

Titel:

Erhöhung der MdE bei Schädigung von 4 großen Gelenken im Bereich der unteren Gliedmaßen..

Normenketten:

RVO § 581

SGB VII § 56

Leitsätze:

1. Innerhalb der Feststellung der MdE eines Versicherungsfalles ist keine Addition der einzelnen Regelsätze (Erfahrungswerte) möglich, da dies den Realitäten nicht entsprechen würde. Vielmehr gilt entsprechend den tatsächlichen Gesamtauswirkungen eine Gesamt-MdE. Sie ist in der Regel niedriger als die addierten Einzelwerte.

2. Eine gegenseitige Verstärkung ist bei paarigen Organen und den Gliedmaßen im Sinne einer gegenseitigen Verstärkung möglich (z.B. Verlust eines Auges MdE von 25, Verlust von beiden Augen MdE von 100). Dies ist gilt auch bei einer Schädigung der vier großen Gelenke der unteren Gliedmaßen (Knie und Hüften) sowie einer Großzehe, da sie in einer Wechselwirkung zueinander stehen, wenn keine ausreichende Kompensation möglich ist.

3. Maßgeblich sind immer die Umstände des Einzelfalles.

Schlagwort:

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Vorinstanz:

SG München, Urteil vom 26.04.2023 – 33 U 643/19

Tenor

I. Die Berufungen gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 26.04.2023 werden zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mehr als 55 v.H. infolge einer Verschlimmerung der Unfallfolgen aus dem Arbeitsunfall vom 31.07.1985 streitig.

2

Der 1963 geborene Kläger verunglückte am 31.07.1985 auf dem Weg zur Arbeit mit dem Motorrad und zog sich dabei Oberschenkelschaftfrakturen an beiden Beinen, eine Ruptur des hinteren Kreuzbandes links und eine Großzehenendgliedfraktur links zu.

3

Mit Bescheid vom 25.11.1986 wurde eine Dauerrente nach einer MdE von 30 v.H. mit Wirkung ab dem 12.08.1988 gewährt.

4

In einem zweiten Rentengutachten führte B am 10.03.2007 aus, dass die Gesamt-MdE keinesfalls unter 40 v.H. liegen dürfe. Aufgrund des links operierten TEP sei die unterste Grenze eine MdE von 30 v.H. auf chirurgischem Fachgebiet.

5

Die noch bestehenden Unfallfolgen fasste er wie folgt zusammen:

* Knöchern konsolidierter Oberschenkelchaftbruch rechtsseitig mit ausgeprägten heterotopen Ossifikationen im Bereich des Trochanter majors

* Achsengerecht knöchern konsolidierte Oberschenkelchaftfraktur linksseitig mit posttraumatischer Arthrose am linken Kniegelenk und nachfolgend implantierter Knie-TEP linksseitig

* Neuropathische Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels

* Hypästhesie im Bereich des linken Fußes

6

In einer ergänzenden Stellungnahme wurde zusätzlich auf neurologischem Fachgebiet eine MdE von 15 v.H. und eine Gesamt-MdE von 40 v.H. angegeben.

7

Die Gutachterin F, Fachärztin für Neurologie, stellte dabei zusammenfassend eine Schädigung des Nervus peroneus links mit vermindertem Berührungsempfinden bei erhaltener Schutzsensibilität im Versorgungsbereich des Nervus cutaneus surae lateralis links, vermindertes Berührungsempfinden mit aufgehobener Schutzsensibilität im Versorgungsbereich des Nervus peroneus communis linksseitig, geringgradige Fußheberschwäche sowie etwas deutlichgradigere Schwäche der Zehenhebung linksseitig mit noch gegen mäßiggradigen Widerstand durchführbarer Großzehenhebung, neuropathische Schmerzen im Versorgungsbereich des Nervus peroneus communis links sowie krankhafte Veränderungen in der Elektromyographie und Elektroneurographie, den Nervus peroneus linksseitig betreffend, fest. Die MdE auf neurologischem Fachgebiet werde auf 15 v.H. eingeschätzt.

8

Im Rahmen des Verfahrens S 41 U 465/08 beim Sozialgericht München (SG) erstattete M, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27.01.2011 ein Sachverständigengutachten auf psychiatrischem Fachgebiet. Bei der Untersuchung beschrieb die Sachverständige weiter bestehende Panikattacken, jedoch nur noch vor sehr extremen Stresssituationen. Der Kläger grüble weiter, wie das mit dem Knie sich entwickle, da er schon in frühem Jugendalter eine Prothesen-OP gehabt habe. Von den bestehenden körperlichen Beschwerden käme aktuell dem chronischen Schmerzsyndrom mit neuropathischem Schmerz im Bereich des linken Unterschenkels sowie der Hypaesthesie im Bereich des linken Fußes und der Fußheberschwäche nach Knie-TEP-Implantation linksseitig bei posttraumatischer Arthrose die größte Bedeutung zu. Auf psychiatrischem Fachgebiet hätte sich mit Ein- und Durchschlafstörungen, Grübelneigung, Insuffizienzgefühlen, nächtlichem Hochschrecken, gedrückter Stimmung, reduziertem Antrieb, eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, Anhedonie und Zukunftsängsten ein Beschwerdekomples entwickelt. Dies hätte zu einer verminderten Konzentrationsfähigkeit und inhaltlichen Einengung der Denkvorgänge geführt. Es bestehe ein depressives Syndrom mit deutlicher depressiver Stimmungslage, wenig psychophysiologischer Belastbarkeit mit Neigung zu gereizter Stimmung, Freudlosigkeit, Antriebsminderung. Diese sei am ehesten unter der Diagnose „rezidivierende depressive Störung mittelgradig ohne psychotische Symptome“ (ICD-10: F33.1) sowie einer zusätzlich bestehenden „Panikstörung“ (ICD-10: F41.0) einzuordnen. Die Höhe der durch den Unfall bedingten MdE betrage auf psychiatrischem Fachgebiet 20 v.H., insgesamt sei eine Gesamt-MdE unter Berücksichtigung der unfallchirurgischen und neurologischen Feststellungen (MdE von 45 v.H.) von insgesamt 60 v.H. festzustellen. Das Gesamtbild aller Funktionseinschränkungen sei mit einem MdE-Wert im Ganzen zu würdigen. Dabei dürften die einzelnen MdE-Ansätze nicht schematisch zusammengerechnet werden, überlagernde oder überschneidende Funktionseinschränkungen würden die Gesamt-MdE geringer bemessen als die Summe der Einzelwerte.

9

Infolge eines gerichtlichen Vergleichs vom 30.09.2011 vor dem SG im Verfahren S 41 U 465/08 wurde mit Ausführungsbescheid vom 21.12.2011 ab dem 01.01.2009 eine Rente nach einer MdE von 55 v. H. gewährt. Dem Gesamt-MdE lag eine bereits im Verwaltungsverfahren anerkannte MdE von 30 v. H. auf chirurgischem Fachgebiet und eine MdE von 15 v. H. auf neurologischem Fachgebiet sowie das im gerichtlichen Verfahren eingeholte Gutachten der Sachverständigen M zugrunde, die seit Juli 2007 weitere mittelbare Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet mit einer MdE von 20 v. H. bewertet hatte.

10

Mit Schreiben vom 27.04.2012 stellte der Kläger einen weiteren Verschlimmerungsantrag.

