S 6 U 289/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	10.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Lässt sich eine funktionelle Schwäche des linken Beines keiner Diagnose nach einem gängigen Diagnosesystem (z.B. ICD-10, DSM IV, DSM V) zuordnen, ist sie nicht als Unfallfolge feststellbar. Eine rentenberechtigende MdE von mindestens 20 v.H. liegt nicht vor, wenn nur geringe Bewegungseinschränkungen des linken Kniegelenks mit muskulär kompensierter Kniebandinstabilität nachweisbar sind, neurologische Störungen nicht bestehen und keine objektiven Hinweise für eine schmerzbedingte Minderbelastbarkeit des linken Beines vorliegen.
Normenkette	SGB 7 § 7 SGB 7 § 8 SGB 7 § 56

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 U 289/17
Datum	03.07.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 U 2749/19
Datum	29.09.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 03.07.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten steht noch die GewÃ¤hrung von Verletztenrente Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus und die Anerkennung weiterer Unfallfolgen im Streit.

Die.1964 geborene KlÃ¤gerin war als PflegesachverstÃ¤ndige beimÂ (MDK) sozialversicherungspflichtig beschÃ¤ftigt.

Am 25.06.2013 stÃ¼rzte sie auf dem Heimweg von der Arbeit bei regennasser Fahrbahn auf Grund einer verkehrsbedingten starken Bremsung von ihrem Motorrad (Bl. 1 VA) und zog sich eine GehirnerschÃ¼tterung, eine Brust(BWS)- und Lendenwirbel(LWS)-Prellung, eine Partialruptur des hinteren Kreuzbandes (HKB) am linken Kniegelenk sowie eine Handprellung zu und wurde bis zum 02.07.2013 stationÃ¤r in der BG Uklinik T (BGU) stationÃ¤r behandelt (Bl. 5 f. VA). Die HKB-Partialruptur wurde konservativ mittels einer PCL-Jackorthese therapiert. Die KlÃ¤gerin wurde weitgehend beschwerdefrei aus der stationÃ¤ren Behandlung entlassen. Der Heilverlauf gestaltete sich zunÃ¤chst unauffÃ¤llig (s. Zwischenberichte der BGU Bl. 15 f., 28 f., 37 f., 40 f., 55 f. VA).

Im Rahmen der Verlaufskontrolle am 18.09.2013 klagte sie (erstmals) Ã¼ber ein unsicheres GefÃ¼hl beim Gehen, Kraftverlust und ein Wegknicken des linken Beines (Bl. 69 ff. VA). Allerdings fanden sich keine Hinweise auf eine NervenschÃ¤digung, BlutumlaufstÃ¶rung, ein sensomotorisches Defizit oder eine InstabilitÃ¤t des Kniegelenkes (Bl. 71, 79, 94 VA). Im November 2013 wurde bei ihr eine traumatische InnenmeniskushinterhornlÃ¤sion links diagnostiziert und arthroskopisch eine partielle Synovektomie und IM-HH-Teilresektion mit Plica-Resektion durchgefÃ¼hrt (Bl. 104 f. VA). Laut Zwischenbericht der BGU von Januar 2014 gestaltete sich der Heilungsverlauf zeitgemÃ¤Ã und die Beweglichkeit im Bereich des linken Kniegelenks wurde als frei beschrieben (0-0-135Â°, Bl. 111 f. VA). Der K fÃ¼hrte den Innenmeniskusriss mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 25.06.2013 zurÃ¼ck (Bl. 138, 146 VA).

Auf Grund einer im November 2014 durchgefÃ¼hrten auffÃ¤lligen MRT des linken Kniegelenks (Beurteilung: neu aufgetretene, leichtgradige Retropatellararthrose mit prÃ¤-/infrapatellarer Bursairritation, bei Zustand nach geringgradiger Teilresektion unverÃ¤ndert residueller horizontaler Einriss des Innenmeniskus-Hinterhorns mit neu aufgetretener diskreter Meniskuszyste am Hinterhorn, Bl. 152 VA) wurde bei der KlÃ¤gerin am 28.01.2015 eine erneute Arthroskopie in der Klinik W durchgefÃ¼hrt, wonach eine Innenmeniskusruptur bei Z.n. Innenmeniskusresektion am linken Knie ausgeschlossen, jedoch eine geringe kombinierte dorsolaterale InstabilitÃ¤t links bei Z.n. konservativ behandelter HKB-Ruptur, eine Chondromalazie Grad 3 laterales Tibiaplateau und eine Chondromalazie Grad 2 mediales Tibiaplateau beschrieben wurde (Bl. 160 f. VA). Auch im Anschluss daran gestaltete sich der postoperative Heilverlauf (zunÃ¤chst) ungestÃ¶rt, es fanden sich lediglich leichte bewegungsabhÃ¤ngige Beschwerden, ohne EntzÃ¼ndungszeichen bei freier Beweglichkeit und das Verbleiben einer Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit

(MdE) in rentenberechtigendem AusmaÃ wurde ausgeschlossen (Bl. 176 VA). Ab Anfang MÃ¤rz 2015 war die KlÃ¤gerin â ihren eigenen Angaben nach â (zunÃ¤chst) wieder arbeitsfÃ¤hig, wurde jedoch wegen zunehmender Schmerzen Ende April 2015 seitens ihres Hausarztes wieder fÃ¼r arbeitsunfÃ¤hig erachtet (Bl. 181 VA).

Ende April 2015 stellte sich die KlÃ¤gerin wegen einer SchwÃ¤che im linken Bein bei dem D vor, der u.a. eine unklare Beinparese links diagnostizierte, den klinisch neurologischen Befund jedoch als unauffÃ¤llig beschrieb (Bl. 186 f. VA). Im Juni 2015 stellte sie sich bei dem Z vor, der ebenfalls eine unklare SchwÃ¤che im Bereich des linken Beines von fluktuierender IntensitÃ¤t diagnostizierte, jedoch eine Polyneuropathie ausschloss (Bl. 243 f. VA).

Vom 06.08.2015 bis 02.09.2015 befand sich die KlÃ¤gerin in ganztÃ¤gig ambulanter Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (Bl. 68 ff. Senatsakte). Im Aufnahmebefund wurde u.a. ein unauffÃ¤lliges Gangbild ohne Benutzung orthopÃ¤discher Hilfsmittel, ein seitengleich sicher demonstrierbarer Zehen- und Fersenstand und eine deutliche Minderung der Kraft im Bereich des linken Beines bezÃ¼glich Knie- und HÃ¼ftstrecker und -beuger mit einem Kraftgrad drei bis vier von fÃ¼nf, FuÃ- und Zehenheber und -senker mit einem Kraftgrad eins von fÃ¼nf beschrieben und u.a. eine SchwÃ¤che des linken Beines (HÃ¼fte, Knie, FuÃ, Zehen-Ext./Flex.) seit Juni 2013, eine SturzgefÃ¤hrdung mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung im Dermatom L5, ein Z.n. Motorradunfall 2013 mit AuÃenbandlÃ¤sion am linken Knie, ein IM-Hinterhornriss sowie ein WirbelsÃ¤ulensyndrom bei fortschreitenden degenerativen VerÃ¤nderungen verstÃ¤rkt durch Fehlstatik und muskulÃ¤re Verspannungen/Dysbalance diagnostiziert.

Im Dezember 2015 wurde die KlÃ¤gerin im Auftrag der Beklagten von dem W1 begutachtet (Bl. 311 ff. VA, Untersuchungstag: 14.12.2015). Auch er beschrieb u.a. ein unauffÃ¤lliges Gangbild â allenfalls im BarfuÃgang zeigte sich ein angedeutetes Schonhinken links -, seitengleich beschwielte FuÃsohlen, keine Muskelminderung im Bereich des linken Unterschenkels, eine muskulÃ¤r vollstÃ¤ndig kompensierte leichte SchubladeninstabilitÃ¤t sowie eine muskulÃ¤r nicht ganz vollstÃ¤ndig kompensierbare mediale Seitenbandlockerung und als Unfallfolgen noch endgradige BewegungseinschrÃ¤nkungen im linken Kniegelenk mit den nachgewiesenen VerÃ¤nderungen am Innenmeniskushinterhorn sowie am Schienbeinkopf. Die Prellungen im Bereich der WirbelsÃ¤ule seien folgenlos ausgeheilt und die noch bestehenden VerÃ¤nderungen im Bereich der BWS und LWS seien degenerativer Natur und nicht (mehr) auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Nach dem Wegfall der ArbeitsunfÃ¤higkeit habe die MdE fÃ¼r die Dauer von sechs Monaten 20 v.H. betragen.

Mit Bescheid vom 07.03.2016 (Bl. 334 ff. VA) bewilligte die Beklagte der KlÃ¤gerin wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 25.06.2013 fÃ¼r die Zeit vom 13.01.2014 bis 12.07.2014 eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte sie eine geringe BewegungseinschrÃ¤nkung und leichte InstabilitÃ¤t des Kniegelenks, eine Kapselverdickung mit Reizerguss im Kniegelenk,

Operationsnarben und rÃ¶ntgenologische VerÃ¤nderungen an und lehnte die Anerkennung von verschleiÃ□bedingten VerÃ¤nderungen der gesamten WirbelsÃ¤ule mit BandscheibenschÃ¤den, Zustand nach Kniegelenkszerrung mit Dehnung des vorderen Kreuzbandes links und KnorpelschÃ¤den im linken Kniegelenk ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch (Bl. 343 VA) begrÃ¼ndete die KlÃ¤gerin mit auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hrende KnorpelschÃ¤den (Chondromalazie II. und III. Grades) sowie einer NervenlÃ¤sion im linken Unterschenkel (Bl. 348 VA).

Die Beklagte lieÃ□ die KlÃ¤gerin daraufhin von dem H (Bl. 14 ff. eVA, Untersuchungstag: 29.09.2016) und von dem H1 (Bl. 59 ff. eVA, Gutachten vom 28.10.2016) begutachten. Auch H vermochte â□□ wie bereits D und Z â□□ eine GesundheitsstÃ¶rung auf neurologischem Fachgebiet â□□ trotz DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer und elektromyographischer Untersuchungen â□□ nicht zu objektivieren und konnte folglich kein organisches Korrelat fÃ¼r die demonstrierte SchwÃ¤che der FuÃ□- und Zehenheber sowie FuÃ□- und Zehensenker linksseitig mit begleitender GefÃ¼hlsstÃ¶rung des gesamten linken Unterschenkels feststellen. Vielmehr diagnostizierte er eine sich im posttraumatischen Verlauf entwickelte dissoziative BewegungsstÃ¶rung, deren Entstehung jedoch nicht kausal auf den Unfall, sondern auf eine bereits langjÃ¤hrig vorbestehende psychiatrische Symptomatik und langjÃ¤hrige funktionelle Beschwerden i.S.e. somatoformen StÃ¶rung zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. H1 beschrieb im Bereich des linken Kniegelenks eine endgradige BewegungseinschrÃ¤nkung (120-3-0Â°) und eine muskulÃ¤r weitgehend kompensierbare InstabilitÃ¤t. Als Unfallfolgen diagnostizierte er im Bereich des linken Kniegelenks einen Z.n. Distorsionsverletzung mit partieller KontinuitÃ¤tsunterbrechung des hinteren Kreuzbands und mediodorsaler InstabilitÃ¤t, Ã¼berwiegend muskulÃ¤r kompensiert, eine traumatische InnenmeniskusschÃ¤digung und eine posttraumatische KnorpelschÃ¤digung. Die neurologisch beurteilte Gangunsicherheit sei nicht auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die MdE schÃ¤tzte er ab dem 13.07.2014 auf 10 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.02.2017 (Bl. 87 ff. eVA) Ã¤nderte die Beklagte den Bescheid vom 07.03.2016 insoweit ab, als sie auch die KnorpelschÃ¤digungen im linken Kniegelenk (Chondromalazie) als Folge des Arbeitsunfalls vom 25.06.2013 anerkannte. Im Ã□brigen wies sie den Widerspruch der KlÃ¤gerin zurÃ¼ck. Die bei der KlÃ¤gerin vorliegenden FunktionseinschrÃ¤nkungen rechtfertigten keine MdE von mindestens 20 v.H. Ã¼ber den 12.07.2014 hinaus, da die Beweglichkeit des linken Kniegelenks lediglich minimal in Beugung und Streckung eingeschrÃ¤nkt sei und die InstabilitÃ¤t weitgehend muskulÃ¤r kompensiert sei. Die von H diagnostizierte SchwÃ¤che der FuÃ□- und Zehenheber sowie FuÃ□- und Zehensenker linksseitig mit begleitender GefÃ¼hlsstÃ¶rung des gesamten linken Unterschenkels seien auf Grund der unauffÃ¤lligen elektrophysiologischen und elektromyographischen Untersuchungen nicht auf organische Ursachen zurÃ¼ckzufÃ¼hren, weshalb ein Zusammenhang zu dem Unfall vom 25.06.2013 nicht bestehe.

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 09.02.2017 â□□ vertreten durch ihre (damaligen) ProzessbevollmÃ¤chtigten â□□ Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben

und u.a. darauf hingewiesen, dass es laut MRT von MÃ¤rz 2017 (Bl. 27 SG-Akte) zwischenzeitlich sogar zu einer Reruptur des Meniskusrisses gekommen sei. Zuletzt hat sie die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um mindestens 20 v.H. unter Anerkennung einer SchwÃ¤che des linken Beines Ã¼ber den 12.07.2014 hinaus begehrt (s. Protokoll der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 03.07.2019, Bl. 268 f. SG-Akte).

Das SG hat den die KlÃ¤gerin behandelnden H2 (schriftlich) als sachverstÃ¤ndigen Zeugen befragt (Bl. 33 f. SG-Akte), der eine MdE von 50 v.H. angesetzt hat. Sodann hat das SG von Amts wegen ein SachverstÃ¤ndigengutachten bei dem K1 eingeholt (Bl. 92 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 12.09.2017). Dieser hat u.a. eine normale SchrittlÃ¤nge, eine seitengleiche FuÃsohlenbeschwielung, eine nahezu seitengleiche Bemuskelung beider Beine und eine Kniegelenksbeweglichkeit von 0-0-135Â° objektivieren kÃ¶nnen und als Unfallfolgen allein solche im Bereich des linken Kniegelenks in Form einer leichten, Ã¼berwiegend muskulÃ¤r kompensierten dorsomedialen InstabilitÃ¤t, einer KnorpelschÃ¤digung (Chondromalazie), eines Rezidivs einer InnenmeniskuslÃ¤sion Stadium 3 nach Stoller und einer leichten Muskelminderung des linken Oberschenkels beschrieben. Die Prellungen im Bereich der Hand, der WirbelsÃ¤ule und des Thorax seien folgenlos ausgeheilt. Die MdE hat er ab dem 15.07.2014 auf 10 v.H. geschÃ¤tzt.

Im Herbst 2017 hat sich die KlÃ¤gerin bei dem H3 vorgestellt, der die Verdachtsdiagnose einer PlexuslÃ¤sion links gestellt und sie zur weiteren AbklÃ¤rung zu dem Facharzt u.a. fÃ¼r N verwiesen hat (Bl. 155 f. SG-Akte). N hat nach DurchfÃ¼hrung u.a. elektroneurographischer Untersuchungen, die keinen Hinweis auf NervenschÃ¤digungen erbracht haben, ebenfalls die Verdachtsdiagnose einer SchÃ¤digung des linken Plexus lumbosacralis gestellt, gleichzeitig darauf hingewiesen, dass diese eher selten seien und die DurchfÃ¼hrung eines Becken-CTs empfohlen.

Auf Antrag der KlÃ¤gerin gem. Â§ 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG schlieÃlich ein SachverstÃ¤ndigengutachten bei N eingeholt (Bl. 170 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 11.05.2018). N hat im Rahmen seiner Untersuchungen abermals keine Hinweise fÃ¼r eine periphere NervenschÃ¤digung oder fÃ¼r eine SchÃ¤digung der zentralen Motorik gefunden (Bl. 179 SG-Akte) und auch eine SchÃ¤digung des Plexus lumbosacralis ausgeschlossen, da das angefertigte Becken-CT unauffÃ¤llig gewesen sei (Bl. 180 SG-Akte). Als Unfallfolgen hat er schlieÃlich eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F44.4) und eine AnpassungsstÃ¶rung mit situationsbezogenen Ãngsten (ICD-10 F43.2) diagnostiziert (Bl. 178 SG-Akte) und die MdE auf seinem Fachgebiet ab dem 15.07.2014 auf 30 v.H. geschÃ¤tzt. Hieran hat er auch in seinen ergÃ¤nzenden Stellungnahmen von September 2018 (Bl. 194 SG-Akte) und Dezember 2018 (Bl. 236 SG-Akte) festgehalten. DemgegenÃ¼ber hat der W2 in seinen beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen von Juni 2018 (Bl. 185 ff. SG-Akte), Oktober 2018 (Bl. 198 ff. SG-Akte) und Januar 2019 (Bl. 263 ff. SG-Akte) den Ursachenzusammenhang zwischen der diagnostizierten dissoziativen BewegungsstÃ¶rung und dem Unfallgeschehen verneint.

Mit Urteil vom 03.07.2019 hat das SG die Beklagte unter AbÃ¤nderung des

Bescheides vom 07.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2017 verurteilt, der KlÃ¤gerin Ã¼ber den 12.07.2014 hinaus Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung nach einer MdE um 20 v.H. bis zum 30.06.2015 zu gewÃ¤hren. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es in erster Linie ausgefÃ¼hrt, dass die vom SachverstÃ¤ndigen N diagnostizierte dissoziative BewegungsstÃ¶rung auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, dies jedoch â entsprechend einer AnpassungsstÃ¶rung â lediglich fÃ¼r die Dauer von zwei Jahren nach dem Unfall. Die darÃ¼ber hinaus fortbestehende dissoziative BewegungsstÃ¶rung kÃ¶nne nicht mehr auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Vielmehr sei es ab dann zu einer Verschiebung der Wesensgrundlage gekommen, da bei der KlÃ¤gerin eine Disposition zu behandlungsbedÃ¼rftigen psychischen Reaktionen auf belastende Lebensereignisse vorgelegen habe.

Gegen das ihren BevollmÃ¤chtigten am 22.07.2019 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin â vertreten durch ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten â am 14.08.2019 Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) eingelegt. Die objektiven Befunde und FunktionsbeeintrÃ¤chtigungen im Bereich ihres linken Kniegelenks rechtfertigten eine dauerhafte MdE von wenigstens 20 v.H. Eine weitere bei E in der BGU durchgefÃ¼hrte Untersuchung (Verlaufsbericht BGU vom 21.08.2019, Bl. 35 f. Senatsakte) bestÃ¤tige das Vorliegen unfallbedingter GesundheitsschÃ¤den, insbesondere NervenschÃ¤digungen. AuÃerdem verkenne das SG in rechtlich zu beanstandender Weise, dass auch Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus von einer unfallbedingten fortbestehenden dissoziativen BewegungsstÃ¶rung auszugehen sei. Es sei nicht nachvollziehbar und auch vom SG nicht begrÃ¼ndet worden, weshalb spÃ¤testens zwei Jahre nach dem Unfall eine Verschiebung der Wesensgrundlage eingetreten sein soll. Insofern habe sich das SG auch nicht hinreichend mit den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen N auseinandergesetzt, der das Vorliegen von Unfallfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestÃ¤tigt und eine zeitliche Begrenzung des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen der chronifizierten dissoziativen BewegungsstÃ¶rung und dem Unfall gerade nicht festgestellt habe. Der seit dem Unfallereignis am 25.06.2013 bestehende Gesundheitszustand habe sich nicht gebessert (Bl. 48a Senatsakte). Die KlÃ¤gerin hat (weitere) medizinische Befundberichte vorgelegt (u.a. vom 26.06.2020, Bl. 77 Senatsakte, und vom 19.08.2020, Bl. 80a f. Senatsakte).

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 03.07.2019 und den Bescheid der Beklagten vom 07.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2017 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, der KlÃ¤gerin eine Verletztenrente nach einer MdE von wenigstens 20 v.H. Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus auf unbestimmte Zeit zu gewÃ¤hren und als weitere Folge des Arbeitsunfalles vom 25.06.2013 in Bezug auf die SchwÃ¤che im linken Bein eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F44.4) bzw. eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) als Unfallfolge anzuerkennen.
Â

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hat darauf verwiesen, dass entgegen der AusfÃ¼hrungen der KlÃ¤gerin im September 2019 in der BGU gerade keine NervenschÃ¤digung festgestellt worden sei. Vielmehr sei eine neurologische Untersuchung bzw. Begutachtung empfohlen worden, wobei den dortigen Ãrzten offenbar die Ergebnisse der bereits erfolgten neurologischen Begutachtungen und Beurteilungen nicht bekannt gewesen seien. Eine BefundÃ¤nderung habe sich gerade nicht ergeben. Auf chirurgischem Fachgebiet lÃ¤gen zwischenzeitlich drei â in der Beurteilung Ã¼bereinstimmende â Gutachten vor (W1 vom 17.01.2016, H1 vom 28.10.2016, K1 vom 20.09.2017) vor, in denen die MdE mit 10 v.H. bewertet werde. Der W2 habe zudem schlÃ¼ssig und nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Auffassung des N, wonach die dissoziative BewegungsstÃ¶rung auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, nicht gefolgt werden kÃ¶nne. Vielmehr sei diese auf vorbestehende persÃ¶nlichkeitsbedingte Reaktionsmuster zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Die Beklagte hat weitere Befundberichte vorgelegt (Verlaufsberichte BGU vom 25.10.2019, Bl. 29 f. Senatsakte, und 29.06.2020, Bl. 58 f. Senatsakte, sowie D-Arztbericht vom 17.09.2019, Bl. 46 f. Senatsakte) und zur Erledigung des Berufungsverfahrens einen Vergleichsvorschlag unterbreitet (Bl. 45 Senatsakte), der seitens der KlÃ¤gerin jedoch nicht angenommen worden ist.

Nach Vorlage einer beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des M1 aus August 2020 (Bl. 84 ff. Senatsakte) hat der Senat ein Gutachten von Amts wegen bei dem S (Bl. 184 ff. Senatsakte, Untersuchungstage: 05.02.2021 und 31.03.2021) sowie ein u.a. auf elektrophysiologischen Untersuchungen (Bl. 159 ff. Senatsakte) basierendes Zusatzgutachten bei dem M2 (Bl. 118 ff. Senatsakte, Untersuchungstag: 12.04.2021) eingeholt. Da die elektrophysiologischen Untersuchungen (magnetisch evozierte motorische Potenziale , Ableitung von den Beinen, Nervus tibialis-evozierte somatosensible Hirnpotenziale , motorische Elektroneurografie, F-Wellen, Elektromyografie , galvanischer Hautreflex) allesamt einen unauffÃ¤lligen Befund ergeben haben, hat M2 eine LÃ¤sion nervaler oder muskulÃ¤rer Strukturen ausgeschlossen und eine funktionelle BeinlÃ¤hmung mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung links nach Verletzung des linken Knies im Sinne einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (Bl. 153 Senatsakte). Da bei der KlÃ¤gerin relevante Vorerkrankungen (Kniegelenksdistorsion links mit Plica mediopatellaris und Bone-bruise des dorso-lateralen Tibiaplateaus, Angsterkrankung und depressive StÃ¶rung, gemischt) bestanden haben, hat er die KausalitÃ¤tsbewertung dem S Ã¼berlassen. FÃ¼r den Fall der Annahme eines Kausalzusammenhangs hat er die MdE â unter Einschluss der orthopÃ¤dischen MdE â auf 20 v.H. seit Entlassung aus der Rehabilitationsbehandlung geschÃ¤tzt (Bl. 155 Senatsakte). S hat auch auf seinem Fachgebiet â unter Einbeziehung der Ergebnisse der neurokognitiven Zusatzuntersuchungen (Bl. 203 ff. Senatsakte) â die Diagnose einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren bestÃ¤tigt und â mangels zum Unfallzeitpunkt am 25.06.2013 bestehender psychiatrischer Symptomatik â die UnfallkausalitÃ¤t bejaht (Bl. 200/RS f. Senatsakte). Die MdE

hat er auf 20 v.H. seit dem Unfalltag eingeschÃ¤tzt (Bl. 202 Senatsakte).

Die Beklagte hat daraufhin eine beratungsÃ¤rztliche Stellungnahme des Facharztes u.a. fÃ¼r L von Oktober 2021 vorgelegt (Bl. 220 ff. Senatsakte), in der dieser die eingeholten Gutachten als nicht hinreichend schlÃ¼ssig und nachvollziehbar beschrieben und auch die MdE-Bewertung mit 20 v.H. als nicht korrekt bewertet hat. Die SachverstÃ¤ndigen M2 (Bl. 231 ff. Senatsakte) und S (Bl. 241 ff. Senatsakte) haben hierzu im MÃ¤rz und April 2022 ergÃ¤nzend Stellung genommen und an ihren bisherigen EinschÃ¤tzungen festgehalten. Diesen Stellungnahmen ist L in einer weiteren beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme von Juli 2022 abermals entgegengetreten (Bl. 257 ff. Senatsakte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die gemÃ¤Ã Â§Â 151 Abs.Â 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte und gemÃ¤Ã den Â§Â§Â 143, 144 SGG statthafte Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen und GewÃ¤hrung einer Verletztenrente Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 07.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2017, soweit die Beklagte die GewÃ¤hrung einer vorlÃ¤ufigen Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. nur bis zum 12.07.2014 gewÃ¤hrt und lediglich eine geringe BewegungseinschrÃ¤nkung und leichte InstabilitÃ¤t des Kniegelenks, eine Kapselverdickung mit Reizerguss im Kniegelenk, Operationsnarben, rÃ¶ntgenologischen VerÃ¤nderungen sowie die KnorpelschÃ¤digungen im linken Kniegelenk (Chondromalazie) als Folge des Arbeitsunfalls vom 25.06.2013 anerkannt hat und nicht auch die â ihrer Auffassung nach durch eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F44.4) bzw. eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hervorgerufene â SchwÃ¤che im linken Bein. Da das SG in seinem â lediglich von KlÃ¤gerseite angefochtenen â Urteil vom 03.07.2019 der KlÃ¤gerin eine Rente als vorlÃ¤ufige EntschÃ¤digung nach einer MdE um 20 v.H. bis zum 30.06.2015 gewÃ¤hrt und die Klage im Ãbrigen abgewiesen hat, hat der Senat lediglich (noch) darÃ¼ber zu entscheiden, ob der KlÃ¤gerin auch Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit (Â§ 62 Abs. 2 SGB VII) zusteht und ob eine â durch eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F44.4) bzw. chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hervorgerufene â SchwÃ¤che im linken Bein als weitere Unfallfolge â hierÃ¼ber hat das SG in seinem Urteil keine ausdrÃ¼ckliche Entscheidung getroffen â vorliegt. Die Anerkennung weiterer â nicht die SchwÃ¤che im linken Bein betreffender â Unfallfolgen ist vorliegend nicht streitig, da die KlÃ¤gerin ihren Klageantrag bereits im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung beim SG entsprechend beschrÃ¤nkt hat.

Die hier vorliegende kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage ist zulÃ¤ssig. Mit der Anfechtungsklage nach Â§ 54 Abs. 1 SGG begehrt die KlÃ¤gerin die Aufhebung der angefochtenen Bescheide, mit denen die Beklagte eine WeitergewÃ¤hrung der Verletztenrente und die Anerkennung weiterer GesundheitsstÃ¶rungen als Unfallfolge abgelehnt hat. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) kann der Versicherte an Stelle gerichtlicher Feststellung gemÃ¤Ã Â§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG auch die Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung von Unfallfolgen als Element eines jeglichen Leistungsanspruchs im Wege der Verpflichtungsklage verlangen (BSG 05.07.2011, B 2 U 17/10 R, zitiert- Â wie sÃ¤mtliche hÃ¶chstrichterliche Rechtsprechung â nach juris, mit weiteren AusfÃ¼hrungen zur Anspruchsgrundlage). Dem entsprechend begehrt die KlÃ¤gerin hier zulÃ¤ssigerweise zum einen die WeitergewÃ¤hrung der Verletztenrente Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus auf unbestimmte Zeit und die Verpflichtung der Beklagten, weitere Unfallfolgen â also eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F44.4) bzw. eine chronische SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) â anzuerkennen.

Die Voraussetzungen fÃ¼r die Anerkennung weiterer Ã¼ber die in dem Bescheid vom 07.03.2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2017 bereits anerkannten Unfallfolgen â geringe BewegungseinschrÃ¤nkung und leichte InstabilitÃ¤t des Kniegelenks, Kapselverdickung mit Reizerguss im Kniegelenk, Operationsnarben, rÃ¶ntgenologische VerÃ¤nderungen sowie KnorpelschÃ¤digungen im linken Kniegelenk (Chondromalazie) â in Form einer dissoziativen BewegungsstÃ¶rung (ICD-10 F 44.4) â wie vom SachverstÃ¤ndigen N angenommen â bzw. einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) â wie von den SachverstÃ¤ndigen M2 und S angenommen â liegen nicht vor.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht fÃ¼r den ursÃ¤chlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG 12.04.2005, BÂ 2 U 27/04 R). Diese setzt zunÃ¤chst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klÃ¤ren, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wÃ¤re. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis fÃ¼r den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursÃ¤chlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prÃ¼fen, ob das versicherte Unfallereignis fÃ¼r den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursÃ¤chlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei ist zunÃ¤chst zu prÃ¼fen, ob neben der versicherten Ursache weitere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinn (erste Stufe) zum Gesundheitsschaden beitrugen. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von Ã¼berragender Bedeutung war. Eine Ã¼berwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenÃ¼ber der konkurrierenden Ursache ist damit fÃ¼r die Annahme

des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Die anspruchsbegrÃ¼ndenden Tatsachen, nÃ¤mlich die versicherte TÃ¤tigkeit, die schÃ¤digende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte GesundheitsstÃ¶rung mÃ¼ssen 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 (vgl. u.a. BSG 30.04.1985, 2 RU 43/84). Hingegen genÃ¼gt hinsichtlich des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten TÃ¤tigkeit und der schÃ¤digenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG 09.05.2006, B 2 U 40/05 R, auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernÃ¼nftiger AbwÃ¤gung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr fÃ¼r als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genÃ¼gt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschlieÃen oder nur mÃ¶glich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegrÃ¼ndende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr fÃ¼hren wÃ¼rde. Es reicht daher zur BegrÃ¼ndung des ursÃ¤chlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende UmstÃ¤nde auszuschlieÃen.

DarÃ¼ber hinaus muss der anzuerkennende Gesundheitsschaden in ein gÃ¤ngiges Diagnosesystem (zB ICD-10, DSM IV, DSM V) einzuordnen sein (BSG 26.11.2019, B 2 U 8/18 R; BSG 15.05.2012, B 2 U 31/11 R). Zur Ãberzeugung des Senats scheitert es â unabhÃ¤ngig vom Vorliegen des im Unfallversicherungsrecht erforderlichen Ursachenzusammenhangs â bereits hieran. Denn der Senat ist weder vom Vorliegen der u.a. vom gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen N diagnostizierten dissoziativen BewegungsstÃ¶rung nach ICD-10 F44.4, noch vom Vorliegen einer â wie von den SachverstÃ¤ndigen M2 und S diagnostiziert â chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren entsprechend ICD-10 F45.41 Ã¼berzeugt.

Zwar geht auch der Senat â wie von M2 ausgefÃ¼hrt â davon aus, dass bei der KlÃ¤gerin eine funktionelle BeinlÃ¤hmung mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung links nach einer Verletzung des linken Knies vorliegt (Bl. 153 Senatsakte). Als âfunktionellâ werden â laut dem SachverstÃ¤ndigen â neurologische Symptome bezeichnet, deren Ursache nicht in einer LÃ¤sion oder metabolischen StÃ¶rung des zentralen oder peripheren Nervensystems oder der Muskulatur zu finden ist, sondern in einer innerseelischen BeeintrÃ¤chtigung der Steuerung oder des Zugriffs auf Muskeln bzw. der Wahrnehmung (Bl. 145 Senatsakte). Nicht nur die die KlÃ¤gerin behandelnden Ãrzte, sondern insbesondere auch der Verwaltungsgutachter H â dessen Gutachten im Wege des Urkundsbeweises verwertbar ist â und die gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen N und M2 haben eine Minderung der groben Kraft im Bereich des linken Beines und FuÃes â wenn auch von unterschiedlicher IntensitÃ¤t (H im September 2016: Beinhalteversuch links ohne erkennbare Absinktendenz, bei der PrÃ¼fung der groben Kraft am linken

Bein wechselhaft ausgeprÃ¤gte distale Paresen der Zehenheber links von Kraftgrad 2-3/5, der FuÃheber links von Kraftgrad 2-3/5 und der Zehensenker links von Kraftgrad 3-4/5, Fersen- und Zehengang bds. mit Haltehilfe ohne erkennbare KrafteinschrÃ¤nkungen an den FÃ¼Ãen durchfÃ¼hrbar, SeiltÃ¤nzergang etwas unsicher, aber gut durchfÃ¼hrbar, Bl. 46 f. eVA; N im Mai 2018: Kraftgrad 4+/5 bei Beugung und Streckung im Bereich des HÃ¼ft- und des Kniegelenks, Kraftgrad ca. 3-4/5 bei FuÃhebung und -streckung sowie Zehenbeugung und -streckung, Zehen- und Fersengang nicht durchfÃ¼hrbar, linksseitiges Absinken im Beinhalteversuch, Bl. 177 f. SG-Akte; M2 im April 2021: durchgehende Kraftminderung fÃ¼r die gesamte Muskulatur des linken Beines auf Kraftgrad 3/5 bzw. 0/5 bei FuÃhebung, kein Hinweis auf weitere latente oder manifeste Paresen, kein Absinken im Beinhalteversuch, Zehen- und Fersengang links durchfÃ¼hrbar, aber stark eingeschrÃ¤nkt mit deutlicher Ã¤ngstlicher Bewegungskomponente, Bl. 136 Senatsakte) â beschrieben, eine neurologische ErklÃ¤rung fÃ¼r diese SchwÃ¤che im Bereich des linken Beines jedoch nicht objektivieren kÃ¶nnen. Weder der Verwaltungsgutachter H (Bl. 48 f., 52 eVA) noch der gerichtliche SachverstÃ¤ndige M2 (Bl. 139 f., 144 f. Senatsakte) haben nach der DurchfÃ¼hrung elektrophysiologischer, elektroneurografischer und elektromyographischer Untersuchungen eine NervenschÃ¤digung oder periphere -kompression und auch keine MuskelschÃ¤digung objektivieren kÃ¶nnen. Auch der SachverstÃ¤ndige N hat im Rahmen seiner der gutachterlichen Untersuchung vorausgehenden erstmaligen Vorstellung der KlÃ¤gerin im Dezember 2017 durchgefÃ¼hrten elektrophysiologischen Diagnostik (Bl. 157 f. SG-Akte) keine SchÃ¤digung der Beinnerven oder der Pyramidenbahn beschreiben kÃ¶nnen. Auch hat er an seiner im Rahmen dieser erstmaligen Vorstellung der KlÃ¤gerin differentialdiagnostisch gestellten Verdachtsdiagnose der SchÃ¤digung des lumbosakralen Nervengeflechts (SchÃ¤digung des Plexus lumbosacralis) anlÃ¤sslich seiner Begutachtung u.a. wegen eines zwischenzeitlich durchgefÃ¼hrten unauffÃ¤lligen Becken-CTs nicht mehr festgehalten (Bl. 180 SG-Akte). Soweit auch der die KlÃ¤gerin behandelnde H3 anlÃ¤sslich der Vorstellung der KlÃ¤gerin im Oktober und November 2017 die Verdachtsdiagnose einer PlexuslÃ¤sion links gestellt hatte, so hatte er die KlÃ¤gerin zur weiteren AbklÃ¤rung gerade an N verwiesen, der diese Diagnose im Rahmen seiner Begutachtung schlieÃlich ausgeschlossen hat. Weshalb H3 in seinem Befundbericht von Juni 2020 dennoch an dieser Verdachtsdiagnose festgehalten hat (Bl. 77 Senatsakte), ist nicht nachvollziehbar. Im Ãbrigen haben auch die anderen â die KlÃ¤gerin behandelnden â FachÃ¤rzte (u.a.) fÃ¼r Neurologie Z (Untersuchung im Mai 2015, Bl. 193 f. VA), P (Untersuchung im Oktober 2017, Bl. 176 f. Senatsakte) und D1 (Untersuchung im August 2020, Bl. 80a f. Senatsakte) u.a. auf Grund durchgefÃ¼hrter Zusatzdiagnostiken NervenlÃ¤sionen im Bereich des linken Beines ausgeschlossen und somit ebenfalls kein neurologisches Korrelat fÃ¼r die seitens der KlÃ¤gerin geklagten Beschwerden gefunden. Eine neurologische Erkrankung der KlÃ¤gerin ist somit nicht nachgewiesen, weshalb es sich bei der von der KlÃ¤gerin geklagten und dokumentierten Kraftminderung im Bereich des linken Beines lediglich um eine â nicht nÃ¤her klassifizierbare â funktionelle StÃ¶rung handeln kann.

Allerdings ist der Senat nicht davon Ã¼berzeugt, dass es sich hierbei â wie insbesondere von N diagnostiziert â um eine dissoziative BewegungsstÃ¶rung

(ICD-10 F44.4) handelt. Der Senat stÃ¼tzt seine diesbezÃ¼glichen Zweifel auf die AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen M2 (Bl. 148 f. Senatsakte). Dieser hat in seinem Gutachten ausgefÃ¼hrt, dass es sich bei der dissoziativen StÃ¶rung um eine spezielle Unterform der funktionellen StÃ¶rung handelt, die durch Umwandlung (Konversion) eines unertrÃ¤glich empfundenen Konflikts in ein kÃ¶rperlich erscheinendes Symptom mit Symbolcharakter entsteht, wodurch der damit verbundene Konflikt gewissermaÃen neutralisiert wird. Der durch das bevorstehende Ereignis verursachte intrapsychische Konflikt wird ins Un(ter)bewusste (â verdrÃ¤ngtâ) verlagert, was mit einer Desintegration von Bewusstsein, GedÃ¤chtnis, IdentitÃ¤t und/oder Wahrnehmung einhergeht (z.B. Verhinderung der Teilnahme an der Ã¤ngstlich erwarteten Beerdigung der kÃ¼rzlich verstorbenen Mutter durch eine unvermittelt auftretende konversionsneurotische BeinlÃ¤hmung mit Stand- und GangunfÃ¤higkeit). Diese Desintegration wird als Dissoziation bezeichnet. Die Diagnose einer dissoziativen StÃ¶rung in diesem engeren Sinn hat also einen scheinbar unlÃ¶sbaren subjektiven Konflikt zur Voraussetzung. Einen solchen hat M2 in Anlehnung an die nervenÃ¤rztlichen (Vor)Gutachten und seiner diesbezÃ¼glichen Exploration jedoch nicht identifizieren kÃ¶nnen. Vielmehr hat er explizit darauf hingewiesen, dass bei der KlÃ¤gerin eine tatsÃ¤chliche Erkrankung des linken Kniegelenks vorliegt, in deren Folge die funktionellen Beschwerden der KlÃ¤gerin entstanden sind. Vor diesem Hintergrund hÃ¤lt der Senat die Diagnose einer dissoziativen BewegungsstÃ¶rung entsprechend ICD-10-Code F44.4 nicht fÃ¼r nachgewiesen.

Gleiches gilt jedoch auch fÃ¼r die von den gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen M2 und S gestellte Diagnose einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen laut der ICD-10-Definition seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer kÃ¶rperlichen StÃ¶rung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle fÃ¼r Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursÃ¤chliche Rolle fÃ¼r deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und BeeintrÃ¤chtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetÃ¤uscht (wie bei der vorgetÃ¤uschten StÃ¶rung oder Simulation). SchmerzstÃ¶rungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen StÃ¶rung sollen hier nicht berÃ¼cksichtigt werden.

Wie bereits oben ausgefÃ¼hrt, haben zwar der Verwaltungsgutachter H und die gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen N und M2 eine Kraftminderung im Bereich des linken Beines/FuÃes beschrieben. UnabhÃ¤ngig davon, dass diese nicht durchgehend in derselben AusprÃ¤gung objektiviert worden ist (s.o.) und der Fersen- und Zehengang sowohl im Rahmen der Begutachtung durch H als auch mehr als viereinhalb Jahre spÃ¤ter im Rahmen der Begutachtung durch M2 durchfÃ¼hrbar gewesen ist â lediglich im Rahmen der Begutachtung durch N hat die KlÃ¤gerin den Zehen- und Fersengang nicht durchfÃ¼hren kÃ¶nnen -, liegen keine objektiven Befunde vor, die auf eine SchmerzstÃ¶rung in obigem Sinne (ICD-10 F45.51) im Bereich des linken Beines schlieÃen lassen. So hat keiner der

die KlÃ¤gerin behandelnden oder begutachtenden Ãrzte eine Minderbeschwielung im Bereich des linken FuÃes oder eine â worauf L in seiner beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme vom Oktober 2021 (Bl. 220 der Senatsakte) zutreffend hingewiesen hat â auf Minderbelastung zurÃ¼ckzufÃ¼hrende Muskelminderung im Bereich des linken Unterschenkels objektiviert. Ganz im Gegenteil: Der Verwaltungsgutachter W1 â dessen Gutachten verwertet der Senat ebenfalls im Wege des Urkundsbeweises â und der gerichtliche SachverstÃ¤ndige K1 haben anlÃ¤sslich ihrer knapp zwei Jahre auseinanderliegenden Untersuchungen im Dezember 2015 (W1) und September 2017 (K1) eine seitengleiche FuÃsohlenbeschwielung (Bl. 322 VA und Bl. 114 SG-Akte) und eine nahezu seitengleiche Bemuskelung des linken Unterschenkels (W1: UmfangmaÃe: 15cm unterhalb inn. Kniegelenkspalt: rechts. 42,5cm, links 43cm; Unterschenkel, kleinster Umfang: bds. 23cm; KnÃ¶chel: bds. 26cm; Rist Ã¼ber Kahnbein: bds. 25cm; VorfuÃballen: rechts 25cm, links 24cm, Bl. 323 VA; K1: 15cm unterhalb inn. Kniegelenkspalt: rechts 45cm, links 44cm; Unterschenkel, kleinster Umfang: bds. 24cm; KnÃ¶chel: rechts 27,5cm, links 27cm; Rist Ã¼ber Kahnbein: bds. 26,5cm; VorfuÃballen: bds. 25cm, Bl. 115 SG-Akte) beschrieben. K1 hat lediglich eine leichte Muskelminderung des linken Oberschenkels (UmfangmaÃe 20cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt: bds. 66cm; 10cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt: rechts 59cm, links 58cm, Bl. 114 SG-Akte) objektiviert und dem Unfall zugerechnet (Bl. 130 SG-Akte). Auch der neurologische Gutachter H hat Muskeltonus und Muskeltrophik der unteren ExtremitÃ¤ten der KlÃ¤gerin anlÃ¤sslich seiner Untersuchung im September 2016 als unauffÃ¤llig beschrieben (Bl. 46 eVA) und sogar der neurologische SachverstÃ¤ndige M2 hat ca. viereinhalb Jahre spÃ¤ter anlÃ¤sslich seiner Untersuchung von April 2021 eine Muskelabmagerung immer noch verneint (Bl. 144 der Senatsakte).

Hinzu kommt, dass auch die seitens des neurologischen Verwaltungsgutachters H und der neurologischen sowie psychiatrischen gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen N, M2 und S erhobenen psychischen Befunde (s. u.a. M2: bewusstseinsklar, zu allen QualitÃ¤ten orientiert, dem GesprÃ¤ch konzentriert zugewandt, keine BeeintrÃ¤chtigung der RapportfÃ¤higkeit, ausgeglichene Stimmungslage, Stimmung in beide Richtungen auslenkbar, keine Anhaltspunkte fÃ¼r Anhedonie, VitalstÃ¶rungen oder depressive Herabgestimmtheit, Bl. 138 f. Senatsakte; S: wach, bewusstseinsklar, voll orientiert, keine Hinweise auf Aggravation, Stimmung allenfalls im Ansatz gedrÃ¼ckt, SchwingungsfÃ¤higkeit unbeeintrÃ¤chtigt, Gedankengang klar, keine Hinweise auf StÃ¶rungen der DenkablÃ¤ufe oder Denkinhalte, insbesondere auf typisch depressive BefÃ¼rchtungen abstellende GrÃ¼belneigung, keine Hinweise auf StÃ¶rungen der Wahrnehmung, des Ich-Erlebens, des Antriebs oder der Psychomotorik, keine BeeintrÃ¤chtigung der kognitiven LeistungsfÃ¤higkeit, Bl. 157/RS Senatsakte; N: altersentsprechender, gepflegt gekleideter Eindruck, im Kontakt freundlich und zugewandt, keine kognitive BeeintrÃ¤chtigung, gutes Auffassungs- und KonzentrationsvermÃ¶gen, normale GedÃ¤chtnisfunktion, keine inhaltlichen DenkstÃ¶rungen, keine psychomotorische Verlangsamung, Antrieb nicht reduziert, stimmungsmÃ¤Ãig bedrÃ¼ckt, leicht depressiv, affektiv gut schwingungsfÃ¤hig, berichtet situative Ãngste beim Autofahren, Bl. 178 SG-Akte; H: zu allen QualitÃ¤ten voll orientiert, Rapport flÃ¼ssig, Beschwerdeschilderung sachlich, Stimmungslage weitgehend

ausgeglichen, affektive SchwingungsfÃ¤higkeit etwas vermindert, Antrieb regelrecht, Psychomotorik normal, keine Hinweise auf psychotische Symptome oder WahrnehmungsstÃ¶rungen, formales Denken geordnet, inhaltliche DenkstÃ¶rungen nicht erkennbar, deutliche inhaltliche Fixierung auf SchwÃ¤che im linken Bein und anhaltende Schmerzsymptomatik, keine Hinweise auf relevante neurokognitive LeistungseinschrÃ¤nkungen, Bl. 47 f. eVA) keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf ein besonders belastendes und sich auf das psychische Wohlbefinden der KlÃ¤gerin auswirkendes Schmerzerleben zulassen und die KlÃ¤gerin auch zu keinem Zeitpunkt eine spezielle Schmerztherapie durchlaufen hat. Der Senat hÃ¤lt daher das Vorliegen einer chronischen SchmerzstÃ¶rung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ebenfalls nicht fÃ¼r nachgewiesen, weshalb er die SchwÃ¤che im Bereich des linken Beines keiner konkreten, nach einem anerkannten Diagnosesystem verschlÃ¼sselten Diagnose zuordnen und folglich auch nicht als Unfallfolge feststellen kann.

DarÃ¼ber hinaus steht der KlÃ¤gerin auch kein Anspruch auf Verletztenrente Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus zu.

Versicherte, deren ErwerbsfÃ¤higkeit infolge eines Versicherungsfalls Ã¼ber die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben nach Â§ 56 Abs. 1 SatzÂ 1 SGB VII Anspruch auf eine Rente. Ist die ErwerbsfÃ¤higkeit infolge mehrerer VersicherungsfÃ¤lle gemindert und erreichen die VomhundertsÃ¤tze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht fÃ¼r jeden, auch fÃ¼r einen frÃ¼heren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (Â§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nach Â§Â 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII nur zu berÃ¼cksichtigen, wenn sie die ErwerbsfÃ¤higkeit um wenigstens 10 v.H. mindern.

VersicherungsfÃ¤lle sind nach Â§ 7 Abs. 1 SGB VII ArbeitsunfÃ¤lle und Berufskrankheiten. ArbeitsunfÃ¤lle sind nach Â§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII UnfÃ¤lle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den Â§Â§ 2, 3 oder 6 SGB VII begrÃ¼ndenden TÃ¤tigkeit (versicherte TÃ¤tigkeit). Die KlÃ¤gerin hat unstreitig am 25.06.2013 einen solchen Arbeitsunfall erlitten als sie auf dem direkten Heimweg von ihrer bei der Beklagten versicherten TÃ¤tigkeit mit ihrem Motorrad gestÃ¼rzt ist und sich jedenfalls eine GehirnerschÃ¼tterung, eine BWS- und LWS-Prellung, eine Partialruptur des hinteren Kreuzbandes (HKB) am linken Kniegelenk sowie eine Handprellung zugezogen hat.

Indessen ist die ErwerbsfÃ¤higkeit der KlÃ¤gerin durch die gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls vom 25.06.2013 jedenfalls nicht Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus um mindestens 20 v.H. â wie vom SG in seinem Urteil vom 03.07.2019, gegen das die Beklagte keine Berufung eingelegt hat, tenoriert â gemindert.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der BeeintrÃ¤chtigung des kÃ¶rperliÂchen und geistigen LeistungsvermÃ¶gens ergebenden verminderten ArbeitsmÃ¶glichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (Â§Â 56 Abs.Â 2 SatzÂ 1 SGBÂ VII). Die Bemessung der MdE hÃ¤ngt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG 22.06.2004, B 2 U 14/03 R): Den verbliebenen BeeintrÃ¤chtigungen des

kÃ¶rperlichen und geistigen LeistungsvermÃ¶Âgens und dem Umfang der dadurch verschlossenen ArbeitsmÃ¶glichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unÂter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ãrztliche MeinungsÃ¤uÃeÂrungen darÃ¼ber, inwieweit derartige BeeintrÃ¤chtigungen sich auf die ErwerbsfÃ¤higkeit ausÂwirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentÂbehrliche Grundlage fÃ¼r die richterliche SchÃ¤tzung der MdE, vor allem soweit sie sich darÂ-auf beziehen, in welchem Umfang die kÃ¶rperlichen und geistigen FÃ¤higkeiten des VerletzÂten durch die Unfallfolgen beeintrÃ¤chtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger ErfahrungssÃ¤tze Ã¼ber die AuswirÂkungen 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 versicherungsrechtliÂchen 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.

Hat ein Arbeitsunfall SchÃ¤den an mehreren KÃ¶rperteilen gebracht, so ist die MdE im Ganzen zu wÃ¼rdigen. Dabei ist entscheidend eine âGesamtschauâ der âGesamteinwirkungâ aller einzelnen SchÃ¤den auf die ErwerbsfÃ¤higkeit (BSG 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 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.).

Ausweislich des im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten und auf einer Untersuchung der KlÃ¤gerin im September 2017 basierenden fachorthopÃ¤disch-unfallchirurgischen Gutachtens des K1 liegen bei der KlÃ¤gerin als Unfallfolgen nur noch BeeintrÃ¤chtigungen im Bereich des linken Beines in Form einer leichten, Ã¼berwiegend muskulÃ¤r kompensierten dorsomedialen InstabilitÃ¤t, einer KnorpelschÃ¤digung (Chondromalazie), eines Rezidivs einer InnenmeniskulÃ¤sion Stadium 3 nach Stoller und eine leichte Muskelminderung des linken Oberschenkels vor. Die auf seinem Fachgebiet unmittelbar nach dem Unfall diagnostizierten GesundheitsschÃ¤den in Form einer Handprellung rechts, einer Prellung der BWS und LWS sowie einer Thoraxprellung hat er als folgenlos ausgeheilt beschrieben (Bl. 130 SG-Akte). Diese Diagnosen stehen auch in Einklang mit den von ihm erhobenen Befunden. Wie bereits oben ausgefÃ¼hrt, hat der SachverstÃ¤ndige trotz von der KlÃ¤gerin demonstrierter Probleme beim VorfÃ¼hren der Gang- und Standvarianten bei gleichzeitiger normaler SchrittlÃ¤nge zu ebener Erde (Bl. 113 SG-Akte), weder eine ungleiche FuÃsohlenbeschwielung, noch eine Muskelminderung im Bereich

des linken Unterschenkels zu objektivieren vermocht. Die BewegungsmaÃe der unteren ExtremitÃ¤ten â insbesondere der Kniegelenke mit bds. 0-0-135Â° â haben alle im Normbereich gelegen (Bl. 114 SG-Akte). Auch hat er weder eine Ergussbildung, noch ein Patellatanzen und auch keinen Schwellzustand im Bereich des linken Kniegelenks nachweisen kÃ¶nnen. Allerdings hat er ein retropatellares Knacken bei passiver Bewegung des linken Kniegelenkes und einen ausgeprÃ¤gten Druckschmerz im Bereich des medialen und lateralen Kniegelenkspaltes sowie einen solchen bei Betastung der KollateralbÃ¤nder und einen diffusen Druckschmerz in der linken Kniekehle beschrieben. Die ÃberprÃ¼fung des Kniebandapparates hat eine lediglich grenzwertige InnenbandinstabilitÃ¤t und StabilitÃ¤t der hinteren Schublade in 90Â° und eine leichte InnenbandinstabilitÃ¤t in 30Â° Beugung und der vorderen Schublade in 90Â° ergeben (Bl. 116 SG-Akte). Auch der Verwaltungsgutachter W1 hat im Rahmen seiner Begutachtung im Dezember 2015 eine seitengleiche FuÃsohlenbeschwielung, lediglich eine geringe Muskelabmagerung im Bereich des linken Oberschenkels (UmfangmaÃe 20cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt: rechts 66cm, links 65 cm; 10 cm oberhalb inn. Kniegelenkspalt: rechts 55cm, links 56cm) und keine MuskelverschmÃ¤chtigung im Bereich des linken Unterschenkels (s.o.) objektivieren kÃ¶nnen. Er hat ebenfalls lediglich eine leichte und komplett muskulÃ¤r ausgeglichene SchubladeninstabilitÃ¤t sowie eine mediale, muskulÃ¤r nicht ganz vollstÃ¤ndig kompensierbare Seitenbandlockerung und darÃ¼ber hinaus eine â im Vergleich zur Untersuchung durch K1 knapp zwei Jahre spÃ¤ter leicht schlechtere â Kniegelenksbeweglichkeit links von 0-5-120Â° beschrieben. Zwar ergibt sich aus dem Verlaufsbericht der BGU (Bl. 35 f. Senatsakte) anlÃ¤sslich einer Vorstellung der KlÃ¤gerin am 20.08.2019, dass die Kniegelenksbeweglichkeit â bei jedoch regelrechtem Gangbild â auf 0-0-90Â° eingeschrÃ¤nkt gewesen ist. Laut Verlaufsbericht der BGU von Juni 2020 (Bl. 58 f. Senatsakte) ist die Beweglichkeit sogar auf 5-0-75Â° â bei ebenfalls regelrechtem Gangbild â eingeschrÃ¤nkt gewesen. Jedoch hat der M3 im September 2019 und somit zwischen diesen beiden Untersuchungen wiederum eine Kniegelenksbeweglichkeit links von 0-0-130Â° â wenn auch unter Schmerzangabe â bei stabilen SeitenbÃ¤ndern und lediglich leichter KreuzbandinstabilitÃ¤t beschrieben (Bl. 46 Senatsakte), so dass der Senat keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine dauerhafte Verschlechterung der Beweglichkeit des linken Knies hat. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der SachverstÃ¤ndige M2 im Rahmen seiner Untersuchung im April 2021 und somit mehr als eineinhalb Jahre nach der im August 2019 seitens der Ãrzte der BGU â erstmals â dokumentierten BewegungseinschrÃ¤nkung keinerlei Muskelabmagerung im Bereich des linken Beines hat objektivieren kÃ¶nnen, was ebenfalls gegen eine dauerhafte EinschrÃ¤nkung der Kniegelenksbeweglichkeit spricht. Der SachverstÃ¤ndige K1 hat die bei der KlÃ¤gerin im Bereich des linken Knies ab Mitte Juli 2014 verbleibende MdE auf 10 v.H. eingeschÃ¤tzt und auch W1 hat eine rentenberechtigende MdE ab demselben Zeitpunkt nicht mehr gesehen. Nach der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.), die der Senat regelmÃ¤Ãig seinen Beurteilungen zugrunde legt, ist eine muskulÃ¤r kompensierte KniebandinstabilitÃ¤t mit einer MdE von 10 v.H. und muskulÃ¤r nicht kompensierbare InstabilitÃ¤t mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten (S. 653). DarÃ¼ber hinaus richtet sich die MdE-Bewertung von Kniegelenkserkrankungen grundsÃ¤tzlich nach den vorliegenden

BewegungseinschrÃ¤nkungen (S. 685). Eine BewegungseinschrÃ¤nkung von 0-0-120Â° fÃ¼hrt zu einer MdE von 10 v.H., eine Beweglichkeit von 0-0-90Â° zu einer MdE von 15 v.H. und erst eine BewegungseinschrÃ¤nkung von 0-0-80Â° fÃ¼hrt zu einer rentenberechtigenden MdE von 20 v.H. Da bei der KlÃ¤gerin also allenfalls eine leichte BewegungseinschrÃ¤nkung und eine muskulÃ¤r Ã¼berwiegend kompensierbare InstabilitÃ¤t vorliegt, schlieÃt sich der Senat der Ã¼berzeugenden MdE-EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen K1 auf 10 v.H. an. Soweit der die KlÃ¤gerin behandelnde H2 im Rahmen seiner sachverstÃ¤ndigen Zeugenauskunft gegenÃ¼ber dem SG eine MdE von 50 v.H. veranschlagt hat, hat er jedoch keine Befunde mitgeteilt, die diese EinschÃ¤tzung stÃ¼tzen kÃ¶nnten, und ist diese auch von den SachverstÃ¤ndigen nicht bestÃ¤tigt worden, weshalb sich eine weitere Auseinandersetzung mit dessen EinschÃ¤tzung erÃ¼brigt.

DarÃ¼ber hinaus liegt bei der KlÃ¤gerin auf psychiatrischem Fachgebiet eine funktionelle BeinlÃ¤hmung mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung links nach einer Verletzung des linken Knies vor. Dass diese GesundheitsstÃ¶rung nicht in ein gÃ¤ngiges Diagnosesystem eingeordnet werden kann, spielt bei der Bemessung der MdE keine entscheidende Rolle, da es hierbei lediglich auf die verbliebenen FunktionsstÃ¶rungen ankommt (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl., 2017, S. 124). Ob diese funktionelle BeinlÃ¤hmung jedoch tatsÃ¤chlich auch kausal â wie u.a. vom S angenommen â auf den Arbeitsunfall oder aber vielmehr â wie von H und dem W2 angenommen â auf in der PersÃ¶nlichkeit der KlÃ¤gerin liegende GrÃ¼nde zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, kann vorliegend dahinstehen. Denn jedenfalls fÃ¼hrt diese funktionelle BeinlÃ¤hmung nicht zu einer ErhÃ¶hung der MdE. Wie bereits oben dargestellt, leidet die KlÃ¤gerin an einer Kraftminderung der FuÃ- und Zehenheber im Bereich des linken FuÃes, die jedoch seitens des Verwaltungsgutachters H und der gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen N und M2 nicht immer gleich ausgeprÃ¤gt objektiviert werden konnte. Sowohl im Rahmen der Untersuchung bei H im September 2016 als auch der Untersuchung durch M2 im April 2021 ist der KlÃ¤gerin der Zehen- und Fersengang â wenn auch eingeschrÃ¤nkt â mÃ¶glich gewesen und es liegen auch â wie ebenfalls bereits oben dargestellt â keine weiteren objektiven Hinweise auf eine schmerzbedingte Minderbelastung des linken FuÃes vor. M2 hat darÃ¼ber hinaus das Vorliegen latenter oder manifester Paresen ausdrÃ¼cklich verneint. Die Ãrzte der BGU haben auÃerdem sowohl im August 2019 (Bl. 35 f. Senatsakte) als auch im Juni 2020 (Bl. 58 f. Senatsakte) ein regelrechtes Gangbild beschrieben. Nach SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 252 f.) sind vollstÃ¤ndige AusfÃ¤lle der fÃ¼r die FuÃ- und ZehenheberschwÃ¤che grundsÃ¤tzlich verantwortlichen Nervi peroneus communis und profundus jeweils mit einer MdE von 20Â v.H. zu bewerten. TeillÃ¤hmungen (Paresen) sind geringer zu bemessen. Da bei der KlÃ¤gerin eine Nerven(teil)lÃ¤sion gerade nicht vorliegt (s.o.), die objektivierte Kraftminderung im linken FuÃ allenfalls als leichtgradig einzuschÃ¤tzen ist und auch das Gangbild der KlÃ¤ger nicht durch AuffÃ¤lligkeiten geprÃ¤gt ist, sieht der Senat auch in analoger Heranziehung dieser BewertungsmaÃstÃ¤be keine Veranlassung, die auf orthopÃ¤dischem Fachgebiet angesetzte MdE von 10 v.H. durch die funktionelle BeinlÃ¤hmung zu erhÃ¶hen.

Soweit der SachverstÃ¤ndige N eine AnpassungsstÃ¶rung mit situationsbezogenen

Ã□ngsten (ICD-10 F43.2) diagnostiziert hat, sieht der Senat bereits das Vorliegen dieser Erkrankung nicht als nachgewiesen an. Laut der ICD-10-Definition handelt es sich hierbei um ZustÃ¤nde von subjektiver BedrÃ¤ngnis und emotionaler BeeintrÃ¤chtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und wÃ¤hrend des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden LebensverÃ¤nderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschÃ¤digt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer UnterstÃ¼tzung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem grÃ¶Ã□eren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). AuÃ□erdem kann ein GefÃ¼hl bestehen, mit den alltÃ¤glichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu kÃ¶nnen. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder lÃ¤ngere depressive Reaktion oder eine StÃ¶rung anderer GefÃ¼hle und des Sozialverhaltens sein. Im Vordergrund dieser Erkrankung stehen somit depressive Symptome, AngstzustÃ¤nde oder VerhaltensauffÃ¤lligkeiten (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 152). Derartige BeeintrÃ¤chtigungen liegen bei der KlÃ¤gerin jedoch gerade nicht vor. Wie ebenfalls bereits oben ausgefÃ¼hrt, ist der psychische Befund der KlÃ¤gerin nahezu unauffÃ¤llig. Insbesondere ergeben sich auch aus ihren gegenÃ¼ber den Verwaltungsgutachtern und SachverstÃ¤ndigen gemachten anamnestischen Angaben keine AngstzustÃ¤nde oder VerhaltensauffÃ¤lligkeiten von Krankheitswert. Soweit sie bei N â□□Ã¼ber situative Ã□ngste beim Autofahrenâ□□ geklagt hat (Bl. 175 SG-Akte), ist schon vÃ¶llig unklar, wann und in welcher Form diese auftreten. Jedenfalls fÃ¼hren diese ganz offensichtlich nicht zu einem Vermeidungsverhalten, da sie diesem zudem berichtet hat, sogar ihre Eltern noch zum Arzt oder zum Friseur zu fahren (Bl. 176 SG-Akte). Ã□berdies hat sie gegenÃ¼ber dem S berichtet, dass ihr Ehemann ihr sechs Monate nach dem Unfall ein neues Motorrad geschenkt habe, sie einen â□□Wiedereinstiegskursâ□□ absolviert habe und anschlieÃ□end noch sechs Monate Motorrad gefahren sei, was ihr SpaÃ□ bereitet habe. SchlieÃ□lich habe sie das Motorradfahren aber aufgegeben, da sie Probleme beim Schalten gehabt habe. Auch aus diesen Angaben der KlÃ¤gerin lÃ¤sst sich nicht auf das Vorhandensein von krankheitswertigen Ã□ngsten schlieÃ□en, zumal S auch ausdrÃ¼cklich ausgefÃ¼hrt hat, dass bei der KlÃ¤gerin keine Symptome explorierbar seien, die auf eine TraumafolgestÃ¶rung nach dem Unfallereignis hindeuteten (Bl. 198 Senatsakte). Hinzu kommt, dass eine AnpassungsstÃ¶rung innerhalb eines Zeitraums von lÃ¤ngstens drei Monaten nach dem belastenden Ereignis beginnt und selten lÃ¤nger als sechs Monate anhÃ¤lt (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 152). Vor diesem Hintergrund ist die Diagnose einer AnpassungsstÃ¶rung zum Zeitpunkt der Begutachtung durch N im Mai 2018 und somit fast fÃ¼nf Jahre nach dem Unfallereignis nicht nachvollziehbar.

Weitere, bei der MdE-Bemessung zu berÃ¼cksichtigende, SchÃ¤den â□□ insbesondere auf neurologischem Fachgebiet (s.o.) â□□ liegen bei der KlÃ¤gerin nicht vor.

Die Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 v.H. auf unbestimmte Zeit Ã¼ber den 30.06.2015 hinaus liegen daher ebenso wenig vor, wie diejenigen zur Anerkennung weiterer Unfallfolgen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Â

Â

Erstellt am: 14.10.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024