S 4 U 4025/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	10.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Zur Bemessung der Höhe der MdE bei einem chronischem Stauungsödem der Beine.
Normenkette	SGB 7 § 56 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 U 4025/18
Datum	21.08.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 U 3113/19
Datum	19.01.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.08.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃ□ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Â

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten steht die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 im Streit.

Der 1947 geborene KlÃ¤ger knickte am 02.10.2004 im Rahmen seiner bei der Beklagten versicherten TÃ¤tigkeit bei der Firma H1 Gesellschaft fÃ¼r Logistik und Service mbH beim Transport eines medizinischen GerÃ¤tes Ã¼ber einen Fahrstuhlschacht mit dem linken FuÃ□ um (s. Unfallanzeige, AID: 2/S. 1 VA-Bd. I)

und zog sich eine knÃ¶cherne Absplitterung am Os cuboideum (WÃ¼rfelbein) links im Sinne eines Kapselausrisses zu, die konservativ versorgt wurde (AID: 3/S. 1 und 9/S. 1 VA-Bd. I). Bereits im Jahr 1999 hatte sich der KlÃ¤ger eine kleine knÃ¶cherne Aussprengung am lateralen proximalen Rand des Os cuboideum links zugezogen (AID: 100/S. 1 VA-Bd. I).

Trotz eingeleiteter Thromboembolieprophylaxe mit FragminÂ® P Forte (AID: 3/S. 1 VA-Bd. I) kam es beim KlÃ¤ger â□□ ausgelÃ¶st durch eine frische Beinvenenthrombose â□□ zu einer zentralen Lungenembolie rechts im Bereich des Pulmonalishauptstamms, wegen der er sich vom 15.11.2004 bis 04.12.2004 in stationÃ¤rer Behandlung im StÃ¤dtischen Klinikum K1 befand, wo eine systemische Thrombolyse durchgefÃ¼hrt und der KlÃ¤ger marcumarisiert wurde (AID: 30/S. 2 ff. VA-Bd.Â I). Bereits am 22.11.2004 waren jedoch echokardiographisch keine akuten Rechtsherzbelastungen mehr nachweisbar. Vom 16.12.2004 bis 06.01.2005 befand er sich in einer Anschlussheilbehandlung in der A1-Klinik K2 (AID: 63/S. 4 ff. VA-Bd. I), in der eine Belastungsatemnot, -schwÃ¤che und mangelnde Kondition wesentlich beruhend auf einem Zustand nach (Z.n.) schwerer Lungenembolie sowie eine arterielle Hypertonie festgestellt wurde. Der Verdacht auf (V.a.) das Bestehen einer pulmonal-arteriellen Hypertonie bestÃ¤tigte sich in der durchgefÃ¼hrten Echokardiographie hingegen nicht. In der Folgezeit wurde der KlÃ¤ger diesbezÃ¼glich behandelt. Hinsichtlich der Einzelheiten zu den weiteren Behandlungen wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen. DemgegenÃ¼ber teilte der M1 am 15.04.2005 mit (AID: 45/S. 1 VA-Bd. I), dass seitens der FuÃ□verletzung das Heilverfahren abgeschlossen werden kÃ¶nnte.

Mit bestandskrÃ¤ftigem Bescheid vom 20.03.2006 stellte die Beklagte die bisherige Zahlung von Verletztengeld mit Ablauf des 07.04.2006 ein (AID: 148/S. 1 VA-Bd. II).

Am 22.03.2006 erstellte der D1 des StÃ¤dtischen Klinikums K1 S1 ein gefÃ¤Ã□chirurgisches Gutachten (AID: 156/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 31.01.2006), in dem er ausfÃ¼hrte, dass auf gefÃ¤Ã□chirurgischem Fachgebiet keine massiven SchÃ¤den mehr vorlÃ¤gen, der KlÃ¤ger lediglich auf das Tragen von KompressionsstrÃ¼mpfen angewiesen sei. Es sei zu einer Restitutio ad integrum gekommen. Auch bestÃ¼nde kein klinisches Zeichen einer chronischen Insuffizienz im Sinne eines postthrombotischen Syndroms mehr. Die vom KlÃ¤ger berichtete rezidivierend auftretende Schwellneigung im Bereich der Beine habe sich wÃ¤hrend der Untersuchung nicht nachweisen lassen. Die Minderung der ErwerbsfÃ¤higkeit (MdE) betrage von gefÃ¤Ã□chirurgischer Seite weniger als 10 v.H. Allerdings leide der KlÃ¤ger an den Folgen der Lungenembolie mit einer pulmonalen arteriellen Hypertonie sowie einer SchÃ¤digung der Lungenfunktion im Sinne einer deutlichen Restriktion.

Die Beklagte holte ein Erstes Rentengutachten bei dem A2 Klinik G1 B1 ein (AID: 196/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 22.09.2006), der einen Belastungsschmerz im Bereich des linken FuÃ□es, eine Belastungsdyspnoe, eine BelastungseinschrÃ¤nkung im Alltag ab 50 Watt sowie eine reaktive depressive Verstimmung als wesentliche Unfallfolgen ansah und die MdE ab dem Unfalltag auf Dauer mit 100 v.H. bewertete.

Daraufhin holte die Beklagte das Gutachten des B2 ein (AID:Â 206/S. 1 ff. VA-Bd. II, Untersuchungstag: 29.11.2006). B2 teilte in seinem Gutachten mit, dass das im Rahmen der kÃ¶rperlichen Untersuchung vorgetragene Atemmuster keinesfalls im Zusammenhang mit einem embolischen Geschehen oder einer verbliebenen Restsymptomatik stehe. Eine aufgrund mangelhafter Kooperation des KlÃ¤gers bei der Lungenfunktionsanalyse ergÃ¤nzend durchgefÃ¼hrte Spiralcomputertomographie (AID: 206/S. 19 VA-Bd. II) habe ergeben, dass sÃ¤mtliche zentrale Pulmonalarterien komplett rekanalisiert und regelrecht kontrastiert gewesen seien und ct-morphologisch keine fassbaren Rechtsherzbelastungszeichen vorlÃ¤gen. Dies spreche gegen einen fortbestehenden Organschaden nach erfolgreicher Thrombolyse einer beidseitigen Lungenarterienembolie, weshalb er auf pneumologischem Fachgebiet fortbestehende Unfallfolgen verneinte und die MdE auf unter 10 v.H. einschÃ¤tzte.