11

Am 20.04.2017 stellte B1, Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie der Technische Universität M/S zusammenfassend folgende Ergebnisse dar: Bei der Untersuchung durch B1 habe der Kläger eine Beschwerdepogredienz beidseits seit fünf Jahren angegeben. Es seien zudem beidseits Ruheschmerzen und Nachtschmerzen geäußert worden. Der Patient wache aufgrund der Schmerzen beider Kniegelenke auf. Seit 2016 habe der Schmerzverlauf erheblich zugenommen. Er habe am Morgen Anlaufschmerzen auf beiden Kniegelenken. Es sei in den letzten Jahren vermehrt zu Schwellungen, insbesondere nach vermehrter körperlicher Belastung gekommen. Es seien Punktionen notwendig gewesen. Daneben habe der Kläger Hüftschmerzen beidseits beschrieben. Diese hätten zu Stoßwellentherapien geführt. Die neurologischen Symptome habe der Kläger als unverändert und nicht progredierend beschrieben. Es bestehe weiterhin ein Taubheitsgefühl im Bereich der lateralen Wade am linken Unterschenkel sowie eine noch bestehende Schwäche im Bereich der linken Fußheber. Er beschreibe in diesem Zusammenhang intermittierende Stolperereignisse, insbesondere beim Treppensteigen. Er nehme 300-600 mg Ibuprofen täglich. Bei der neurologischen Untersuchung zeigten sich keine wesentlichen Änderungen im Vergleich mit dem Befund des neurologischen Zusatzgutachtens vom 03.08.2007. Es zeige sich weiterhin eine verminderte Berührungsempfindlichkeit im Bereich des Nervus cutaneus surae lateralis am linken Unterschenkel sowie ein vermindertes Berührungsempfinden im Versorgungsgebiet des Nervus peroneus communis linksseitig. Im Seitenvergleich zeige sich linksseitig eine noch diskrete Fußheberschwäche bei Extension gegen Widerstand, Auch die Großzehenhebung sei diskret abgeschwächt im Seitenvergleich an der linken unteren Extremität. Ebenso sei das Einnehmen der Hocke beidseits nur mit deutlichen Schmerzen durchführbar. Bei der Inspektion von hinten zeige sich linksseitig ein tiefer stehendes Becken. Es bestehe kein Beckenkompressionsschmerz bzw. Klopfeschmerz im Bereich der Iliosakralgelenke beidseits. Der Finger-Boden-Abstand betrage beim Nachvornebeugen 5 cm. Im Gehversuch zeige sich ein linksseitig angedeuteter hinkender Gang bei insgesamt gutem Abroll- und Abstoßvorgang beidseits. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung seien während der Gehversuche vom Kläger keine Beschwerden angegeben worden. Die Untersuchung der Hüftgelenke im Seitenvergleich zeige eine seitengleich eingeschränkte Beweglichkeit insbesondere für die Außenrotation in Beugung. In beiden Hüftgelenken würden Schmerzen bei Bewegung angegeben, linksseitig mehr als rechts. Rechtsseitig imponiere eine deutlich eingeschränkte Innenrotation bis 0°. Die Beugefähigkeit der Hüftgelenke sei beidseits mit 90° eingeschränkt. Im Bereich des rechtsseitigen Hüftgelenkes werde ein axialer Stauchungs- und Klopfeschmerz angegeben. Die bekannten Narben am linken sowie am rechten Oberschenkel zeigten sich reizfrei und gegenüber der Unterlage gut verschieblich. In Rückenlage werde im Seitenvergleich links eine Beinlängendifferenz von 1,5 cm sowie eine leicht vermehrte Außenrotation festgestellt. Im Bereich beider Oberschenkel zeige sich inspektorisch keine wesentliche Differenz der Muskelbemantelung im Sinne einer noch signifikant bestehenden Muskelatrophie. Gleiches finde sich für die Muskelbemantelung beider Unterschenkel. Die Bewegungsprüfung beider Kniegelenke zeige beidseits eine eingeschränkte Beweglichkeit für die Beugung (rechtsseitig 0-5-115°, linksseitig 0-0-90°). Bei forciertem Bewegen werde rechtswie linksseitig eine Schmerzhaftigkeit angegeben.

12

Zusammenfassend wurden folgende Unfallfolgen mit ihren funktionellen Einschränkungen dargestellt:

* funktionelle Einschränkung beider Hüftgelenke bei Z. n. Oberschenkelchaftfraktur beidseits (im Vergleich zu dem vorliegenden Messblatt aus der Voruntersuchung im Rahmen des zweiten Rentengutachtens von 2007), bedingt durch die durchgeführten Marknagelungen und die darauf zurückzuführenden heterotopen Ossifikation im Bereich v.a. des rechtsseitigen Hüftgelenkes im Sinne einer geringgradigen Verschlechterung

* einliegende Knie totalendoprothese des linken Kniegelenkes mit fortgeschrittenen Verschleißerscheinungen des Polyäthylen-Inlays und die damit einhergehenden o.g. funktionellen Einschränkungen (Verschlechterung der Beweglichkeit)

* rezidivierende Reizergüsse im Sinne einer Verschlimmerung, die im Bereich des rechten Kniegelenkes rezidivierenden Gelenkergüsse

* radiologisch erkennbare fortgeschrittene degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes, mutmaßlich teilweise bedingt durch eine Mehrbelastung der rechten unteren Extremität

aufgrund der kontralateralen Beinlängendifferenz sowie der einliegenden Kniegelenktotalendoprothese im Sinne einer teilweisen Verschlimmerung

* vom Unfallversicherten beklagte Schmerzen des unteren Rückens als Folge der bekannten linksseitigen Beinlängendifferenz der linken unteren Extremität und der daraus entstandenen muskulären Dysbalance im Bereich der Lendenwirbelsäule im Sinne einer konsekutiven Verschlimmerung.

13

Die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenkes seien nur teilweise ursächlich auf den Unfall vom 31.07.1985 zurückzuführen. Aufgrund der fortbestehenden Varusfehlstellung beider unterer Extremitäten sei hier die Prädisposition für eine medial betonte Gonarthrose gegeben. Die Mitwirkung dieser Prädisposition an dem vorherrschenden Beschwerdebild bezüglich des rechtsseitigen Kniegelenkes sei auf 50 v.H. einzuschätzen.

14

Im Verhältnis zum Vergleichsgutachten vom 10.03.2007 (BGU M.) sei eine Verschlimmerung im Umfang einer MdE von 10 v.H. eingetreten. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet werde die MdE mit 40 v.H. eingeschätzt. Die Gesamt-MdE liege bei 60 v.H.. Mit einer Besserung der genannten Erwerbsminderung sei nicht zu rechnen. Es sei am linken Kniegelenk nach Kniegelenktotalendoprothese voraussichtlich eine Revisionsoperation im zeitlichen Verlauf indiziert. Möglicherweise seien im Bereich der Hüftgelenke und des rechten Kniegelenkes weitere operative Maßnahmen notwendig.

15

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie S1 erstattete im Rahmen des Verwaltungsverfahrens der Beklagten am 07.05.2018 ein Gutachten. Im Rahmen der Untersuchung gab der Kläger an, er sei in seiner Mobilität eingeschränkt, er bleibe häufig mit dem linken Fuß zum Beispiel an Türschwellen oder ähnlichen Hindernissen hängen. Die aktuell zunehmenden Schmerzen hätten zu einer weiteren seelischen Belastung geführt. Er übe derzeit keine Hobbys mehr aus. Er freue sich jedoch auf den nächsten Urlaub in Kroatien. Er habe dort ein Motorboot und einen Wohnwagen. Im Bereich der unteren Extremitäten zeige sich eine leichte Zehenheberschwäche beidseits, sonst volle Kraft, Sensibilitätsstörungen betont an den Unterschenkeln und im Bereich der Narbengebiete. Es zeige sich auf neurologischem Fachgebiet eine beginnende Polyneuropathie, am ehesten äthyltoxischer Genese. Auf psychiatrischem Fachgebiet fänden sich Hinweise auf eine chronifizierte depressive Störung, aktuell leichter Ausprägung (F 32.0) sowie eine Panikstörung (F 41.0) ohne erhebliche Auswirkungen auf die Alltagsfunktionalität. Die aktuelle Krankschreibung seit Dezember 2017 erfolge aufgrund von Schmerzen im rechten Kniegelenk, nicht aufgrund einer Verschlechterung des psychischen Zustandes. Es zeige sich kein anlagebedingtes Leiden. Die chronifizierte ängstlichdepressive Störung sei eine Folgeerkrankung des Unfalls unter chronischer Schmerzstörung. Sie werde gegenwärtig durch die Stressbelastung am Arbeitsplatz sowie den schädlichen Gebrauch von Alkohol unterhalten.

16

Mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 27.11.2018 wurde die Erhöhung der Rente abgelehnt, da keine (wesentliche) Verschlimmerung seit dem Bescheid vom 21.12.2011 eingetreten sei. Gestützt wurde die Entscheidung auf das unfallchirurgische Gutachten von B1 vom 10.04.2017 sowie auf das neurologischpsychiatrische Gutachten von S1 vom 07.05.2018.

17

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde durch Bescheid vom 18.11.2019 zurückgewiesen. Die Unfallfolgen seien nach wie vor mit einer MdE von 55 v.H. zu bewerten. Der neurologische Gutachter verneine eine neuropathische Schmerzsymptomatik und beschreibe im Vergleich zum maßgeblichen Vorbefund von M ein ängstlichdepressives Syndrom ohne erhebliche Auswirkungen auf die Alltagsfunktionalität. Es bestehe kein Anspruch auf Erhöhung der MdE. Die im unfallchirurgischen Gutachten von B1 ausgewiesene Verschlimmerung gleiche die auf neurologischpsychiatrischem Fachgebiet beschriebenen stabilisierten Verhältnisse aus.

18

Hiergegen hat der Kläger am 13.12.2019 Klage beim SG erheben lassen.

19

Nach Beiziehung der medizinischen Befunde hat das Gericht Beweis erhoben durch die Einholung des Sachverständigengutachtens vom 09.09.2020 auf orthopädischschmerzmedizinischem Fachgebiet bei M1, der die MdE ab April 2017 (Zeitpunkt der Begutachtung im Verwaltungsverfahren) mit 40 v.H. bewertet hat. Die Situation an beiden Extremitäten habe sich unfallbedingt verschlechtert. Allein für die Knieendoprothese links sei eine MdE von 30 v.H. angemessen.

