Wesentlichen sowohl in der BG-Klinik L1 als auch im Rahmen der Begutachtung durch F1 nicht den typischen Charakter wie brennend oder elektrisierend gehabt habe. Deshalb sei ein neuropathischer Schmerz als außergewöhnlicher Schmerz sicher auszuschließen und im Vollbeweis nicht zu führen. Dass möglicherweise ein CRPS vorgelegen habe sei nicht gleichbedeutend damit, dass nach dem entsprechenden Abklingen der Klinik des CRPS die Schmerzen in unveränderter Form fortbestünden. Üblicherweise bildeten sich die Schmerzen dann weiter zurück, auch wenn sie nicht vollständig abklingen müssten. Auch werde üblicherweise gefordert, dass, wenn ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom vorliege, dies über lange Jahre auch zu einer depressiven Störung von Krankheitswert führe. Deswegen spreche der psychopathologische Befund mit einer sehr guten affektiven Schwingungsfähigkeit und die Art, wie der Kläger beschrieben werde, gegen eine höhergradige Schmerzsymptomatik. Es sei weiter auf die Unterschiede der Gehstrecke verwiesen, die einmal mit 10 Minuten, später dann aber mit den Hunden mit 15 Minuten angegeben werde. Völlig zurecht habe S2 auf den Pupillenbefund bei der angegebenen Einnahme von 400 mg Palexia (Opiat) hingewiesen. Diese Diskrepanzen hätten zu einem Beschwerdevaldierungsverfahren – wie z. B. dem Erheben eines Medikamentenspiegels – führen müssen. Im Weiteren habe der Kläger den Hauptschmerz in der Ferse angegeben, der ausstrahle bis zur LWS. Wenn man berücksichtige, dass degenerative Veränderungen der LWS bestünden, insbesondere mit einem Bandscheibenvorfall, der die Nervenwurzel S1 rechts tangiere, so sei eine solche Schmerzausstrahlung ohne weiteres unfallunabhängig möglich. Würde man nun, wie auch von der AWMF-Leitlinie gefordert, zur Beurteilung der Schmerzsymptomatik die Beurteilungskriterien von Philipp zu Rate ziehen, so wären drei unterschiedliche Dimensionen (sozial-kommunikativ, psychisch-emotional und körperlich) zu beurteilen und in einem unterschiedlichen Schweregrad einzustufen. Beim Kläger fände sich für die Dimension psychisch-emotional lediglich eine fehlende oder leichtgradige Einschränkung, hinsichtlich der sozial-kommunikativen Situation allenfalls eine leichte Einschränkung und seitens der körperlichen Funktionen eine zusätzlich unfallbedingte Einschränkung durch die Schmerzen von allenfalls mittelgradig. Mit Philipp ergebe sich damit allenfalls eine MdE von 20 v. H. und nicht von 30 v. H.. Ergänzend hat W2 den Aufsatz von Walk/Wehking, Objektivierung von Schmerzen unter besonderer Berücksichtigung der Medikamentenspiegel (Sonderdruck aus MedSach 2005) und die AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“, 4. Aktualisierung 2017) vorgelegt.

Der Senat hat daraufhin das neurologisch-psychiatrisch-schmerzmedizinische Gutachten des W3 nach Aktenlage erhoben. Demnach sei unter der zwingenden, nicht abschließend überprüfbaren Voraussetzung, dass der Kläger das als eigenommen angegebene Tapentadol in hoher Dosierung tatsächlich regelmäßig einnehme, die Diagnose einer schwergradigeren Schmerzerkrankung zu stellen. Weitere Gesundheitsstörungen seien auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht zu erkennen, ebenso schwerwiegendere unfallunabhängige Gesundheitsstörungen seien nicht nachzuweisen. Über Jahre hinweg, von 2006 bis 2016, hätten immer wieder operative Eingriffe im Bereich des rechten Fußes aufgrund der beklagten Schmerzen stattgefunden, so dass nicht zu erkennen wäre, dass unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen bei der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Klägers eine überragende Bedeutung zukämen.

Nach Schöneberger et al. werde die MdE bei einer Versteifung des Sprunggelenkes mit 25 v. H. bewertet, dies allerdings unter der Voraussetzung „üblicher“ Schmerzen. Für den Fall „außergewöhnlicher“ Schmerzen werde nach der AWMF-Leitlinie davon ausgegangen, dass ein „Zuschlag“ gerechtfertigt sei, der im Regelfall 10 bis 20 v. H. nicht übersteige, wobei gegebenenfalls Vergleiche mit anderen Funktionsstörungen anzustellen seien. Eine konkrete Festlegung zur Frage, wie dieser Vergleich im Hinblick auf die Art und den Umfang einer Analgetikaeinnahme vorzunehmen sei, sei seinerzeit in der Leitliniengruppe als zu komplex erachtet worden, auch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze ließen hierzu keine Anleihe zu. Gewisse Hinweise gebe in diesem Zusammenhang lediglich die „Anlage zur Einschätzungsverordnung“ der „Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz betreffend näherer Bestimmungen über die Feststellung des Grades der Behinderung“ aus Österreich. Demnach begründeten leichte Schmerzsyndrome unter Einnahme nicht opioidhaltiger oder schwach opioidhaltiger Analgetika im Rahmen eine Intervallprophylaxe eine Beeinträchtigung von 20 v. H., beim dauerhaften Einsatz opioidhaltiger Analgetika und/oder Polypharmazie seit mehr als einem Jahr mit

ausreichender vollständiger Schmerzkupierung einen Wert von 30 v. H. und bei nicht ausreichender Schmerzkupierung oder fast täglicher Schmerzattacken oder relevanter depressiver Begleitreaktion bis 40 v. H..

