
S 3 U 51/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	3.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 51/16
Datum	18.09.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 U 4197/19
Datum	24.11.2021

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18.09.2019 wird zur¼ckgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund der Folgen eines Arbeitsunfalls streitig.

Der im Jahr 1972 geborene Kläger erlitt am 10.05.2010 einen Arbeitsunfall, indem ihm im Rahmen seiner Tätigkeit als Arbeitnehmer im Wareneingang des E-Zentrallagers O ein Kollege mit einem Stapler über seinen stahlkappenbeschuhten linken Fuß fuhr.

Der Kläger stellte sich am 10.05.2010 bei den Durchgangsärzten R/B vor. Als Erstdiagnosen wurden eine Fibulaköpfchenfraktur links, eine Fraktur D III Basis linker Fuß und eine Fraktur D V linker Fuß gestellt. Der Kläger wurde mit einem

Stiefelgips versorgt (Durchgangsarztbericht vom 11.05.2010). Am 11.05.2010 stellte sich der KIÄxger bei C vor. Es zeigten sich eine massive HÄxmatomschwellung des FuÄx rÄx ¼ckens, Durchblutung/Motorik/SensibilitÄxst ohne Befund, kein Kompartmentsyndrom, ein Druckschmerz Äx ¼ber der proximalen Fibula und keine offene Verletzung (Zwischenbericht vom 11.05.2021). Eine magnetresonanztomographische Untersuchung erfolgte am 19.05.2010 im O-Klinikum G (Arztbrief vom 19.05.2010). Im weiteren Verlauf berichtete der Arzt C, dass sich bei der Vorstellung des KIÄxgers am 27.05.2010 eine undislozierte Fraktur des Grundgliedes D5 und eine knÄxflcherne Aussprengung der Basis D3/D4 sowie ein ausgedehntes KontusionsÄxfldem in allen MittelfuÄxknochen feststellen lieÄxen (Bericht vom 27.05.2010) und sich bei der Vorstellung am 28.05.2010 eine deutlich rÄx ¼cklÄxufige Schwellung, allerdings noch ein Druckschmerz Äx ¼ber dem VorfuÄx und der linken FuÄxwurzel (Bericht vom 02.07.2010) und bei der Vorstellung am 06.07.2010 weiterhin ein starker Druckschmerz Äx ¼ber den Metatarsalia 1-5 mit geringer schmerzhafter FuÄxwurzel gezeigt hÄx tten (Bericht vom 16.07.2010). Am 16.07.2010 stellte sich der KIÄxger bei S vor, die eine inkomplette LÄx sion des Nervus peroneus links diagnostizierte, dabei allerdings anmerkte, dass sie eine Beurteilung bei motorischer Schmerzfreiheit in 6 bis 8 Wochen fÄx ¼r sinnvoll erachte. Keiner der untersuchten Nerven weise elektrophysiologische AuffÄxlligkeiten auf. Sie halte insgesamt eine partielle LÄx sion des Nervus peroneus am FibulakÄxpfchen fÄx ¼r die wahrscheinlichste Ursache der Beschwerden. Es liege eine stÄxrkere BeeintrÄxchtigung durch die geklagte Schmerzsymptomatik als durch eine feststellbare SensibilitÄxststÄxflrung vor (Arztbrief vom 21.07.2010). Die Weiterbehandlung erfolgte bei K (Nachschaubericht vom 09.08.2010) und beim Arzt C (Berichte vom 26.08.2010 und vom 07.10.2010). Aufgrund einer am 31.08.2010 erfolgten Untersuchung berichtete S, der KIÄxger gebe SensibilitÄxststÄxflrungen Äx ¼ber das Versorgungsgebiet des Nervus peroneus hinaus an, ohne dass sich ein elektrophysiologischer Anhalt fÄx ¼r eine andere NervenLÄx sion zeige. Auch die Peroneus-SEP (somatosensorisch evozierten Potentiale) hÄx tten einen Normalbefund ergeben. MÄx glicherweise sei die Quetschung Ursache einer LÄx sion mehrerer HautÄxste gewesen, die fÄx ¼r die OberflÄxchensensibilitÄxst des FuÄxes verantwortlich, aber einer elektrophysiologischen Untersuchung nicht zugÄxnglich seien. Eine BehandlungsmÄx glichkeit sehe sie nicht, eine Kontrolle der SensibilitÄxststÄxflrung sei in der nÄxheren Zukunft nicht unbedingt notwendig (Arztbrief vom 01.09.2010). Am 24.11.2010 diagnostizierte der Arzt C einen Zustand nach schwerer VorfuÄxquetschung links mit multiplen MittelfuÄx- und FuÄxwurzelfrakturen, rÄx ¼cklÄxufige SensibilitÄxststÄxflrungen und ein mÄxÄxliges CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) (Durchgangsarztbericht vom 24.11.2010).

Am 22.02.2011 stellte sich der KIÄxger wegen persistierender Schmerzen bei W und P, Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L, vor. Inspektorisch zeigte sich ein unauffÄxlliger FuÄx, keine Schwellung, intakte Durchblutung/Motorik/SensibilitÄxst, eine freie Beweglichkeit im oberen und unteren Sprunggelenk sowie eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des MittelfuÄxes (Krankheitsbericht vom 25.02.2011). Die Weiterbehandlung erfolgte beim Arzt C (Berichte vom 05.07.2011 vom 23.08.2011 und vom 17.10.2011).

Am 05.10.2011 stellte sich der Kläger bei F vor. Dieser teilte mit, beim Kläger lägen eine Teilläsion des Nervus peroneus links, eine zervicale Spinalkanalstenose sowie eine Panikstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung vor (Arztbrief vom 12.10.2011). Die Weiterbehandlung erfolgte bei F (Arztbrief vom 25.10.2011).

Am 15.02.2012 stellte sich der Kläger erneut wegen in Kälte zunehmender Schmerzen im linken Unterschenkel und linken Fuß beim Arzt C vor (Durchgangsarztbericht vom 15.02.2012). Am 23.05.2012 wurde der Kläger von F untersucht (Arztbrief vom 24.05.2012). Vom 06.08.2012 bis zum 07.08.2012 war der Kläger wegen einer Lumboischialgie bei bekanntem Bandscheibenvorfall in stationärer Behandlung des Traumalogischen Zentrums des O-Klinikums G (Arztbrief ohne Datum). Die Weiterbehandlung erfolgte am 22.08.2012 beim Arzt C, der mitteilte, der Kläger gebe noch immer Beschwerden im Fuß an. Die Sprunggelenksbeweglichkeit betrage unverändert 10/0/40 Grad, die Supination sei frei. Fersen- und Zehenspitzenangabe seien möglich, jedoch schmerzhaft. Unverändert seien bis jetzt die Sensibilitatsstörungen am Fußrücken nach Teilläsion des Nervus peroneus links und ein chronisches Schmerzsyndrom vorhanden (Befundbericht vom 25.09.2012). L1 berichtete über die am 27.08.2012 magnetresonanztomographisch erhobenen Befunde in Form einer geringen posttraumatischen Arthrose mit diskretem dem der Basis des zweiten und dritten Mittelfuknochens, einer Aufhebung des Fuquergewlbes und eines komplett rckklufigen Ödems (Befundbericht vom 27.08.2012).

Wegen beklagter therapieresistenter lumbaler Schmerzen, beim Gehen mit ischialgieformiger Ausstrahlung in den linken Unterschenkel lateralseits wurde der Kläger vom 11.09.2012 bis zum 21.09.2012 stationär in der S-Klinik B behandelt (Kurzbrief vom 21.09.2012).

Am 10.10.2012 wurde von M, Stadischen Klinikums K nach Auswertung des magnetresonanztomographischen Befundes und unter Feststellung einer Fuhebung/-senkung von 5/0/45 Grad eine Arthrodese an den Tarsometatarsalgelenken 2 und 3 empfohlen (Befundbericht vom 11.10.2012). Im Rahmen der stationären Maßnahme vom 17.12.2012 bis zum 22.12.2012 im O-Klinikum G erfolgten am 17.12.2012 eine Arthrodese, eine Plattenosteosynthese und eine Spongiosaauffüllung vom Beckenkamm (Befundbericht vom 22.12.2012, Stellungnahme vom 14.03.2013). Am 29.01.2013 erfolgte im O-Klinikum G eine Mehrschicht-Spiral-Computertomographie des linken Fußes, bei der sich eine gute knöcherne Durchbauung der Arthrodese zeigte (Befundbericht vom 29.01.2013). Im Rahmen der beim Arzt C am 04.02.2013 erfolgten Untersuchung zeigte sich eine reizlose Narbe mit noch ausgeprägtem neuromartigen Schmerz am cranialen Narbenanteil, eine Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks von 10/0/25 Grad bei der Extension/Flexion mit stark eingeschränkter Supination, einer unverändert stark eingeschränkten Zehenbeweglichkeit mit Sensibilitatsstörungen des Furckens der Zehen sowie einer Schwellneigung des Fußes (Befundbericht vom 05.02.2013).

Im weiteren Verlauf ließ die Beklagte den Arzt C (Stellungnahme vom 14.03.2013,

Telefonvermerke vom 23.04.2013 und vom 26.07.2013) und F (Stellungnahmen vom 22.05.2013 und vom 17.07.2013, Telefonvermerk vom 23.07.2013, Stellungnahme vom 18.07.2013) zur Ursächlichkeit der bestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers Stellung nehmen.

Am 18.04.2013 diagnostizierte F unter anderem ein chronisches Schmerzsyndrom, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine reaktive Depression (Arztbrief vom 22.04.2013). Am 23.04.2013 stellte sich der Kläger bei A vor, der ein posttraumatisches Schmerzsyndrom im linken Fuß diagnostizierte (Arztbrief vom 23.04.2013). Am 16.05.2013 wurde der Kläger erneut im O-Klinikum G untersucht (Befundbericht vom 21.05.2013). Am 22.05.2013 erfolgte eine Mehrschicht-Spiral-Computertomographie des linken Fußes, die mit einer fortschreitenden Konsolidierung beurteilt wurde (Befundbericht vom 22.05.2013). Daraufhin stellte sich der Kläger am 28.05.2013 bei M vor, der elektrisierende Gefühlsstörungen im linken Fuß diagnostizierte und eine Materialentfernung empfahl (Befundbericht vom 29.05.2013, Stellungnahme vom 12.07.2013). Gegenüber dem Arzt C teilte der Kläger am 03.07.2013 mit, dass er mit dem neuen orthopädischen Schuhwerk sehr gut zurechtkomme und keine operative Revision wünsche (Befundbericht vom 08.07.2013). Eine erneute Vorstellung bei F erfolgte am 08.07.2013 (Arztbrief vom 18.07.2013).

Ab 22.07.2013 begann eine Wiedereingliederung am Arbeitsplatz (Rehabilitationsbericht vom 19.08.2013). Der Arzt C teilte hierzu mit, die eingeschränkte Belastbarkeit am Arbeitsplatz beruhe hauptsächlich auf Wirbelsäulenbeschwerden. Eine Steigerung der täglichen Arbeitszeit auf über 6 Stunden halte der Kläger derzeit nicht für möglich (Stellungnahme vom 16.08.2013).

Am 19.09.2013 war der Kläger zur Verlaufskontrolle bei S1/H/S2, Abteilung für berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. Diese stellten eine Fußhebung/-senkung von 20/0/20 Grad fest und empfahlen eine psychotherapeutische und schmerztherapeutische Mitbehandlung. Eine Implantatentfernung und Denervierung sehe man derzeit nicht als angezeigt an (Befundbericht vom 24.09.2013).

Sodann ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten.

In seinem Ersten Rentengutachten vom 26.11.2013 schätzte S1 die MdE vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 auf 20 v. H., danach und auf Dauer auf 10 v. H. Er gab an wesentlichen Unfallfolgen eine folgenlos verheilte Fraktur Fibulaköpfchen links, eine folgenlos verheilte Fraktur Grundglied D V links, eine Metatarso-Phalangealgelenksarthrose nach knöchernem Ausriss Basis D III/IV sowie nicht dislozierter Fraktur Metatarsalia D I bis D V und Infraktion Os cuneiforme laterale und erfolgter fester Arthrodesen, eine folgenlos verheilte und lediglich im Magnetresonanztomogramm ersichtliche okkulte Weber-A-Fraktur links, eine folgenlos verheilte Teilläsion des Ligamentum fibulo talare anterius und posterius ohne Beteiligung der Syndesmose und eine partielle Läsion des Nervus peroneus ohne Auffälligkeiten in der auswärts durchgeführten EMG (Elektromyografie)

und NLG (Nervenleitgeschwindigkeitsmessung) an. Die Fußhebung/-senkung links betrage 10/0/30 Grad. Ferner sei der Kläger seit dem 06.08.2012 durchgehend wegen unfallunabhängiger Wirbelsäulenbeschwerden arbeitsunfähig gewesen. Der Kläger sei wieder vollschichtig arbeitsfähig im angestammten Beruf. Eine neurologische Zusatzbegutachtung werde empfohlen.

Nachdem sich der Kläger nicht zur Untersuchung begeben hatte, führte S3 in seinem nach Aktenlage erstellten Gutachten vom 27.01.2014 aus, aus neurologischer Sicht sei eine Teilschädigung des Nervus peroneus links feststellbar. Auf psychiatrischem Gebiet seien keine Unfallfolgen festzustellen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebiets habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Eine messbare unfallbedingte MdE sei seitens des neurologisch-psychiatrischen Fachgebiets nicht anzugeben. Die nachvollziehbaren subjektiven Beschwerden aufgrund der Gefäßstörungen im Fußrücken gingen in den unfallchirurgischen Befunden auf.

S1 schätzte die Gesamt-MdE in seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 12.02.2014 für die Zeit vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 mit 20 v. H., vom 13.06.2013 bis zum 21.11.2013 mit 10 v. H. und ab 22.11.2013 mit 10 v. H. ein. Auf den Hinweis der Beklagten, aufgrund der am 05.08.2013 erfolgten Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei die MdE ab 05.08.2013 einzuschätzen, beurteilte S1 in seiner weiteren ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 26.02.2014 die Gesamt-MdE ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit des Klägers ab 05.08.2014 mit 13 v. H.

Mit Bescheid vom 09.04.2014 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab, da eine MdE um 20 v. H. nicht erreicht werde. Der Arbeitsunfall habe zu folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt: Nach folgenlos verheiltem Bruch des linken oberen Sprunggelenks, des linken Wadenbeinköpfchens und des Keilbeins, des Grundgelenks der linken Kleinzehe, folgenlos verheilter Aussprengung der Basis des Mittelfußknochens im Bereich D III und D IV sowie folgenlos verheiltem Teilriss der Außenbänder des linken oberen Sprunggelenks und Teilschädigung des Nervus peroneus ohne Funktionseinschränkung: Leichte Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks. Bewegungseinschränkung der Zehen 2 bis 5 und Kraftminderung der Großzehe. Noch einliegendes Fremdmaterial in den Mittelfußknochen. Gefäßstörung im Bereich des Fußrückens. Leichte Gangbehinderung. Unabhängig vom Unfall bestehe eine cervikale Spinalkanalstenose.

Hiergegen richtete sich Widerspruch des Klägers vom 15.04.2014, mit dem eine Begutachtung mit Untersuchung durch einen Neurologen gewünscht wurde. Das Schmerzsyndrom und die posttraumatische Belastungsstörung seien einzubeziehen. Mit einer Begutachtung durch S3 sei der Kläger nicht einverstanden.

Weitere Vorstellungen erfolgten am 07.04.2014 und am 19.02.2015 bei F (Arztbriefe vom 09.04.2014 und vom 23.02.2015), am 24.09.2014 und am 25.03.2015 im O-Klinikum G (Arztbriefe vom 26.09.2014 und vom 25.03.2015) sowie wegen

belastungsabhängiger Schmerzen im rechten Fuß am 23.03.2015 im Universitätsklinikum F (Befundbericht vom 23.03.2015).

Ä
Sodann ließ die Beklagte den Kläger erneut untersuchen und begutachten. S4, O-Klinikum L-E, fertigte in seinem Gutachten vom 20.04.2015 aus, er gehe davon aus, dass die Wirbelsäulenbeschwerden durch die unfallbedingte Fehlbelastung ausgelöst worden seien, weswegen die Arbeitsunfähigkeit ab dem 06.08.2012 wegen der Wirbelsäulenbeschwerden unfallbedingt sei. Er schätze die MdE aufgrund der Schädigung des Nervus peroneus superficialis auf 20 v. H.

Eine erneute Vorstellung des Klägers im Universitätsklinikum F1 erfolgte wegen belastungsabhängiger Schmerzen im rechten Fuß am 01.06.2015 (Befundbericht vom 01.06.2015).

S3 gelangte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 24.08.2015 zu der Einschätzung, die Wirbelsäulenbeschwerden und Arbeitsunfähigkeit seit dem 06.08.2012 seien nicht unfallbedingt. Auch die MdE um 20 v. H. allein aufgrund der Schädigung des Nervus peroneus sei nicht nachvollziehbar. Diese Schädigung sei schon nicht im Vollbeweis gesichert. Die Nervenleitgeschwindigkeit sei unauffällig.

Eine erneute Vorstellung des Klägers im Universitätsklinikum F1 erfolgte wegen belastungsabhängiger Schmerzen nun während im linken Fuß am 07.10.2015 (Befundbericht vom 07.10.2015).

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.12.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 04.01.2016 Klage zum Sozialgericht (SG) Freiburg erhoben.

Im Rahmen der stationären Behandlung vom 03.02.2016 bis zum 09.02.2016 im Universitätsklinikum F1 ist am 03.02.2016 eine erneute Operation am linken Fuß erfolgt (Arztbrief vom 08.02.2016, Operationsbericht vom 08.02.2016).

Das SG Freiburg hat zunächst die den Kläger behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen gehört. F hat unter dem 24.05.2016 ausgeführt, hinsichtlich des chronischen Schmerzsyndroms und der reaktiv-depressiven Verstimmung finde sich eine längere Verminderung der Erwerbsfähigkeit. Eine deutliche Verschlechterung durch zunehmende Schmerzen sei seit der letzten Operation im Universitätsklinikum F1 eingetreten. Als unfallunabhängig stellte sich für ihn das chronische Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom dar. Als unfallabhängig interpretiere er das derzeit im Vordergrund stehende Schmerzsyndrom und die reaktiv-depressiven Verstimmungszustände. V, O-Klinikum G, hat mit Auskunft vom 03.06.2016 dargelegt, es habe sich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entwickelt. Auf den Arbeitsunfall seien die posttraumatische Arthrose sowie die Teilläsion des Nervus peroneus zurückzuführen. Der Schmerz, die Arthrose und die

Nerventeilresektion führte zu einer Fehllagerung und Fehlbelastung, einem veränderten Gangbild und zu muskulären Verspannungen und Inbalancen im Bereich der Wirbelsäule und wirbelsäulennahen Muskulatur. K1, Universitätsklinikum F1, hat unter dem 19.06.2016 mitgeteilt, auf rein unfallchirurgischem Fachgebiet betrage nach bei Verlauf ausgeheilter Arthrodesis die MdE unter 10 v. H. Auf neurologischem Fachgebiet sei die Teilresektion des Nervus peroneus nicht mehr objektivierbar, weswegen hieraus auch keine MdE resultieren sollte. Ferner bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom.

Ferner sind ärztliche Unterlagen über die weiteren Behandlungen des Klägers bei F, im O-Klinikum G, im Universitätsklinikum F1 und bei M1 aktenkundig geworden. Sodann ist im O-Klinikum L-E vom 21.09.2016 bis zum 12.10.2016 eine stationäre multimodale Schmerztherapie erfolgt. Vorgelegt worden sind ferner ärztliche Unterlagen über die nachfolgenden Vorstellungen des Klägers im O-Klinikum G, bei M1 und bei C.

K ist in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02.05.2017 zu der Einschätzung gelangt, bei freier Einschätzung liege die MdE bei 10 v. H. Wesentliche Funktionseinschränkungen im Bereich des oberen und unteren Sprunggelenks liegen nicht vor. Im Vordergrund stehe ein Schmerzsyndrom, welches aber sicher durch zahlreiche unfallunabhängige Diagnosen überlagert sei. Insofern sei auch unter Einbeziehung der Schmerzproblematik im Bereich des linken Fußes von einer MdE um unter 20 v. H. auszugehen. Nachdem sich der Kläger erneut im O-Klinikum G vorgestellt hatte, hat W1 in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 28.09.2017 dargelegt, es beständen noch erhebliche diagnostische Lücken, weswegen eine stationäre Untersuchung empfohlen werde.

Aktenkundig geworden sind weitere ärztliche Unterlagen über Behandlungen beim Arzt M1 und im O-Klinikum G. Die daraufhin am 13.12.2017 durchgeführte Untersuchung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L hat der Kläger abgebrochen (Befundbericht vom 30.01.2018). Aktenkundig geworden sind weitere ärztliche Unterlagen über Behandlungen beim Arzt M1, im O-Klinikum G und bei F. Sodann ist der Kläger in der M-Klinik L2 stationär vom 10.04.2018 bis zum 30.05.2018 (Arztbrief vom 04.07.2018) und teilstationär vom 26.06.2018 bis zum 24.08.2018 (Arztbrief vom 24.08.2018) behandelt worden. Es ist angegeben worden, die vom Kläger geklagten Schmerzen seien nicht plausibel. Der Kläger sei innerlich auf die Berentung festgelegt und zeige nicht die geringste Therapiemotivation. Ferner haben in der Radiologie O/K/O magnetresonanztomographische Untersuchungen stattgefunden und ist eine erneute Vorstellung im O-Klinikum G erfolgt.

W1 hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 04.10.2018 ausgeführt, letztlich müsse von einer sensiblen Teilschädigung des Nervus peroneus ausgegangen werden. Kern der Symptomatik seien unfallabhängig ein neuropathischer Schmerz und ein nozizeptives Schmerzsyndrom. Zusätzlich beständen jedoch noch unfallunabhängig verstärkende Faktoren. Eine eigenständige MdE auf schmerztherapeutischem Fachgebiet um 10 v. H. sei

mÄnglich. Sodann hat sich der KlÄger bei M2 vorgestellt. K2 hat in seiner beratungsÄrztlichen Stellungnahme vom 29.10.2018 die Ansicht vertreten, letztendlich sei das Schmerzproblem bereits im Rahmen der bereits erfolgten Bewertung ausreichend berÄcksichtigt. Die MdE sei mit unter 20 v. H. zu bewerten.

Vom 30.10.2018 bis zum 27.11.2018 hat sich der KlÄger zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung in einer stationÄrer Rehabilitation in der Z-Klinik B2 befunden (Entlassungsbericht vom 12.12.2018). Dort sind eine chronische SchmerzstÄrung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein degeneratives Lumbalsyndrom mit rezidivierenden Belastungsschmerzen, eine Fraktur der MittelfuÄknochen, ein Zustand nach Arthrodesse tarso-metatarsal und ein Cervicobrachialsyndrom diagnostiziert worden. In seinem letzten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist der KlÄger als 6 Stunden und mehr pro Arbeitstag einsetzbar erachtet worden.

Daraufhin hat das SG Freiburg auf Antrag und Kostenrisiko des KlÄgers das Gutachten desÄ S5 vom 02.05.2019 eingeholt. Dieser hat ausgefÄhrt, wesentlich ursÄchlich auf den Arbeitsunfall zurÄckzufÄhren seien ein chronisches Schmerzsyndrom mit Fehlstatik nach Quetschverletzung des linken Sprunggelenkes bei ausgeheiltem Bruch des linken oberen Sprunggelenks, des linken WadenbeinkÄpfchens, Keilbeins und Grundgelenks der Kleinzeh, eine folgenlos verheilte Aussprengung der Basis des linken MittelfuÄknochens D III und D IV, ein folgenlos verheilte Teilriss der AuÄenbÄnder am linken oberen Sprunggelenk und eine TeilschÄdigung des Nervus peroneus. Hinsichtlich des Lumbalsyndroms bestehe Ä eher eine Wahrscheinlichkeit und kein hÄheres BeweismaÄÄ. Durch die Fehlstatik sei es jedoch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer muskulÄr dysbalancierten Fehlbelastung der LendenwirbelsÄule gekommen. Die MdE betrage 20 v. H. seit 13.08.2013.

Die Beklagte ist dem Gutachten entgegengetreten. Selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass die aktiv demonstrierten BewegungsmaÄe, die S5 ermittelt habe, den tatsÄchlich mÄnglichen BewegungsmaÄen entsprechen wÄrden, kÄme man nur auf eine MdE um 10 v. H., was den durchgehend geÄuÄerten Ärztlichen Auffassungen entsprechen wÄrde. Nachdem im Entlassungsbericht der Z-Klinik B2 erneut nur von endgradigen BewegungseinschrÄnkungen im Sprunggelenk gesprochen und durchgehend ein gutes operatives Ergebnis dokumentiert werde, kÄnne nur fraglich von einer messbaren MdE auf chirurgischem Fachgebiet ausgegangen werden. Nachdem sich die Unfallfolgen in Bezug auf die geklagten Schmerzen und das chirurgische Fachgebiet erheblich Äberschnitten, wÄre eine Addition der Einzel-MdE-Werte unangemessen.

Das SG Freiburg hat mit Urteil vom 18.09.2019 die Klage abgewiesen.

Auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei die MdE unter BerÄcksichtigung der TeilschÄdigung des Nervus peroneus im Gutachten des S1 beurteilt worden. Im Zeitpunkt des Wiedereintritts der ArbeitsfÄhigkeit, ab dem ein Rentenanspruch in Betracht komme, habe nach dessen Äberzeugender Feststellung nur noch eine

Gesamt-MdE um 10 v. H. vorgelegen. Erlittene Brüche im linken Fuß seien als folgenlos verheilt charakterisiert worden. Die partielle Läsion des Nervus peroneus habe keine Auffälligkeiten im EMG und NLG gezeigt. Der Kläger sei wieder vollschichtig arbeitsfähig im angestammten Beruf. Soweit S4 in seinem Gutachten eine höhere MdE vertreten und auch Rückenbeschwerden auf den Arbeitsunfall zurückgeführt habe, überzeuge dies nicht. Die Annahme, dass eine Fehlhaltung aufgrund der Schädigung des linken Fußes einen Bandscheibenvorfall wesentlich verursacht haben sollte, sei zur Begründung eines Kausalzusammenhangs im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung deutlich zu vage. Diese Auffassung vertrete im Ergebnis auch S3. Selbst der auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers beauftragte S5 habe sich in seinem Gutachten der Konstruktion dieses Zusammenhangs im Übrigen nicht anschließen vermocht. Überdies sei die Einschätzung der MdE mit 20 v. H. von S4 allein auf neurologischem Fachgebiet wegen bloßer Missempfindungen im Fußrücken nicht haltbar. Die MdE habe sich daran auszurichten, welche Tätigkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens durch die unfallbedingte Funktionseinschränkung ausgeschlossen seien. Auf die Funktion des Fußes hätten die durch die Teilläsion des Nervus peroneus verursachten Missempfindungen im Fußrücken wenig Einfluss. Zwischenzeitlich sei zwar eine weitere Operation erfolgt. Diese sei aber komplikationslos verlaufen. Auch hierdurch ergebe sich keine Änderung der unfallbedingten MdE. Dies ergebe sich aus unfallchirurgischer Sicht daraus, dass insoweit eine Einzel-MdE um unter 10 v. H. aufgrund der Operations- und Unfallfolgen bestehe.

Weitere Unfallfolgen als von der Beklagten bereits festgestellt, seien nicht gesichert. Der Kläger sei zwar in psychotherapeutischer Behandlung und habe sich auch während des Klageverfahrens mehrfach in stationäre Behandlung begeben. Dort sei aber deutlich geworden, dass der Kläger eine Berentung wünsche und nicht an seinen Arbeitsplatz zurückkehren wolle. Schwierigkeiten des Klägers im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten beziehungsweise sogenanntes Mobbing nach dem Arbeitsunfall seien entgegen der Auffassung des S5 nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen, sondern hätten eine Vielzahl von Ursachen. Auch in den zurückliegenden Jahren hätten seit dem Unfallzeitpunkt vom Unfall völlig unabhängige psychische Belastungen des Klägers durch eine schwere Erkrankung der Ehefrau vorgelegen, während das Kind noch sehr klein gewesen sei. Aus aktuelleren Berichten ergebe sich, dass der Kläger sich von seiner Frau getrennt habe und ausgezogen sei und anschließend dieses Ereignisses nach mehreren Monaten seinen Behandler wieder aufgesucht habe. Eine gravierende dauerhafte unfallbedingte Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet, die bei der Bemessung der MdE mit zu berücksichtigen sei, sei daher nicht festzustellen. Eine chronische Schmerzstellung mit somatischen und psychischen Faktoren könne nicht als unfallbedingt gewertet werden. Problematisch sei bereits die Frage, ob und in welchem Umfang diese Diagnose zu sichern sei. Die Angaben des Klägers zu seinen Schmerzen hätten beim Aufenthalt des Klägers in der Klinik L2 nicht nachvollzogen werden können. Es sei dort sogar ein Behandlungsabbruch wegen seiner Fixierung auf eine Rente und seiner mangelnden Therapiemotivation vorgenommen worden. Allein Unfallfolgen wären zudem auch aus somatischer Sicht nicht allein die mögliche

Schmerzursache. Es läßgen nämlich unfallunabhängige weitere Erkrankungen vor. So sei im Entlassungsbericht über den Aufenthalt in der Z-Klinik B2 zwar eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt, aber auch ein unfallunabhängiges degeneratives Lumbalsyndrom mit rezidivierenden Belastungsschmerzen und ein Cervicobrachialsyndrom festgestellt worden.

Gegen das ihm am 02.12.2019 zugestellte Urteil des SG Freiburg hat der Kläger am 13.12.2019 Berufung zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Verblieben seien eine nach dem Gutachten des S5 mit einer MdE um 20 v. H. zu bewertende Arthrose des Tarsometatarsal-Gelenks D II und D III mit Spongiosoplastik und deutlicher Funktionsstörung des Sprunggelenks, ein nach der Bescheinigung des Arztes C vom 05.02.2013 mit einer MdE um 20 v. H. zu bewertendes schmerzbedingt deutlich eingeschränktes Stand- und Gangbild, eine nach dem Gutachten des S4 mit einer MdE um 20 v. H. zu bewertende Läsion des Nervus peroneus, nach der sachverständigen Zeugenauskunft des V nicht nur geringe Gefühlsstörungen, sondern elektrisierende Gefühlsstörungen im linken Fuß und starke Schmerzen mit sich auf die Wirbelsäule auswirkender Fehlbelastung und Fehlhaltung, nach dem Gutachten des S4 eine unfallbedingte cervicale Spinalkanalstenose, nach den Angaben von A im Befundbericht vom 23.04.2013, von V im Befundbericht vom 26.09.2014 und von F im Befundbericht vom 24.05.2016 ein nach der beratungsärztlichen Stellungnahme von W1 vom 04.10.2018 mit einer MdE um 10 v. H. zu bewertendes chronisches Schmerzsyndrom im linken Fuß sowie eine posttraumatische Belastungsstörung, jedenfalls Anpassungsstörung mit reaktiver Depression, wobei nach dem Gutachten des S5 die neurologisch-psychiatrischen Folgen mit einer MdE um 20 v. H. zu bewerten seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 18.09.2019 und den Bescheid der Beklagten vom 09.04.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 10.05.2010 eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Das Urteil des SG Freiburg sei nicht zu beanstanden. Hinsichtlich der Arthrose habe K1 vom Universitätsklinikum F1 in der Zeugenauskunft vom 19.06.2016 die MdE mit unter 10 v. H. eingeschätzt. Ferner habe K1 vom Universitätsklinikum F1 in Übereinstimmung mit S3 in der Zeugenauskunft vom 19.06.2016 ausgeführt, eine Schädigung des Nervus peroneus sei nicht mehr objektivierbar, so dass keine MdE verblieben sein könne. Nach dem Arztbrief des O-Klinikums G über die stationäre Maßnahme ab dem 06.08.2012 sei der Bandscheibenvorfall bereits unfallvorbestehend gewesen. Die Voraussetzungen einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht gegeben. Sonstige psychiatrische Erkrankungen

seien nicht unfallbedingt Das Schmerzsyndrom sei nur mit einer MdE um 10 v. H. zu bewerten. Auf unfallchirurgischem Fachgebiet bestehe keine objektiv messbare MdE. Nach dem Arbeitsunfall hätten Arbeitsunfähigkeitzeiten vom 11.05.2010 bis zum 21.06.2010 mit Entgeltfortzahlungsanspruch, vom 05.07.2010 bis zum 31.07.2010 mit Verletztengeldzahlung, vom 22.02.2011 bis zum 04.03.2011 mit Entgeltfortzahlungsanspruch und ab dem 28.12.2015 mit Entgeltfortzahlungsanspruch und nachfolgender Verletztengeldzahlung vom 09.02.2016 bis zum 03.04.2017 bestanden. Die Arthrodesenversorgung sei während einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Bandscheibenschadens durchgeführt worden, so dass kein neuer Verletztengeldanspruch bestanden habe. Als Rentenbeginn daten kämen mithin allenfalls der 01.08.2010, der 05.03.2011 oder der 04.04.2017 in Betracht. Zu diesen Zeitpunkten habe aber ausweislich des Berichts des Arztes C vom 26.08.2010, des Berichts der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L vom 25.02.2011 sowie entgegen dem Bericht des Arztes C vom 03.04.2017 nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des K2 vom 02.05.2017 und der Zeugenauskunft des K1 vom Universitätsklinikum F1 vom 19.06.2016 keine rentenberechtigende MdE bestanden.

Der Senat hat den Kläger von Amts wegen untersuchen und begutachten lassen. P1 hat in seinem Gutachten vom 13.04.2020 ausgeführt, wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien ein posttraumatisches chronisches Schmerzsyndrom im linken Fuß mit nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen nach Überrolltrauma und Teilläsion des Nervus peroneus, eine röntgenologisch nachweisbare Re-Arthrodesen des innenseitigen Fußwurzel-Mittelfußbereichs, eine beginnende erneute Anschlussarthrose der linken Fußwurzel zwischen Os naviculare und Ossa cuneiformia sowie Os cuboideum und den Basen der Mittelfußknochen D IV und D V links, eine schmerzbedingte Minderbelastbarkeit des linken Fußes mit Gangstörung und eingeschränkter Gehstrecke, eine funktionell eingeschränkte Beweglichkeit des linken Sprunggelenks mit Dorsalextension und Plantarflexion 5/0/25 Grad und Pro- und Supination 1/3, ein peripher neurologisch nozizeptives und neuropathisches Schmerzsyndrom mit mechanischer Allodynie (Berührungsempfindlichkeit) durch eine sensible Teilschädigung des Nervus peroneus ohne nachweisbare manifeste Paresen (Muskelschwächen), aber klinisch ohne Zeichen einer Reflexdystrophie des linken Fußes (CRPS/Morbus Sudeck). Unter Zugrundelegung der Bewegungsmaße für Fußhebung und Fußsenkung ergebe sich eine MdE um 10 v. H. Die zusätzlich anhaltende neuropathische Schmerzsymptomatik durch die Läsion des Nervus peroneus am linken Fußrücken bedinge keine zusätzliche funktionelle Beeinträchtigung des linken Fußes. Zwar bedinge eine neuropathische Störung am peripheren Nervensystem eine MdE um 10 v. H., da die neuropathischen Gesundheitsstörungen zu einer Beeinträchtigung der Feinbewegungen und damit zu einer Störung des Gangbildes führten. Da sich beide Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Fußes ohne zusätzliche funktionelle Beeinträchtigung überschneiden, ergebe sich daraus auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet eine MdE um 10 v. H. Die MdE betrage 20 v. H. vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 (unter Berücksichtigung der Angaben des Ersten Rentengutachtens und unter Berücksichtigung der

partiellen Läsion des Nervus peroneus), 10 v. H. vom 13.06.2013 bis zum 31.05.2015, 20 v. H. vom 01.06.2015 bis zum 27.12.2015 (anschließend vom 28.12.2015 bis zum 30.09.2019 Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der am 03.02.2016 erfolgten Revisions-Operation) und 10 v. H. ab dem 01.10.2019. Eine psychiatrische Zusatzbegutachtung sei zu empfehlen.

Hierzu hat die Beklagte Stellung genommen. Ein Rentenanspruch für den von P1 genannten Zeitraum vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 bestehe nicht, da S1 die MdE auf 10 v. H. eingeschätzt habe. Sie hat in Bezug auf den Zeitraum vom 01.06.2015 bis zum 27.12.2015 darauf hingewiesen, der Kläger habe sich am 01.06.2015 mit Beschwerden im vom Arbeitsunfall nicht betroffenen rechten Fuß im Universitätsklinikum F1 vorgestellt. Dem Bericht vom gleichen Tage sei zu entnehmen, dass die Beschwerden auf der rechten Seite während und behandlungsbedürftig seien. Bei bestehender Arbeitsunfähigkeit sei die MdE als unverändert bezeichnet worden. Am 07.10.2015 habe sich der Kläger erneut im Universitätsklinikum F1 vorgestellt, dieses Mal seien die Beschwerden linksseitig während gewesen. Es sei eine Re-Arthrodeese bei Verdacht auf eine nicht verheilte Mittelfußarthrodeese vereinbart worden.

Im weiteren Verlauf sind weitere ärztliche Unterlagen über Vorstellungen des Klägers im O-Klinikum L-E aktenkundig geworden.

W1 hat in der beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11.09.2020 dargelegt, beim Kläger bestehe ein gewisses unfallbedingtes Schmerzsyndrom, auch mit einer gewissen neuropathischen Komponente, und zusätzlich unfallunabhängig eine erhebliche depressive Symptomatik.

Sodann hat der Berichterstatter von Amts wegen das Gutachten des S6 Zentrum N, vom 31.05.2021 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, die von ihm diagnostizierte und gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung sei durch den Arbeitsunfall weder verursacht noch verschlimmert worden. Die auf unfallchirurgischem und hier orientierend mitbeurteiltem neurologischen Fachgebiet vorliegenden Unfallfolgen ändern sich bereits im fachorthopädischen/unfallchirurgischen Gutachten des P1 dokumentiert. Auf neurologischem Fachgebiet sei gut nachvollziehbar ein nozizeptives und neuropathisches Schmerzsyndrom mit mechanischer Allodynie durch eine sensible Teilschädigung des Nervus peroneus ohne nachweisbare manifeste Paresen diagnostiziert worden. Die Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet gingen in den von unfallchirurgischer Seite festgestellten Funktionseinschränkungen auf. Es handle sich dabei um eine schmerzbedingte Minderbelastbarkeit des linken Fußes mit Gangstörung und uneingeschränkter Wegstrecke sowie eine funktionell eingeschränkte Beweglichkeit des linken Sprunggelenks. Dem Ergebnis des Gutachtens des P1, der die Gesamt-MdE mit 10 v. H. eingeschätzt habe, schließe er sich an.

Der Berichterstatter hat den Rechtsstreit mit den Beteiligten am 06.10.2021 erörtert.

Sodann hat die Beklagte ein von ihr eingeholtes Vorerkrankungsverzeichnis vorgelegt.

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

Entscheidungsgründe

Die gemäß [Â§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte, nach [Â§ 151 SGG](#) form- und fristgerechte sowie auch im übrigen zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß [Â§ 153 Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [Â§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist die Aufhebung des Urteils des SG Freiburg vom 18.09.2019, nach sachgemäßer Auslegung des Berufungsantrags die Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 09.04.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2015 und die Verurteilung der Beklagten, dem Kläger Verletztenrente zu gewähren. Dieses Ziel verfolgt der Kläger mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage im Sinne des [Â§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

Die Klage ist unbegründet. Denn die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 10.05.2010 eine Verletztenrente zu gewähren.

Rechtsgrundlage für die Gewährung einer Verletztenrente ist [Â§ 56 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#), wonach Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente haben und sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens richtet.

Versicherungsfälle sind nach [Â§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [Â§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [Â§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [Â§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Nach [Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalls auch Gesundheitsschaden oder der Tod von Versicherten infolge der Durchführung einer Heilbehandlung.

Für die Berücksichtigung eines Gesundheitsschadens als Folge eines Arbeitsunfalls im Sinne des [Â§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) und damit bei der Bemessung der MdE ist im Regelfall erforderlich, dass der Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalls oder infolge des Vorliegens eines der Tatbestände des [Â§ 11 SGB VII](#) rechtlich wesentlich verursacht wurde (BSG,

Urteil vom 06.09.2018 â [B 2 U 16/17 R](#), juris)

Eine GesundheitsstÃ¶rung ist Unfallfolge eines Versicherungsfalls im Sinne des [Â§ 8 SGB VII](#) (im engeren Sinne), wenn sie durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsÃ¤tzlich das âobjektiveâ, das heiÃt aus der nachtrÃ¤glichen Sicht eines optimalen Beobachters, Vorliegen einer GesundheitsstÃ¶rung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls verursacht worden ist (BSG, Urteil vom 06.09.2018 â [B 2 U 16/17 R](#), juris Rn. 14). Ob ein Gesundheitsschaden dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge im engeren Sinn zuzurechnen ist (sogenannte haftungsausfÃ¼llende KausalitÃ¤t), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (BSG, Urteil vom 17.02.2009 â [B 2 U 18/07 R](#), juris Rn. 12; BSG, Urteil vom 09.05.2006 â [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 12 ff.). Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten:

ZunÃ¤chst ist die Verursachung der weiteren SchÃ¤digung durch den Gesundheitserstschaden im naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlÃ¤gigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (ErfahrungssÃ¤tze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine-qua-non). Ob die versicherte Verrichtung beziehungsweise der auf der Verrichtung kausal beruhende Gesundheitserstschaden Ursache fÃ¼r den (weiteren) Gesundheitsschaden ist und diesen objektiv (mit-)verursacht hat, ist eine rein tatsÃ¤chliche Frage (BSG, Urteil vom 07.05.2019 â [B 2 U 34/17 R](#), juris Rn. 23, 33). Sie muss aus der nachtrÃ¤glichen Sicht (ex post) nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens Ã¼ber Kausalbeziehungen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (gegebenenfalls unter Einholung von SachverstÃ¤ndigengutachten) beantwortet werden (BSG, Urteil vom 26.06.2014 â [B 2 U 4/13 R](#), juris Rn. 25). Das schlieÃt eine PrÃ¼fung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen MaÃstÃ¤ben Ã¼berhaupt geeignet ist, eine bestimmte kÃ¶rperliche oder seelische StÃ¶rung hervorzurufen (BSG, Urteil vom 09.05.2006 â [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 17).

Der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen muss als anspruchsbegrÃ¼ndende Voraussetzung positiv festgestellt werden. FÃ¼r die Feststellung des naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachenzusammenhangs genÃ¼gt der Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dieser ist erfÃ¼llt, wenn mehr fÃ¼r als gegen den Ursachenzusammenhang spricht; allein die MÃ¶glichkeit eines Ursachenzusammenhangs genÃ¼gt dagegen nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 â [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 18.01.2011 â [B 2 U 5/10 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 15.05.2012 â [B 2 U 31/11 R](#), juris Rn. 34). Es gelten die allgemeinen Regeln der materiellen Beweislast. Danach trÃ¤gt derjenige, der ein Recht â hier Feststellung einer GesundheitsstÃ¶rung als Unfallfolge â fÃ¼r sich

beansprucht, nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Ermittlung die materielle Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen dieses Rechts (BSG, Urteil vom 31.01.2012 – [B 2 U 2/11 R](#), juris, unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.11.2008 – [B 2 U 27/07 R](#), juris; BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris).

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-)verursacht hat. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der Wesentlichkeit der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erhaltene Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG, Urteil vom 17.12.2015 – [B 2 U 8/14 R](#), juris Rn. 20; BSG, Urteil vom 09.05.2006 – [B 2 U 1/05 R](#), juris Rn. 15 ff.; BSG, Urteil vom 05.07.2011 – [B 2 U 17/10 R](#), juris Rn. 28 ff.).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der Kläger infolge des im Rahmen seiner nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) als Arbeitnehmer im Wareneingang versicherten Tätigkeit am 10.05.2010 eingetretenen Ereignisses, indem ihm im Rahmen seiner Beschäftigung ein Kollege mit einem Stapler über seinen stahlkappenbeschuhten linken Fuß gefahren ist, einen Arbeitsunfall erlitten. Dies ist mit dem insoweit bestandskräftigen Bescheid vom 09.04.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2015, in dem die Beklagten ausdrücklich von einem Arbeitsunfall ausgegangen ist, festgestellt.

Unter Zugrundelegung der dargestellten Grundsätze liegen beim Kläger in den Zeiträumen, in denen rechtlich grundsätzlich überhaupt die Gewährung einer Verletztenrente in Betracht kommen könnte, keine mit einer MdE um mindestens 20 v. H. zu bewertenden Unfallfolgen vor.

1. Beim Kläger liegen auf psychiatrischem Fachgebiet keine Unfallfolgen vor.

Der Senat stützt sich dabei auf das überzeugende Gutachten des S6.

Der Sachverständige hat schlüssig und gut nachvollziehbar ausgeführt, dass und warum die von ihm diagnostizierte und gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung durch den Arbeitsunfall weder verursacht noch verschlimmert worden ist. Hierfür spricht zunächst, dass anhaltende körperliche Schädigungsfolgen, die zu einer relevanten Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe führen, angesichts den von P1 dargelegten vergleichsweise geringen funktionellen Beeinträchtigungen nicht vorliegen, so dass keine mittelbare Folge eines Körperschadens gegeben ist. Ferner spricht gegen einen Kausalzusammenhang mit dem Arbeitsunfall, dass es an einer authentischen Beschwerdedarstellung fehlt, eine zeitliche Latenz von 7 bis 8 Jahren zwischen dem Schädigungsereignis und der erstmals im Befundbericht von M1 vom 06.01.2017 nachgewiesenen psychischen Erkrankung vorliegt und erhebliche und anhaltende konkurrierende Faktoren psychosozialer und wirtschaftlicher Art depressiogen wirksam geworden sind. Dabei handelt es sich zum einen um Belastungsmomente

in Form von massiven Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Mobbing, vermeintlich fehlender Unterstützung durch die Beklagte und intrafamiliärer Disharmonie und zum anderen um die Auslösung der depressiven Störung erst durch interpersonelle und wirtschaftliche Probleme vor dem Hintergrund persöhnlichkeitsimmanenter Faktoren einschließlich einer spezifischen biografischen Entwicklung, dynamisch sozialer Beziehungskonstellationen und einer erhöhten Kränkbarkeit.

Ferner hat S6 zutreffend eine funktionelle psychosomatische beziehungsweise somatoforme Schmerzstörung verneint, da ein solches Krankheitsbild zwingend voraussetzt, dass ein schwerer und belastender Schmerz in einem Körperteil vorliegt, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer krankhaften Störung erklärt werden kann, vorliegend aber die Schmerzen hinreichend als Folgezustand der knöchernen Schädigung und der sensiblen Teilschädigung des Nervus peroneus erklärbar sind und kein Hinweis auf ein CRPS aktenkundig ist, sich mithin die vom Kläger berichteten subjektiven Beschwerden und die objektivierbaren Funktionsdefizite hinreichend mit organomorphologischen Veränderungen erklären lassen.

S6 hat auch überzeugend dargelegt, dass eine spezifische Angststörung nicht vorliegt, da wiederkehrende akute Angstanfälle, die ihrer Natur nach selbstlimitierend verlaufen, auf der Befundebene nicht haben festgestellt werden können sowie auf der Beschwerdebene keine entsprechenden Angaben gemacht worden sind und es sich bei den vom Kläger mitgeteilten Ängsten um nachvollziehbare, situativ adäquate Sorgen ohne Krankheitswert handelt.

Der Senat folgt S6 auch dahingehend, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nicht gegeben ist.

Eine posttraumatische Belastungsstörung liegt bereits nicht im Vollbeweis vor. Diese Krankheit, welche nach der aktuellen ICD-10, Version 2019 (ICD-10-GM-2019) als F43.1 kodiert wird, bezeichnet eine verzerrte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über. Kriterien für die Diagnosestellung sind ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (A-Kriterium), Wiedererleben: Erinnerungen tagsüber, Träume, Flashbacks, Bedrohung bei Konfrontation mit ähnlichen Ereignissen (B-Kriterium), Vermeidung von Umständen, welche der Belastung ähneln (C-Kriterium), Amnesie oder erhöhte Sensibilität und Erregung: mindestens zwei der folgenden Merkmale:

Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit (D-Kriterium) sowie das Auftreten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis (E-Kriterium). Da sich nach diesem Diagnosesystem die vertragsärztliche Behandlung orientiert, ist es in erster Linie auch von den behandelnden Ärzten sowie den Sachverständigen anzuwenden, da es die nachvollziehbare Feststellung einer konkreten psychischen Gesundheitsstörung unter Verwendung eines üblichen Diagnosesystems sowie des dortigen Schlüssels und der Bezeichnungen ermöglicht. Nach der DSM-IV-TR 309.81 ist das so genannte „Traumakriterium“, das A-Kriterium, enger gefasst. Danach ist Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (A1-Kriterium). Es muss ein extremes, lebensbedrohliches Ereignis tatsächlich stattgefunden haben. Bezüglich des Erlebnisses ist eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Grauen zu verlangen (A2-Kriterium). Weitere Kriterien sind ständiges Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (B-Kriterium), anhaltendes Vermeiden spezifischer Stimuli, welche an das Trauma erinnern (C-Kriterium), Angst oder erhöhtes Erregungsniveau (D-Kriterium), eine Dauer von mindestens einem Monat (E-Kriterium) sowie erhebliches Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen (F-Kriterium). Die seit Mai 2013 dem DSM-IV-TR folgende 5. Auflage, die DSM-5, steht dem an sich nicht entgegen. Unter das A-Kriterium wird nunmehr allerdings auch die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (zum Beispiel Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden) gefasst. Damit lässt sich, ohne dies deutlich zu machen, die DSM-5 deutlich von der historischen Entwicklung der Erfassung seelischer Folgen schwerer Traumatisierung in den psychiatrischen Klassifikationsschemata, welche nicht zuletzt unter dem Druck der Veteranen des 1955 begonnenen Vietnamkrieges erfolgte, denen ganz unzweifelhaft permanente lebensbedrohliche Ereignisse widerfahren und die Gräueltaten mit anblicken mussten (vergleiche Senatsbeschluss vom 30.12.2020 – L 3 U 2383/19, nicht veröffentlicht; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.07.2018 – L 6 U 2309/17, juris Rn. 48).

Nach allen Diagnosesystemen, also nach ICD-10-GM-2017, DSM-IV-TR und DSM-5, fehlt es vorliegend an den Voraussetzungen für eine Diagnosestellung, da nach dem überzeugenden Gutachten des S6 in Bezug auf den Arbeitsunfall keine Hinweise auf eine katastrophenartige, akute Belastung (A-Kriterium) vorliegen, die vom Kläger gemachten Angaben zu etwaigen Alpträumen in Bezug auf Erstmanifestation, Häufigkeit und thematische Ausgestaltung (B-Kriterium) grob widersprüchlich gewesen sind, sich kein traumaspezifisches Vermeidungsverhalten (C-Kriterium) hat aufzeigen lassen und sich auch keine Hinweise auf eine belastungsassoziierte Amnesie oder Hypersensivität (D-Kriterium) haben sichern lassen.

Mithin hat sich die von S3 in seinem Gutachten vertretene Ansicht, dass weder eine Anpassungsstörung noch eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen, bestätigt.

Demgegenüber war der von S5 in seinem Gutachten vertretenen Beurteilung, der Arbeitsunfall sei die wesentliche Mitursache für die seelische Komplexlage des Klägers, nicht zu folgen. Selbst wenn sich der Ansicht des Sachverständigen folgend unter Hinwegdenken des Unfallereignisses die berufliche Situation nicht derartig verschlechtert hätte, dass es zu einem zunehmenden Mobbing und dementsprechend zu seelischen Störungen gekommen wäre, stünde damit lediglich der auf der ersten Stufe zu präferierende naturwissenschaftlich-philosophische Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der seelischen Störung fest.

S5 verkennt aber, dass eine Gesundheitsstörung, die nicht durch einen Gesundheitserstschaden oder eine Unfallfolge verursacht ist, sondern allein wesentlich auf Auswirkungen einer durch das Unfallereignis verursachten Gesundheitsstörung auf die Lebensumstände zurückgeht, nicht als Unfallfolge anzuerkennen ist. Denn rechtlich relevante Glieder der Kausalkette sind neben dem Versicherungsfall nur Gesundheitsschäden (Bayerisches LSG, Urteil vom 27.08.2015 [L 8 U 64/10](#), juris Rn. 59; ebenso Hessisches LSG, Urteil vom 13.08.2019 [L 3 U 152/18](#), juris Rn. 41; SG Frankfurt, Urteil vom 13.08.2018 [S 23 U 32/14](#), juris Rn. 71; Hessisches LSG, Urteil vom 24.01.2017 [L 3 U 117/14](#), juris Rn. 24; Keller in Hauck/Noftz, SGB, 02/21, Â§ 8 SGB VII Rn. 307). Zu beachten ist dabei, dass ein wesentlicher unfallbedingter Zusammenhang eines psychischen Leidens (Anpassungsstörung) nicht schon dann vorliegt, wenn in der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten angelegte Eigenschaften (niedrige Frustrationstoleranz, Aggressionsbereitschaft) durch das Unfallereignis, die physischen Unfallfolgen oder die Unfallabwicklung des Unfallversicherungsträgers stimuliert werden, da Maßstab der wertenden Beurteilung ist, dass nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand aus objektiver Sicht ein Zusammenhang herzustellen ist und allein die subjektive Sicht des Versicherten nicht ausreicht (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.08.2010 [L 8 U 1427/10](#), juris Leitsatz). Es würde den Rahmen des Schutzbereiches der gesetzlichen Unfallversicherung sprengen, wenn jede Ursache, die ein allgemeines Lebensrisiko darstellt, als wesentlich durch das Ereignis bedingt anzusehen wäre. Selbst wenn keine Krankheitsanlage oder kein Vorschaden im Sinne einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung vor dem Unfallereignis feststellbar ist, bedeutet dies nicht, dass damit automatisch das Unfallereignis als wesentliche Ursache einer psychogenen Störung zu werten ist. Vielmehr müssen bei psychischen Störungen der Schweregrad des Unfallereignisses, der Schweregrad des Unfallerlebens, der zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und psychischen Folgen, die Persönlichkeit des betroffenen Menschen in seinem sozialen Gefüge und seiner jeweiligen Lebenssituation sowie mögliche sekundäre Motive und psychosoziale Faktoren aus dem persönlichen Umfeld berücksichtigt werden (SG Hamburg, Urteil vom 15.04.2005 [S 40 U 517/03](#), juris Rn. 35).

Mithin und vor dem Hintergrund der von S6 dargelegten konkurrierenden Ursachen

in Form der nach dem Unfall aufgetretenen Umstände mit betrieblichen Konflikten ist der von S5 als „seelische Komplexlage“ beschriebene Zustand nicht als Unfallfolge zu werten und damit auch nicht im Rahmen der MdE-Beurteilung zu berücksichtigen (vergleiche dazu auch Feddern, „Psychoreaktive Störungen auf unfallbedingte soziale Probleme“ in MedSach 2010, Seite 30-33; Widder/Foerster in „Begutachtung in der Neurologie“, 2. Auflage, Seite 534; Schänberger/Mehrtens/Valentin in „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Auflage, Nr. 5.1.15.6, Seite 168; AWMF-Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen „Teil III, Seite 53).

2. Beim Kläger liegen nach dem insoweit überzeugenden Gutachten des P1 auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet als Unfallfolgen eine rehtgenologisch knöchern durchbaute Re-Arthrodesse des innenseitigen Fußwurzel-Mittelfußbereichs, eine beginnende erneute Anschlussarthrose der linken Fußwurzel zwischen Os naviculare und Ossa cuneiformia sowie Os cuboideum und den Basen der Mittelfußknochen D IV und D V links, eine schmerzbedingte Minderbelastbarkeit des linken Fußes mit Gangstörung und eingeschränkter Gehstrecke sowie eine funktionell eingeschränkte Beweglichkeit des linken Sprunggelenks mit einer Dorsalextension und Plantarflexion (Hebung und Senkung) von 5/0/25 Grad und einer Pro- und Supination von 1/3 vor. Demgegenüber sind die Wirbelsäulenerkrankung in Form einer Spinalkanalstenose, eines cervikalen Bandscheibenprolapses C6/7, von rezidivierenden Cervikoneuralgien und Lumboischalgien, von rezidivierenden Lumbalgien nach Bandscheibenvorfall, einer Bandscheibenvorwölbung L4/5 sowie eines Bandscheibenvorfalles L4/5, die Tibiakopffraktur links und die distale Radiusfraktur rechts nach Privatunfall am 05.02.2020 nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. In Bezug auf die Nicht-Unfallbedingtheit der Wirbelsäulenerkrankung hat sich damit die die cervikale Spinalkanalstenose betreffende gleichlautende Einschätzung des S1 in seinem Gutachten bestätigt. Ferner hat bereits S5 in seinem Gutachten aufschlussreich dargelegt, dass und warum eine mehrbelastungsabhängige Degeneration im Bereich der Wirbelsäule „ebenso wie im Bereich des rechten Fußes“ eher auszuschließen ist.

Unter Zugrundelegung des von P1 beschriebenen Bewegungsmaßes für die Fußhebung und -senkung von 5/0/25 Grad ergibt sich nach seiner zutreffenden Einschätzung für die Zeit ab der am 01.10.2019 eingetretenen Arbeitsfähigkeit eine Teil-MdE um 10 v. H. Denn nach der unfallmedizinischen Fachliteratur (Schänberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.12.8, Seite 712) liegt eine MdE um 10 v. H. bei einer Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks mit 0/0/30 Grad vor und setzt eine MdE um mindestens 20 v. H. eine Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks in Funktionsstellung oder eine Versteifung des oberen Sprunggelenks im Winkel von mindestens 90 Grad zum Unterschenkel oder einen Hackenfuß im Winkel von höchstens 80 Grad oder eine Versteifung des unteren Sprunggelenks schmerzhaft wackelsteif oder mit Versteifung des Vorfußes voraus. Zwar ist der Kläger mit der von ihm erreichten Fußsenkungsfähigkeit von nur 25 Grad schlechter gestellt, als eine Vergleichsperson mit einer solchen von 30 Grad. Allerdings hat P1 überzeugend dargelegt, dass der Kläger mit seiner Fußhebungsfähigkeit von 5

Grad besser gestellt ist, als eine Vergleichsperson mit einer solchen von 0 Grad. Mithin ist der KlÄxger auch nach Auffassung des Senats mit einer FuÄhebung und -senkung von 5/0/25 Grad Ähnlich stark eingeschrÄnkt wie eine Vergleichsperson mit einer solchen von 0/0/30 Grad, so dass auch unter BerÄcksichtigung, dass das NormalmaÄ fÄr die FuÄhebung/-senkung 20/0/40 Grad betrÄgt (SchÄnberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, Nr. 8.12.9, Seite 714), eine Teil-MdE um 10 v. H. hierfÄr angemessen ist.

Auch fÄr die Zeiten, in denen der KlÄxger bis zum 30.09.2019 arbeitsfÄhig gewesen ist, ergibt sich keine hÄhere Teil-MdE als 10 v. H.

Der Senat folgt insbesondere nicht der EinschÄtzung des P1, die MdE habe 20 v. H. vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 und vom 01.06.2015 bis zum 27.12.2015 betragen.

FÄr die Zeit vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 gilt, dass in Bezug auf BewegungseinschrÄnkungen der Arzt C am 22.08.2012 eine FuÄhebung/-senkung von 10/0/40 Grad bei freier Supination und eingeschrÄnkter Zehenbeweglichkeit, M am 10.10.2012 eine FuÄhebung/-senkung von 5/0/45 Grad, der Arzt C am 04.02.2013 eine FuÄhebung/-senkung von 10/0/25 Grad bei eingeschrÄnkter Supination, A am 23.04.2013 nur eine eingeschrÄnkte FuÄbeweglichkeit im Sprunggelenk und der Zehen, M am 28.05.2013 nur eine StÄrung der Zehenbeweglichkeit und S1 am 19.09.2013 eine FuÄhebung/-senkung von 20/0/20 Grad bei eingeschrÄnkter Zehenbeweglichkeit sowie in seinem Gutachten vom 26.11.2013 eine FuÄhebung/-senkung von 10/0/30 Grad beschrieben haben. Mithin hat sich in diesen Zeitraum eine FuÄhebung von 5 bis 20 Grad gezeigt, so dass die zuletzt mit nur 25 und 20 Grad gemessene FuÄsenkung nicht derart ins Gewicht gefallen ist, als dass von einer hÄheren Teil-MdE als 10 v. H. hÄtte ausgegangen werden mÄssen. Die mit keinerlei BegrÄndung versehene EinschÄtzung des S1 in seinem Gutachten und seiner ergÄnzenden gutachterlichen Stellungnahme, auf die sich P1 in seinem Gutachten gestÄtzt hat, die MdE sei mit 20 v. H. vom 13.08.2012 bis zum 12.06.2013 einzuschÄtzen, Äberzeugt daher nicht.

FÄr die Zeit vom 01.06.2015 bis zum 27.12.2015 gilt, dass sich der KlÄxger im UniversitÄtsklinikum F1 zunÄchst am 23.03.2015 und am 01.06.2015 wegen belastungsabhÄngiger Schmerzen im rechten FuÄ und erst am 07.10.2015 wegen belastungsabhÄngiger Schmerzen nun fÄhrend im linken FuÄ bei Minderbeweglichkeit der Zehen in aktiver Bewegung vorgestellt hat, woraufhin dort am 03.02.2016 wegen einer Anschlussarthrose eine operative Arthrodesese vorgenommen worden ist. Eine Teil-MdE um mehr als 10 v. H. bedingende BewegungseinschrÄnkungen im linken FuÄ sind Äber den gesamten Zeitraum nicht dokumentiert.

3. Beim KlÄxger liegen auf neurologischem Fachgebiet ein posttraumatisches chronisches Schmerzsyndrom im linken FuÄ mit nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen und TeillÄsion des Nervus peroneus beziehungsweise ein peripher neurologisch nozizeptives und neuropathisches Schmerzsyndrom mit mechanischer Allodynie (BerÄhrungsempfindlichkeit) durch eine sensible TeilschÄdigung des

Nervus peroneus ohne nachweisbare manifeste Paresen (Muskelschwächen), aber klinisch ohne Zeichen einer Reflexdystrophie des linken Fußes in Form eines CRPS beziehungsweise eines Morbus Sudecks vor.

Dies ergibt sich aus den insoweit überzeugenden Gutachten des P1 und des S6. Ferner hat bereits S3 in seinem Gutachten nachvollziehbar dargelegt, dass eine Teilschädigung von Endästen des Nervus peroneus mit subjektiven Beschwerden Unfallfolge ist.

Nach den Darlegungen des P1 bedingt die neuropathische Störung am peripheren Nervensystem eine Teil-MdE um 10 v. H., da die neuropathischen Gesundheitsstörungen zu einer Beeinträchtigung der Feinbewegungen und damit zu einer Störung des Gangbildes führen. Eine solche MdE hat bereits W1 in seiner Stellungnahme vom 04.10.2018 maßgeblich erachtet.

Die höhere Bewertung der Teil-MdE auf neurologischem Fachgebiet durch S4 und S5 in ihren Gutachten mit 20 v. H. ist für den Senat nicht schlüssig. S4 hat dabei zu Unrecht Wirbelsäulenbeschwerden mit Ausstrahlung in beide Beinachsen und ein reduziertes sensibles Nervenaktionspotential des Nervus peroneus links angenommen. Insoweit hat S3 in seiner Stellungnahme vom 24.08.2015 zutreffend darauf hingewiesen, dass die Wirbelsäule durch den Arbeitsunfall nicht verletzt worden ist, die Wertung des sensiblen Nervenaktionspotentials als „reduziert“ vor dem Hintergrund, dass eine Amplitudenreduktion von mehr als 50 % im Seitenvergleich nicht vorgelegen hat, unzutreffend ist und keine durch eine Nervenschädigung erklärbaren und objektivierbaren funktionellen Einschränkungen gegeben sind. Letzteres ist von K2 in seiner Stellungnahme vom 02.05.2017 ebenso gesehen worden. Die von S5 in seinem Gutachten vorgenommene Einschätzung der MdE mit 20 v. H. überzeugt nicht, weil er dabei zu Unrecht seelische Störungen mitberücksichtigt hat.

4. Unter Zugrundelegung der Teil-MdE-Werte von jeweils 10 v. H. auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet einerseits und auf neurologischem Fachgebiet andererseits ergibt sich keine Gesamt-MdE um mindestens 20 v. H. Überzeugend hat P1 dargelegt, dass die zusätzlich anhaltende neuropathische Schmerzsymptomatik durch die Läsion des Nervus peroneus am linken Fußrücken keine zusätzliche funktionelle Beeinträchtigung des linken Fußes bedingt, insoweit hat bereits S3 in seinem Gutachten ausgeführt, dass die Teilschädigung des Nervus peroneus nicht funktionswirksam ist, motorische Beeinträchtigungen nicht vorliegen und die nachvollziehbaren subjektiven Beschwerden in den unfallchirurgischen Befunden aufgehen, sich also beide Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Fußes ohne zusätzliche funktionelle Beeinträchtigung überschneiden, so dass sich daraus eine Gesamt-MdE um 10 v. H. ergibt. Dass die Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet in den von unfallchirurgischer Seite festgestellten Funktionseinschränkungen aufgehen, hat auch S6 wie bereits K2 in seiner Stellungnahme vom 29.10.2018 überzeugend dargelegt.

Nach alledem ist die auf die Aufhebung des Urteils, die Abänderung des

Bescheides der Beklagten und die Gewährung von Verletztenrente gerichtete Berufung des Klägers unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Erstellt am: 02.08.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024