20

Im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens hat auf neurologischpsychiatrischem Fachgebiet K am 25.01.2021 ein weiteres Sachverständigengutachten erstattet. Dieser hat zusammenfassend ausgeführt, dass auf psychiatrischem Fachgebiet eine MdE von 20 v.H. weiterhin angemessen sei. Bezüglich der neurologischen Folgen sei ab der Untersuchung vom 10.12.2020 die MdE mit unter 10 v.H. zu bewerten, weil hinsichtlich einer etwaigen Läsion des linken Nervus peroneus keine motorischen Ausfälle mehr zu verzeichnen und keine Anhaltspunkte für eine Fußheberschwäche gegeben seien. Es seien nur noch geringgradige Sensibilitätsstörungen vorhanden. Ein neuropathisches Schmerzsyndrom liege nicht vor.

21

Der chirurgische Sachverständige M1 hat die Gesamt-MdE von April 2017 bis zur Begutachtung bei K auf 60 v.H., danach auf 50 v.H. eingeschätzt. In einem weiteren auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten des S2 vom 16.11.2021 hat dieser auf chirurgischorthopädischem Fachgebiet eine weitere Verschlechterung nach der Begutachtung durch M1, spätestens zum Zeitpunkt der eigenen Begutachtung am 02.11.2021 festgestellt und ist unter Zugrundelegung einer MdE von 50 v.H. auf orthopädischem Fachgebiet sowie 20 v.H. auf neurologischpsychiatrischem Fachgebiet von einer Gesamt-MdE von 60 v.H. ab April 2017 ausgegangen.

22

Auf Antrag des Klägers hat das Gericht ein weiteres Gutachten auf neurologischem Fachgebiet bei S3 eingeholt. Dieser hat eine diskrete Fußheber-, Zehenheber- und Großzehenstreckerparese und Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Unterschenkels sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente (linker Unterschenkel), Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen, festgestellt. Unter Zugrundelegung einer MdE von 20 v.H. auf neurologischem und 20 v.H. auf psychiatrischem Fachgebiet ergebe sich insgesamt eine MdE von 65 v.H.

23

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 14.09.2022 hat K ausgeführt, eine klassische Symptomentrias bei peripheren Lähmungen seien trophische Störungen der von dem betreffenden Nerven versorgten Muskeln, typisch zuzuordnende Sensibilitätsstörungen sowie Reflexabschwächungen. Eine trophische Muskelstörung wäre insbesondere an dem für die Fußhebung zuständigen Musculus tibialis anterior und dem für die Zehenhebung zuständigen Musculus extensor digitorum brevis zu erwarten. Ein Steppergang sei dann typisch, weil der Fuß nicht angehoben werden könne. Ein solcher Steppergang sei aber weder von M1 (leicht linkshinkend) noch von S2 festgestellt worden. Ein funktionell bedeutsames Defizit im Sinne einer Fußheberschwäche sei nicht zu bestätigen.

24

Mit Urteil vom 26.04.2023 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 27.11.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 18.11.2019 verurteilt, ab 01.05.2017 eine Verletztenrente nach einer MdE von 65 v.H. zu gewähren. Im Übrigen ist die Klage abgewiesen worden. Zusammenfassend hat das Sozialgericht eine wesentliche Änderung der MdE angenommen. Es sei vom letzten Ausführungsbescheid vom 21.12.2011 mit einer MdE von 30 v.H. auf chirurgischem Fachgebiet, von 15 v.H. auf neurologischem und 20 v.H. auf psychiatrischem Fachgebiet auszugehen. Auf orthopädischem Fachgebiet hätten sämtliche Sachverständige, einschließlich der Sachverständigen im Verwaltungsverfahren, eine deutliche Verschlechterung festgestellt, die jeweils mit einer Einzel-MdE von mind. 40 v. H. (S2: 50 v.H.) bewertet worden sei. Die Kammer folge dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten des Sachverständigen M1, der eine Verschlechterung der Unfallfolgen von den vorher festgestellten 30 v.H. auf mind. 40 v.H. ab April 2017 festgestellt habe. Im Einklang mit der Fachliteratur habe der Sachverständige erläutert, dass eine Endoprothese im Knie bei guter Funktion grundsätzlich mit einer Mindest-MdE von 20 v.H. bewertet werde. Bei Begutachtung seien weiterhin eine Muskelverschmächtigung des Oberschenkels um 2,5 cm und eine Beinlängendifferenz von einem Zentimeter festgestellt worden. Der Sachverständige habe darauf hingewiesen, dass eine Restriktion der

Kniebewegung durch eine starke Limitierung der Unterschenkelrotation und eine Beugeeinschränkung auf 110° vorliege. Hinzu kämen nun die Einschränkungen im rechten Knie, was sich verstärkend auf die Gehfunktion auswirke. Bei vorbestehend normaler Beinachse hätten sich hier bei Außendrehfehler des Beines nach Oberschenkelchaftfraktur eine medial betonte Kniegelenksarthrose mit Varusfehlstellung und eine Bewegungseinschränkung bei leichter Innenbandlockerung (Außendrehfehler von 15°) entwickelt. Aufgrund der Knorpelschädigung und der leichten Instabilität liege mind. seit 2017 ein chronischer Reizerguss vor. Der Kläger habe geschildert, dass auch für das rechte Knie eine Endoprothese geplant sei. Auf neurologischem Fachgebiet habe die Kammer weiterhin eine MdE von 15 v.H. berücksichtigt, da alle Sachverständigen außer K weiterhin eine leichte Fußheberschwäche und Großzehenparese festgestellt hätten.

25

Gegen das am 03.05.2023 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 30.05.2023 Berufung beim Bayer. Landessozialgericht eingelegt. Zusammenfassend hat die Beklagte in der Berufungsbegründung vom 13.09.2023 ausgeführt, dass sie davon ausgehe, dass eine Besserung der Unfallfolgen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet eingetreten sei und damit keine wesentliche Verschlimmerung auch bei einer Verschlechterung auf chirurgischem Fachgebiet vorliege. Selbst wenn man aber mit dem Sozialgericht nach den Urteilsgründen den zugrunde gelegten Einzel-MdE folge, wäre entsprechend der Einschätzung des M1 eine Gesamt-MdE von 60 v.H. angemessen, sodass keine wesentliche Änderung vorliege.

26

Mit Schreiben vom 02.06.2023 hat auch der Kläger Berufung eingelegt.

27

Die Bevollmächtigte des Klägers hat mit Schreiben vom 05.10.2023 ausgeführt, dass auch der Sachverständige M1 eine wesentliche Verschlimmerung ab mindestens April von 30 v.H. auf 40 v.H. festgestellt habe. S2 habe sogar eine Tendenz zu 50 v.H. festgestellt. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege die MdE weiterhin bei 20 v.H., so K und S3. Auf neurologischem Fachgebiet liege sie weiterhin bei 15 v.H.

28

Der Senat hat Befundberichte des Pro U Versorgungszentrums beigezogen. Danach bestehe ein Zustand nach Knie-TEP-Wechsel links (15.01.2020) und eine Gonarthrose rechts. Es liege eine reduzierte Belastbarkeit der Kniegelenke und der Gehstrecke vor. K1, hat mit Befundbericht vom 19.11.2023 darüber berichtet, dass der Kläger viele Probleme, insbesondere wegen Eigenbedarfskündigung, Termin zur Scheidung, BG-Gutachten unfallchirurgisch, habe. Auch eine Kündigung der Wohnung belaste ihn. Durch seine Schmerzen seit dem Unfall müsse er einen Rückzugsort haben und ausreichend Platz für seine Tiere. Der Kläger leide an einem chronischen Schmerzsyndrom, depressiven Syndrom und an Panikstörung, neuropathischen Schmerzen linkes Bein sowie nach einem Zustand nach einem schweren Motorradunfall 7/1985 am linken Bein.

29

Der Senat hat ferner ein neurologischpsychiatrisches Sachverständigengutachten durch W eingeholt. Im Rahmen seines Gutachtens vom 26.03.2024 hat der Sachverständige zusammenfassend ausgeführt, auf neurologischem Fachgebiet bestehe zum einen eine in den letzten Jahren sichtlich nochmals zugenommene diffuse Nervenschädigung an den Beinen im Sinne einer überwiegend sensiblen Polyneuropathie, zum anderen zeigten sich Restbefunde einer vermutlich perioperativ aufgetretenen Schädigung des linken Nervus peroneus communis mit noch ersichtlicher Atrophie der linken Fußrückenmuskulatur bei weitgehend ungestörter Unterschenkelmuskulatur. Eine funktionell bedeutsame Schädigung des Nervus peroneus hat der Sachverständige W nicht mehr nachweisen können. Dies sei weder klinisch noch elektrophysiologisch feststellbar gewesen.