Im vorliegenden Fall sei vom Kläger die Einnahme von 400 mg Tapentadol täglich beschrieben, was einer bereits sehr hohen Dosierung entspreche (übliche maximal Dosierung bis 500 mg). S2 habe zu Recht moniert, dass der Kläger gemäß dem Befund von F1 mittelweite Pupillen gezeigt habe, bei hoher Opiadteinnahme fänden sich üblicherweise recht enge Pupillen. Die Frage, ob die Medikation überhaupt eingenommen werde, dürfte sich jedoch unschwer anhand der entsprechenden Verordnungen erkennen lassen, nachdem Tapentadol der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) unterstellt sei und sowohl von Seiten des verschreibenden Arztes als auch der Apotheke eine diesbezügliche Dokumentationspflicht bestehe. Wenn von W2 geltend gemacht werde, dass ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom letztlich zwangsläufig auch mit einer depressiven Störung einhergehen müsse, könne diese Forderung nach einem derartigen „Automatismus“ nicht geteilt werden. Soweit im Weiteren W2 Rückgriff auf die Beurteilungskriterien von Philipp nehme, wäre auch unter Berücksichtigung der mehrdimensionalen Beurteilung in jedem Fall die bereits bestehende MdE von 30 v. H. gerechtfertigt. Betrachte man die körperlich funktionelle Beeinträchtigung aufgrund der Medikamenteneinnahme als gravierender, lasse sich aus dem Tabellenwerk heraus unschwer eine MdE von 40 v. H. ableiten. Zu begründen sei dies damit, dass allein das Erfordernis einer dauerhaften Einnahme von Medikamenten bei einer posttraumatischen Epilepsie auch nach drei Jahren Anfallsfreiheit mit einer Teil-MdE von 20 v. H. bewertet werde; antikonvulsive Medikamente hätten erfahrungsgemäß aber eher geringere Nebenwirkungen als in hoher Dosis eingenommene Opioide.

Die Beklagte hat eine weitere nervenärztliche und alegesiologische beratungsärztliche Stellungnahme des W2 vorgelegt. Dieser hat sich den Ausführungen des W3 hinsichtlich der Einzel-MdE aufgrund der chronischen Schmerzen dann anschließen können, wenn die Einnahme der Analgetika laborchemisch bestätigt und im Rahmen einer klinischen Untersuchung eine relevante radikuläre Symptomatik S1 rechts ausgeschlossen werde. Wäre die Medikamenteneinnahme in ausreichender Höhe im Serum nachweisbar, wäre letztlich der Einschätzung des W3 zuzustimmen. Ein chronisch-nozizeptiver Schmerz des rechten Fußes wäre so oder so anzuerkennen, da am Bestehen einer gewissen Schmerzsymptomatik aufgrund der primären Verletzungsfolgen kein begründbarer Zweifel herrsche. Zur Diskussion stehe im Wesentlichen, inwieweit es sich dabei um einen außergewöhnlichen Schmerz handele. Ein üblicher chronischer Schmerz aufgrund der chirurgischen Verletzung wäre schon in der entsprechenden MdE enthalten und führe nicht zur MdE-Erhöhung.

Im Weiteren verweist die Beklagte auf einen aufgrund einer Urinprobe während der letzten Untersuchung des Klägers am 5. Mai 2020 in der BG-Klink L1 erhobenen Medikamentenspiegel. Diesem sei zu entnehmen, dass Opiate/Opioide, die laut dem Kläger dieser täglich hochdosiert (400 mg des Medikaments Palexia) einnehme, nicht nachweisbar gewesen seien. Nachgewiesen worden seien lediglich Bisoprolol (Medikament gegen Bluthochdruck) und Duloxetin bzw. Amitripilin (Medikamente zur Behandlung einer Fibromyalgie bzw. einer diabetischen Polyneuropathie).

Der Kläger hat hierzu befragt eingewandt, er nehme das Medikament Palexia – wie verordnet – zweimal täglich um 9:00 Uhr morgens und um 20:00 Uhr abends ein. Auch verwundere es, dass sich die Beklagte auf eine Urinuntersuchung stützte, da W2 eine Blutabnahme mit chromatographischer Bestimmung der Schmerzmedikamente gefordert habe. Entsprechendes sei auch der von der Beklagten vorgelegten AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen zu entnehmen. Aus dieser Leitlinie ergebe sich auch, dass der Proband über den Zweck der Untersuchung aufzuklären sei, was nicht erfolgt sei. Es bestünden deshalb erhebliche Bedenken gegen die Verwertung der Urinuntersuchung im vorliegenden Verfahren. Im Übrigen habe er am Tag der Erhebung des Medikamentenspiegels den Arzt darauf hingewiesen, dass er am Morgen der Untersuchung das Medikament Palexia nicht eingenommen habe. Dies vor dem Hintergrund, dass als Nebenwirkung vor allem in den Stunden nach der Einnahme eine starke Konzentrationsschwäche eintrete. Der Untersuchungstermin habe bereits um 8:45 Uhr stattgefunden, deshalb habe er sich, weil er eine vollständige Verkehrstauglichkeit bei Medikamenteneinnahme nicht habe garantieren können, entschlossen, das Medikament nach der Rückkehr nach Hause einzunehmen. Weiter habe er den behandelnden Arzt auf die zusätzliche Einnahme des Medikaments Jardiance wegen seiner Diabeteserkrankung hingewiesen. Dieses Medikament bewirke, dass Glucose, aber auch andere Stoffe wie Pharmazeutika, schneller und direkt über die Nieren ausgeschwemmt würden.

