S 3 U 1220/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 1220/14
Datum	22.12.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 U 1326/17
Datum	28.01.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 22.12.2016 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I.

Zwischen den Beteiligten steht die HÃ¶he der von der Beklagten gewÃ¤hrten Verletztenrente im Streit.

Der am1958 geborene KlÃ¤ger verletzte sich am 10.05.2011 im Rahmen seiner versicherten TÃ¤tigkeit bei einem Bauunternehmen beim Verladen eines Rammax (Verdichtungsmaschine, s. L95 S. 18 VA-I) mittels eines Radladers. Der KlÃ¤ger versuchte, den am Radlader hÃ¤ngenden, ins Schwingen geratenen, mehrere 100 kg schweren Rammax festzuhalten, als er von diesem am linken Arm und der linken Schulter getroffen wurde. Daraufhin stÃ¼rzte er zu Boden und sein linker FuÃ□ und Unterschenkel wurden von dem rechten Vorderrad des Radladers zweimal Ã¼berfahren (s. Unfalluntersuchungsbericht L52 S. 4 VA-I sowie eigene Angaben

des KlÃ¤gers Bl. L25 S. 2 ff. VA-I und Unfallhergangsschilderung im Ersten Rentengutachten des Prof. Dr. S. L358 S. 3 VA-VI). Der KlÃ¤ger wurde mit dem Rettungshubschrauber in das UniversitÃ¤tsklinikum F. gebracht und bis 17.05.2011 stationÃ¤r behandelt. Es wurde eine Lisfranc-Luxation links, eine Fraktur der Ossa cuneiformia links, eine Metatarsalfraktur I bis III links, ein Kompartmentsyndrom am linken FuÃ, eine Grundgliedfraktur der GroÃzehe rechts (s. RÃ¶ntgenbefund von Mai 2011, L211 S. 113 VA-III und hierzu auch die Angaben des KlÃ¤gers L25 S. 4 VA-I), eine proximale Fibula-fraktur links, eine Ruptur der Bursa praepatellaris links und eine anterior-inferiore Schulterluxation links diagnostiziert (L9 S. 1 ff. VA-I).

Im Dezember 2011 stellte sich der KlÃ¤ger bei der FachÃ¤rztin fÃ¼r Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie E.-S. vor, die eine Axillarisparese und FuÃheberschwÃ¤che links bei Zustand nach Kompartmentsyndrom links diagnostizierte. Weitere NervenschÃ¤digungen beschrieb sie nicht (L195 S. 1 f. VA-II).

Im Februar und MÃ¤rz 2012 stellte sich der KlÃ¤ger in der Psychotraumatologischen Ambulanz der Abteilung fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie des UniversitÃ¤tsklinikums F. bei dem psychologischen Psychotherapeuten Dr. A. vor, der von einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung (DD: psychische AnpassungsstÃ¶rung) ausging (L241 S. 3 VA-III) und in der Folgezeit eine ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung des KlÃ¤gers vornahm (L268 S. 1 ff. VA-IV, L396 S. 1 f. VA-VIII). Im MÃ¤rz 2013 berichtete er gegenÃ¼ber der Beklagten, dass beim KlÃ¤ger eine deutliche Symptombesserung erreicht worden sei, ab etwa Herbst 2012 die Diagnosekriterien fÃ¼r eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung nicht mehr erfÃ¼llt seien und nur noch eine psychische Restsymptomatik im Sinne einer mittelbaren Verarbeitungsproblematik vorliege (L396 S. 1 VA-VIII). Im August 2013 wurde die psychotherapeutische Behandlung beendet (L435 S. 2 VA-IX).

Die Beklagte holte ein Erstes Rentengutachten bei dem geschÃ¤ftsfÃ¼hrenden Direktor des Departements OrthopÃ¤die und Traumatologie des UniversitÃ¤tsklinikums Freiburg, Prof. Dr. S. , ein (L358 S. 1 ff. VA-VI und L373 S. 2 ff. VA-VII, Untersuchungstag: 05.11.2012). Dieser teilte als wesentliche Unfallfolgen einen Zustand nach traumatischer Schulterluxation mit persistierender BewegungseinschrÃ¤nkung links und SchÃ¤digung des Nervus axillaris, einen Zustand nach Lisfrancscher Luxationsfraktur links mit Kompartmentsyndrom und hoher Fibulafraktur links mit persistierender BewegungseinschrÃ¤nkung und SchÃ¤digung des Nervus peronaeus, eine Grundgliedfraktur der GroÃzehe rechts, eine Ruptur der Bursa praepatellaris links mit Zustand nach Bursektomie am 10.05.2011 und eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung mit (L358 S. 8 f. VA-VI). Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) schÃ¤tzte er auf unfallchirurgischem Fachgebiet ab dem 05.11.2012 bis auf weiteres auf 40 v.H. (L358 S. 10 VA-VI).

Die Beklagte holte auÃerdem ein neuropsychiatrisches Gutachten bei dem Facharzt (u.a.) fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. von K. (L379 S. 1 ff. VA-VIII, Untersuchungstag: 30.01.2013) und ein testpsychologisches Gutachten bei dem Diplom-Psychologen und Psychotherapeuten Dr. U. (L400 S. 1 ff. VA-VIII, Untersuchungstag: 25.03.2013) ein.

Dr. von K. diagnostizierte als Unfallfolgen â□□ ohne DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer Untersuchungen oder einer Messung der Kraftgrade â□□ auf neurologischem Fachgebiet eine kombinierte weitgehend komplette AxillarislÃ¤hmung links kombiniert mit AusfÃ¤llen einer oberen ArmplexuslÃ¤hmung und TeilschÃ¤digung des Nervus radialis mit StreckschwÃ¤che des ersten und zweiten Fingers sowie eine kombinierte SchÃ¤digung des Nervus peronaeus und tibialis links mit ausgedehnter SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung am linken FuÃ□, FuÃ□heberschwÃ¤che und Aufhebung der FÃ¤higkeit, die Zehen zu spreizen. Auf psychiatrischem Fachgebiet liege nur noch eine leichte AnpassungsstÃ¶rung als Folge der abgeklungenen posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung vor (L379 S. 10 VA-VIII). Die MdE fÃ¼r den linken Arm schÃ¤tzte er auf 40 v.H. â□□ fÃ¼r die kombinierte SchÃ¤digung des Nervus axillaris mit einer TeillÃ¤hmung des unteren Armplexus links setzte er eine MdE von 35 v.H. und fÃ¼r die TeilschÃ¤digung des Nervus radialis oder/und der Wurzel C6 eine MdE von 10 v.H. an â□□ und fÃ¼r die Folgen am linken Bein auf 20 v.H., die sich auch mit den chirurgischen Unfallfolgen Ã¼berschnitten. Auf psychiatrischem Gebiet bestehe keine messbare MdE mehr. Die Gesamt-MdE schÃ¤tzte er auf 60 v.H. ein, da sich die FunktionsstÃ¶rungen des linken Armes und des linken Beines nicht Ã¼berlappten (L379 S. 11 VA-VIII).

Dr. U. teilte als Unfallfolgen auf psychologischem Fachgebiet noch geringgradig ausgeprÃ¤gte Symptome einer posttraumatischen BelastungsstÃ¶rung, vorwiegend in den Bereichen Wiedererleben und psychophysiologische Ã□bererregung, sowie eine geringgradig ausgeprÃ¤gte Klaustrophobie in Situationen, die mit Hilflosigkeit und mangelnder FluchtmÃ¶glichkeit assoziiert seien, mit, maÃ□ diesen Folgen jedoch keine messbare MdE bei (L400 S. 10 VA-VIII).

In seiner beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme von Juli 2013 trat der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. S. den Gutachten des Dr. von K. und Dr. U. entgegen (L417 S. 2 ff. VA-IX). Mangels DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer Untersuchungen und einer Messung der Kraftgrade ergÃ¤ben sich aus dem Gutachten des Dr. von K. bereits keine gesicherten Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet. Auf Grund der Vorbefunde â□□ namentlich der von der FachÃ¤rztin E.-S. im Dezember 2011 erhobenen â□□ sei lediglich eine TeilschÃ¤digung des linken Nervus axillaris und des linken Nervus peronaeus anzunehmen (L417 S. 2 f. VA-IX). Eine ArmnervengeflechtsschÃ¤digung links, eine TeilschÃ¤digung des linken Nervus radialis und/oder eine SchÃ¤digung des Nervus tibialis seien durch elektrophysiologische Voruntersuchungen ausgeschlossen worden (L417 S. 8 VA-IX). Auch hÃ¤tten keine Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet im Vollbeweis vorgelegen (L417 S. 8 VA-IX). Die MdE sei auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet mit 40 v.H. zu bewerten, wobei erhebliche Ã□berschneidungen zu den auf unfallchirurgischem Fachgebiet angenommenen Unfallfolgen bestÃ¼nden, so dass die MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vollstÃ¤ndig in dieser MdE aufgehe (L417 S. 3 VA-IX).