30

In psychiatrischer Hinsicht lägen rezidivierende depressive Episoden vor, deren Schweregrad einer leichtgradigen depressiven Symptomatik entspreche. Eine Vorschädigung sei nicht erkennbar. Als mittelbare Unfallfolge seien die linksseitige Peroneusschädigung und gleichermaßen die reaktive depressive Symptomatik aufgrund der anhaltenden Kniegelenksbeschwerden einzustufen. Der im frühen Erwachsenenalter erlittene Unfall habe das Leben des Klägers negativ beeinflusst. Eine wesentliche Veränderung der psychischen Unfallfolgen sei nicht zu erkennen. Zwar lägen inzwischen keine Panikattacken mehr vor und der Kläger habe gemäß eigenem Bekunden inzwischen auch einen weniger

stressbehafteten Arbeitsplatz, der wesentlich für die Entstehung der Angstattacken verantwortlich gewesen sei. Angesichts der weiteren Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe und der dauerhaften Einnahme von Antidepressiva lasse sich jedoch eine wesentliche Besserung im Umfang einer MdE von 10 v.H. nicht hinreichend begründen. Auch bei der Angabe von Schmerzen hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines spezifischen neuropathischen Schmerzes gefunden. Er schließe sich daher dem Vorgutachten des K an, wonach eine MdE unter 10 v.H. auf neurologischem Fachgebiet vorläge. Damit verbleibe es bei der festgestellten MdE von 20 v.H. von M. Ein weiteres Gutachten sei nicht erforderlich.

31

Mit Schreiben vom 25.04.2024 hat die Bevollmächtigte eine aktuelle Messung einer Fußheberschwäche vorgelegt. Diese sei auch von S1 im Verwaltungsverfahren sowie von M1 nachgewiesen. Eine Besserung sei nicht wahrscheinlich. Das SG habe eine MdE von 15 v.H. anerkannt. Ferner hat die Bevollmächtigte eine Begutachtung durch F beantragt. Beiliegend hat die Bevollmächtigte einen Bericht von H vom 24.04.2024 übersandt, wonach eine Affektion des Nervus peroneus links vorliegt. Es bestehe zusammenfassend weiter eine diskrete Irritation/Schädigung des Nervus peroneus links. Eine relevante Besserung sei nicht zu erwarten.

32

In ihrem auf Antrag des Klägers erstatteten Gutachten vom 07.03.2025 hat die Fachärztin für Neurologie F zusammenfassend ausgeführt, der Kläger habe auf neurologischem Fachgebiet mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) bereits bei dem Unfall an einer leichtgradigen Nervus-peroneus-Schädigung links gelitten. Es sei davon ausgegangen worden, dass sich die neurologische Symptomatik nach Implantation des Knie-TEP etwa fünf Jahre vor der neurologischen Begutachtung verstärkt habe. Im weiteren Verlauf lasse sich jedoch auf neurologischem Fachgebiet dann eine Besserung feststellen, welche erstmals 2018 dokumentiert sei. Den Gutachten S2 und S3 könne sie bezüglich der neurologischen Beurteilung nicht folgen, da erst 2018 eine Besserung der Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet festzustellen sei und im Verlauf darüber hinaus auch in der jetzigen neurologischen Untersuchung wiederholt bestätigt worden sei. Eine Nervus-peroneus-Teilschädigung links läge ohne den Unfall nicht vor. S1 gehe im Jahr 2018 von einer MdE auf neurologischem Fachgebiet von 15 v.H. aus. Danach läge die MdE unter 10 v.H. Damit werde eine wesentliche Änderung von mindestens 10 v.H. nicht erreicht. Es sei von einer MdE von 55 v.H. weiterhin auszugehen.

33

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 05.03.2026 hat der Kläger auf Befragung ausdrücklich und anschaulich geschildert, dass er auch weiterhin eine Fußheberschwäche habe. Insbesondere bei Drehbewegungen bleibe er am Boden hängen. Er könne dadurch nicht sozusagen „automatisiert“ den Fuß bewegen und entsprechende Ausgleichsbewegungen, welche normalerweise automatisch erfolgten, machen. Er bleibe dann hängen. Daraus ergebe sich für ihn eine weitere Stolperneigung. Diese Probleme habe er insbesondere beim Treppensteigen. In den Löchern der ehemaligen Schrauben seien ferner Verkalkungen entstanden, welche durch Stoßwellentherapien behandelt würden.

34

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 26.04.2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

35

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 26.04.2023 dahingehend abzuändern, dass die Verletztenrente ab 01.05.2012 gewährt wird sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen ist.

36

Der Senat hat die Akten des SG zu den Verfahren S 41 U 665/08, S 33 U 408/18 sowie S 33 U 643/19, eine Behindertenakte des ZBFS sowie die Akten der Beklagten beigezogen. Deren Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 05.03.2026.

Entscheidungsgründe

37

Die zulässigen Berufungen der Beteiligten sind unbegründet. Zu Recht hat das SG eine Verletztenrente nach einer MdE von 65 v.H. ab 01.05.2017 angenommen.

38

1. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen der Berufungen sind erfüllt, da die Voraussetzungen der §§ 144 und 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beachtet wurden. Insbesondere wurden beide Berufungen fristgemäß eingelegt.

39

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 27.11.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.11.2019, jeweils in der Gestalt des Urteils des Sozialgerichts München vom 26.04.2023. Streitig ist die Frage, ob eine wesentliche Änderung des Grades der MdE eingetreten ist und dem Kläger im Zeitraum ab dem 01.05.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 65 v.H. zu gewähren ist.

40

Die Klage ist in der Gestalt einer kombinierten Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 1 und Abs. 4, § 56 SGG statthaft.

41

2. Der Anspruch des Klägers stützt sich auf § 48 Abs. 1 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) in Verbindung mit § 581 Abs. 1 Nr. 2 Reichsversicherungsordnung (RVO). Bezüglich der Höhe der Verletztenrente unterscheidet sich § 581 Abs. 2 RVO im Wesentlichen nicht von den nunmehr geltenden Vorschriften des § 56 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII). Vorliegend sind noch die Vorschriften der RVO anzuwenden, da der Versicherungsfall vor dem 01.01.1997 eingetreten ist und nach § 214 Abs. 3 SGB VII die Vorschriften über Renten nach dem SGB VII nur dann gelten, wenn diese Leistungen erstmals nach dem Inkrafttreten des SGB VII (01.01.1997) festgesetzt wurden (BSG Ur. v. 9.5.2006 – B 2 U 26/04 R, BeckRS 2006, 44071). Hier war dem Kläger aber bereits mit Bescheid vom 25.11.1986 eine Dauerrente nach einer MdE von 20 v.H. gewährt worden.

42

Ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung ist mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Der Verwaltungsakt soll mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt (§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X). Die Anpassung von Verwaltungsakten mit Dauerwirkung ist mit Wirkung ab dem 01.01.1981 nach § 48 SGB X vorzunehmen (vgl. Gesetz vom 18.08.1980, BGBl I, S. 1469). Auch unter der Geltung der RVO war eine Verbesserung oder Verschlimmerung in den Folgen eines Arbeitsunfalls nur dann eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, wenn sich hierdurch der Grad der unfallbedingten MdE um mehr als 5 v.H. senkt oder erhöht, da eine abweichende Einschätzung des MdE-Grades um 5 v.H. als so geringgradig angesehen wird, dass sie innerhalb der allen ärztlichen Schätzungen eigenen Schwankungsbreite unterliegt (BSG Ur. v. 02.03.1951, BSGE 32,245 (246); Ruppelt in Schuln, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, 1996, Seite 1041). Dies normiert jetzt § 73 SGB VII, der gemäß § 214 Abs. 3 SGB VII auch für Versicherungsfälle vor dem 01.01.1997, wie vorliegend, gilt.

43

Der Bescheid vom 21.12.2011 unterliegt der Aufhebung nach § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X, denn er ist ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung. Ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung liegt vor, wenn eine durch Verwaltungsakt getroffene Regelung in rechtlicher Hinsicht über den Zeitpunkt seiner Bekanntgabe hinaus Wirkungen erzeugt (BSG Ur. v. 30. 1. 1985 – 1 RJ 2/84 – BSGE 58, 27, 28 = SozR 1300 § 44 Nr. 16 S. 28 – Juris RdNr. 14; Brandenburg in jurisPK-SGB X § 48 RdNr. 51). Da der Bescheid vom 21.12.2011 eine Rente auf unbestimmte Zeit bewilligt hat, hat er Dauerwirkung (BSG Ur. v. 13. 2. 2013 – B 2 U 25/11 R, NZS 2013, 464 Rn. 13). Auch stellt er einen Verwaltungsakt dar, da er den Vergleich vom 30.09.2011 konkretisiert und die Rentengewährung vornimmt.

44

3. Voraussetzung der Gewährung von Verletztenrente ist, dass durch den Arbeitsunfall unmittelbare oder mittelbare Unfallfolgen im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung entstanden sind, welche nach der Theorie der wesentlichen Bedingung dem Unfallereignis zugerechnet werden können.