Nach dem von der Beklagten vorgelegten Bearbeitungsvermerk vom 19. Mai 2020 hat der den Kläger am 5. Mai 2020 in der BG-Klinik L1 behandelnde Arzt (T2) mitgeteilt, die an diesem Tag dem Kläger entnommene Blutprobe sei nicht zu gebrauchen gewesen (hämolytisch).

Die Beklagte verweist zur Berufungsbegründung auf die Ausführungen des W2 und des S2. Hinsichtlich der vom SG festgestellten Unfallfolgen sei zu berücksichtigen, dass durch den Erlass von Folgebescheiden ursprünglich festgestellte Unfallfolgen nicht nichtig würden. Lägen sie nicht mehr vor, werde in der Regel beschrieben, dass bisher festgestellte Beschwerden nicht mehr feststellbar seien. So sei durch Bescheid vom 28. März 2000 eine Muskelminderung am rechten Bein und eine Schwellneigung des rechten Sprunggelenkes bereits anerkannt worden. Narben würden regelmäßig in Bescheiden nur dann erwähnt, wenn sie entstellend oder störend seien. Auch hätte die Erwähnung der Narben im Bescheid nur deklaratorische Bedeutung und keinen Einfluss auf die Höhe der MdE. Der fehlende Nachweis der Opiateinahmen, wie der erhobene Medikamentenspiegel belege, sei ein Hinweis darauf, dass keine außergewöhnliche Schmerzsymptomatik vorliege, die nicht bereits in der eingeschätzten MdE berücksichtigt worden sei. So sei auch das Gutachten des W3 zu verstehen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Mai 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist auf die Sachverständigengutachten des F1 und des W3. Der Behauptung der Beklagten, dass er die ihm verordneten Medikamente nicht regelmäßig einnehme, trete er ausdrücklich entgegen. Der erhobenen Medikamentenspiegel sei nicht aussagekräftig. Er habe auf die Einnahme des ausschwemmenden Medikaments Jardiance hingewiesen. Die AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen weise auf die Problematik der individuellen

Verstoffwechselung hin. Hierauf gehe die Beklagte nicht ein. Unverständlich sei auch, warum die Beklagte bei Bekanntwerden der Unbrauchbarkeit der Blutprobe nicht eine erneute Probe erhoben habe. Zuletzt habe er sich am 30. Juni 2020 erstmals bei dem Anästhesiologen, Speziellen Schmerztherapeuten K3 vorgestellt, der in der Opiatkomponente der Therapie eine Änderung vorgenommen habe. Es sei Hydromorphon Aristo Retard 8 mg alle 12 Stunden verordnet worden. Geplant sei eine Umstellung auf Hydromorphon Aristo long mit einer Retardierung der Substanzfreisetzung über 24 Stunden. Auch habe ihm seine Krankenkasse eine ambulante Psychotherapie in einem Umfang von 60 Stunden bewilligt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht (§ 151 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) eingelegte Berufung, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§ 124 Abs. 2 SGG), ist statthaft (§§ 143, 144 SGG) und auch im Übrigen zulässig, aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 10. Mai 2019, mit dem auf die kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG zum Wahlrecht der Versicherten zwischen Verpflichtungs- und Feststellungsklage vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 8/11 R –, juris, Rz. 13) die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 7. September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2018 (§ 95 SGG) verpflichtet wurde, als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 „deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenkes, Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts, Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade, chronisch nozizeptiver Schmerz am rechten Fuß, nozizeptiver Schmerz rechte Hüfte“ anzuerkennen, und verurteilt wurde, dem Kläger ab dem 1. April 2017 eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H. zu gewähren. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei der vorliegenden Klageart der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 [124]; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 13. Aufl. 2020, § 54 Rz. 34, § 55 Rz. 21), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.
Der Zulässigkeit der Berufung steht nicht entgegen, dass das erstinstanzliche Urteil entgegen § 65a Abs. 7 Satz 1 SGG zwar mit einer qualifizierten elektronischen Signatur, nicht aber Ende mit dem Namen der verantwortenden Person, dem Namen des Kammervorsitzenden, versehen ist. Ein Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung – wie das Vorliegende – wird mit seiner Verkündung wirksam, auch wenn es nicht unterschrieben ist. Es ist wirksam, aber verfahrensfehlerhaft (vgl. Keller, a. a. O., § 134 Rz. 2c). Aufgrund dieses Verfahrensfehlers alleine ist eine Zurückverweisung des Verfahrens an das SG nach § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG nicht möglich, da Voraussetzung für eine Zurückverweisung nach dieser Bestimmung neben einem Verfahrensfehler ist, dass aufgrund dieses Verfahrensfehlers eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist, was bei einem Verstoß gegen § 65a Abs. 7 Satz 1 SGG regelmäßig nicht der Fall ist. Im Weiteren steht eine Zurückverweisung nach § 159 Abs. 1 Nr. 2 und auch nach Nr. 1 SGG im Ermessen („kann“) des LSG (vgl. Adolf, in: Schlegel/Voelzke, SGG, 1. Aufl. 2017, Stand: 15. Juli 2017, § 159 Rz. 22). Selbst bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen des § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG sprächen nach Ansicht des Senats die bei der Ermessensausübung zu beachtenden Gesichtspunkte der Prozessökonomie und der zügigen Erledigung des Rechtsstreits (vgl. Adolf, a. a. O., § 159 Rz. 23; Keller, a. a. O., § 159 Rz. 5a) gegen eine Zurückverweisung des Verfahrens an das SG.