GestÃ¼tzt auf das Gutachten des B2 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 09.03.2007 daraufhin die Bewilligung einer Verletztenrente ab (AID: 212/S. 5 f. VA-Bd. II), da die Unfallfolgen nach Bruch des linken MittelfuÃes und nachfolgender Lungenembolie im Wesentlichen behoben seien. Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch des KlÃ¤gers hin (AID: 222/S. 1 ff. VA-Bd. III) holte die Beklagte ein Gutachten bei dem S2 ein (AID: 258/S. 1 ff. VA-Bd. III, Untersuchungstag: 28.08.2007), der eine reaktive depressive Verstimmung als Unfallfolge diagnostizierte, eine MdE auf seinem Fachgebiet jedoch verneinte.

Im Februar 2008 wurde beim KlÃ¤ger zur weiteren kardiologischen AbklÃ¤rung eine Herzkatheteruntersuchung durchgefÃ¼hrt (Bl. 62 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09), woraufhin eine koronare ZweigefÃ¤Ãerkrankung bei leichtgradig eingeschrÃ¤nkter linksventrikulÃ¤rer Pumpfunktion diagnostiziert wurde und schlieÃlich eine Stent-Implantation erfolgte. Ãberdies wurde eine Pulmonalisangiographie durchgefÃ¼hrt, die normale DruckverhÃ¤ltnisse im kleinen Kreislauf ohne Hinweise auf eine (zentrale) Lungenembolie und einen normalen pulmonal-arteriellen Widerstand zeigte.

Der Leiter des Medizinischen Klinik und Poliklinik des UniversitÃ¤tsklinikums M2 B3 teilte in einem (weiteren) internistisch-pneumologischen Fachgutachten mit (AID: AID 288/S. 1 ff. VA-Bd. III, Untersuchungstage: 26.09.2007 und 08.11.2007), dass der KlÃ¤ger an einer bereits in alltÃ¤glichen Situationen auftretenden Belastungsdyspnoe leide, die mangels Anhaltspunkten fÃ¼r andere Ursachen auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Trotz unauffÃ¤lliger bildgebender Darstellung halte er als Ursache strukturelle Residuen der Lungenembolie, die sich peripher der subsegmentalen Ebene manifestiert hÃ¤tten, fÃ¼r wahrscheinlich. Die koronare ZweigefÃ¤Ãerkrankung sei demgegenÃ¼ber unfallunabhÃ¤ngig. Eine pulmonale Hypertonie schloss er aus. Die MdE bewertete er mit 70 v.H. Diesem Gutachten trat der S3 in seinen beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahmen vom Oktober 2008 (AID: 295/S. 1 ff. VA-Bd. III) und Januar 2009 (AID: 313/S. 9 ff. VA-Bd. IV) entgegen.

Die Beklagte holte sodann ein Gutachten bei B4 ein (AID: 346/S. 1 ff. VA-Bd. IV, Untersuchungstag: 04.03.2009), in dem dieser als Unfallfolge einen Z.n. Distorsion des linken Sprunggelenks mit nachfolgender Lungenembolie beidseits als Folge

einer Unterschenkelvenenthrombose rechts, eine geringgradige posttraumatische Arthrose des calcaneu-cuboidal GelenksÂ links, ein hinkendes Gangbild ohne physiologisches Abrollverhalten des linken FuÃes, LymphÃ¶deme beidseits ohne Nachweis einer posttraumatischen Genese und eine reaktive depressive Verstimmung diagnostizierte und die MdE vom Unfalltag bis zum 08.03.2007 auf 100 v.H. und ab dem 09.03.2007 auf 10 v.H. einschÃ¤tzte. Er empfahl u.a. das Tragen von KompressionsstrÃ¼mpfen der Klasse II.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.10.2009 (AID: 359/S. 3 ff. VA-Bd. IV) wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des KlÃ¤gers zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie insbesondere aus, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfalltrauma bzw. der darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hrenden Lungenembolie und der festgestellten koronaren ZweigefÃ¤Ãerkrankung sowie den angegebenen Atembeschwerden nicht mit der in der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit bestehe.

Hiergegen erhob der KlÃ¤ger mit dem Begehren, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 eine Verletztenrente zu gewÃ¤hren, Klage beim Sozialgericht Karlsruhe â SG â (S 8 U 5233/09) und fÃ¼hrte zur BegrÃ¼ndung u.a. aus, dass er an einer Minderbelastbarkeit des Herzens und der Lunge, einem pulmonalen Bluthochdruck, einer koronaren ZweigefÃ¤Ãerkrankung, nachhaltigen Atembeschwerden und einer Minderbelastbarkeit des linken FuÃes leide, die unfallbedingt seien und eine MdE von 100 v.H. rechtfertigten. Das SG befragte zunÃ¤chst die den KlÃ¤ger behandelnden Ãrzte (schriftlich) als sachverstÃ¤ndige Zeugen (s. Bl. 37 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09) und holte sodann von Amts wegen SachverstÃ¤ndigengutachten bei dem B5 (Bl. 187 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 22.07.2010), bei dem S4 (Bl. 208 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 22.07.2010) und dem S5 (Bl. 224 ff. SG-Akte S 8 U 5233/09, Untersuchungstag: 02.12.2010) ein. B5 fÃ¼hrte in seinem Gutachten aus, dass die im Anschluss an die tiefe Beinvenenthrombose aufgetretene beidseitige Lungenembolie innerhalb kurzer Zeit komplett verschwunden gewesen sei und auf lungenfachÃ¤rztlichem Gebiet keine Folgen einer Lungenembolie mehr nachzuweisen seien. Auf seinem Fachgebiet liege daher keine MdE vor. S4 diagnostizierte â unter Auswertung des lungenfachÃ¤rztlichen Gutachtens des B5 â eine koronare ZweigefÃ¤Ãerkrankung, eine Hypertonie, eine Proteinurie, eine leichte Niereninsuffizienz und einen Z.n. Beinvenenthrombose rechts 11/2004 und verneinte einen Kausalzusammenhang zwischen der stattgehabten Lungenembolie und der koronaren ZweigefÃ¤Ãerkrankung sowie der Hypertonie. Ãberdies sah er â unter Auswertung des gefÃ¤Ãchirurgischen Gutachtens des S1 vom 22.03.2006 â auch keine Hinweise auf ein postthrombotisches Syndrom. S5 fÃ¼hrte in seinem Gutachten aus, dass lediglich eine Schwellneigung des rechten Unterschenkels und des Sprunggelenks nach Unterschenkelthrombose vorliege, die mit einer MdE um 10 v.H. zu bewerten sei. Daraufhin wies das SG die Klage mit Urteil vom 21.12.2011 ab.

Gegen das Urteil des SG vom 21.12.2011 (S 8 U 5233/09) legte der KlÃ¤ger am 02.01.2012 Berufung beim Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg (LSG) ein (L 3 U 19/12). Das LSG holte sodann auf Antrag des KlÃ¤gers gem. Â§ 109

Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein SachverstÃ¤ndigengutachten (Bl. 63 ff. LSG-Akte L 3 U 19/12, Untersuchungstage: 19.06.2012, 07.08.2012, 30.08.2012, 20.09.2012) sowie eine ergÃ¤nzende Stellungnahme (Bl. 103 ff. LSG-Akte L 3 U 19/12) bei dem K3 ein. Der SachverstÃ¤ndige diagnostizierte eine koronare Herzkrankheit, einen arteriellen Hypertonus und ein Residuum einer herzinsuffizienzwirksamen EinschrÃ¤nkung der rechtsventrikulÃ¤ren Pumpfunktion. Letztere fÃ¼hrte er aufgrund des plausiblen pathophysiologischen Zusammenhangs mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die stattgehabte Lungenembolie zurÃ¼ck. Allerdings fÃ¼hrte er gleichzeitig aus, dass eine diastolische Herzinsuffizienz auch bei einer koronaren Herzkrankheit â wie sie beim KlÃ¤ger ebenfalls diagnostiziert wurde â nicht ungewÃ¶hnlich sei. Allerdings lieÃe sich nicht klÃ¤ren, inwieweit die Herzinsuffizienz auf den unfallunabhÃ¤ngigen Herzproblemen basiere. Die MdE schÃ¤tzte er in den ersten drei Jahren nach dem Unfall auf âmindestensâ 100 v.H, im vierten Jahr danach auf 90 v.H. und in den Jahren danach auf 80 v.H. ein. Nach Vorlage einer (erneuten) beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme desÂ S3 von Juni 2013 durch die Beklagte (Bl. 118 LSG-Akte L 3 U 19/12) holte das LSG ein weiteres Gutachten von Amts wegen bei dem F1 ein (Bl. 136 ff. LSG-Akte L 3 U 19/12, Untersuchungstage: 08.10.2013 und 14.10.2013). F1 bestÃ¤tigte zwar u.a. die Diagnosen einer posttraumatischen Unterschenkelvenenthrombose linksseitig 11/2004 mit aktuell postthrombotischen Residuen (Teilrekanalisation der Vena tibialis posterior linksseitig), Ãdemneigung des linksseitigen Unterschenkels und Hyperpigmentation im Bereich der Haut des linksseitigen Unterschenkels sowie einer koronaren ZweigefÃ¤Ãerkrankung, schloss mangels entsprechender Befunde jedoch sowohl das Vorliegen einer RechtsherzstÃ¶rung als auch einer pulmonal-arteriellen Hypertonie aus und sah keine Anzeichen fÃ¼r eine Herzinsuffizienz. Vielmehr fÃ¼hrte er die beim KlÃ¤ger bestehende LeistungsschwÃ¤che und Luftnotsymptomatik auf eine konstitutionelle Leistungsminderung des KlÃ¤gers zurÃ¼ck. Eine unfallbedingte MdE sah er nicht. F1 legte auÃerdem ein fÃ¼r das Oberlandesgericht K1 in vom KlÃ¤ger gegen eine private Versicherung gefÃ¼hrten Rechtsstreitigkeiten (12 U 187/11, 6 O 207/09) erstattetes SachverstÃ¤ndigengutachten â des UniversitÃ¤tsklinikums F2Â M3 vom 04.12.2012 vor (Bl. 165 ff. LSG-Akte L 3 U 19/12, Untersuchungstag: 08.10.2012). M3 fÃ¼hrte darin aus, dass keine zwingenden Hinweise auf das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie beim KlÃ¤ger bestÃ¼nden. Insbesondere sei sowohl die Dimensionierung der HerzhÃ¶hlen, als auch die rechtsventrikulÃ¤re Funktion normal. Gleichzeitig teilte er mit, dass die funktionellen Untersuchungen (Lungenfunktionsanalyse, Bestimmung der DiffusionskapazitÃ¤t der Lunge sowie Atemmuskelfunktionsuntersuchung) aufgrund der insuffizienten Mitarbeit des KlÃ¤gers nicht beurteilbar gewesen seien.

Mit Urteil vom 30.04.2014 wies das LSG die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des SG vom 21.12.2011 (S 8 U 5233/09) zurÃ¼ck (L 3 U 19/12). Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte es aus, dass es beim KlÃ¤ger durch das stattgehabte Unfallereignis zu einem Gesundheitserstschaden in Form einer Distorsion des linken Sprunggelenks sowie einer kleinen Absprengung am Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses im linken FuÃ gekommen sei. Hieraus resultiere zwischenzeitlich lediglich noch eine subjektive Beschwerdesymptomatik bei leicht hinkendem Gangbild durch ein unphysiologisches Abrollverhalten des linken FuÃes. Dies bedinge nach den

orthopÃ¤dischen Gutachten desÂ B4 vom 12.05.2009 und des S5 vom 09.12.2010 jedoch lediglich eine MdE von allenfalls 10 v.H. Zudem sei es zu einer Beinvenenthrombose rechts gekommen, die kausal auf den Unfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren und als mittelbare Unfallfolge anzusehen sei. Diese sei jedoch zwischenzeitlich folgenlos ausgeheilt. Insoweit bestÃ¼nden lediglich noch postthrombotische Residuen (Teil-Kanalisation der Vena tibialis posterior linksseitig, eine Ãdemneigung des linksseitigen Unterschenkels sowie eine Hyperpigmentation im Bereich des linksseitigen Unterschenkels), die jedoch nach dem gefÃ¤Ãchirurgischen Gutachten des S1 vom 22.03.2006 keine MdE bedingten. Hingegen sei die beim KlÃ¤ger bestehende Belastungsdyspnoe keine unfallbedingte GesundheitsstÃ¶rung, da weder eine unfallbedingte SchÃ¤digung der Lunge, noch des Herzens nachgewiesen worden sei. Die beim KlÃ¤ger erstmals im Jahr 2008 diagnostizierte koronare ZweigefÃ¤Ãerkrankung stelle nach Auffassung aller SachverstÃ¤ndiger keine Unfallfolge dar. Die im Jahr 2006 erstmals diagnostizierte Ektasie der Aorta ascendens fÃ¼hre jedenfalls nicht zu einer bedeutsamen Aortenklappeninsuffizienz, weshalb dahingestellt bleiben kÃ¶nne, ob diese kausal auf die Lungenembolie zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden kÃ¶nne.

Die Beschwerde des KlÃ¤gers gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil vom 30.04.2014 (B 2 U 118/14 B) wurde vom Bundessozialgericht (BSG) mit Beschluss vom 16.09.2014 (Bl. 235 LSG-Akte L 3 U 19/12) ebenso als unzulÃ¤ssig verworfen, wie die anschlieÃend vom KlÃ¤ger hiergegen erhobene AnhÃ¶rungsrÃ¼ge (Beschluss des BSG vom 04.11.2014, Bl.Â 238 f. LSG-Akte L 3 U 19/12).

Am 19.01.2016 stellte der KlÃ¤ger einen Verschlimmerungsantrag (AID: 406/S. 1 VA-Bd. V) und fÃ¼hrte zur BegrÃ¼ndung aus, seit Mai 2014 an schweren, mÃ¼den Beinen, nÃ¤chtlichen FuÃ- und WadenkrÃ¤mpfen, starken Schwellungen der KnÃ¶chel, zunehmenden Beschwerden zum Abend hin, starken Schmerzen in der Kniekehle, und einem hinkenden Gang zu leiden und die Wohnung nicht (mehr) verlassen zu kÃ¶nnen. Er legte einen Arztbrief des M4 vom 15.07.2014 (AID: 406/S. 2 VA-Bd. V) vor, wonach er an einem postthrombotischen Syndrom rechts, einem Reflux in der Vena poplitea rechts und einem Z.n. tiefer Venenthrombose (TVT) re. und Lungenembolie (LE) 2004 leide. M4 empfahl eine manuelle Lymphdrainage sowie das Tragen eines Kompressionsstrumpfes. Der KlÃ¤ger legte auch einen Arztbrief des S1 vom 04.01.2016 (AID 410/S. 1 ff. VA-Bd. V) vor, wonach er an BeinÃ¶demen bds., rechts mehr als links bei postthrombotischem Syndrom rechtes Bein und V.a. Rechtsherzinsuffizienz bei Z.n. zentraler Lungenembolie leide. Zudem diagnostizierteÂ S1 eine chronische Niereninsuffizienz.

Mit Bescheid vom 01.08.2016 lehnte die Beklagte die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls (weiterhin) ab (AID: 422/S. 1 f. VA-Bd. V). Auf den hiergegen eingelegten Widerspruch des KlÃ¤gers hin (AID: 424/S. 1 VA-Bd. V), fÃ¼hrte die Beklagte weitere medizinische Ermittlungen bei S1 (AID: 455/S. 2 ff. VA-Bd. VI) und R1 (AID: 462/S. 1 VA-Bd. VI) durch und holte (weitere) Gutachten bei dem M5 (AID: 515/S. 1 ff. VA-Bd. VI, Untersuchungstag: 12.01.2018) und S1 (AID: 516/S. 1 ff. VA-Bd. VI, Untersuchungstag: 02.02.2018) ein. M5 beschrieb als Unfallfolgen auf seinem Fachgebiet Schmerzen und eine

Schwellung im rechten Unterschenkel und linken FuÃ, wobei er im Rahmen seiner Untersuchung weder BewegungseinschrÃ¤nkungen im Bereich beider Sprunggelenke noch SchwellungszustÃ¤nde und auch keine signifikanten Unterschiede der UmfangmaÃe im Bereich der unteren ExtremitÃ¤ten zu dokumentieren vermochte. Die MdE schÃ¤tzte er auf seinem Fachgebiet auf 10 v.H. ein. S1 diagnostizierte als wesentliche Unfallfolgen eine Ãdembildung beider Unterschenkel, rezidivierende Beinschmerzen rechts und eine verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit. Die MdE schÃ¤tzte er auf gefÃ¤Ãchirurgischem Fachgebiet auf unter 10 v.H. ein. Nach Einholung einer beratungsÃ¤rztlichen Stellungnahme des W1 (AID: 530/S. 2
VA-Bd.Â VI) wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers mit Widerspruchsbescheid vom 09.11.2018 zurÃ¼ck (AID: 537/S. 1 ff. VA-Bd. VI).

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 19.11.2018 Klage beim SG erhoben (S 4 U 4025/18) und â im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 21.08.2019 â klargestellt, dass es ihm um die âAnerkennung der Verschlimmerungâ der bereits anerkannten Unfallfolgen gehe, die im Jahr 2014 eingetreten sei und er eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 70 v.H. begehre.

Das SG hat die den KlÃ¤ger behandelnden Ãrzte (schriftlich) als sachverstÃ¤ndige Zeugen befragt. Der W2 hat u.a. mitgeteilt (Bl. 43 und 45 f. SG-Akte), den KlÃ¤ger seit Juli 2008 ausschlieÃlich hausÃ¤rztlich zu betreuen und keine eigenen Untersuchungen im Hinblick auf die Unfallfolgen durchgefÃ¼hrt zu haben. DiesbezÃ¼glich habe er den KlÃ¤ger zu FachÃ¤rzten Ã¼berwiesen. M4 hat mitgeteilt (Bl. 49 f. SG-Akte), der KlÃ¤ger leide an einem postthrombotischen Syndrom rechts mit Reflux in der Vena poplitea rechts sowie einem ausgedehnten UnterschenkelÃ¶dem rechts.

Mit Urteil vom 21.08.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, dass der KlÃ¤ger ausdrÃ¼cklich eine Verschlimmerung der bereits anerkannten Unfallfolgen seit dem Jahr 2014 begehre, nicht jedoch die Anerkennung weiterer Unfallfolgen geltend mache und hat zur Vermeidung von Wiederholungen auf das rechtskrÃ¤ftige Urteil des LSG in dem Verfahren L 3 U 19/12 vom 30.04.2014 verwiesen, wonach als Unfallerstschaden eine Distorsion des linken Sprunggelenks sowie eine kleine Absprengung am Os cuboideum im Sinne eines Kapselausrisses am linken FuÃ vorgelegen habe, aus der sich nach vorÃ¼bergehendem Eintreten einer inzwischen ausgeheilten Lungenembolie eine subjektive Beschwerdesymptomatik bei leicht hinkendem Gangbild durch ein unphysiologisches Abrollverhalten des linken FuÃes sowie postthrombotische Residuen entwickelt hÃ¤tten. Insbesondere sei eine Belastungsdyspnoe weiterhin nicht als unfallbedingte GesundheitsstÃ¶rung anzusehen, da eine organisch fassbare SchÃ¤digung der Lunge bzw. des Herzens nicht als Folge des Unfalls nachgewiesen worden sei. Aus den von der Beklagten eingeholten Gutachten der M5 und S1 ergÃ¤ben sich jedoch keine Unfallfolgen, die mit einer MdE von wenigstens 20 v.H. zu bewerten seien. Zwar lÃ¤gen nach dem Gutachten des M5 von Februar 2018 Schmerzen und eine Schwellung am rechten Unterschenkel und im linken FuÃ vor, was zu einer verminderten Gehstrecke fÃ¼hre. Die BewegungsmaÃe an den unteren ExtremitÃ¤ten zeigten jedoch keine

EinschrÃ¤nkungen. Radiologisch hÃ¤tten sich nach dem Distorsionstrauma auch keine AuffÃ¤lligkeiten gezeigt, insbesondere keine signifikanten arthrotischen VerÃ¤nderungen im Seitenvergleich. Daher erscheine auch die Schlussfolgerung des M5, dass auf seinem Fachgebiet in den fÃ¼r die HÃ¶he der Rente maÃgebenden funktionellen VerhÃ¤ltnissen keine Ãnderung gegenÃ¼ber den maÃgeblichen frÃ¼heren Vergleichsbefunden eingetreten und die MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet mit 10 v.H. einzuschÃ¤tzen sei, Ã¼berzeugend. Auch nach dem Gutachten des S1 vom 07.03.2018 kÃ¶nne nicht von einer Gesamt-MdE von wenigstens 20 v.H. ausgegangen werden.Â S1 sehe eine Ãdembildung der Unterschenkel beidseits mit rezidivierenden Beinschmerzen rechts und einer verminderten kardiopulmonalen Belastbarkeit als wesentliche Unfallfolgen an und gehe auf seinem Fachgebiet von einer MdE von weniger als 10 v.H. aus. Unter BerÃ¼cksichtigung des Umstands, dass aus den GrÃ¼nden der Entscheidung des LSG vom 30.04.2014 eine verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit nicht als Unfallfolge anerkannt werden kÃ¶nne, werde derzeit daher insgesamt keine MdE von wenigstens 20 v.H. erreicht. Auch aus den sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nften der W2 und M4 ergebe sich keine andere EinschÃ¤tzung.

Gegen das â seinem damaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten am 10.09.2019 zugestellte â Urteil vom 21.08.2019 hat der KlÃ¤ger am 15.09.2019 Berufung beim LSG eingelegt. Zur BegrÃ¼ndung hat er vorgetragen, dass sich die Unfallfolgen verschlechtert hÃ¤tten. Er leide unter einer stark ausgeprÃ¤gten Ãdembildung an beiden Unterschenkeln und dadurch an rezidivierenden Beinschmerzen, SpannungsgefÃ¼hlen am rechten Unterschenkel und am linken FuÃ, einem Druckschmerz am seitlichen FuÃrand links mit Ausstrahlung nach proximal. Die Schmerzen nÃ¤hmen im Tagesverlauf zu und fÃ¼hrten gelegentlich auch zu SchlafstÃ¶rungen. Er leide an einem postthrombotischen Syndrom rechts. Es liege eine chronische RÃ¼ckflussstauung von Blut in die Wade des von der Thrombose betroffenen Beines vor, was auf SchÃ¤den an den Venenklappen zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. Dadurch sei die Entstauung des Beines beeintrÃ¤chtigt und es komme zu anhaltenden Schwellungen des Beines mit erheblicher Ãdembildung und starken Schmerzen. Der Umfang des rechten Beins sei im Vergleich zum linken Bein mehr als 2 cm vergrÃ¶Ãert. Der venÃ¶se Abfluss des Beines mÃ¼sse lebenslang durch KompressionsstrÃ¼mpfe unterstÃ¼tzt werden, was eine deutliche EinschrÃ¤nkung seiner LebensqualitÃ¤t bedeute. Auch sei er auf die DurchfÃ¼hrung von Lymphdrainagen angewiesen. Am 07.11.2019 sei eine Kardio-MRT (Bl. 40 ff. Senatsakte) durchgefÃ¼hrt worden, die keinen Hinweis auf strukturelle Herzerkrankungen oder Rechtsherzbelastungen nach Lungenarterienembolie ergeben habe, so dass eine kardiale Ursache fÃ¼r die extremen Schwellungen am rechten Bein ausgeschlossen sei. Vielmehr liege eindeutig ein postthrombotisches Syndrom vor.Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.08.2019 und den Bescheid der Beklagten vom 01.08.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.11.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 02.10.2004 Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 30

v.H. ab 01.05.2014 zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte hat auf die EntscheidungsgrÃ¼nde der erstinstanzlichen Entscheidung sowie die bereits abgeschlossenen Verfahren (S 8 U 5233/09 und L 3 U 19/12) verwiesen und ausgefÃ¼hrt, dass sich auch aus dem Befund der Kardio-MRT vom 07.11.2019 keine andere EinschÃ¤tzung ergebe. Auf den Unfall vom 02.10.2004 zurÃ¼ckzufÃ¼hrende rentenberechtigende Folgen lÃ¤gen beim KlÃ¤ger nicht vor. Insbesondere hÃ¤tten sich die Unfallfolgen beim KlÃ¤ger seit der Entscheidung des LSG vom 30.04.2014 nicht verschlechtert.

Der Senat hat die den KlÃ¤ger behandelnden B4 und M4 schriftlich als sachverstÃ¤ndige Zeugen befragt. B4 hat u.a. die beim KlÃ¤ger im Rahmen seiner Vorstellungen gemessenen UmfangmaÃe der Unterschenkel und KnÃ¶chel mitgeteilt (Bl. 62 f. Senatsakte). Aus orthopÃ¤disch-unfallchirurgischer Sicht sei seit April 2014 keine Verschlimmerung eingetreten. M4 hat mitgeteilt (Bl. 74 ff. Senatsakte), beim KlÃ¤ger ein postthrombotisches Syndrom rechts mit Reflux in der Vena poplitea rechts sowie ein ausgedehntes UnterschenkelÃ¶dem rechts diagnostiziert und ihm eine Anziehhilfe sowie eine manuelle Lymphdrainage rezeptiert zu haben. Der Befund stelle sich Ã¼ber einen Zeitraum von sechs Jahren als konstant dar. Eine Heilung des postthrombotischen Syndroms sei nicht mÃ¶glich, allerdings kÃ¶nne eine Verschlechterung der Erkrankung durch das konsequente Tragen eines Kompressionsstrumpfes und regelmÃ¤Ãiger manueller Lymphdrainage hinausgezÃ¶gert werden.

AuÃerdem hat der Senat auf Antrag des KlÃ¤gers gem. Â§ 109 SGG ein angiologisches SachverstÃ¤ndigengutachten bei dem des UniversitÃ¤tsklinikums U1 R2 eingeholt (Bl. 219 ff. Senatsakte, Untersuchungstag: 02.03.2022). Der SachverstÃ¤ndige hat ein moderates postthrombotisches Syndrom des rechten Unterschenkels diagnostiziert und dieses mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf die alle drei Unterschenkelvenen betreffende tiefe Beinvenenthrombose im Jahr 2004 zurÃ¼ckgefÃ¼hrt (UmfangmaÃe Oberschenkel: rechts 44 cm, links 45 cm; UmfangmaÃe Unterschenkel: rechts 42,5 cm, links 41 cm). Die MdE hat er auf 20 v.H. geschÃ¤tzt. In seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 25.07.2022 hat der SachverstÃ¤ndige mitgeteilt, dass die Messung des Beinumfanges Ã¼blicherweise an drei Stellen des Ober- und Unterschenkels durchgefÃ¼hrt werde. Angegeben wÃ¼rden die MaÃe des grÃ¶Ãten Unterschiedes am Oberschenkel und Unterschenkel im Seitenvergleich. Messungen des distalen Unterschenkels (â KnÃ¶chelumfangâ) seien beim KlÃ¤ger zwar durchgefÃ¼hrt, aber bei geringerer Differenz als oben nicht zusÃ¤tzlich dokumentiert worden.

Die Beklagte hat sodann u.a. darauf hingewiesen, dass als Ursache fÃ¼r die Ãdembildung in den Beinen auch die beim KlÃ¤ger unfallunabhÃ¤ngig bestehende Herzinsuffizienz in Betracht komme. Ferner hÃ¤tten die Vorgutachter â ungeachtet der KausalitÃ¤t der Beschwerden â die Ãdembildung und

Beinschmerzen mit einer MdE von unter 10 v.H bewertet (Bl. 228 f. Senatsakte). Diese Beurteilung stehe im Einklang mit den allgemein anerkannten unfallmedizinischen Erfahrungswerten. Bis auf den zeitlichen Zusammenhang und die bloÃe MÃ¶glichkeit habe der WahlsachverstÃ¤ndige keine BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Bejahung des Ursachenzusammenhangs gegeben und sich auch nicht mit den bereits vorliegenden Gutachten auseinandergesetzt.

Der KlÃ¤ger hat daraufhin die vom 26.08.2022 bis 12.09.2022 im Rahmen einer LymphÃ¶dem-Therapie dokumentierten UmfangsmaÃe vorgelegt (Bl. 255 Senatsakte) und vorgetragen, dass er ausweislich des Gutachtens des F1 von November 2013 nicht an einer Herzerkrankung leide.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Prozessakten der gerichtlichen Verfahren S 8 U 5233/09 und L 3 U 19/12 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 des KlÃ¤gers, ist zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet. Der KlÃ¤ger hat (nach wie vor) keinen Anspruch auf GewÃ¤hrung einer Verletztenrente.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 01.08.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.11.2018, mit dem die Beklagte auf den Verschlimmerungsantrag des KlÃ¤gers vom 19.01.2016 hin weiterhin die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente gem. Â§ 56 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) abgelehnt hat.

Das SG hat in den EntscheidungsgrÃ¼nden seines Urteils vom 21.08.2019 die rechtlichen Grundlagen der Voraussetzungen eines Rentenanspruchs nach Â§ 56 Abs. 1 SGB VII zutreffend dargelegt und unter â ebenfalls zutreffender â WÃ¼rdigung der im Laufe sowohl des Verwaltungs- als auch des erstinstanzlichen Verfahrens durchgefÃ¼hrten medizinischen Ermittlungen, insbesondere unter Auswertung der â im Urkundsbeweis verwertbaren â Gutachten der M5 (vom 19.02.2018) und S1 (vom 07.03.2018) sowie des Vortrags des KlÃ¤gers mit zutreffender BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt, dass die Voraussetzungen fÃ¼r die GewÃ¤hrung einer Verletztenrente weiterhin nicht vorliegen. Der Senat sieht deshalb gemÃ¤Ã Â§Â 153 Abs.Â 2Â SGG insoweit von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab und weist die Berufung aus den Ã¼berzeugenden GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung zurÃ¼ck.

Auch die im Rahmen des Berufungsverfahrens durchgefÃ¼hrten weiteren medizinischen Ermittlungen begrÃ¼nden ab dem 01.05.2014 keine rentenrelevante MdE der vom KlÃ¤ger (noch) geltend gemachten gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigungen, so dass letztlich dahinstehen kann, ob diese Ã¼berhaupt rechtlich wesentlich auf den stattgehabten Arbeitsunfall vom 02.10.2004

zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind.

Bei der PrÃ¼fung, ob beim KlÃ¤ger eine rentenrelevante MdE vorliegt, sind allein (noch) die BeeintrÃ¤chtigungen im Bereich beider Beine in Form der vom KlÃ¤ger â wie im Rahmen des am 19.01.2016 in seinem Verschlimmerungsantrag dargestellt â geklagten Schmerzen, der Schwellneigung und des hinkenden Gangs zu berÃ¼cksichtigen. Dass die von ihm im Rahmen der gerichtlichen Verfahren S 8 U 5233/09 und L 3 U 19/12 auch geltend gemachte Belastungsdyspnoe nicht kausal auf den stattgehabten Arbeitsunfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist, hat bereits der 3. Senat des LSG in seinem rechtskrÃ¤ftigen Urteil vom 30.04.2014 ausgefÃ¼hrt. Hierauf hat das SG in seinem Urteil vom 21.08.2019 zu Recht Bezug genommen und auch der erkennende Senat schlieÃt sich den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des 3. Senats in den EntscheidungsgrÃ¼nden des Urteils vom 30.04.2014 (L 3 U 19/12) an und verweist â zur Vermeidung unnÃ¶tiger Wiederholungen â auf die dortigen EntscheidungsgrÃ¼nde. Im Ãbrigen hat der KlÃ¤ger eine Belastungsdyspnoe im vorliegenden gerichtlichen Verfahren auch nicht mehr geltend gemacht (s. insbesondere Niederschrift der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG, Bl. 73 ff. SG-Akte).

Nach dem vom erkennenden Senat regelmÃ¤Ãig seiner Rechtsprechung zugrunde gelegten unfallversicherungsrechtlichen Standardwerk (SchÃ¶nberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S. 639 f.) wird die MdE hinsichtlich der Folgen einer Venenthrombose durch ein chronisches StauungsÃ¶dem und ggf. bestehende SekundÃ¤rerkrankungen am Weichteilmantel bestimmt. Dabei kommt es nicht allein auf die ausgeprÃ¤gtere Schwellung des Unterschenkels, sondern auf den Mittelwert der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel an. Objektive chronische Stauungszeichen sind dabei Besenreiser (fÃ¤cherfÃ¶rmig auftretende kleine bis kleinste Varizen), Pigmentablagerungen und trophische StÃ¶rungen. Ohne getragenen Kompressionsstrumpf ist dabei ein mittlerer Mehrumfang von Ober- und Unterschenkel von 1 bis 2 cm bei Besenreiserzeichnung mit einer MdE von 10 v.H. und bei einem Mehrumfang von mehr als 2 cm mit Pigmentablagerungen von 20 v.H., mit ausgeprÃ¤gten trophischen StÃ¶rungen von 30Â v.H. und mit therapieresistenten Ulzerationen mit 40 v.H. zu bewerten.

Die Voraussetzungen fÃ¼r eine rentenrelevante MdE von 20 v.H. liegen beim KlÃ¤ger auch nach den weiteren vom Senat durchgefÃ¼hrten Ermittlungen nicht vor. Aus dem SachverstÃ¤ndigengutachten des R2 lÃ¤sst sich anhand der im Rahmen seiner Begutachtung gemessenen und dokumentierten Umfangswerte der unteren ExtremitÃ¤ten (Oberschenkel: re. 44 cm,
li. 45Â cm; Unterschenkel: re. 42,5 cm, li. 41 cm) ein Mittelwert der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von 0,75 cm entnehmen. Der Senat legt seiner Berechnung â entsprechend der AusfÃ¼hrungen des R2 in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme â hierbei jeweils die im Bereich des Ober- und des Unterschenkels grÃ¶Ãte gemessene Umfangsdifferenz zugrunde und errechnet hieraus den Durchschnittswert der Umfangsvermehrung. Nach den im Rahmen der Begutachtung von R2 dokumentierten Umfangswerten besteht im

Bereich der Oberschenkel keine zu Lasten des rechten Oberschenkels bestehende Umfangsvermehrung, da der Umfangswert des gesunden linken Oberschenkels sogar um 1 cm grÃ¶Ãer ist als derjenige des durch die Ãdembildung beeintrÃ¤chtigten rechten Unterschenkels (re. 44 cm, li. 45 cm). Im Bereich des Unterschenkels rechts ist ein Umfang von 42,5 cm und links von 41 cm gemessen worden. Dies ergibt eine Umfangsdifferenz von 1,5 cm. Die durchschnittliche Umfangsvermehrung im Bereich von Ober- und Unterschenkel betrÃ¤gt somit 0,75 cm ((0 cm + 1,5 cm) : 2 = 0,75Â cm). Soweit der KlÃ¤ger behauptet hat, im Rahmen der Begutachtung durch R2 sei im Bereich der KnÃ¶chel eine Umfangsdifferenz von 4 cm gemessen worden, so hat dies der SachverstÃ¤ndige in seiner ergÃ¤nzenden Stellungnahme vom 25.07.2022 gerade nicht bestÃ¤tigt. Im Ãbrigen ergibt sich auch aus den im Rahmen der durchgefÃ¼hrten Lymphdrainage am 26.08.2022 gemessenen Werten keine durchschnittliche Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von mindestens 2 cm. Laut der vom KlÃ¤ger vorgelegten entsprechenden Therapie-Dokumentation ist am 26.08.2022 hinsichtlich beider Oberschenkel ein Umfang von 48 cm gemessen worden. Eine Umfangsdifferenz besteht somit nicht. Als grÃ¶Ãte Umfangsdifferenz ist im Bereich der Fersenmitte eine Differenz von 3 cm (Fersenmitte re. 32 cm, links 29 cm) gemessen worden. Ungeachtet des Umstands, dass die Ferse bereits nicht mehr zum Unterschenkel gehÃ¶rt â□□ die Kontur des Unterschenkels ergibt sich durch die Tibia (Schienbein) und auÃen liegende Fibula (Wadenbein); Ã¼ber das Kniegelenk ist der Unterschenkel mit dem Oberschenkel und Ã¼ber das Sprunggelenk mit dem FuÃ verbunden (s. Definition in: Pschyrembel online) -, fÃ¼hrt auch diese Umfangsdifferenz nicht zu einer durchschnittlichen Umfangsvermehrung von mindestens 2Â cm. Diese betrÃ¤gt auch unter Einbeziehung des Fersenwertes lediglich 1,5 cm ((0 cm + 3 cm) : 2 = 1,5 cm). Im Rahmen der nachfolgenden Lymphdrainagetermine â□□ 30.08., 02.09., 05.09., 09.09. und 12.09.2022 â□□ sind lediglich die FersenumfÃ¤nge und nicht auch die UmfÃ¤nge der Oberschenkel dokumentiert worden, so dass eine Berechnung des Mittelwerts der Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel schon deshalb nicht erfolgen kann und sich daher auch keine andere EinschÃ¤tzung der durchschnittlichen Umfangsvermehrung ergibt.

Ãberdies lÃ¤sst sich auch dem vor dem Verschlimmerungsantrag im Oktober 2013 im Rahmen der Untersuchung durch F1 dokumentierten UmfangsmaÃen sowie den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die M5 und S1 im Januar und Februar 2018 dokumentierten Umfangswerte eine durchschnittliche Seitendifferenz von mindestens 2 cm nicht errechnen. Nach den von M5 im Januar 2018 dokumentierten UmfangsmaÃen hat im Bereich der Oberschenkel keine Umfangsdifferenz zu Lasten des durch die Ãdembildung belasteten rechten Beines bestanden. Vielmehr sind die im Bereich des linken Oberschenkels gemessenen Umfangswerte entweder gleich oder grÃ¶Ãer gewesen. Somit ist fÃ¼r die Oberschenkel von einer Umfangsdifferenz von 0 cm auszugehen. Im Bereich der Unterschenkel ist eine grÃ¶Ãte Umfangsdifferenz von 2 cm zugrunde zu legen (re. 28 cm, li. 26 cm). Somit betrÃ¤gt die durchschnittliche Umfangsvermehrung fÃ¼r Ober- und Unterschenkel 1 cm ((0 cm + 2Â cm) : 2 = 1 cm). Auch den von S1 im Februar 2018 dokumentierten UmfangsmaÃen lÃ¤sst sich keine rentenrelevante Umfangsvermehrung entnehmen. Er hat im Bereich der Oberschenkel eine

grÃ¶Ãte Umfangsvermehrung von 1 cm (re. 52 cm, li. 51 cm) und im Bereich des linken Unterschenkels von 2 cm (re. 30 cm, li. 28 cm) dokumentiert. Hieraus ergibt sich eine durchschnittliche Umfangsvermehrung von Ober- und Unterschenkel von 1,5 cm ((1 cm + 2 cm) : 2 = 1,5 cm). Dieselbe durchschnittliche Umfangsdifferenz von 1,5 cm errechnet sich aus den vor dem Verschlimmerungsantrag des KlÃ¤gers im Oktober 2013 durch F1 ermittelten UmfangsmaÃen. F1 hat im Bereich der Oberschenkel keine Umfangsdifferenz (re. 45 cm, li. 45 cm) und im Bereich des Unterschenkels eine grÃ¶Ãte Umfangsdifferenz von 3 cm (re. 28 cm, li. 25 cm) gemessen ((0 cm + 3 cm) : 2 = 1,5 cm).

Zudem lÃ¤sst sich auch dem Gutachten des R2 ebenso wenig wie den Gutachten der M5 und S1 entnehmen, dass beim KlÃ¤ger Pigmentablagerungen, ausgeprÃ¤gte trophische StÃ¶rungen oder therapieresistente Ulzerationen vorliegen. M5 hat im Rahmen seiner Untersuchung dokumentiert, dass beim KlÃ¤ger weder VerÃ¤nderungen der Haut noch der Narben und im Ãbrigem auch keine SchwellungszustÃ¤nde vorgelegen haben.Â S1 hat ausdrÃ¼cklich ausgefÃ¼hrt, dass keine relevanten peripheren trophischen StÃ¶rungen, insbesondere keine Hyperpigmentierung oder sonstige Anzeichen einer beginnenden oder fortgeschrittenen chronisch venÃ¶sen Insuffizienz bestanden haben. Und schlieÃlich hat auch R2 dokumentiert, dass beim KlÃ¤ger im Rahmen seiner Untersuchung keine Haut-indurationen, keine Hyperpigmentation und auch keine RÃ¶tung vorgelegen haben. Auch die behandelnden B4 und M4 haben in ihren sachverstÃ¤ndigen ZeugenauskÃ¼nften keine entsprechenden AuffÃ¤lligkeiten im Bereich der Haut mitgeteilt.

Die vom KlÃ¤ger im Bereich beider Beine geklagten Beschwerden fÃ¼hren folglich nicht zu einer MdE von mindestens 20 v.H. Der EinschÃ¤tzung des WahlsachverstÃ¤ndigen R2, wonach die MdE beim KlÃ¤ger 20 v.H. betrÃ¤gt, kann mithin aus den oben nÃ¤her ausgefÃ¼hrten GrÃ¼nden nicht gefolgt werden.

Insoweit kann auch dahinstehen, ob diese Beschwerden rechtlich wesentlich â wie der KlÃ¤ger meint â auf den Arbeitsunfall zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind oder â wie von der Beklagten geltend gemacht â auf eine beim KlÃ¤ger unfallunabhÃ¤ngig bestehende Herzerkrankung. Weitere AusfÃ¼hrungen zum Bestehen und AusmaÃ eines postthrombotischen Syndroms oder einer Herzinsuffizienz sind mithin entbehrlich, wobei der Senat darauf hinweist, dass beim KlÃ¤ger jedenfalls eine unfallunabhÃ¤ngige koronare ZweigefÃ¤Ãerkrankung vorliegt, die erstmals im Rahmen der im Februar 2008 durchgefÃ¼hrten Herzkatheteruntersuchung diagnostiziert worden ist und zu einer Stentimplantation gefÃ¼hrt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Â

Erstellt am: 03.05.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024