45

Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung zurzeit des Unfallereignisses, das Unfallereignis, der Gesundheitserstschaden und die Unfallfolge mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein (Vollbeweis). Danach darf ein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Betrachter keinen Zweifel mehr haben (BSG Urt. v. 27.03.1958, 8 RV 387/55, Rn. 16, BSGE 7, 103). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und dem Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie Folgeschäden (haftungsausfüllende Kausalität) ist demgegenüber hinreichende Wahrscheinlichkeit – nicht allerdings die bloße Möglichkeit – ausreichend (BSG Urt. v. 02.04.2009, B 2 U 30/07, UV-Recht aktuell 2009, 1055 ff; BSG Urt. v. 02.04.2009, B 2 U 9/08 R, SozR 4-5671, Anlage 1 Nr. 2103 Nr. 1). Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt (BSG Urt. v. 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Es muss dabei mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen. Es genügt, wenn bei Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen, dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (st. Rspr: z.B. BSG Urt. v. 22.09.1977; 10 RV 15/77; BSG Urt. v. 02.2.1978; 8 RU 66/77, BSGE 45, 285-290, SozR 2200 § 548 Nr. 38, Rn. 13).

46

Bezüglich der Ursachenzusammenhänge folgt der Senat den von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Grundsätzen (vgl. z.B. BSG Urt. v. 24.07.2012, B 2 U 9/11 R; BSG Urt. v. 12.04.2005, B 2 U 27/04 R). Danach ist zunächst eine Kausalitätsprüfung im naturwissenschaftlichphilosophischen Sinn durchzuführen. Es ist zu prüfen, ob das äußere Geschehen nach aktuellen medizinischwissenschaftlichen Erkenntnissen und allgemeinem ärztlichen Erfahrungswissen generell geeignet ist, die einzelne Gesundheitsstörung zu verursachen. Diese beruht auf der Äquivalenztheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere (*conditio sine qua non*). Weiter stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsstörungen ohne das angeschuldigte Ereignis überhaupt nicht, wesentlich später oder in anderer Intensität eingetreten wären.

47

Wegen der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlichphilosophischen Ursachen hat nach der Theorie d. sog. wesentlichen Bedingung eine wertende Eingrenzung zu erfolgen (ständ. Rspr. z.B. BSG Urt. v. 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17, Rn. 13). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung des BSG folgende Grundsätze herausgearbeitet (BSG Urt. v. 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17, Rn. 15): „Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. „Wesentlich“ ist nicht gleichzusetzen mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben) (BSG Urt. v. 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, BSGE 96, 196-209, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17, Rn. 15). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) „wesentlich“ und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (BSG Urt. v. 09.05.2006, B 2 U 1/05 R). Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als „wesentlich“ anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als „Gelegenheitsursache“ oder Auslöser bezeichnet werden (BSG Urt. v. 27.10.1987, 2 RU 35/87, BSGE 62, 220, 222 f = SozR 2200 § 589 Nr. 10; BSG Urt. v. SozR 2200 § 548 Nr. 75; BSG Urt. v. 12.04.2005, B 2 U 27/04 R, BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr. 15 jeweils RdNr. 11).

48

Durch das Unfallereignis am 31.07.1985 kam es zunächst zu einer Oberschenkelchaftfraktur beidseits mit einer komplexen Kniegelenksruptur der Kreuzbänder linksseitig. Durch die bestandskräftigen Bescheide der

Beklagten vom 25.11.1986, 25.04.1989, 26.02.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.07.2008 hat die Beklagte eine geschlossene Oberschenkelfraktur beidseits, multiple Prellungen und Schürfwunden, eine Oberschenkelfraktur rechts mit einem Verriegelungsnagel, eine Oberschenkelfraktur links mit einer 14-Loch-Platte und 2 Zugschrauben versorgt, anerkannt. Ebenfalls wurde das hintere Kreuzband am linken Knie versorgt. Ferner wurden Bewegungseinschränkungen im linken Kniegelenk, eine mäßige Atrophie der linken Oberschenkelmuskulatur, die Versteifung des linken Großzehenendgelenks, die Sensibilitätsstörung im Ausbreitungsgebiet des linken Nervus peroneus, eine Verkürzung des rechten Beines um 1 cm, eine Einschränkung der Außenrotation des rechten Fußes um 22°, des linken Fußes um 6°, eine zunächst geringgradige Chondromalazie des linken Kniegelenks mit linksseitig posttraumatischer Arthrose und nachfolgend implantierter Knie-TEP (2001) linksseitig sowie Wechseloperation des Knie-TEP (01/2020) mit nunmehr stabilisiertem TEP, eine Gefühlsstörung am linken Unterschenkel und Vorfuß, eine leichte Fußheber- und Großzehenheberschwäche festgestellt.

49

Zusätzlich stellt der Senat aufgrund der Beweiserhebung bzgl. des anerkannten Arbeitsunfalls im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung folgende weiteren Unfallfolgen fest:

* Außendrehfehlhaltung (15°) rechter Oberschenkel mit Beinverkürzung 0,5 cm

* medial betonte Gonarthrose des rechten Knies mit Fehlstellung der Beinachse (Varus), leichte Innenbandlockerung und chronischen Reizergusses,

* Funktionseinschränkung der Hüftgelenke bei ausgeprägten Weichteilverkalkungen, cranial des Trochanter major rechts nach Marknagelosteosynthese und lateral des Trochanter major links nach Plattenosteosynthese

* rezidivierende depressive Episoden (ICD-10: F33) mit Schweregrad einer leichtgradigen depressiven Symptomatik

* Chronische Schmerzstörung (ICD-10: F 45.41)

50

a) Bereits im gerichtlichen Sachverständigengutachten M, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 27.01.2011 wurden bestehende Panikattacken, Konzentrationsstörungen, eine schlechte Stimmung und Schlafstörungen beschrieben. Aufgrund der Länge der Erkrankungen sah die Sachverständige M eine Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10:F43.21) als nicht möglich an. Es bestand danach eine mittelgradige depressive Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33 1) sowie zusätzlich eine „Panikstörung“ (ICD-10: F41.0). Diese sind nach Auffassung von M, K und W im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung auch dem Unfallereignis zuzurechnen. Zusätzlich sieht S3 jedoch auch ein chronisches Schmerzsyndrom. Der Beratungsarzt M2 sieht in seiner Stellungnahme vom 07.04.2011 sowie 13.09.2018 ebenfalls ein chronisches Schmerzsyndrom als Unfallfolge an. Auch die behandelnde Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie F1 beschrieb in ihrem Befundbericht vom 01.08.2012 ein chronisches Schmerzsyndrom mit neuropathischem Schmerz im Bereich des linken Unterschenkels sowie Hypaesthesie im Bereich des linken Fußes. Auch S1 stellt in seinem Gutachten vom 07.05.2018 ein chronisches Schmerzsyndrom als Folge der schweren Verletzungen des Klägers dar.

51

Die depressive Erkrankung und Angsterkrankung wurden übereinstimmend auch durch die Sachverständigen W sowie K als Unfallfolgen festgestellt.

52

b) Bereits P/R beschreiben in einem Verlaufsbericht H-Arzt vom 16.01.2014, dass der Kläger mit zunehmenden Hüft-Beschwerden rechts am 16.01.2014 erschienen ist. Bewegungseinschränkungen konnten noch nicht festgestellt werden. Es wurde eine beginnende Coxarthrose beidseits, rechts stärker als links festgestellt. B1 hat in seinem Gutachten vom 20.04.2017 bereits einen operativen Eingriff im Bereich der Hüfte diskutiert.

53

Bezüglich der Hüftgelenke beschreiben B1 und S in ihrem Gutachten vom 20.04.2017 in den Hüftgelenken im Seitenvergleich eine seitengleich eingeschränkte Beweglichkeit insbesondere für die Außenrotation in Beugung. In beiden Hüftgelenken werden Schmerzen bei Bewegung angegeben, linksseitig mehr als

rechts. Rechtsseitig imponierte eine deutlich eingeschränkte Innenrotation bis 0°. Die Beugefähigkeit der Hüftgelenke war beidseits mit 90 v.H. eingeschränkt. Im Bereich des rechtzeitigen Hüftgelenks wurde ein axialer Stauchungs- und Klopfschmerz angegeben. In der Rückenlage zeigte sich im Seitenvergleich links eine Beinlängendifferenz von -1,5 cm sowie eine leicht vermehrte Außenrotation. Bildgebend zeigten sich im Bereich beider Hüftgelenke Zeichen einer Coxarthrose mit osteophytären Anbauten, subchondrale Sklerose und deutlich gemindertem Gelenkspalt. B1 sah eine funktionelle Einschränkung beider Hüftgelenke bei Zustand nach Oberschenkelschaftfraktur beidseits als wesentliche Unfallfolgen an. Diese sei insbesondere durch die Marknagelung und die darauf zurückzuführenden heterotopen Ossifikationen im Bereich des rechtzeitigen Hüftgelenks im Sinne einer geringgradigen Verschlechterung zu sehen. Im Ergebnis wird dies auch durch den Sachverständigen M1 in seinem Gutachten vom 09.09.2020 bestätigt, der eine Funktionseinschränkung der Hüftgelenke bei ausgeprägten Weichteilverkalkungen (heterotopen Ossifikationen) cranial des Trochanter major rechts nach Marknagel-Osteosynthese und bilateral des Trochanter major links nach Platten Osteosynthese sieht.