Die Unbegründetheit der Berufung folgt aus der Begründetheit der Klage. Der angefochtene Bescheid vom 7. September 2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 2018 ist auch zur Überzeugung des Senats insoweit rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten (§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG), als die Beklagte die vorgenannten Gesundheitsschäden durch den angefochtenen Bescheid nicht als Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 festgestellt und dem Kläger ab dem 1. April 2017 eine Verletztenrente nur nach einer MdE von 30 v. H. und nicht von 40 v. H. gewährt hat. Das Urteil des SG vom 10. Mai 2019 ist demnach nach dem Ergebnis des Berufungsverfahrens rechtmäßig und damit die Berufung der Beklagten unbegründet.

Ein Anspruch auf Neufeststellung von Unfallfolgen und einer Verletztenrente, vorliegend wegen einer Verschlechterung im Vergleich zu dem Ausgangsbescheid vom 27. Dezember 2000, besteht nur, wenn in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei ihrer Feststellung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eingetreten ist (§ 48 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch [SGB X]). Nach der für das gesetzliche Unfallversicherungsrecht geltenden Sondervorschrift des § 73 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) ist bei der Feststellung der MdE eine Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X nur wesentlich, wenn sich ihr Ausmaß um mehr als 5 v. H. ändert und diese Veränderung länger als drei Monate andauert. Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist jede Änderung des für die getroffene Regelung relevanten Sachverhalts. In Betracht kommen für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere Änderungen im Gesundheitszustand des Betroffenen. Ob eine wesentliche Änderung vorliegt, ist durch einen Vergleich zwischen den tatsächlichen Verhältnissen zur Zeit der letzten verbindlichen Rentenfeststellung und den aktuellen Verhältnissen zu ermitteln (vgl. BSG, Urteil vom 20. Dezember 2016 – B 2 U 11/15 R –, juris, Rz. 10 f. m. w. N.).

Auch zur Überzeugung des Senats ist in den, dem Bescheid vom 27. Dezember 2000 zugrunde liegenden Verhältnissen eine wesentliche Änderung im Sinne einer maßgebenden Verschlechterung insofern eingetreten, als dass weitere Unfallfolgen anzuerkennen sind und deshalb ein Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H. besteht.

Anspruchsgrundlage für den Feststellungsanspruch des Versicherten auf das Vorliegen von Unfallfolgen und Ermächtigungsgrundlage zum Erlass des feststellenden Verwaltungsaktes für den Unfallversicherungsträger ist § 102 SGB VII. Danach wird in den Fällen des § 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) die Entscheidung über einen Anspruch auf Leistung schriftlich erlassen. Sie stellt nicht nur das Schriftformerfordernis auf, sondern enthält zudem die Erklärung, dass der Unfallversicherungsträger über einen Anspruch auf Leistungen selbst entscheiden darf. Diese Ermächtigungsnorm ist zugleich Anspruchsgrundlage für den Versicherten, da die Vorschrift nicht nur dem öffentlichen Interesse dienen soll, sondern auch dem Interesse eines aus der Norm abgrenzbaren Kreises Privater. Ermächtigung und Anspruchsgrundlage erfassen nicht nur die abschließende Entscheidung über den Leistungsanspruch, sondern ausnahmsweise auch die einzelner Anspruchselemente. Hierzu gehört zuerst der Versicherungsfall. Durch ihn wird ein

Gesundheitserstschaden (eine Gesundheitsbeeinträchtigung) einer bestimmten versicherten Tätigkeit und dadurch zum einen dem Versicherten zugerechnet, der (nur) unfallversichert ist, wenn und solange er eine versicherte Tätigkeit verrichtet. Zum anderen wird der Gesundheitserstschaden einem bestimmten Unfallversicherungsträger zugerechnet, dessen Verbandszuständigkeit für diesen Versicherungsfall und alle gegenwärtig und zukünftig aus ihm entstehenden Rechte dadurch begründet wird. Es entsteht also mit der Erfüllung des Tatbestandes eines Versicherungsfalls ein als Rechtsverhältnis feststellbares Leistungsrechtsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Träger als Inbegriff aller aus dem Versicherungsfall entstandenen und möglicherweise noch entstehenden Ansprüche. Zweitens gehören zu den abstrakt feststellbaren Anspruchselementen die (sog. unmittelbaren) Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich (und deshalb zurechenbar) spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls verursacht wurden. Drittens zählen hierzu auch die (sog. mittelbaren) Unfallfolgen im weiteren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die nicht wesentlich durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls verursacht wurden, aber diesem oder einem (behaupteten) Unfallereignis aufgrund einer besonderen gesetzlichen Zurechnungsnorm zuzurechnen sind (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R –, juris, Rz. 15 ff.).

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 entfiele („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).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung 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 9/07 R –, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 – B 2 U 2/11 R –, SozR 4-2700 § 8 Nr 43, 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), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 – B 2 U 17/15 R –, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (vgl. BSG, Urteile vom 18. Januar 2011 – B 2 U 5/10 R –, SozR 4-2700 § 200 Nr. 3, Rz. 17 m. w. N.; zuletzt speziell zu psychischen Erkrankungen 26. November 2019 – B 2 U 8/18 R –, SozR 4-2700 § 8 Nr. 71, Rz. 19 ff.).

Nach diesen Maßstäben hat der Kläger nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme einen Anspruch auf Feststellung der deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenkes, der Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts, der Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade, des chronisch nozizeptiven Schmerzes am rechten Fuß und des nozizeptiven Schmerzes an der rechte Hüfte als Folgen des Unfalls vom 28. November 1998. Wie das SG unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R –, SozR 4-2700 § 11 Nr. 1, Rz. 20 und 22) und die Kommentarliteratur (vgl. Keller, a. a. O., § 55 Rz. 13a) zutreffend ausgeführt hat, hat ein Versicherter gegenüber dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein schutzwürdiges Interesse und einen Anspruch auf Feststellung sämtlicher Unfallfolgen, wie dies im Versorgungsrecht schon seit Jahrzehnten gängige Rechtsprechung ist. Dies gilt ungeachtet dessen, ob sich die Unfallfolgen funktionell auswirken, in der Höhe der MdE niederschlagen oder einen Anspruch auf Heilbehandlung begründen.

Auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet leidet der Kläger neben den durch den streitgegenständlichen Bescheid vom 7. September 2017 festgestellten Unfallfolgen zusätzlich als Folgen des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 unter einer deutlichen Umfangsvermehrung der Weichteile im Bereich des rechten Sprunggelenkes, unter Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts und unter einer Umfangsminderung im Bereich der rechten Wade. Der Senat stützt sich insofern auf das von M1 im Verwaltungsverfahren erstellte Sachverständigengutachten, das er im Wege des Urkundsbeweises (§ 118 Abs. 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung [ZPO]) verwertet.

Wie das SG korrekt dargelegt hat, stellt die Beklagte das Vorliegen dieser Gesundheitsstörungen nicht in Abrede. Deutlich ist dies nochmals im Berufungsverfahren geworden, in dem die Beklagte mit Schriftsatz vom 5. September 2019 ausgeführt hat, durch Bescheid vom 28. März 2000 eine Muskelminderung am rechten Bein und eine Schwellneigung des rechten Sprunggelenkes als Unfallfolgen anerkannt zu haben, und dass durch Folgebescheide – vorliegend der streitgegenständliche Bescheid vom 7. September 2017 – die Anerkennung ursprünglich festgestellter Unfallfolgen nicht nichtig würde. Im Weiteren hat die Beklagte mitgeteilt, Narben regelmäßig in Bescheiden nur dann zu erwähnen, wenn sie entstellend oder störend seien.

Dessen ungeachtet hat die Beklagte den Ausgangsbescheid vom 28. März 2000 dem klaren Wortlaut des streitgegenständlichen Bescheides vom 7. September 2017 zufolge überhaupt nicht aufgehoben, sondern nur die Rente erhöht („Bescheid über Rentenerhöhung), also weder den Begriff der Änderung oder Aufhebung im Verfügungssatz verwendet noch eine Bezugnahme auf den Bescheid aus 28. März 2000 vorgenommen, um deutlich klarzustellen, welcher konkrete Bescheid abgeändert oder teilweise aufgehoben wird. Dieser Wortlaut bildet die Grenze der möglichen Auslegung, denn er bestimmt den Empfängerhorizont. Das heißt die bereits festgestellten Unfallfolgen (Muskelminderung am rechten Unterschenkel; Schwellneigung, Herabsetzung des Knochenkalksalzgehaltes sowie beginnende verformende Veränderungen und Pigmentveränderungen der Haut im Außenbereich des rechten Sprunggelenkes; Einschränkung der Beweglichkeit des rechten und oberen und unteren Sprunggelenkes nach operativ versorgtem Innenknöchelbruch rechts mit Außenbandriss, Gefühlsminderung im Knöchelbereich rechts) bleiben weiterhin bindend festgestellt, lediglich die MdE ist mit der streitbefangenen Regelung angehoben, also mit Wirkung für die Zukunft teilweise abgeändert worden. Zusätzlich hat die Beklagte weitere Unfallfolgen festgestellt, nämlich die Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks rechts, Einschränkung der Beweglichkeit des Gelenks zwischen Fußwurzelknochen und Fersenbein (Chopart-Gelenk) sowie der Beweglichkeit des Gelenks zwischen Fußwurzel und Mittelfußknochen (Lisfranc-Gelenk) rechts, herabgesetzte Belastbarkeit des rechten Fußes, funktionelle Einschränkung des Beines mit Muskelschwäche und Kraftdefizit.

Die bislang durch den Bescheid vom 28. März 2000 nicht anerkannten Narben an der Fußsohle über der Ferse, am Fußrücken sowie am Außen- und Innenknöchel rechts (ICD-10 L90.5) sind nach den obigen Ausführungen entgegen der Ansicht der Beklagten auch dann als Unfallfolge anzuerkennen, wenn sie nicht entstellend oder störend sind (so bereits BSG, Urteile vom 21. Januar 1959 – 11/8 RV 181/57 –, BSGE 9, 80, SozR Nr. 17 zu § 55 SGG, Rz. 16, und vom 29. August 1990 – 9a RV 15/90 –, juris, Rz. 7, zum umfassenden Recht auf Feststellung aller Gesundheitsstörungen unabhängig vom Schweregrad).