Mit Bescheid vom 16.09.2013 (Bl. 4 ff. SG-Akte) gewÃ¤hrte die Beklagte dem KlÃ¤ger wegen der Folgen seines Arbeitsunfalls ab dem 06.11.2012 bis auf weiteres eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung nach einer MdE von 40 v.H., berechnet nach einem Jahresarbeitsverdienst (JAV) von 24.534,96 EUR. Zur BegrÃ¼ndung

ihrer Entscheidung fÃ¼hrte sie aus, dass sie (am linken Arm) eine Muskelminderung sowie BewegungseinschrÃ¤nkung des Schultergelenkes nach traumatischer Schulterluxation mit SchÃ¤digung des Nervus axillaris und (am linken Bein) eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung des oberen Sprunggelenkes, eine SchÃ¤digung des Nervus peronaeus sowie radiologisch nachweisbare VerÃ¤nderungen im Sinne einer Arthrose im Naviculometatarsalgelenk und Arthrose im Bereich der Chopartschen Gelenklinie, nach fest verheiltem Lisfrancschen Luxationsbruch mit Kompartmentsyndrom und hohem Wadenbeinbruch sowie eine Ruptur der Bursa praepatellaris (Schleimbeutel) mit Entfernung des Schleimbeutels am 10.05.2011 berÃ¼cksichtigt habe. Der Bruch der rechten GroÃzehe sowie die Leberprellung seien folgenlos ausgeheilt.

Dem hiergegen erhobenen Widerspruch (L430 S. 1 ff. VA-IX) gab die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12.02.2014 (Bl. 8 ff. SG-Akte) teilweise insoweit statt, als der der Rente zu Grunde liegende JAV auf 29.462,34 EUR erhÃ¶ht wurde.

Zur Feststellung, ob dem KlÃ¤ger zwischenzeitlich ein Anspruch auf Verletztenrente auf unbestimmte Zeit zustehe, veranlasste die Beklagte erneut Begutachtungen durch Dr. von K. (Gutachten Bl. 25 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 16.01.2014) und Prof. Dr. S. (Gutachten Bl. 30 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 16.01.2014).

Dr. von K. diagnostizierte â wiederum ohne DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer Zusatz-untersuchungen und einer Messung der Kraftgrade â auf neurologischem Fachgebiet als Unfallfolgen eine schwere, aber nicht ganz komplette sensomotorische AxillarislÃ¤hmung links kombiniert mit dem Ausfall des Musculus supraspinatus und der AuÃenrotatoren im Schultergelenk (Nervus suprascapularis), eine am ehesten durch eine ArmplexusschÃ¤digung und SchÃ¤digung von Fasern des Nervus radialis links verursachte SchwÃ¤che der radialen Finger besonders fÃ¼r die Streckung und einer SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung der radialen Finger sowie der radialen Unterarmkante und eine kombinierte SchÃ¤digung des Nervus peronaeus und Ãsten des Nervus tibialis links mit FuÃheberschwÃ¤che, Atrophie und SchwÃ¤che der kleinen FuÃmuskeln, ausgedehnter SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung am linken FuÃ und Entwicklung eines Belastungsschmerzes Ã¤hnlich wie bei einer Mortonneuralgie, bewertete die MdE fÃ¼r den linken Arm mit 40 v.H. und fÃ¼r das linke Bein mit 20 v.H. sowie insgesamt mit 60 v.H. (Bl. 28 f. SG-Akte). Die vormals auf psychiatrischem Fachgebiet bestehende posttraumatische BelastungsstÃ¶rung sei abgeklungen und bedinge keine messbare MdE mehr (Bl. 29 SG-Akte).

Prof. Dr. S. diagnostizierte als noch bestehende Unfallfolgen einen Zustand nach traumatischer Schulterluxation mit persistierender BewegungseinschrÃ¤nkung links und gutachterlich neurologisch angenommener SchÃ¤digung des Nervus axillaris und im Seitenvergleich geminderter Muskelmasse, einen Zustand nach Lisfrancscher Luxationsfraktur links mit Kompartmentsyndrom und hoher Fibulafraktur links, eine aktuell weiterhin persistierende BewegungseinschrÃ¤nkung und ebenfalls neurologisch gutachterlich angenommene kombinierte SchÃ¤digung des Nervus peronaeus und tibialis links mit ausgedehnter SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung am linken FuÃ, eine dezente FuÃheberschwÃ¤che und Aufhebung der FÃ¤higkeit, die

Zehen zu spreizen, einen Zustand nach Grundgliedfraktur der GroÃzehe rechts (hier: Restitutio ad integrum), eine Ruptur der Bursa praepatellaris links mit Zustand nach Bursektomie am 10.05.2011 sowie eine sich in Remission befindende posttraumatische BelastungsstÃ¶rung. Er schÃ¤tzte die MdE auf unfallchirurgisch-orthopÃ¤dischem Fachgebiet auf 40 v.H. (Bl. 31 f. SG-Akte). Insgesamt fÃ¼hrte er aus (Bl. 43 f. SG-Akte), dass die orthopÃ¤disch-unfallchirurgischen Unfallfolgen vollstÃ¤ndig in den neuropsychiatrisch beschriebenen Unfallfolgen aufgingen und die Gesamt-MdE daher 60 v.H. betrage.

Mit Bescheid vom 06.03.2014 (Bl. 21 f. SG-Akte) gewÃ¤hrte die Beklagte dem KlÃ¤ger an Stelle der bisherigen Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung eine Rente auf unbestimmte Zeit in gleicher HÃ¶he (weiter) und begrÃ¼ndete ihre Entscheidung mit den bereits im Bescheid vom 16.09.2013 aufgefÃ¼hrten und durch die nochmaligen Begutachtungen von Prof. Dr. S. und Dr. von K. am 16.01.2014 bestÃ¤tigten Unfallfolgen.

Am 12.03.2014 hat der KlÃ¤ger gegen den Bescheid vom 16.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2014 mit dem Ziel der GewÃ¤hrung einer Verletztenrente nach einer MdE von 60 v.H. Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und sich (u.a.) mit den von Dr. von K. und Prof. Dr. S. in ihren Gutachten von Januar und Februar 2014 "festgestellten GesundheitsschÃ¤digungen einverstanden" erklÃ¤rt; er greife diese Gutachten "in keiner Weise" an (Bl. 20 SG-Akte).

Das SG hat ein neurologisch-psychiatrisches SachverstÃ¤ndigengutachten bei dem Facharzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. Dr. W. eingeholt (Bl. 66 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 23.03.2016). Da der KlÃ¤ger auf die Anwesenheit seines Neffen bei der Exploration bestanden hat, hat der SachverstÃ¤ndige eine psychiatrische Exploration abgelehnt, sich auf das neurologische Fachgebiet beschrÃ¤nkt (Bl. 77 f. SG-Akte) und u.a. elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen durchgefÃ¼hrt (Bl. 85 SG-Akte). Der SachverstÃ¤ndige hat als Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet eine TeilschÃ¤digung des linken Nervus axillaris insbesondere im Bereich der hinteren Portion und eine TeilschÃ¤digung des linken Nervus peronaeus profundus diagnostiziert. FÃ¼r die SchÃ¤digung an der linken oberen ExtremitÃ¤t hat er eine MdE von 15 v.H. â jedenfalls nicht Ã¼ber 20 v.H. hinausgehend (Bl. 90 SG-Akte) -, fÃ¼r die linke untere ExtremitÃ¤t unter Einbeziehung der Schmerzsymptomatik und der Teilversteifung eine MdE von 25 v.H. â allenfalls 30 v.H. â und auf Grund des Betroffenseins unterschiedlicher KÃ¶rperregionen eine Gesamt-MdE von 40 v.H. angesetzt. Eine wesentliche Ãnderung sei fÃ¼r ihn in der Summe der FunktionseinschrÃ¤nkungen zuletzt auch angesichts der Tatsache, dass keine laufende Schmerzmedikation mehr bestehe und somit eine "unÃ¼bliche" Schmerzsymptomatik nicht zu begrÃ¼nden sei, nicht ersichtlich (Bl. 91 SG-Akte).