54

Darüber hinaus sind jedoch auch anteilige Folgen der Schäden des rechten Kniegelenks als Unfallfolgen zu berücksichtigen. J hat bereits in einem Schreiben vom 25.04.2012 im rechten Kniegelenk eine Beweglichkeit von 0/0/140° sowie eine medial beginnende Chondromalazie festgestellt. Die verordnete im April 2018 eine tägliche physikalische Therapie, Krankengymnastik und medizinische Trainingstherapie. In einem Bericht vom 21.03.2019 der wurde nach einer Röntgenuntersuchung am 19.03.2019 im rechten Kniegelenk eine medial betonte Gonarthrose, eine Gelenkspaltsverschmälerung und Randsklerosierung an der proximalen Tibiagelenkfläche beschrieben. Zudem zeigte sich eine retropatellare Arthrose mit osteophytären Ausziehungen im Patella Ober- und Unterpole. Zwar wird als anlagebedingtes Leiden im Gutachten von B1 eine leichte Valgus-Fehlstellung beschrieben. Dies ist jedoch nach den Ausführungen des Gutachters B1 nur auf ca. 50 v.H. anteilig einzuschätzen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die weiteren 50 v.H. unfallbedingt sind. Dies ist für den Senat auch nachvollziehbar aufgrund der jahrzehntelang implantierten TEP links. Es ergibt sich für den Senat dadurch auch eine erhebliche Mehrbelastung des rechten Kniegelenks als Ausgleich für die Einschränkungen im linken Kniegelenk. Dabei verkennt der Senat nicht, dass bei Amputationen nach den sozialmedizinischen Feststellungen Überlastungsschäden bei paarigen Gliedmaßen eher nicht anerkannt werden können, da aufgrund sozialmedizinischer Untersuchungen bei Amputierten weniger Arthrosen (15-20 v.H.) am unverletzten Bein (bei Hüft-, Knie- und Fußgelenk) als bei Nichtamputierten gefunden wurden (Schönberger, Mehrrens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 10. Aufl., 2024, S. 731, m.w.N.). Vorliegend liegt jedoch keine Amputation, sondern eine Knie-TEP links vor. Insoweit kann das Unfallereignis nicht weggedacht werden, ohne dass jedenfalls 50 v.H. der (erhöhten) Einwirkungen dem Unfallgeschehen im Sinne der conditiosine-qua-non zuzurechnen sind. Aufgrund der festgestellten anteiligen Zurechnung durch den Gutachter B1 liegt für den Senat aufgrund des Unfallgeschehens, der festgestellten Fehlstatik im Bereich der Hüfte, der Beinlängendifferenz und der Schädigung des linken Großzehs sowie der langen Einwirkungszeit seit dem Unfallgeschehen auch bzgl. der Schädigung des rechten Kniegelenks im Sinne einer wesentlichen Mitursächlichkeit im Sinne einer mittelbaren Unfallfolge vor.

55

Diese weiteren Unfallfolgen sind nach den überzeugenden Ausführungen der genannten Sachverständigen und ärztlichen Gutachter auch nach der Theorie der wesentlichen Bedingung dem Unfallgeschehen zuzurechnen.

56

4. Ausgehend von den festgestellten Unfallfolgen und den übereinstimmenden Feststellungen der vorgenannten Sachverständigen und Gutachter ist es zu einer wesentlichen Änderung der MdE gekommen.

57

Gemäß § 581 Abs. 2 RVO / § 56 Abs. 1 § 1 SGB VII setzt der Anspruch auf eine Verletztenrente eine MdE von wenigstens 20 v.H. voraus. Der Zahlbetrag der Verletztenrente bestimmt sich sodann nach der Höhe der MdE und dem Jahresarbeitsverdienst (JAV). 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 (§ 581 Abs. 2 RVO / § 56 Abs. 2 § 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt damit zum einen von den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und zum anderen von dem Umfang der dadurch

verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ab. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (vgl. BSG Urt. v. 20.12.2016, B 2 U 11/15 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 4, Rn. 14; BSG Urt. v. 22.6.2004, B 2 U 14/03 R, BSGE 93, 63 = SozR 4-2700 § 56 Nr. 1 mwN).

58

Es ist auf den Maßstab der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten vor Eintritt des Versicherungsfalls abzustellen (BSG Urt. v. 29. April 1964 – 2 RU 155/62, BSGE 21, 63, 66; BSG Urt. v. 26.11.1987 – 2 RU 22/87, SozR 2200 § 581 Nr. 27). Bezugspunkt ist dabei nicht der ausgeübte Beruf des Klägers, sondern der „allgemeine Arbeitsmarkt“.

59

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (vgl. stellvertretend BSG Urt. v. 20.12.2016, B 2 U 11/15 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 4, Rn. 15).

60

Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE geschätzt werden. Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG Urt. v. 5.09.2006, B 2 U 25/05 R, SozR 4-2700 § 56 Nr. 2).

61

a) Unter Berücksichtigung des Gutachtens von M1 vom 09.09.2020 auf orthopädischem und schmerztherapeutischem Fachgebiet ist jedenfalls im Vergleich zu den Gegebenheiten bei den Begutachtungen durch B vom 10.03.2007 sowie der Fachärztin für Neurologie F vom 03.08.2007 eine wesentliche Verschlechterung eingetreten. M1 wies darauf hin, dass die damals noch reizlos einliegende Knie-TEP einen zunehmenden Abrieb des medialeseitigen Kunststoffinlays aufwies, was erstmals 2013 erwähnt wurde. Hieraus entwickelte sich ein ständiges Reizknie, da durch den Kunststoffabrieb eine Entzündung der Gelenkinnenhaut verursacht wurde. Zugleich entwickelte sich durch die Höhenminderung des Kunststoffteiles eine Fehlstatik und letztlich eine Lockerung der gesamten Endoprothese, die zweifelsfrei im Januar 2019 festzustellen war. Bereits im Rahmen der Begutachtung durch B1 / S (2017) wurde bei einem Reizzustand des linken Kniegelenkes, einer leichten medialen Bandlockerung und auch einer zunehmenden Bewegungseinschränkung im Vergleich zu 2007 eine Verschlechterung festgestellt. Die Knieendoprothese wurde schließlich im Januar 2020 gewechselt. Weiterhin liegt jedoch nicht der bestmögliche Zustand nach Implantation einer Knie-TEP vor. Zum einen beinhaltet die stabilisierte TEP, die wegen der vorliegenden Bandinstabilität notwendig war, eine Restriktion der natürlichen Kniebewegungen durch starke Implementierung der Unterschenkelrotation. Zum anderen liegt weiterhin eine Beugeeinschränkung auf 110°, ein Reizerguss sowie eine Verschmächigung der Oberschenkelmuskulatur von 2,5 cm vor. Der Sachverständige M1 weist darauf hin, dass nach Schönberger/Mertens/Valentin bei einer Knieendoprothese grundsätzlich von einer Mindest-MdE von 20 v.H. auszugehen ist. Bei schlechter Funktion, zum Beispiel bei einem Beugedefizit jedoch 30 v.H. angemessen sind. Dieser Hinweis wird auch durch die Neuauflage des vorgenannten sozialmedizinischen Werkes bestätigt (Schönberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 10. Aufl., Seite 684). Nach dem Sachverständigen M1 ist auch eine Verschlechterung der unteren Extremität rechts eingetreten. Bei vorbestehender normaler Beinachse

entwickelten sich bei Außendrehfehlhaltung des Beines nach der Oberschenkelschaftfraktur eine Kniegelenksarthrose mit Varusfehlstellung und letztlich auch eine Bewegungseinschränkung (120° Beugung bei freier Streckung) bei einer leichten Innenbandlockerung. Zudem weist auch das rechte Kniegelenk aufgrund der Knorpelschädigung und der leichten Instabilität zumindest seit 2017 einen chronischen Reizerguss auf. Das rechte Bein ist gegenüber der Gegenseite verkürzt (zwischen 0,5 cm so M1, 1 cm so S2 bis 1,5 cm so B1).

62

An beiden Hüftgelenken liegt ferner eine Funktionsstörung bei periarticulären Verkalkungen vor, wobei sich die Hüftgelenkbeweglichkeit bezogen auf 2007/2008 bis zum Jahr 2017 nur geringgradig verschlechtert hat. Dabei handelt es sich um schleichende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes. Bei einliegender Revisions-TEP mit eingeschränkter biomechanischer Funktion, Reizerguss und Beugedefizit ist allein für die TEP eine MdE von 30 v.H. angemessen. Angesichts der übrigen Verschlechterungen wurde durch den Sachverständigen M1 eine Erhöhung der rein orthopädischunfallchirurgisch bedingten MdE auf 40 v.H. ab April 2017 vorgeschlagen.