Darüber hinaus hat der Kläger einen Anspruch auf Anerkennung eines chronisch-nozizeptiven Schmerzes am rechten Fuß (ICD-10 M79.67) als Unfallfolge. Der Senat stützt sich insofern auf die Sachverständigengutachten des F1, des W3 und die im Wege des Urkundsbeweises verwerteten Berichte des M2 über die Vorstellungen des Klägers in der BG-Klinik L1 und dessen sachverständige Zeugenaussage in dem rentenversicherungsrechtlichen Verfahren S 14 R 4356/17. Auch W2 hat in seiner im Auftrag der Beklagten nach Aktenlage erstellten nervenärztlichen und algesiologischen Stellungnahme, die der Senat als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen wertet, ausgeführt, ein chronisch-nozizeptiver Schmerz des rechten Fußes sei so oder so als Unfallfolge anzuerkennen, da am Bestehen einer gewissen Schmerzsymptomatik aufgrund der primären Verletzungsfolgen keine begründbaren Zweifel herrschten. Die wesentliche Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls vom 28. November 1998 für den chronisch-nozizeptiven Schmerz ist demnach zur Überzeugung des Senats – wie auch des SG – nachgewiesen. Insbesondere F1 hat schlüssig und nachvollziehbar für den Senat dargelegt, dass im Hinblick auf den äußerst komplizierten Heilungsverlauf der primären Unfallfolgen, der dislozierten Innenknöchelfraktur des rechten OSG mit begleitender Außenbandruptur und der in der Folgezeit mehrfach notwendigen weiteren Operationen, erklärbar ist, dass sich ein Schmerzsyndrom entwickelt hat.

Konkurrierende Ursachen sind für den Senat nicht erkennbar. Insbesondere die beim Kläger zusätzlich bestehenden Schmerzen an der LWS sprechen angesichts der zeitlichen Abfolge nicht gegen einen Unfallzusammenhang. Denn bereits vor dem Auftreten der Beschwerden an der LWS hat der Kläger unter den Schmerzen am rechten Fuß gelitten. Wegen diesen waren therapeutische Maßnahmen erforderlich, so bereits am 19. Februar und am 19. März 2014 zunächst ambulante Vorstellungen in der Schmerzambulanz der BG-Klinik F2 und dann vom 28. bis zum 30. April 2014 die stationäre Kurzabklärung in der Schmerztherapie der vorgenannten Klinik. Nach deren ausführlichen fachärztlichen Bericht vom 7. Mai 2014 sind hierbei die beklagten Schmerzen nur auf den Zustand nach Sprunggelenksfraktur mit Außenbandabriss vom 28. November 1998, nachfolgender Sprunggelenksarthrose und Sprunggelenks-TEP-Einbau Oktober 2012 sowie Inlaywechsel und Nettoyage am 10. November 2013 zurückgeführt worden, so dass als führende Diagnosen nozizeptive Schmerzen des

rechten Sprunggelenkes bei und eine leichte CRPS-Symptomatik gestellt worden sind. Dies hat zur Vereinbarung der Durchführung einer Radiosynoviorthese geführt, also ebenfalls einer therapeutischen Intervention, die allein der nuklearmedizinischen Behandlung von Erkrankungen der Gelenkschleimhaut dient. Eine Lumboischialgie rechts (ICD-10 M 54.4) ist hingegen deutlich zeitlich später, nämlich erstmals am 4. Mai 2016 diagnostiziert worden (vgl. ambulanter Arztbrief der Neurochirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums K2 über die ambulante Untersuchung des Klägers am 4. Mai 2016).

Zusätzlich leidet der Kläger als Unfallfolge an einem nozizeptiven Schmerz an der rechten Hüfte (ICD-10 M25.55). Hinsichtlich der Sicherung dieser Erkrankung im Vollbeweis stützt sich der Senat auf die vorgenannten Sachverständigengutachten und weiteren ärztlichen Berichte. Die wesentliche Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls für diese Gesundheitsstörung ergibt sich zur Überzeugung des Senats zum einen – wie das SG zutreffend ausgeführt hat – wegen der dort im Rahmen der Versteifungsoperation des rechten OSG und USG erfolgten Spongiosaentnahmen. Fälschlicherweise hat F1 zwar – alleine unter medizinischen Gesichtspunkten betrachtet – eine Unfallursächlichkeit verneint, weil die Schmerzen an der rechten Hüfte wesentlich durch die langjährige Benutzung von Unterarmgehstützen bedingt seien. Nach Ansicht des Senats spricht dies aber gerade im Gegenteil für eine Unfallursächlichkeit. Denn die langjährige Nutzung von Unterarmgehstützen und eine dadurch bedingte Fehlbelastung der rechten Hüfte sind wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 28. November 1998 zurückzuführen und damit mittelbare Unfallfolge.

Im Weiteren hat der Kläger zur Überzeugung des Senats ab dem 1. April 2017 einen Anspruch auf einer Verletztenrente nach einer MdE von 40 v. H. und nicht, wie durch den streitgegenständlichen Bescheid vom 7. September 2017 bewilligt, lediglich nach einer MdE von 30 v. H.. Zutreffend hat das SG die orthopädisch-unfallchirurgische Einzel-MdE wegen der beim Kläger am rechten Fuß und der rechten Hüfte bestehenden, nicht in der MdE als üblich aufgehende Schmerzen auf eine Gesamt-MdE von 40 v. H. erhöht.

Anspruchsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls (§§ 8, 9 SGB VII) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. 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 nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

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). Um das Vorliegen der MdE 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 Versicherungsfalls in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (vgl. 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 (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – B 2 U 5/10 R –, SozR 4-2700 § 200 Nr 3, 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 (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – B 2 U 14/03 R –, BSGE 93, 63 <65>).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden. 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), wobei von einem normativ-funktionalen Krankheitsbegriff auszugehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2017 – B 2 U 17/15 R –, juris, Rz. 22 m. w. N.), die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – B 2 U 5/10 R –, SozR 4-2700 § 200 Nr. 3, Rz. 17 m. w. N.).

Die Einzel-MdE auf orthopädisch-chirurgischen Fachgebiet beträgt unstreitig nach Einschätzung sämtlicher Sachverständiger 25 v. H.. Dies entnimmt der Senat insbesondere dem zuletzt erhobenen Sachverständigengutachten des W3, der die MdE in eben dieser Höhe in Übereinstimmung mit der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 713 – Versteifung des OSG und des USG) bewertet hat. Auch die Beklagte hat der Höhe der MdE insoweit zugestimmt.

Die orthopädisch-chirurgische MdE ist aufgrund der nozizeptiven Schmerzen des Klägers am rechten Fuß und der rechten Hüfte zu erhöhen, so dass die Gesamt-MdE ab dem 1. April 2017 40 v. H. beträgt. Der Senat stützt sich insofern auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Sachverständigengutachten des F1 und des W3. Die von der Beklagten hiergegen vorgebrachten Einwände haben den Senat hingegen nicht überzeugen können. Zuletzt hat auch der Beratungsarzt der Beklagten W2 – die regelmäßige Medikamenteneinnahme durch den Kläger vorausgesetzt – eingeräumt, dass aus seiner Sicht die Gesamt-MdE 40 v. H. betragen müsse und eine MdE von 35 v. H. zu niedrig gegriffen wäre. Insoweit bestreitet die Beklagte im Ergebnis nur, dass die Schmerzen in dem beklagten Ausmaß vorliegen, sollte dies der Fall sein, hat sie dem nichts mehr Substanzielles entgegenzusetzen. Denn insbesondere der Sachverständige W3 hat in Auswertung der Behandlungshistorie mit zahlreichen fehlgeschlagenen operativen Eingriffen, der funktionellen Verschlechterung des Gehvermögens mit erneut stark limitierter Gehstrecke und der endlosen schmerztherapeutischen Interventionen herausgearbeitet, dass es beim Kläger zu einer glaubhaften eigenständigen Schmerzerkrankung gekommen ist, die in den MdE-Tabellen nicht ausreichend abgebildet wird. Zusätzlich ist es durch den langjährigen Gebrauch von Unterarmstützen zu einem ebenfalls unfallbedingten Schmerz in der Hüfte gekommen, die der Sachverständige F1 nur fälschlicherweise nicht dem Unfallgeschehen zugeschrieben hat (vgl. oben). Beide Sachverständige haben die Schmerzen als schwergradig eingestuft und dies lege artis mit der Wahl der verordneten Schmerzmittel begründet, die nach der WHO-Klassifikation den Opioiden zuzuordnen sind, so dass die Stufe III erreicht wird.

Der Senat ist auch – wie das SG – von der regelmäßigen Einnahme der dem Kläger aufgrund der Schmerzen am rechten Fuß, rechten Bein und an der rechten Hüfte verordneten Medikamente überzeugt. Der am 5. Mai 2020 im Auftrag der Beklagten erhobene Medikamentenspiegel, wonach Opiate/Opioide nicht nachweisebar waren, steht dem nicht entgegen.

Dieser aufgrund der Urinprobe – die dem Kläger abgenommene Blutprobe war nicht verwertbar – erhobene Medikamentenspiegel ist von der Beklagten nicht entsprechend den Vorgaben der AWMF-Leitlinie für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen („Leitlinie Schmerzbegutachtung“) erhoben worden und deswegen bereits formal nicht verwertbar. Nach dieser Leitlinie (S. 30) ist nämlich der Proband zuvor über den Zweck der Untersuchung aufzuklären, was nach der Einlassung des Klägers nicht erfolgt ist. Auch hat nach der Leitlinie die Erhebung eines Medikamentenspiegels grundsätzlich durch die Untersuchung einer Blutprobe zu erfolgen, nur gegebenenfalls können Opiate und Benzodiazepine auch im Urin nachgewiesen werden (S. 30). Mithin ergibt sich aus der Leitlinie, dass eine Urinuntersuchung eine geringere Aussagekraft als eine Blutprobe hat, die aber beim Kläger an diesem Tag gerade nicht verwertbar war.

Ungeachtet der Frage eines generellen Verwertungsverbots weist der Senat darauf hin, dass seine Nachfrage beim Kläger hinreichend geklärt hat, warum dieser weder das Medikament am Untersuchungstag eingenommen hat noch morgens eine Depotwirkung nachweisbar war. Dieser hat zur Erklärung des Wertes dargelegt, dass er am Untersuchungstag das ihm verschriebene Medikament Palexia wegen der nach der Einnahme auftretenden Nebenwirkung der Konzentrationsschwierigkeiten zum Erhalt seiner Verkehrstauglichkeit nicht wie üblich morgens gegen 9:00 Uhr eingenommen hat, sondern die Einnahme auf die Rückkehr nach Hause nach der Untersuchung verschoben hat, was in Anbetracht des frühen Termins nur zu einer zu vernachlässigten zeitlichen Verschiebung geführt hat. Das erklärt, dass die Einnahme am Tag nicht nachweisbar war. Gleiches gilt für die Depotwirkung. Zu diesem Aspekt hat der Kläger ausgeführt, wegen seiner Diabeteserkrankung zusätzlich das Medikament Jardiance einzunehmen. Dieses Medikament bewirkt, dass Glucose, aber auch andere Stoffe, demnach auch der Wirkstoff des Medikaments Palexia, schneller und direkt über die Nieren ausgeschwemmt werden. Diese Ausführungen des Klägers werden gestützt durch die vorgenannte AWMF-Leitlinie, wonach bezüglich der Quantifizierung von Medikamentenwirkstoffen das Problem der individuellen Verstoffwechselung zu berücksichtigen ist. So sagt ein nicht im therapeutischen Bereich liegender, zu niedriger Medikamentenspiegel wenig darüber aus, ob das Medikament regelmäßig eingenommen wird. Ein überhaupt nicht vorhandener Medikamentenspiegel schließt lediglich in Abhängigkeit der Halbwertszeit des Wirkstoffs aus, dass am Untersuchungstag das Medikament eingenommen worden ist. Die Halbwertszeit für Opioide retardiert, dem Wirkstoff des Medikaments Palexia, beträgt zwischen 6 und 12 Stunden (S. 30 der AWMF-Leitlinie). Der Kläger hat berichtet, das Medikament Palexia grundsätzlich um 9:00 Uhr und um 20:00 Uhr einzunehmen. Insofern ist es für den Senat nachvollziehbar, dass bei der Abnahme der Blut- und Urinprobe bei der Untersuchung um 8:45 Uhr und damit mehr als zwölf Stunden nach der letzten Medikamenteneinnahme kein Wirkstoff mehr im Urin nachweisbar war. Im Hinblick auf die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme hat F1 zusätzlich in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme überzeugend dargelegt, dass es durch die Einnahme eines Opioids nicht regelhaft zu einer Misois (Pupillenverengung) kommen muss.

Aufgrund der Überzeugung des Senats von der regelmäßigen Medikamenteneinnahme ist die Einzel-MdE für die außergewöhnlichen Schmerzen, wie W3 überzeugend unter Hinweis auf einen Analogschluss zur Einnahme antiepileptischer Medikamente bei bestehender Anfallsfreiheit dargelegt hat, mit 20 v. H. zu bewerten, was die Schmerzen in Hüfte und Schulter inkludiert, sodass die Gesamt-MdE ab dem 1. April 2017 von 40 v. H. beträgt. Für den beim Kläger aufgrund der Schmerzen bestehenden Leidensdruck und damit für die Bewertung der MdE in dieser Höhe spricht darüber hinaus, dass sich der Kläger zuletzt bei dem Anästhesiologen, Speziellen Schmerztherapeuten K3 vorgestellt hat, der eine Änderung in der Opiat-Komponente der medikamentösen Therapie veranlasst hat. Es ist dem Kläger Hydromorphon Aristo Retard 8 mg alle 12 Stunden verordnet worden und geplant ist eine Umstellung auf Hydromorphon Aristo long mit einer Retardierung der Substanzfreisetzung über 24 Stunden. Auch hat dem Kläger dessen Krankenkasse eine ambulante Psychotherapie in einem Umfang von 60 Stunden bewilligt.

Die gegen die gutachterlichen Ausführungen des F1 und des W3 von der Beklagten im Laufe des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens vorgebrachten Einwände vermochten den Senat nicht zu überzeugen. So wird ein außergewöhnliches Schmerzsyndrom zwar häufig mit einer depressiven Störung einhergehen, dies ist aber, wie der Senat den Ausführungen des W3 entnimmt, nicht zwangsläufig der Fall. Im Weiteren hat F1 für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass aufgrund des bereits langen Zeitraums, in dem der Kläger unter Schmerzen leidet, sich dieser mit den Schmerzen arrangieren musste und darüber hinaus psychische Beeinträchtigungen wie Dünnhäutigkeit, Gereiztheit, Schlafstörungen und vermindertem Empfinden von Freude bestehen. Zusätzlich hat – wie bereits ausgeführt – die Krankenkasse des Klägers zuletzt eine ambulante Psychotherapie bewilligt, woraus sich auf ein infolge der Schmerzerkrankung depressive Entwicklung schließen lässt.

Im Weiteren ergeben sich auch unter Berücksichtigung der zur Beurteilung der Schmerzsymptomatik von Philipp aufgestellten Beurteilungskriterien keine Anhaltspunkte, die gegen eine Berücksichtigung der Schmerzen des Klägers in dem vorgenannten Umfang sprechen. Der Kläger leidet sowohl unter körperlich-funktionellen Beeinträchtigungen (Beeinträchtigung der Gehfähigkeit, Medikamentennebenwirkungen mit Obstipation, vermehrtem Schwitzen, Konzentrationsstörungen), psychisch-emotionalen Beeinträchtigungen (Dünnhäutigkeit, Gereiztheit, Schlafstörungen, vermindertes Freudempfinden) und sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen (sozialer Rückzug). Insofern hat wiederum W3 überzeugend ausgeführt, dass wegen der massiven Medikamentennebenwirkungen auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Philipp eine Gesamt-MdE von 40 v. H. begründet ist.

Wie bereits im Rahmen der Unfallfolgen ausgeführt, ergeben sich für den Senat keine hinreichenden Anhaltspunkte, dass der nicht als Unfallfolge anerkannten beim Kläger bestehenden Lumboischialgie eine Bedeutung für die außergewöhnliche Schmerzerkrankung zukommt, die gegen eine Bewertung der unfallabhängigen Schmerzen im vorliegenden Umfang spricht. Insbesondere ist nochmals darauf zu hinzuweisen, dass der Kläger an Schmerzen am rechten Fuß bereits vor der Diagnose der Lumboischialgie gelitten hat.

Die Berufung der Beklagten konnte daher keinen Erfolg haben und war zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-09-27