Mit Urteil vom 22.12.2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Zum Streitgegenstand hat es ausgefÃ¼hrt, dass der Bescheid vom 06.03.2014, mit dem die Beklagte dem KlÃ¤ger eine Verletztenrente nach einer MdE um 40 v.H. auf unbestimmte Zeit gewÃ¤hrt habe, gemÃ¤Ã Â§ 96 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)

Gegenstand des Klageverfahrens geworden sei, da er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen sei und den angefochtenen Verwaltungsakt abÃ¤ndere. In materieller Hinsicht hat es ausgefÃ¼hrt, dass beim KlÃ¤ger als Unfallfolgen am linken Arm eine Muskelminderung sowie eine BewegungseinschrÃ¤nkung des Schultergelenkes nach traumatischer Schulterluxation mit SchÃ¤digung des Nervus axillaris und am linken Bein eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung des oberen Sprunggelenkes mit (Teil-)SchÃ¤digung des Nervus peronaeus profundus und eine radiologisch nachweisbare VerÃ¤nderung im Sinne einer Arthrose im Naviculometatarsalgelenk und im Bereich der Chopartschen Gelenklinie bestehe. Die chirurgisch-orthopÃ¤dischen Unfallfolgen ergÃ¤ben sich aus dem Gutachten des Prof. Dr. S. , die neurologischen aus demjenigen des Prof. Dr. Dr. W â¦ Der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. Dr. W. habe Ã¼ber eine (Teil-)SchÃ¤digung des linken Nervus axillaris und des linken Nervus peronaeus profundus keine weiteren NervenausfÃ¤lle finden kÃ¶nnen. Er habe ausgefÃ¼hrt, dass die deutlich demonstrierte Herabsetzung der Handkraft nicht im Einklang mit der Bemuskelung und deren Einsatz in der Begutachtungssituation stehe, weshalb das Funktionsdefizit der linken ExtremitÃ¤t im Alltag ersichtlich keiner funktionellen Einarmigkeit gleichkomme. Auch habe der SachverstÃ¤ndige keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rungen im Bereich des linken Armes feststellen kÃ¶nnen, weshalb auch bei groÃzÃ¼giger EinschÃ¤tzung allenfalls eine Teil-MdE von 20 v.H. anzusetzen sei. Die BewegungseinschrÃ¤nkungen im Bereich der linken unteren ExtremitÃ¤t habe der SachverstÃ¤ndige unter Heranziehung der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017) zutreffend mit einer MdE von 25 v.H. bewertet und insgesamt eine MdE von 40 v.H. angesetzt. Hierbei habe er auch berÃ¼cksichtigt, dass bei der Bildung der Gesamt-MdE eine integrierende Gesamtschau der Funktionsdefizite vorzunehmen sei. Sofern dieselben FunktionseinschrÃ¤nkungen auf unterschiedlichen Fachgebieten beurteilt wÃ¼rden, flÃ¶ssen diese nur einmal in die MdE ein. Dem Gutachten des Dr. von K. sei demgegenÃ¼ber â auf der Grundlage u.a. des SachverstÃ¤ndigengutachtens des Prof. Dr. Dr. W. â nicht zu folgen, da dieser AusfÃ¤lle der Nerven lediglich vermutet, nicht aber durch elektrophysiologische Messungen objektiviert habe. So liege beispielsweise die behauptete SchÃ¤digung des Nervus suprascapularis nicht vor. Die von Dr. von K. fÃ¼r die linke obere ExtremitÃ¤t angesetzte Teil-MdE von 40 v.H. entsprÃ¤che einer annÃ¤hernden Gebrauchslosigkeit des Armes, die ebenfalls nicht vorliege. Es bestÃ¼nden lediglich EinschrÃ¤nkungen beim Heben Ã¼ber die Horizontale hinaus. Auch sei ein vollstÃ¤ndiger Ausfall des Nervus peronaeus profundus gerade nicht gegeben. Sofern Prof. Dr. S. eine Gesamt-MdE von 60 v.H. vorgeschlagen habe, sei dem nicht zu folgen, da dieser die EinschÃ¤tzung des Dr. von K. zu Grunde gelegt habe. Weitere Unfallfolgen â insbesondere auf psychiatrischem Fachgebiet â lÃ¤gen nicht vor.

Gegen dieses â seinem ProzessbevollmÃ¤chtigten am 06.03.2017 zugestellte â Urteil hat der KlÃ¤ger am 05.04.2017 Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt und sein Begehren auf eine Verletztenrente nach einer MdE von 60 v.H. weiterverfolgt. Zur BegrÃ¼ndung hat er im Wesentlichen vorgebracht, dass das SachverstÃ¤ndigengutachten des Prof. Dr. Dr. W. nicht vollstÃ¤ndig sei, da er sich nicht mit den FunktionseinschrÃ¤nkungen der linken

Hand befasst habe (Bl. 20 LSG-Akte). Er mutmaÃe auch fÃ¤lschlicherweise, dass eine SchÃ¤digung des Nervus axillaris schon Ã¤lter sei, diese sei jedoch durch den Unfall entstanden (Bl. 31 LSG-Akte). AuÃerdem habe er den Unfallhergang nicht korrekt wiedergegeben, sondern hauptsÃ¤chlich aus den Akten "abdiktiert" (Bl. 29 LSG-Akte). Der Unfallhergang sei in dem Gutachten des UniversitÃ¤tsklinikums F. (Prof. Dr. S.) vom 09.11.2012 korrekt wiedergegeben. Die Beklagte solle im Ãbrigen die Unfallrekonstruktion des Mitarbeiters "S." (gemeint: S.) vorlegen (Bl. 29 LSG-Akte). Der Unfall habe auch eine (rechtsseitige) HÃ¼ft- und (beidseitige) KniegelenksschÃ¤digung verursacht (Bl. 20 f. LSG-Akte). Ãber entsprechende Beschwerden habe er bereits bei der Untersuchung im UniversitÃ¤tsklinikum F. geklagt. Es seien jedoch keine weiteren Untersuchungen veranlasst worden, weshalb er selbst im April 2015 (Bl. 23 LSG-Akte) und im Juni 2017 (Bl. 24 f. LSG-Akte) entsprechende radiologische Untersuchungen habe vornehmen lassen. Der KlÃ¤ger hat Berichte Ã¼ber radiologische Untersuchungen des linken Handgelenks von Mai 2017 (Bl. 22 LSG-Akte), der HÃ¼fte rechts von April 2015 (Bl. 23 LSG-Akte) sowie beider Kniegelenke und des Beckens von Juni 2017 (Bl. 24 f. LSG-Akte) vorgelegt. Er habe auch die Beklagte bereits im September 2014 auf HÃ¼ftbeschwerden aufmerksam gemacht (Bl. 34 und 38 LSG-Akte). Unter Einbeziehung der BeeintrÃ¤chtigungen im Bereich der linken Hand und Finger, der HÃ¼fte und beider Kniegelenke betrage die MdE â wie von Prof. Dr. S. angenommen â 60 v.H. Im Ãbrigen zweifele er daran, dass bei der Begutachtung im UniversitÃ¤tsklinikum F. alles "mit rechten Dingen" zugegangen sei (Bl. 30 f. und 33 LSG-Akte).

Der KlÃ¤ger beantragt (teilweise sachdienlich gefasst, vgl. Bl. 19 LSG-Akte),

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 22.12.2016 aufzuheben und die Beklagte unter AbÃ¤nderung des Bescheids vom 16.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2014 sowie des Bescheids vom 06.03.2014 zu verurteilen, ihm auf Grund des Arbeitsunfalls vom 10.05.2011 eine Verletztenrente nach einer MdE um 60 v.H. zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die angefochtenen Entscheidungen fÃ¼r zutreffend. Weder die geklagten HÃ¼ft- noch die Kniegelenksbeschwerden seien auf den Arbeitsunfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Der KlÃ¤ger habe auch weder im Rahmen der ersten, noch der zweiten Rentenbegutachtung durch Prof. Dr. S. entsprechende Beschwerden geklagt. Eine Verletzung der HÃ¼fte sei auch im D-Arzt-Bericht vom 11.05.2011 nicht diagnostiziert worden. Die MdE sei auf Grundlage der Gutachten des Prof. Dr. S. und des Prof. Dr. Dr. W. mit 40 v.H. ausreichend bemessen.

Der Senat hat ein SachverstÃ¤ndigengutachten bei dem Facharzt u.a. fÃ¼r OrthopÃ¤die Dr. H. eingeholt (Bl. 49 ff. LSG-Akte, Untersuchungstag: 14.08.2018). Als Unfallfolgen hat er eine Luxation der linken Schulter (Erstluxation/traumatisch) mit persistierender NervenschÃ¤digung des linken Armes und

BewegungseinschrÃ¤nkung, eine Bursitis praepatellaris links (OP 10.05.2011), eine hohe Fibulafraktur links (Maisonneuve) und eine Luxationsfraktur an der Lisfranclinie links mit Fraktur des Os cuneiforme I bis III und des Os metatarsale I bis III und Kompartmentsyndrom diagnostiziert (Bl. 72 f. LSG-Akte). Die von ihm ebenfalls diagnostizierte HÃ¼ftgelenksarthrose rechts mehr als links und die VerschleiÃerkrankung beider Kniegelenke mit Knorpelschaden und InnenmeniskulÃ¤sion hat er als Ergebnis langjÃ¤hrig vorbestehender und insbesondere fÃ¼r die Kniegelenke altersentsprechend normal verlaufender VerschleiÃerkrankungen â mithin unfallunabhÃ¤ngig â angesehen (Bl. 73 LSG-Akte). Die geklagten Beschwerden im Bereich der linken Hand lieÃen sich auf der Grundlage der orthopÃ¤dischen und der bildgebenden Befunde nicht erklÃ¤ren. Ob eine neurologische Genese objektivierbar sei, mÃ¼sse anhand der neurologischen Befunde und in Ansehung der nicht konsistenten Beschwerdeangaben des KlÃ¤gers beurteilt werden (vgl. Bl. 74 f. LSG-Akte). Insgesamt hat sich Dr. H. der MdE-EinschÃ¤tzung von Prof. Dr. S. â MdE 40 v.H. â angeschlossen. In seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme (Bl. 93 ff. LSG-Akte) ist der SachverstÃ¤ndige den Einwendungen des KlÃ¤gers gegen sein Gutachten (Bl. 82 ff., 89 LSG-Akte) entgegengetreten und hat an seiner EinschÃ¤tzung festgehalten.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet Ã¼ber die nach den Â§Â§ 143, 144 SGG zulÃ¤ssige Berufung des KlÃ¤gers nach AnhÃ¶rung der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 16.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2014 ist (soweit angefochten) ebenso wie der Bescheid vom 06.03.2014, der gemÃ¤Ã Â§ 96 Abs. 1 SGG Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist (vgl. dazu nur Senatsurteil vom 20.11.2011, L 10 U 4346/08, in juris, Rdnr. 22, sowie Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, Â§ 96 Rdnr. 3a m.w.N.), hinsichtlich der Bemessung der MdE, wie sie der jeweiligen Rente â zum einen der Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung und zum anderen der Rente auf unbestimmte Zeit â zu Grunde liegt, rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Unfallfolgen nicht mit einer hÃ¶heren MdE als 40 v.H. bewertet hat. Dem KlÃ¤ger steht die bewilligte Rente â weder als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung noch auf unbestimmte Zeit â daher nicht nach einer MdE um mehr als 40 v.H. zu, insbesondere nicht nach der von dem KlÃ¤ger geltend gemachten MdE um 60 v.H.

Das SG hat in den EntscheidungsgrÃ¼nden des angefochtenen Urteils die rechtlichen Grundlagen fÃ¼r den hier vom KlÃ¤ger geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente (Â§ 56 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch â SGB VII -)

dargelegt â□□ die hier lediglich um die Regelungen des Â§ 62 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB VII hinsichtlich der GewÃ¤hrung der Verletztenrente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung ergÃ¤nzt werden â□□ und zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass und warum der KlÃ¤ger die Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer hÃ¶heren Verletztenrente nicht erfÃ¼llt. Es hat sich dabei zu Recht den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. Dr. W. , der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme von Prof. Dr. S. und â□□ in medizinischer Hinsicht â□□ dem Gutachter Prof. Dr. S. angeschlossen und unter Heranziehung des Standardwerks SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O.), das auch der Senat regelmÃ¤Ã□ig seinen Entscheidungen zu Grunde legt, zutreffend dargelegt, dass beim KlÃ¤ger eine hÃ¶here MdE als 40 v.H. nicht vorliegt und somit auch die Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer hÃ¶heren Verletztenrente nicht gegeben sind. Der Senat sieht deshalb gemÃ¤Ã□ Â§ 153 Abs. 2 SGG insoweit von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab und weist die Berufung aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung zurÃ¼ck.

Das Berufungsvorbringen, mit dem der KlÃ¤ger Beschwerden der (rechten) HÃ¼fte, beider Kniegelenke sowie im Bereich der linken Hand ganz in den Vordergrund gerÃ¼ckt hat, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Hinsichtlich der geklagten Kniegelenksbeschwerden hat der SachverstÃ¤ndige Dr. H. zwar eine am 10.05.2011 erfolgreich operierte Bursitis praepatellaris links â□□ die er ebenso wie bereits Prof. Dr. S. in seinen urkundenbeweislich verwertbaren Rentengutachten (vgl. L358 S. 9 VA-VI und Bl. 32 SG-Akte) als unfallbedingt angesehen hat â□□ sowie im MRT von Juni 2017 kernspintomographisch sichtbare KnorpelschÃ¤den beidseits bei beidseitiger InnenmeniskuslÃ¤sion diagnostiziert. Der Senat kann offenlassen, ob diese KnorpelschÃ¤den bzw. beidseitigen LÃ¤sionen ursÃ¤chlich auf dem Unfallereignis beruhen, was der SachverstÃ¤ndige unter Hinweis auf degenerative VerÃ¤nderungen verneint hat. Denn die Beschwerden an den Knien bedingen (insgesamt) jedenfalls keine rentenrelevante (Teil-)MdE und sind daher nicht geeignet, zu einer hÃ¶heren Verletztenrente zu fÃ¼hren.

Nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 685 f.) kommt eine MdE von 10 v.H. (erst) bei einer BewegungseinschrÃ¤nkung des Kniegelenks (Streckung/Beugung) von 0-0-120Â° bzw. bei einer (muskulÃ¤r kompensierten) KnieinstabilitÃ¤t in Betracht. Eine derartige eingeschrÃ¤nkte Kniebeweglichkeit oder eine KniebandinstabilitÃ¤t vermag der Senat indes nicht festzustellen, nachdem Prof. Dr. S. in seinem Ersten Rentengutachten seitengleich freie Kniegelenksbeweglichkeiten (ohne Hinweise auf eine MeniskuslÃ¤sion, intakte Kreuz- und KollateralbÃ¤nder, freies Gangbild; s. L358 S. 5, 7 und 13 VA-VI) und in seinem Zweiten Rentengutachten eine beidseitige Kniegelenksbeweglichkeit (Streckung/Beugung) von 0-0-130Â° (wiederum: keine Hinweise auf eine MeniskuslÃ¤sion, Kreuz- und KollateralbÃ¤nder intakt, zudem: Varus- und Valgusstress negativ, krÃ¤ftige Ober- und Unterschenkelmuskulatur, reizfreie und gut verschiebliche Narbe nach Bursektomie Ã¼ber dem linken Kniegelenk, freies Gangbild; s. Bl. 31 f., 34 Rs. SG-Akte) dokumentierte. Auch der gerichtliche SachverstÃ¤ndige Dr. H. hat weder eine BewegungseinschrÃ¤nkung von 0-0-120Â° (oder schlechter) noch eine KnieinstabilitÃ¤t befundet, sondern im Gegenteil eine verbesserte beidseitige Kniegelenksbeweglichkeit von 0-0-160Â° (im

Ã□brigen ohne Ergussbildung oder Ã□berwÃ¤rmung, Bandapparat seitengleich stabil, s. Bl. 65 LSG-Akte) beschrieben. Im Ã□brigen hat auch bereits Dr. B. im Rahmen seiner Verlaufskontrolle am 12.12.2011 eine InstabilitÃ¤t des operierten linken Knies ausdrÃ¼cklich verneint (L186 S. 1 VA-II).

Damit ist eine relevante (bei Einzelbetrachtung also mit einer MdE von wenigstens 10 v.H. zu bewertende) BewegungseinschrÃ¤nkung der Knie zu verneinen. Soweit der KlÃ¤ger â□□ lediglich pauschal â□□ gemeint hat, bereits bei "der" Untersuchung im UniversitÃ¤tsklinikum F. Ã¼ber "erhebliche Beschwerden" der Kniegelenke geklagt zu haben, ist eine Relevanz fÃ¼r die HÃ¶he der ab dem 06.11.2012 gewÃ¤hrten Rente in Ansehung der oben dargelegten Befunde nicht erkennbar. Die bloÃ□e Angabe von Kniebeschwerden Ã¤ndert nichts daran, dass ein objektiv-klinischer Befund, der nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten (s.o.) eine entsprechende (Teil-)MdE rechtfertigen wÃ¼rde, gerade nicht vorliegt. NÃ¤mliches gilt, soweit der KlÃ¤ger auf die (urkundenbeweislich verwertbare) beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme des Prof. Dr. S. verwiesen hat (vgl. L417 S. 3 VA-IX). Ungeachtet dessen hat Prof. Dr. S. insoweit auch lediglich (Verdachts-)Diagnosen referiert, die sich im Ã□brigen nicht bestÃ¤tigt haben ("Verdacht auf AuÃ□enbandriss") bzw. durch die erfolgreiche Bursektomie des linken Kniegelenks â□□ entsprechend der obigen Darlegungen â□□ Ã¼berholt sind bzw. gerade nicht zu rentenrelevanten Funktionsdefiziten fÃ¼hren (s.o.).

Soweit der KlÃ¤ger â□□ wiederum nur pauschal â□□ gemeint hat, Dr. H. hÃ¤tte weitere RÃ¶ntgenaufnahmen beim UniversitÃ¤tsklinikum F. beiziehen mÃ¼ssen, erschlieÃ□t sich dem Senat eine entsprechende Relevanz schon deshalb nicht, weil radiologischen Befunden bei der MdE-Bewertung von FunktionsstÃ¶rungen im Bereich der Knie keine entscheidende Bedeutung zukommt (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 685), sondern die funktionellen Defizite im Vordergrund stehen, die vorliegend indes â□□ wie bereits dargelegt â□□ nicht rentenrelevant sind. Nur am Rande merkt der Senat an, dass dem SachverstÃ¤ndigen ohnehin (u.a.) die im Rahmen des stationÃ¤ren Aufenthalts des KlÃ¤gers im UniversitÃ¤tsklinikum F. erstellten Befundberichte einschlieÃ□lich Bildaufnahmen aktenkundig vorgelegen haben â□□ worauf der SachverstÃ¤ndige hingewiesen hat (vgl. Bl. 94, 97 LSG-Akte) â□□ und sich dem Senat auch nicht erschlieÃ□t, welche (unspezifischen, vgl. Bl. 30 LSG-Akte) "Unterlagen" dort noch zusÃ¤tzlich hÃ¤tten beigezogen werden sollen, nachdem der KlÃ¤ger selbst vorgebracht hat (Bl. 20 LSG-Akte), dass die Ã□rzte des UniversitÃ¤tsklinikums seinem Wunsch nach einer weitergehenden Untersuchung (auch) der Knie nicht nachgekommen seien. UnabhÃ¤ngig davon fÃ¼hrt ohnehin auch eine (angenommene) pflichtwidrig unterlassene Befunderhebung nicht dazu, dass ein auffÃ¤lliger Befund unterstellt werden kÃ¶nnte (s. dazu bereits Senatsbeschluss vom 30.07.2019, L 10 U 3856/16).

Soweit sich der KlÃ¤ger schlieÃ□lich insgesamt gegen die EinschÃ¤tzung des Dr. H. gewandt hat (vgl. Bl. 82 ff., 89 LSG-Akte), hat der SachverstÃ¤ndige im Einzelnen dargelegt und ebenso schlÃ¼ssig wie nachvollziehbar begrÃ¼ndet, dass und warum die EinwÃ¤nde keine andere Bewertung rechtfertigen. Nachdem die KlÃ¤gerseite dem nichts (mehr) entgegengehalten hat, macht sich der Senat die

ergÃ¤nzende Stellungnahme des Dr. H. zu eigen und verweist auf diese (Bl. 93 ff. LSG-Akte).

Hinsichtlich der vom KlÃ¤ger geklagten Beschwerden im Bereich der (rechten) HÃ¼fte und der linken Hand kommt eine hÃ¶here MdE-Bewertung ebenfalls nicht in Betracht.

Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung mÃ¼ssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegrÃ¼ndenden Tatsachen, nÃ¤mlich die versicherte TÃ¤tigkeit, die schÃ¤digende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden geltend gemachte GesundheitsstÃ¶rung erwiesen sein, d.h. bei vernÃ¼nftiger AbwÃ¤gung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis fÃ¼r das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden kÃ¶nnen; sie mÃ¼ssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u.a. Bundessozialgericht â BSG -, Urteil vom 20.12.2016, B 2 U 16/15 R, zitiert â wie alle nachfolgenden hÃ¶chstrichterlichen Entscheidungen â nach juris). Nur hinsichtlich des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten TÃ¤tigkeit und der schÃ¤digenden Einwirkung sowie der schÃ¤digenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genÃ¼gt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84 mit weiteren AusfÃ¼hrungen zur BegrÃ¼ndung); hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernÃ¼nftiger AbwÃ¤gung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr fÃ¼r als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschlieÃen oder nur mÃ¶glich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende KausalitÃ¤t), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, 2/9b RU 28/87). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursÃ¤chliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegrÃ¼ndenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen KlÃ¤gers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90).

Unter Zugrundelegung dessen vermag der Senat einen ursÃ¤chlichen Zusammenhang der vom KlÃ¤ger geklagten Beschwerden der (rechten) HÃ¼fte sowie im Bereich der linken Hand mit dem Unfallereignis nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Die erstmals vom SachverstÃ¤ndigen Dr. H. auch unter BerÃ¼cksichtigung der bildgebenden Befunde diagnostizierte beidseitige Coxarthrose â rechts im Stadium III-IV, links im Stadium II-III â ist vielmehr eine hier altersentsprechend normal verlaufende VerschleiÃerkrankung und steht in keinem ursÃ¤chlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis (vgl. Bl. 73 LSG-Akte). Der SachverstÃ¤ndige hat dies Ã¼berzeugend daraus abgeleitet, dass die auf den RÃ¶ntgenbildern von Juni 2017 (Bl. 24 f. LSG-Akte) dargestellte Arthrose des

rechten HÃ¼ftgelenks in ihrer AusprÃ¤gung bereits auf Voraufnahmen von Juni 2014 (Bl. 98 LSG-Akte) und April 2015 (Bl. 23 LSG-Akte) zu erkennen gewesen ist und nur eine geringe Progredienz stattgefunden hat. Er hat nachvollziehbar ausgefÃ¼hrt, dass die bereits auf diesen Voraufnahmen dargestellte HÃ¼ftgelenksarthrose nur das Ergebnis einer langjÃ¤hrig vorbestehenden degenerativen Erkrankung sein kann, da sie, wÃ¤re sie auf den Unfall vom 10.05.2011 zurÃ¼ckzufÃ¼hren, mit einer erheblichen Gelenkverletzung hÃ¤tte einhergehen mÃ¼ssen (Bl. 74 LSG-Akte). Eine derartige (traumatische) HÃ¼ftgelenksverletzung ist jedoch weder durch die erstbehandelnden Ãrzte noch durch Dr. B. dokumentiert worden â worauf der SachverstÃ¤ndige hingewiesen hat â und auch Prof. Dr. S. dokumentierte weder in seinem Ersten noch in seinem Zweiten Rentengutachten entsprechende StÃ¶rungen, sondern beschrieb im Gegenteil eine klinisch beidseits freie Beweglichkeit der HÃ¼ftgelenke (L358 S. 7 VA-VI, L480 S. 3 VA-XI).

Der â ohnehin nur pauschal gebliebene â Vortrag des KlÃ¤gers, er habe (rechtsseitige) HÃ¼ftbeschwerden bereits "anlÃ¤sslich der Untersuchung in der UniversitÃ¤tsklinik F. geltend gemacht" (wobei die dortigen Ãrzte eine entsprechende Untersuchung nicht fÃ¼r erforderlich erachtet hÃ¤tten, s. Bl. 20 LSG-Akte) bzw. in einem Schriftsatz an die Beklagte von September 2014 (vgl. Bl. 38 LSG-Akte) beschrieben, Ã¤ndert nichts daran, dass es an einer klinischen Befunddokumentation einer zeitnah nach dem Unfall aufgetretenen entsprechenden Beschwerdesymptomatik gerade mangelt und dass auch Prof. Dr. S. bei seinen spÃ¤teren Begutachtungen keine entsprechenden FunktionsstÃ¶rungen beschrieben hat. Der bloÃe Umstand, dass beim KlÃ¤ger eine Cox-arthrose vorliegt, ist fÃ¼r sich gesehen nicht geeignet, eine hÃ¶here Verletztenrente zu begrÃ¼nden, denn dies sagt noch nichts Ã¼ber den erforderlichen Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolgen aus, der positiv festgestellt werden muss (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R). Der ursÃ¤chliche Zusammenhang (im naturwissenschaftlichen Sinn) kann dabei ohnehin auch nicht rein zeitlich begrÃ¼ndet werden, sondern muss sachlich-inhaltlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend kann im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gerade nicht im Sinne eines Anscheinsbeweises aus dem Vorliegen einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden (BSG, Urteil vom 07.09.2004, B 2 U 34/03 R). Dabei ist â wie bereits oben ausgefÃ¼hrt â zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolgen positiv festgestellt werden muss (was vorliegend nicht in Betracht kommt, s.o.) und es nicht genÃ¼gt, Alternativursachen auszuschlieÃen, was vorliegend aber noch nicht einmal gelungen ist.

Nur am Rande merkt der Senat auch im vorliegenden Zusammenhang an, dass der KlÃ¤ger auch insoweit selbst eingerÃ¤umt hat, dass die Ãrzte des UniversitÃ¤tsklinikums F. gerade keine Veranlassung zu einer (weitergehenden) Untersuchung der (rechten) HÃ¼fte sahen, dass selbst eine (angenommene) pflichtwidrig unterlassene Befunderhebung nicht dazu fÃ¼hrt, dass ein auffÃ¤lliger Befund unterstellt werden kÃ¶nnte (s.o.) und dass der KlÃ¤ger sich im erstinstanzlichen Verfahren ausdrÃ¼cklich mit den in den Gutachten von Dr. von K.

von Januar 2014 und Prof. Dr. S. von Februar 2014 beschriebenen GesundheitsstÃ¶rungen, in denen diese weder HÃ¼ftgelenksbeschwerden dokumentiert, geschweige denn solche als Unfallfolgen beschrieben haben, "einverstanden" erklÃ¤rt hat und diese "in keiner Weise" hat angreifen wollen (Bl. 20 SG-Akte).

Was die vom KlÃ¤ger geklagten Beschwerden im Bereich der linken Hand anbelangt, kann sich der Senat schon nicht von einer entsprechenden (unfallbedingten) GesundheitsstÃ¶rung Ã¼berzeugen.

Eine solche hat der gerichtliche SachverstÃ¤ndige Dr. H. aus orthopÃ¤discher Sicht nicht zu diagnostizieren vermocht. Zwar hat sich bei der Untersuchung des KlÃ¤gers links ein Druckschmerz des Daumenballens und des radialen Handgelenkes sowie ein Kompressionsschmerz der Mittelhandknochen gezeigt und der Faustschluss links ist mit etwa einem Viertel der Kraft von rechts, das Fingerspreizen und -schlieÃen aktiv nicht mÃ¶glich gewesen, ebenso wenig das Abspreizen des Daumens (Bl. 64 LSG-Akte). Indes hat die Untersuchung der Handgelenke keine klinischen AuffÃ¤lligkeiten gezeigt (Dorsal-/Palmarflexion rechts von 70-0-80Â° und links von 75-0-90Â°, Radial-/ Ulnarabduktion seitengleich 55-0-45Â°) und auch die Oppositionsbewegung des Daumens ist praktisch seitengleich mÃ¶glich, die Abspreizung links lediglich schmerzhaft eingeschrÃ¤nkt gewesen (Bl. 63 LSG-Akte). VerÃ¤nderungen traumatischen Ursprungs hat Dr. H. nicht gefunden und auch die bildgebenden Befunde (CT vom 23.05.2017 und MRT vom 23.06.2017) zeigen â so der SachverstÃ¤ndige â keine VerÃ¤nderungen, die die geklagten Beschwerden objektivieren (vgl. Bl. 74 LSG-Akte). Im Ãbrigen diagnostizierte auch Prof. Dr. S. weder in seinem Ersten noch in seinem Zweiten Rentengutachten (unfallbedingte) GesundheitsstÃ¶rungen auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet im Bereich der linken Hand.

Soweit der SachverstÃ¤ndige Dr. H. eine neurologische StÃ¶rung im Hinblick auf die geklagten Beschwerden im Bereich der linken Hand in ErwÃ¤gung gezogen und insoweit auf die neurologischen Befunde verwiesen hat, vermag sich der Senat auch insoweit nicht von einer (unfallbedingten) GesundheitsstÃ¶rung zu Ã¼berzeugen. Der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. Dr. W. hat nach der DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer Zusatzuntersuchungen (Bl. 85 SG-Akte) eine SchÃ¤digung der distal zum Arm hin verlaufenden Nerven (Nervus radialis, medianus und ulnaris) ausgeschlossen und im Bereich der oberen ExtremitÃ¤ten ausschlieÃlich eine SchÃ¤digung des Nervus axillaris dokumentiert (Bl. 89 SG-Akte). Im Rahmen der kÃ¶rperlichen Untersuchung hat er eine vÃ¶llig seitengleich ausgebildete Unterarm- und Handmuskulatur ohne trophische StÃ¶rungen beschrieben und entgegen der demonstrierten SchwÃ¤che der Handkraft bei PrÃ¼fung mit verschiedenen MessgerÃ¤ten bei der EinzelprÃ¼fung der Muskulatur an den HÃ¤nden keinen ersichtlichen Unterschied bei Daumenopposition, Daumenabduktion und Kleinfingerabduktion finden kÃ¶nnen (Bl. 83 und 88 SG-Akte). Die Ergebnisse der von Prof. Dr. Dr. W. durchgefÃ¼hrten elektrophysiologischen Zusatzuntersuchungen stehen in Einklang mit den Messergebnissen der FachÃ¤rztin E.-S. von Dezember 2011 (L195 S. 2 VA-II), die im Bereich der oberen ExtremitÃ¤ten durch elektrophysiologische Untersuchungen ebenfalls lediglich eine SchÃ¤digung

des Nervus axillaris links und gerade keine SchÃ¤digung des Nervus radialis nachwies. Eine SchÃ¤digung der distal zum Arm hin verlaufenden Nerven wies auch Dr. von K. im Rahmen seiner beiden Begutachtungen nicht nach. Zwar diagnostizierte er in beiden Gutachten u.a. eine SchÃ¤digung des Nervus radialis (L379 S. 9 VA-VIII, L469 S. 7 VA-XI), blieb jedoch â worauf auch Prof. Dr. S. in seiner beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme (L417 S. 7 VA-IX) zu Recht hinwies â bei beiden Begutachtungen die DurchfÃ¼hrung einer elektrophysiologischen Untersuchung zur Objektivierung schuldig.

Soweit der KlÃ¤ger in seiner BerufungsbegrÃ¼ndung behauptet hat, Prof. Dr. Dr. W. habe sich nicht mit den FunktionseinschrÃ¤nkungen der linken Hand befasst und entsprechende Untersuchungen und Messungen nicht vorgenommen (Bl. 20 und 29 LSG-Akte), so trifft dies nicht zu. Der SachverstÃ¤ndige hat in seinem Gutachten insbesondere auch den Befund der linken Hand ausfÃ¼hrlich beschrieben und eine SensibilitÃ¤tsprÃ¼fung vorgenommen, die gleichsam keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine SchÃ¤digung des Nervus radialis ergeben hat (Bl. 83 f. SG-Akte). DarÃ¼ber hinaus hat er â wie bereits oben ausgefÃ¼hrt und im Gegensatz zu Dr. von K. â elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen der distal zum Arm hin verlaufenden Nerven vorgenommen, die jedoch unauffÃ¤llig gewesen sind (Bl. 84 SG-Akte).

Soweit der KlÃ¤ger geltend gemacht hat, dass der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. Dr. W. die diagnostizierte SchÃ¤digung des Nervus axillaris als "schon Ã¤lter" bezeichnet hat (Bl. 31 LSG-Akte), ist eine Relevanz nicht ersichtlich. Denn dies Ã¤ndert nichts an dem von Prof. Dr. Dr. W. erhobenen klinischen Befund, der gerade eine neurologische StÃ¶rung im Bereich der linken Hand nicht belegt.

Soweit der KlÃ¤ger ferner gemeint hat, Prof. Dr. Dr. W. habe einen "falschen" Unfallhergang wiedergegeben und nur aus den Akten "abdiktiert", ohne sich mit ihm zu unterhalten (Bl. 20, 29 LSG-Akte), ist Letzteres bereits unzutreffend (s. etwa die anamnestischen Angaben des KlÃ¤gers, Bl. 77 ff. SG-Akte, seine Angaben zum Unfallereignis, Bl. 78 f. SG-Akte, sowie zu "aktuellen Beschwerden", Bl. 81 f. SG-Akte) und auch im Ãbrigen lÃ¤sst dieser (ohnehin nur pauschale) Vortrag insoweit eine Relevanz nicht erkennen. Zum einen Ã¤ndert dies nichts an den vom SachverstÃ¤ndigen dokumentierten objektiv-klinischen Befunden, zum anderen kommt es auf den genauen Unfallhergang nicht an, nachdem schon eine GesundheitsstÃ¶rung im Bereich der linken Hand â entsprechend der obigen AusfÃ¼hrungen â nicht nachgewiesen ist; insoweit bedarf es auch keiner Beiziehung des Unfalluntersuchungsberichts des Beklagten-Mitarbeiters S., der sich ohnehin in der Verwaltungsakte befindet (L52 S. 2 ff. VA-I). Im Ãbrigen entspricht der von Prof. Dr. Dr. W. geschilderte Unfallhergang demjenigen, den auch Prof. Dr. S. in seinem Gutachten von November 2012 â worauf sich der KlÃ¤ger beruft â schilderte (L358 S. 3 VA-VI). Hieran Ã¤ndert auch die Falschbezeichnung des "Radladers" als "Gabelstapler" (Bl. 79 SG-Akte) in der Sache nichts.

Als Unfallfolgen bestehen beim KlÃ¤ger demnach auf neurologischem Fachgebiet â was der Senat ebenso wie bereits das SG auf das SachverstÃ¤ndigengutachten des Prof. Dr. Dr. W. stÃ¼tzt â eine TeilschÃ¤digung des linken Nervus axillaris insbesondere im Bereich der hinteren Portion und des linken Nervus peronaeus

profundus (Bl. 91 SG-Akte) und auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet â□□ dies stÃ¼tzt der Senat auf das SachverstÃ¤ndigengutachten des Dr. Heinold, der insoweit die EinschÃ¤tzung des Prof. Dr. S. bestÃ¤tigt hat â□□ ein Zustand nach traumatischer Erstluxation der linken Schulter mit BewegungseinschrÃ¤nkung, ein Zustand nach Lisfrancscher Luxationsfraktur links mit Kompartmentsyndrom und hoher Fibulafraktur links mit persistierenden BewegungseinschrÃ¤nkungen, ein Zustand nach folgenlos ausgeheilter Grundgliedfraktur der GroÃ□zehe rechts und ein Zustand nach erfolgreich behandelter Bursitis praepatellaris links (Bl. 31 f. SG-Akte, Bl. 72 LSG-Akte). Diese sind mit einer Gesamt-MdE von 40 v.H. ausreichend bewertet.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (Â§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hÃ¤ngt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, B 2 U 14/03 R): Den verbliebenen BeeintrÃ¤chtigungen des kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens und dem Umfang der dadurch verschlossenen ArbeitsmÃ¶glichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ã□rztliche MeinungsÃ¤uÃ□erungen darÃ¼ber, inwieweit derartige BeeintrÃ¤chtigungen sich auf die ErwerbsfÃ¤higkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage fÃ¼r die richterliche SchÃ¤tzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die kÃ¶rperlichen und geistigen FÃ¤higkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeintrÃ¤chtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger ErfahrungssÃ¤tze Ã¼ber die Auswirkungen bestimmter kÃ¶rperlicher und seelischer BeeintrÃ¤chtigungen auf die verbliebenen ArbeitsmÃ¶glichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter BerÃ¼cksichtigung der gesamten UmstÃ¤nde des Einzelfalles kann die HÃ¶he der MdE im jeweiligen Einzelfall geschÃ¤tzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten ErfahrungssÃ¤tze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht fÃ¼r die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage fÃ¼r eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen ParallelfÃ¤llen der tÃ¤glichen Praxis und unterliegen einem stÃ¤ndigen Wandel. Hierbei ist zu beachten, dass dieselben FunktionseinschrÃ¤nkungen auf unterschiedlichen Fachgebieten nur einmal in die MdE einflieÃ□en (vgl. auch SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 131)

Hat ein Arbeitsunfall SchÃ¤den an mehreren KÃ¶rperteilen gebracht, so ist die MdE im Ganzen zu wÃ¼rdigen. Dabei ist entscheidend eine "Gesamtschau" der "Gesamteinwirkung" aller einzelnen SchÃ¤den auf die ErwerbsfÃ¤higkeit (BSG, Beschluss vom 24.11.1988, 2 BU 139/88 unter Hinweis auf Rechtsprechung zum Schwerbehindertenrecht). Dementsprechend sind mathematische Formeln kein rechtlich zulÃ¤ssiges oder gar gebotenes Beurteilungsmittel zur Feststellung der Gesamt-MdE (BSG, Urteil vom 15.03.1979, 9 RVs 6/77), vielmehr muss bei der

Gesamtbeurteilung bemessen werden, wie im Einzelfall die durch alle StÃ¶rungen bedingten FunktionsausfÃ¤lle gemeinsam die ErwerbsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtigen (BSG, a.a.O.).

Nach der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 249 und 252) ist ein vollstÃ¤ndiger Ausfall des Nervus axillaris â dieser fÃ¼hrt zu einer SchwÃ¤che beim Abspreizen, Vor-, ZurÃ¼ckfÃ¼hren und AuswÃ¤rtsdrehen des Armes â mit einer MdE von 30 v.H., TeillÃ¤hmungen hingegen sind geringer zu bemessen. Ein vollstÃ¤ndiger Ausfall des Nervus axillaris liegt â wie von Prof. Dr. Dr. W. Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt â beim KlÃ¤ger nicht vor. Dies ergibt sich auch aus den von Prof. Dr. S. und Dr. H. erhobenen Befunden, denn das AusmaÃ einer NervenschÃ¤digung manifestiert sich gerade in den tatsÃ¤chlichen Funktionsdefiziten respektive in entsprechenden BewegungseinschrÃ¤nkungen (vgl. Senatsurteil vom 19.02.2009, L 10 U 4834/05), worauf Prof. Dr. Dr. W. aufmerksam gemacht hat und woran er sich auch bei seiner MdE-EinschÃ¤tzung zu Recht orientiert hat (vgl. Bl. 90 SG-Akte); auch Prof. Dr. S. ist im Ãbrigen von einem "vollstÃ¤ndigen Aufgehen" der orthopÃ¤dischen BeeintrÃ¤chtigungen in den neurologischen ausgegangen (vgl. Bl. 44 SG-Akte). Prof. Dr. S. beschrieb im Januar 2014 die Abduktion und Adduktion im linken Schultergelenk mit 40-0-90Â°, die Ante-/Retroversion mit 120-0-45Â° und die Innen- und AuÃenrotation mit 90-0-45Â°. Der SchÃ¼rzengriff gelang dem KlÃ¤ger bis HÃ¶he L3 und der Nackengriff â wenn auch verlangsamt gegenÃ¼ber rechts â vollstÃ¤ndig (Bl. 31 SG-Akte). Auch Dr. H. hat Ã¤hnliche Befunde beschrieben. So ist dem KlÃ¤ger im August 2018 bei rein aktiver Bewegung eine Anteversion links bis 110Â°, eine Abduktion links bis 100Â°, der SchÃ¼rzengriff links bis LWK4 und der Nackengriff links â ebenfalls verlangsamt gegenÃ¼ber rechts â vollstÃ¤ndig mÃ¶glich gewesen. Nach SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 560) wird eine BewegungseinschrÃ¤nkung der Schulter vorwÃ¤rts/seitwÃ¤rts bis 90Â° bei freier Rotation mit einer MdE von 20 v.H., bei einer Beweglichkeit bis 120Â° bei freier Rotation mit 10 v.H. bewertet. Trotz der von Prof. Dr. Dr. W. diagnostizierten TeilschÃ¤digung des Nervus axillaris ist das linke Schultergelenk in seiner wichtigsten Funktion der Vorhebung (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 560) beim KlÃ¤ger erst ab ca. 110Â° (s.o.) beeintrÃ¤chtigt. Insoweit kommt â wovon auch Prof. Dr. Dr. W. ausgegangen ist (Bl. 91 SG-Akte) â eine hÃ¶here (Teil-)MdE als 15 v.H. fÃ¼r die Funktionsdefizite im Bereich der linken oberen ExtremitÃ¤t nicht in Betracht.

In Bezug auf die linke untere ExtremitÃ¤t hat der SachverstÃ¤ndige Prof. Dr. Dr. W. wiederum in Anlehnung an die bereits zitierte unfallversicherungsrechtliche Literatur ausgefÃ¼hrt, dass ein vollstÃ¤ndiger Ausfall des Nervus peronaeus profundus, der mit einer MdE von 20 v.H. bewertet wird (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 253), nicht vorliegt, da die vom KlÃ¤ger zum Teil demonstrierte vollstÃ¤ndige Plegie inkonstant erscheint und auch keine SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung zu objektivieren ist (Bl. 90 SG-Akte). Auch hier ergibt sich das AusmaÃ der NervenschÃ¤digung wiederum aus den bestehenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen, mithin also namentlich aus den objektivierten BewegungseinschrÃ¤nkungen. Prof. Dr. S. dokumentierte insoweit im Januar 2014 eine endgradig schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung (Bl. 31 SG-Akte) des

linken oberen Sprunggelenks auf 0-5-30Â° und des linken unteren Sprunggelenks auf 8/10 der Gesamtbeweglichkeit (Bl. 34 SG-Akte). Dr. H. hat eine BewegungseinschrÃ¤nkung des linken oberen Sprunggelenks auf 5-0-30Â° und eine passiv seitengleich freie Pro- und Supination (Bl. 65 LSG-Akte) beschrieben. Da auch insoweit die NervenschÃ¤digung mit den orthopÃ¤dischen FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen korreliert (s.o.), hat Prof. Dr. Dr. W. als Vergleichsparameter fÃ¼r die schmerzhafte BewegungseinschrÃ¤nkung im MittelfuÃ zu Recht die orthopÃ¤dische MdE-Bewertung des Sprunggelenks herangezogen. Nach SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 713) betrÃ¤gt die MdE fÃ¼r die Versteifung des unteren Sprunggelenks in "schmerzhafter Wackelsteife" 20-30 v.H., die vollstÃ¤ndige Versteifung des unteren Sprunggelenks und des VorfuÃes 25 v.H. und die Versteifung des vorderen unteren Sprunggelenks 10 v.H. Eine BewegungseinschrÃ¤nkung des oberen Sprunggelenks auf 0-0-30Â° ist mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 712). Unter Zugrundelegung dieser MaÃstÃ¤be und unter BerÃ¼cksichtigung des Umstands, dass die Beweglichkeit des linken Sprunggelenks des KlÃ¤gers noch wesentlich besser ist, als bei einer vollstÃ¤ndigen Versteifung des unteren Sprunggelenks und VorfuÃes sowie der beim KlÃ¤ger bestehenden â nicht auÃergewÃ¶hnlichen (worauf Prof. Dr. Dr. W. ebenfalls hingewiesen hat) â SchmerzzustÃ¤nde sieht der Senat keinen Raum dafÃ¼r, fÃ¼r die FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen des linken FuÃes von einer hÃ¶heren (Teil-)MdE als den von Prof. Dr. Dr. W. angenommenen 25 v.H. (s. Bl. 91 SG-Akte) auszugehen.

Da die beim KlÃ¤ger noch vorliegenden FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen â linke Schulter und linker FuÃ â unterschiedliche Funktionssysteme betreffen und sich diese nicht Ã¼berschneiden, ist die von Prof. Dr. Dr. W. angenommene Gesamt-MdE von 40 v.H. (Bl. 91 SG-Akte) unter Zugrundelegung einer Teil-MdE von 15 v.H. fÃ¼r die Funktionsdefizite im Bereich der linken Schulter und von 25 v.H. fÃ¼r die Funktionsdefizite im Bereich des linken FuÃes auch unter BerÃ¼cksichtigung einer integrierenden (Gesamt-)MdE-Bewertung jedenfalls nicht zu Lasten des KlÃ¤gers zu niedrig bemessen. Auch Prof. Dr. S. (L417 S. 3 VA-IX) und der gerichtliche SachverstÃ¤ndige Dr. H. (Bl. 76 LSG-Akte) haben keine hÃ¶here MdE als 40 v.H. angenommen.

Der Gesamt-MdE-EinschÃ¤tzung des Prof. Dr. S. â 60 v.H. (Bl. 44 SG-Akte) â ist hingegen nicht zu folgen. Richtigerweise fÃ¼hrte er zwar aus, dass die orthopÃ¤disch-unfallchirurgischen Unfallfolgen vollstÃ¤ndig mit den neurologisch beschriebenen Unfallfolgen korrelieren. Allerdings legte er zur Bemessung der Gesamt-MdE â insoweit fachfremd â die sÃ¤mtlichen von Dr. von K. angenommenen, aber von diesem gerade nicht objektivierten (s.o.) neurologischen GesundheitsstÃ¶rungen zu Grunde. Der Senat kann sich indes â ebenso wenig wie bereits das SG â auf der Grundlage namentlich des SachverstÃ¤ndigengutachtens des Prof. Dr. Dr. W. und der beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des Prof. Dr. S. nicht davon Ã¼berzeugen, dass beim KlÃ¤ger Ã¼ber die TeilschÃ¤digung des Nervus axillaris und des Nervus peronaeus profundus (s. dazu bereits oben) hinaus neurologische Unfallfolgen bestehen.

Soweit der KlÃ¤ger darauf hingewiesen hat, Prof. Dr. Dr. W. habe keine

AusfÃ¼hrungen zur EinschÃ¤tzung der Gesamt-MdE des Prof. Dr. S. gemacht (Bl. 34 LSG-Akte), kommt es darauf bereits deshalb nicht an, weil Prof. Dr. Dr. W. zutreffend darauf hingewiesen hat, dass Dr. von K. â dessen AusfÃ¼hrungen Prof. Dr. S. bei seiner Gesamt-MdE-Bewertung zu Grunde legte â GesundheitsstÃ¶rungen annahm, die â wie schon dargelegt â nicht nachgewiesen sind. Ohnehin ist es Aufgabe des Tatrichters, die (Gesamt-)MdE zu bewerten (s.o.) und der Senat hat dargelegt, dass und warum die Gesamt-Bewertung von Prof. Dr. Dr. W. Ã¼berzeugt, die des Prof. Dr. S. hingegen nicht.

Soweit die KlÃ¤gerseite noch gemeint hat, bei "der" (Bl. 33 LSG-Akte) Begutachtung im UniversitÃ¤tsklinikum F. sei es "nicht mit rechten Dingen zugegangen" (vgl. Bl. 30 f., 33 f. LSG-Akte), das Zweite Rentengutachten weise eine nicht nachvollziehbare "PIZ-Zahl" aus und ein "Dr. T. Hammer" sei dort gar nicht bekannt, erschlieÃt sich dem Senat dieses Vorbringen schon deshalb nicht, weil sich der KlÃ¤ger ja gerade auf die EinschÃ¤tzung des Gutachters Prof. Dr. S. â der den KlÃ¤ger auf dessen Wahl hin (s. L324 S. 1 VA-V und L454 S. 1 VA-X) zweimal im UniversitÃ¤tsklinikum begutachtete â beruft und diese verteidigt. UnabhÃ¤ngig davon bliebe es auch bei den von den gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen erhobenen objektiv-klinischen Befunden â mit denen, wie dargelegt, eine hÃ¶here (Gesamt-)MdE als 40 v.H. gerade nicht begrÃ¼ndet werden kann -, wollte man die Gutachten des Prof. Dr. S. "hinwegdenken".

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 02.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024