63

b) Auf neurologischpsychiatrischem Fachgebiet hat der Sachverständige K überzeugend ausgeführt, dass auf psychiatrischem Fachgebiet eine MdE von 20 v.H. weiterhin angemessen ist. Bezüglich der neurologischen Folgen ist ab der Begutachtung vom 10.12.2020 die MdE mit unter 10 v.H. zu bewerten, weil hinsichtlich einer etwaigen Läsion des linken Nervus peroneus keine motorischen Ausfälle mehr zu verzeichnen und keine Anhaltspunkte für eine Fußheberschwäche gegeben seien. Es seien nur noch geringgradige Sensibilitätsstörungen vorhanden. Ein neuropathisches Schmerzsyndrom liegt nicht vor. Diese Feststellungen haben auch die Sachverständigen W und F im Wesentlichen bestätigt. Im Rahmen einer ergänzenden Stellungnahme vom 01.03.2021 hat M1 die Gesamt-MdE unter Berücksichtigung des Gutachtens K für den Zeitraum 04 2017 bis 09.12.2020 auf 60 v.H. und ab 10.12.2020 auf 50 v.H. eingeschätzt.

64

c) Nach der Auffassung des Senats liegt beim Kläger ab 01.05.2017 eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in Höhe von 65 v.H. durchgehend vor. Dabei konnte sich der Senat insbesondere nicht den Ausführungen der Sachverständigen M1, K, W sowie F bezüglich der MdE anschließen.

65

Der Sachverständige S3 hat in seinem Gutachten vom 24.06.2022 auf neurologischem Fachgebiet ein chronisches Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente (linke Unterschenkel), Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen (Mainzer Stadienmodell) sowie weiterhin eine inkomplette Peroneusschädigung links mit verbliebenen motorischen und sensiblen Ausfällen beschrieben. Die Diagnose einer Polyneuropathie hat auch S3 nicht bestätigt. Auf psychiatrischem Fachgebiet hat er ein depressives Syndrom (F 32, F 33) und eine Angststörung (F 41.1) beschrieben. S3 stellt zusammenfassend eine Gesamt-MdE von 65 v.H. fest. Dabei beschreibt er als wesentliche Änderung (auf psychiatrischem Fachgebiet) die Chronifizierung und Therapieresistenz der psychiatrischen Erkrankungen und das zunehmende Schmerzsyndrom im Bereich der Gelenke und des linken Unterschenkels.

66

Innerhalb der Feststellung der MdE eines Versicherungsfalles ist keine Addition der einzelnen Regelsätze (Erfahrungswerte) möglich, da dies den Realitäten nicht entsprechen würde. Vielmehr gilt entsprechend den tatsächlichen Gesamtauswirkungen eine Gesamt-MdE. Sie ist in der Regel niedriger als die addierten Einzelwerte. Sie gilt sowohl für Verletzungsfolgen, die sich in ihren Wirkungen überschneiden (zB Einschränkung der Zehenbeweglichkeit, die sich wegen gleichzeitiger Beweglichkeitseinschränkung im Fußgelenk minder stark auswirkt). Auch hier entscheiden stets die Umstände des Einzelfalles, so dass die MdE auch in Höhe der Addition gegeben sein kann oder sich auch erhöhen kann (Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., § 56 SGB VII, Stand: 15.01.2022, Rn. 71; BeckOGK/Kainz, Stand: 15.2.2026, SGB VII § 56 Rn. 43, BAYERN.RECHT). Eine gegenseitige Verstärkung ist insbesondere bei paarigen Organen und den Gliedmaßen im Sinne einer gegenseitigen Verstärkung möglich (z.B. Verlust eines Auges MdE von 25, Verlust von beiden Augen MdE von 100; vgl. G./Gaidzik Neurowissenschaftl. Begutachtung S. 287). Dies ist vorliegend insbesondere bei einer Schädigung der vier großen Gelenke der unteren Gliedmaßen (Knie und Hüften) sowie einer Großzehe der Fall. Diese vier großen Gelenke stehen in

einer Wechselwirkung zueinander. Die gleichzeitige Betroffenheit zusammen mit der Großzehe führt daher zu einer Erhöhung der MdE, da insbesondere die Kompensationsfähigkeiten des Klägers durch die mehrfache Betroffenheit erheblich eingeschränkt ist.

67

So haben B1 / S in ihrem Gutachten vom 20.04.2017 (also vor Wechsel der TEP im linken Kniegelenk) ausgeführt, dass beim Kläger eine Beschwerdeprogredienz feststellbar ist. Ferner lagen nach Angaben des Klägers Ruhe- und Nachtschmerzen vor. Der Kläger wacht aufgrund der Schmerzen beider Kniegelenke auf. Seit 2016 hat der Schmerzverlauf erheblich zugenommen. Es sind in den letzten Jahren vermehrt Schwellungen, insbesondere bei körperlicher Belastung, aufgetreten. Dies ist durch die nachgewiesenen Punktionen durch die behandelnden Ärzte auch festgestellt worden. Daneben leidet der Kläger auch an Hüftschmerzen beidseits. Diese führten zu Stoßwellentherapien. Der Kläger hat weiterhin ein Taubheitsgefühl im Bereich der lateralen Wade am linken Unterschenkel sowie noch eine bestehende Schwäche im Bereich der linken Fußheber angegeben. Dies hat der Kläger glaubwürdig auch nochmals in der mündlichen Verhandlung vom 05.03.2026 bestätigt. Insoweit kommt es beim Kläger immer wieder zu Stolperereignissen, insbesondere beim Treppensteigen. Nach den Feststellungen des Sachverständigen B1/S zeigte sich linksseitig auch eine diskrete Fußheberschwäche bei Extension gegen Widerstand. Auch die Großzehenhebung war weiterhin diskret eingeschränkt. Ferner zeigte sich bei der Inspektion von hinten linksseitig ein tieferstehendes Becken. Im Gehversuch zeigte sich ein linksseitig angedeutet hinkender Gang bei insgesamt gutem Abroll- und Abstoßvorgang beidseits. Es zeigte sich bei der Untersuchung der Hüftgelenke im Seitenvergleich eine eingeschränkte Beweglichkeit, insbesondere für die Außenrotationen in Beugung. In beiden Hüftgelenken wurden Schmerzen bei Bewegung angegeben, linksseitig mehr als rechts. Rechtsseitig imponierte eine deutlich eingeschränkte Innenrotation bis zu 0°. Die Beugefähigkeit der Hüftgelenke war beidseits mit 90° eingeschränkt. Im Bereich des rechtsseitigen Hüftgelenkes wurde ein axialer Stauchungs- und Klopfschmerz angegeben. Die bekannten Narben zeigten sich schmerzfrei und verschiebbar. Während der Rückenlage wurde eine Beinlängendifferenz links von 1,5 cm sowie eine leicht vermehrte Außenrotation festgestellt. Die Bewegungsprüfung beider Kniegelenke zeigte beidseits eine eingeschränkte Beweglichkeit für die Beugung (rechtsseitig 0-5-115°, linksseitig 0-0-90°). Bei forciertem Bewegen wird rechtswie linksseitig eine Schmerzhaftigkeit angegeben.

68

Grundsätzlich wird aufgrund der Erfahrungswerte bei optimaler Versorgung mit einer Knie-TEP eine MdE von 20 v.H. angesetzt. Vorliegend liegt nach Wechseloperation der Knie-TEP keinesfalls eine optimale Versorgung vor. Der Kläger hat bereits eine Wechseloperation bezüglich des linken Kniegelenks im Jahr 2020 durchführen lassen. Hierbei wurde ein sogenanntes stabilisiertes TEP eingesetzt, welches nach den Feststellungen der Ärzte eine weitere Beschränkung der Gehfähigkeit nach sich zieht. Es ist daher mindestens ein Einzel-GdB für das linke Kniegelenk von 30 v.H. heranzuziehen.

69

Nach den Feststellungen der Sachverständigen lagen im Zeitpunkt des Unfalls keine Vorerkrankungen beim Kläger vor. Dies ergibt sich bereits aus dem Verwaltungsgutachten des Unfallchirurgen und Orthopäden B 10.03.2007, der lediglich einen unfallunabhängigen Heuschnupfen des Klägers beschrieb. Soweit die Sachverständige F in ihrem Gutachten vom 07.03.2025 davon spricht, der Kläger habe auf neurologischem Fachgebiet mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) bereits bei dem Unfall an einer leichtgradigen Schädigung des Nervus peronäus links gelitten, kann sich der Senat dieser Feststellung nicht anschließen. Sie wird auch von den anderen neurologischen Gutachtern nicht bestätigt. So geht W davon aus, dass es sich insoweit um eine operative Verletzung handelt. Im Zeitpunkt des Unfalls gibt es keinerlei Hinweise auf eine vorbestehende Schädigung des Nervus peronaeus.

70

Im Rahmen der MdE ist auch die Schädigung des rechten Kniegelenks zu berücksichtigen (siehe oben unter 3). So sind die Beeinträchtigungen im rechten Kniegelenk nicht als Primärschaden einzustufen. Aufgrund der nachgewiesenen unfallbedingten Fehlstatik (Fehlstellung der Hüfte bei Rückansicht), der Beinlängendifferenz (0,5-1,5 cm) sowie einem leichten Schonhinken ist eine teilweise Verursachung des Verschleißes im rechten Kniegelenk ebenfalls als mittelbare Unfallfolge zu berücksichtigen.

71

Vorliegend sind im Bewegungsapparat des Klägers vier große Gelenke, eine Versteifung des linken Großzehenendglieds, eine Beinlängendifferenz von 0,5-1,5 cm des linken Beines sowie ein Restsymptom nach einer Peronäusschädigung gegeben. Nach dem beigezogenen Befundbericht des Pro U Versorgungszentrums liegt ferner eine reduzierte Belastbarkeit der Kniegelenke und eine Verringerung der Gehstrecke vor.

72

Nach den Feststellungen der Sachverständigen K, W wie auch F konnte sich die geringgradige Fußheberschwäche aufgrund einer Schädigung des Nervus peroneus communis nur mehr in geringem Umfang in Form einer Atrophie der kleinen Fußrückenmuskulatur mit auch entsprechenden elektrophysiologischem Korrelat nachweisen lassen. Dabei ist nach beiden Sachverständigen keine messbare MdE von über 10 v.H. auf neurologischem Fachgebiet nachweisbar. Restsymptome sind jedoch verblieben. So hat auch der Sachverständige W in seinem Gutachten ausgeführt, dass sich noch Restbefunde einer vermutlich perioperativ aufgetretenen Schädigung des linken Nervus peroneus communis mit noch ersichtlicher Atrophie der linken Fußrückenmuskulatur bei weitgehend ungestörter Unterschenkelmuskulatur zeigen. Wie der Kläger in der mündlichen Verhandlung glaubwürdig und überzeugend ausführte, führt aber gerade diese Restsymptomatik bei ihm, insbesondere beim Treppensteigen und bei kleinen Ausweichbewegungen oder Hängenbleiben mit dem linken Fuß zu einer Sturzneigung. Dies mag dazu führen, dass eine MdE auf neurologischem Fachgebiet nicht mehr als messbar gilt (unter 10 v.H.), jedoch ist die Restsymptomatik mit einer verstärkten Sturzneigung dann im Bereich der unfallchirurgischen MdE zu berücksichtigen. Gleichzeitig hat beim Kläger die degenerative Veränderung im rechten Kniegelenk stetig zugenommen, welche jedenfalls anteilig dem Unfallgeschehen zuzurechnen ist (siehe oben). Auch insoweit besteht die konkrete Gefahr einer TEP-Versorgung. Der Senat sah sich daher nicht in der Lage, die MdE von zunächst 65 v.H. entsprechend den laufenden Änderungen über den gesamten Zeitraum bis zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung zeitabschnittsmäßig anzupassen, da durch die unterschiedlichen chirurgischen und neurologischen Auswirkungen eine exakte Zuordnung nicht möglich ist und sich einerseits auf neurologischem Fachgebiet eine leichte Verringerung der MdE aber gleichzeitig eine Zunahme der MdE im unfallchirurgischen Bereich entwickelte.

73

Vorliegend ist auf die massive Bewegungseinschränkung mit eingeschränkter Mobilität abzustellen. Durch eine kombinierte Einschränkung beider Hüft- und Kniegelenke sowie der aufgehobenen Abrollfunktion im Bereich des Großzehenendgelenks besteht eine funktionelle Gesamtbeeinträchtigung der Geh- und Stehfähigkeit, die eine wechselseitige Kompensation ausschließt.

74

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch der sachverständige Facharzt für Neurologie und Psychiatrie S3. Er hat in seinem Gutachten vom 24.06.2022 auf neurologischem Fachgebiet ein chronisches Schmerzsyndrom mit neuropathischer Komponente (linke Unterschenkel), Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen (Mainzer Stadienmodell) sowie weiterhin eine inkomplette Peronäusschädigung links mit verbliebenen motorischen und sensiblen Ausfällen beschrieben. Die Diagnose einer Polyneuropathie hat auch S3 nicht bestätigt. Auf psychiatrischem Fachgebiet hat er ein depressives Syndrom (F 32, F 33) eine Angststörung (F 41.1) beschrieben. S3 stellt zusammenfassend eine Gesamt-MdE von 65 v.H. fest. Dabei beschreibt er als wesentliche Änderung (auf psychiatrischem Fachgebiet) die Chronifizierung und Therapieresistenz der psychiatrischen Erkrankungen und dem zunehmenden Schmerzsyndrom im Bereich der Gelenke und des linken Unterschenkels. Dabei sieht der Senat durchaus, dass aufgrund der Gutachten W und F die Peronäusschädigung zurückgegangen ist. Wie jedoch bereits dargestellt wurde, verbleibt es für den Kläger dennoch bei einer erhöhten Sturzneigung.

75

Der Senat sieht daher bezogen auf die unmittelbaren Bewegungseinschränkungen im Bereich der unteren Gliedmaßen im Zusammenwirken eine MdE von 55 v.H. als angemessen an. Unter Berücksichtigung der weiterhin von den Sachverständigen K und W auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden MdE von 20 v.H. ist eine durchgehende Gesamt-MdE von 65 v.H. angemessen.

76

Die nachgewiesene Verschlimmerung wurde insbesondere auf chirurgischem Fachgebiet erstmals durch B1 in seinem Gutachten vom 20.04.2017 beschrieben. Daher ist die Verschlimmerung im Sinne einer

wesentlichen Änderung nach § 48 Abs. 1 SGB X, § 73 Abs. 1, § 56 Abs. 1 u. 2 SGB VII ab 01.05.2017 festzustellen und ab dann – wie vom SG geurteilt – eine Verletztenrente aus einer Gesamt-MdE von 65 v.H. zu gewähren.

77

6. Aufgrund dieser Feststellungen musste auch die Berufung des Klägers zurückgewiesen werden. Soweit K1, in ihrem Befundbericht vom 19.11.2023 darüber berichtet, dass der Kläger viele Probleme, insbesondere wegen Eigenbedarfskündigung, Termin zur Scheidung und den BG-Gutachten habe, handelt es sich nicht um vom Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfasste Risiken. Diese können daher nicht im Rahmen der psychiatrischen Unfallfolgen Berücksichtigung finden. Dies gilt auch für die durch Alkoholmissbrauch verursachte Neuropathie und die damit verbundenen Schmerzen. Im Rahmen der psychiatrischen Unfallfolgen wurden jedoch die Schmerzproblematik des Klägers sowie die Belastungen durch den Unfall selbst und dessen vor allem chirurgischen Folgen berücksichtigt.

78

Da die oben beschriebene wesentliche Verschlimmerung der Unfallfolgen erst durch die Begutachtung und Untersuchung am 20.04.2017 durch B im Vollbeweis nachgewiesen wurde, konnte eine Erhöhung der Verletztenrente nicht zu einem früheren Zeitpunkt festgestellt werden. Insoweit blieb auch die Berufung des Klägers erfolglos.

79

7. Diese Feststellungen stützt der Senat insbesondere auf die gerichtlichen Sachverständigengutachten M1 vom 09.09.2020 auf orthopädischem und schmerztherapeutischem Fachgebiet, K auf neurologischpsychiatrischem Fachgebiet vom 25.01.2021 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 14.09.2022, des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie S3 vom 24.06.2022, W auf neurologisch und psychiatrischem Fachgebiet vom 26.03.2024 sowie F, Fachärztin für Neurologie vom 07.03.2025, die der Senat gemäß § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 402 ff. ZPO im Wege des Sachverständigenbeweises verwertet hat.

80

Daneben stützt sich der Senat auch auf die Gutachten B vom 10.03.2007 und B auf orthopädischunfallchirurgischem Fachgebiet vom 20.04.2017 sowie S1, Facharzt für Neurologie und Nervenheilkunde, vom 07.05.2018 sowie die zitierten Befundberichte und ärztlichen Atteste, welche im Urkundsbeweis (§ 118 SGG i.V.m. §§ 415 ff Zivilprozessordnung; vgl. Keller in Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, 14. Auflage 2023, § 128 Rn. 7f. sowie grundlegend BSG Beschluss vom 30.3.2017 – B 2 U 181/16 B –, juris Rn. 9) verwertet wurden.

81

Der Senat hat dabei aber auch berücksichtigt, dass die Angaben des Klägers glaubwürdig sind. So hat der Sachverständige W auch in verschiedenen Testungen keine Hinweise für Aggravation oder Simulation feststellen können. Der Senat war auch aufgrund des Eindrucks des Klägers in der mündlichen Verhandlung von dessen Glaubwürdigkeit überzeugt.

82

9. Zur Ergänzung verweist der Senat gemäß § 153 Abs. 2 SGG auf die Ausführungen des SG im Urteil vom 26.04.2023, dessen Gründe auch den Anforderungen der RVO standhalten.

83

10. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

84

11. Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG).