

1. Bei einer muskulär nicht kompensierbaren Lockerung des Kniebandapparates („Wackelknie“) ist die Höhe der MdE mit 20 v.H. zu bewerten, ohne zusätzlich eine Gangunsicherheit zu fordern.
2. Bei einer muskulär kompensierten Kniegelenkinstabilität ist bei Hinzutritt einer wiederkehrenden Synovialitis („Reizknie“) die MdE mit mindestens 20 v.H. zu bewerten.

§ 56 Abs. 1, 2 SGB VII

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 03.09.2009 – L 22 U 4/08 –
Änderung des Urteils des SG Potsdam vom 19.09.2000 – S 3 U 51/98 –

Streitig war die Gewährung einer Rente auf Dauer hinsichtlich eines Arbeitsunfalls aus dem Jahr 1996. Angesichts der beim Kläger festgestellten Unfallfolgen hat das LSG eine MdE von 20 v. H. angenommen und den Rentenanspruch bejaht. Eine höhere MdE wurde verneint. Insbesondere hatte sich der Senat mit der Höhe der MdE wegen eines Kniegelenkschadens des Klägers zu befassen.

Zum – redaktionellen – Leitsatz 1:

Nach Ansicht des Senats ist bei einem „**Wackelknie**“, das **muskulär nicht kompensiert** ist, eine **MdE von 20 v. H.** begründet. Die unfallmedizinische Literatur (im Urteil zitiert) gehe in diesem Punkt auseinander, da teilweise zusätzlich eine *Gangunsicherheit* gefordert werde. Dies sei aber problematisch, da bei einer Gangunsicherheit in alltäglicher Belastung die Grenze zur schweren Gruppe (MdE 30 v. H.) überschritten werde, weil hier bereits die Indikation zum Tragen einer Gelenkorthese oder operativen Stabilisierung bestehe. Insofern sei die Bezeichnung des "leichten Wackelknies" mit und ohne muskuläre Kompensation und entsprechend MdE 10 v. H. oder 20 v. H. in der anderslautenden Literatur zwar nicht genauer, jedoch widerspruchsfrei. Daher werde dieser Meinung gefolgt.

Zum – red. – LS 2:

Vorliegend sei aber auch bei Zugrundelegen der abweichenden Literaturmeinung eine MdE von 20 v. H. anzunehmen, da bei dem Kläger zusätzlich eine wiederkehrende **Synovialitis (Reizerscheinungen im Kniegelenk)** zu berücksichtigen sei. Bei einer muskulär vollständig kompensierten Kniegelenkinstabilität ohne Reizerscheinungen des Kniegelenks sei von einer MdE in Höhe von 10 v. H. auszugehen. Mit einer zusätzlichen rückfälligen Synovialitis sei die Höhe der MdE mit mindestens 20 v. H. zu bewerten. Im Falle des Klägers sei daher die MdE auf 20 v. H. einzuschätzen.

Allerdings sei auch keine höhere MdE begründbar. Üblicherweise werde bei einem „Reizknie“ nämlich von einer auch klinisch auffälligen und funktionsbehindernden Ergussbildung ausgegangen, die im Falle des Klägers aber nicht dauerhaft nachgewiesen sei. Insofern gehe das „**chronische Reizknie**“ des Klägers im Wesentlichen in der Funktionsstörung der Gelenkinstabilität auf und charakterisiere diese als dauerhaft nicht kompensiert.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat mit Urteil vom 03.09.2009 – L 22 U 4/08 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

Im Berufungsverfahren ist im Streit die Zahlung einer Rente auf Dauer aus der gesetzlichen Unfallversicherung für die Folgen eines von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 12. Juni 1996.

Der im Jahr 1953 geborene Kläger führte am 12. Juni 1996 gegen 12 Uhr den Pkw der Marke BMW mit dem amtlichen Kennzeichen PM - auf der Bundesautobahn 13 aus Fahrtrichtung B kommend in Richtung Fahrtrichtung D, als es zu einem verkehrsbedingten Halt kam. Der Kläger hielt mit dem von ihm geführten Pkw auf der Bundesautobahn 13 in Richtung D in einem Baustellenbereich, als der LKW Typ MAN mit dem amtlichen Kennzeichen WRN - auf das haltende Fahrzeug des Klägers mit einer Geschwindigkeit von maximal 80 km/h auffuhr. Dadurch wurde das vom Kläger geführte Fahrzeug zunächst auf den ebenfalls stehenden PKW der Marke Astra mit dem amtlichen Kennzeichen C - geschoben und anschließend auf die Gegenfahrbahn geschleudert. Dort prallte das klägerische Fahrzeug frontal gegen den LKW der Marke Volvo mit dem amtlichen Kennzeichen RSL -. Das klägerische Fahrzeug wurde mehrere Meter in Richtung Berlin von dem LKW (ca. 30 m) mitgeschleift (Aussage des Klägers vom 23. Juni 1996), so dass das Fahrzeug direkt neben dem PKW der Marke Passat mit dem amtlichen Kennzeichen DD - zum Stehen kam (so die Aussage des Zeugen D (zu allem staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakte).

Dieser Unfall ereignete sich, als der Kläger in Ausübung seiner Tätigkeit als Geschäftsführer, der B - GmbH in B unterwegs war. Er ist jetzt bei der T-Deutschland als Systemberater tätig. Dabei hat er Kunden zu betreuen und Toshiba-Produkte vorzuführen und zu verkaufen.

Im Städtischen Klinikum B wurde der Kläger stationär behandelt vom 21. Juni bis 24. Juni 1996.

Der Facharzt für Chirurgie Dr. D, D-Arzt, seinerzeit tätig in der Unfallchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums B erstattete gegenüber der Beklagten ein Erstes Rentengutachten am 27. Februar 1997 aufgrund der Untersuchung vom 19. September 1996. Er fasste die wesentlichen Unfallfolgen wie folgt zusammen: Mäßige Funktionsstörung rechtes Bein durch hintere Kreuzbandruptur, neuropsychiatrische Folge siehe Zusatzgutachten. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die Verletzungsfolgen (MdE) beurteilte er ab 20. Juli 1996 bis 19. Juli 1997 mit 30 v. H. Die Oberärztin der Neurologischen Klinik der Landesklinik B Frau Dr. W erstattete gegenüber Dr. D ein Zusatzgutachten am 21. Februar 1997 aufgrund der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung vom 27. November 1996 unter Einbeziehung des Ergebnisses der psychologischen Untersuchung des Diplompsychologen D anlässlich der Untersuchung vom 06. Dezember 1996. Sie gelangte zu der Beurteilung, mit großer Wahrscheinlichkeit habe der Kläger ein leichtes Schädelhirntrauma (SHT) ersten Grades durchgemacht. Weiterhin zu berücksichtigen sei eine im Rahmen der notwendigen Behandlung möglicherweise durch Analgosedierung provozierte passagere Hirnfunktionsstörung, woraus ein leichtes posttraumatisches Psychosyndrom resultiere. Dieses beurteilte sie "mit einem Körperschaden von 10 v. H."

Mit Bescheid vom 17. April 1997 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine vorläufige Rente nach einer MdE um 20 v. H. Auf den dagegen eingelegten Widerspruch holte die Beklagte ein Gutachten von Dr. M, Chefarzt der Klinik für Neurologie der L B ein, das dieser aufgrund der Untersuchung vom 28. Januar 1998 erstattete. Er gelangte zu der Beurteilung,

dass bei dem Kläger regelrechte Befunde auf dem neurologisch-psychiatrischen Fachgebiet erhoben wurden, sodass keine unfallbedingte MdE nachweisbar sei.

Mit Bescheid vom 18. März 1998 lehnte die Beklagte einen Anspruch des Klägers auf Rente auf unbestimmte Zeit ab und entzog die vorläufige Rente mit Ablauf des Monats März 1998. Die Begutachtung habe ergeben, dass noch nachstehende Unfallfolgen vorliegen:

Mäßige Bewegungseinschränkung und Herabsetzung der Belastbarkeit im Bereich des rechten Beines nach Riss des hinteren Kreuzbandes des rechten Kniegelenks, folgenlos verheilte Prellungen des Rumpfes und der Lunge, reizlose Narbenbildung im Bereich des rechten Unterschenkels und des rechten Unterarms, abgeklungenes hirnorganisches Psychosyndrom.

Hierdurch werde die Erwerbsfähigkeit nicht mehr in rentenberechtigendem Grade gemindert.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. April 1998 änderte die Klägerin den Bescheid vom 17. April 1997 teilweise ab: Nach Prüfung des Sachverhalts seien als Unfallfolgen "weiterhin anzuerkennen:

Verheilte Hinterhauptkopfplatzwunde mit teilweisem Haarverlust, verheilte Bruch des Brustbeines und der dritten Rippe links, verheilte Schulterprellung links.

Die anderen Unfallfolgen seien im Bescheid vom 17. April 1997 genannt. Eine Erhöhung der unfallbedingten MdE ergäbe sich daraus nicht. Der Widerspruch sei daher, soweit er sich gegen die Höhe der MdE richtet, zurückgewiesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Juni 1998 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 18. März 1998 zurück.

Mit der am 19. Mai 1998 beim Sozialgericht (SG) eingegangenen Klage hat der Kläger seinen Anspruch weiterverfolgt, von der Beklagten eine höhere vorläufige Rente zu erhalten (Klage gegen den Bescheid vom 17. April 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 1998 - S 3 U 51/98). Mit der am 13. Juli 1998 beim SG Potsdam eingegangene Klage hat der Kläger gegen die Entziehung der vorläufigen Rente geklagt und hat seinen Anspruch auf Zahlung einer Rente auf unbestimmte Zeit weiterverfolgt (Klage gegen Bescheid vom 18. März 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 1998 - S 3 U 71/98 -). Die Klagen wurden unter dem Geschäftszeichen S 3 U 51/89 verbunden.

Zur Begründung wurde insbesondere vom Kläger vorgetragen, in der Folgezeit sei seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen: Stärkeres Ruhebedürfnis, Vergesslichkeit, psychische Labilität Tendenz zur depressiven Verstimmung, Wortfindungsstörungen, Schmerzen im rechten Kniegelenk seien eingetreten. Eine diagnostizierte Lungenfunktionseinschränkung nach Lungenkontusion sei von der Beklagten nicht berücksichtigt worden. Er leide seit dem Unfall bei starker Belastung unter Atemproblemen und Atemgeräuschen.

Nach dem Studium habe er als Physiker im Städtischen Klinikum Brandenburg gearbeitet, 8 Jahre lang habe er als Oberassistent gearbeitet in der neurologischen Abteilung. Danach sei er 2 Jahre Leiter der Abteilung Medizintechnik gewesen. Von Mai 1991 bis April 1997 sei er alleingeschäftsführungsberechtigter Geschäftsführer der B GmbH gewesen. Da sich die Umsatzwerte seit seinem Unfall deutlich verschlechterten, habe er sich veranlasst gesehen, seine Tätigkeit als Geschäftsführer der B GmbH aufzugeben. Der Umsatzeinbruch beruhe darauf, dass er nicht mehr in dem Maße belastbar gewesen sei wie vor dem Unfall. Seit dem 01. Mai 1997 sei er als Verkäufer medizinischer Geräte im Angestelltenverhältnis in einer anderen Firma tätig. Diese Position beinhalte eine weit geringere Belastung als die eines Geschäftsführers, die folglich mit einer erheblichen Gehaltsreduzierung verbunden sei. Sein Jahresgehalt betrage nach dem Anstellungsvertrag vom 11. Juli 1997 78.000 DM, 6500 DM monatlich, als Geschäftsführer habe er ab 1993 monatlich brutto 8000 DM bezogen. Sein Arbeitsplatzwechsel als Folge des Unfalls habe bei der Beurteilung der MdE keine Berücksichtigung gefunden. Der Lebenslauf des Klägers zeige, dass dieser sich im Laufe der Jahre durch Erwerb besonderer Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Fachgebiet vom Oberassistenten zum Abteilungsleiter entwickelt habe. Aufgrund der in diesem Rahmen gewonnenen Erfahrungen sei es ihm schließlich möglich gewesen, als Geschäftsführer einer GmbH zu agieren. In der von ihm nunmehr ausgeübten Tätigkeit könne er seine in den letzten 15 Jahren erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten - insbesondere Leitungs- und Führungsfertigkeiten- nur noch in vermindertem Umfang nutzen.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragte erstinstanzlich,

1. die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 17. April 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 1998 zu verurteilen, dem Kläger für die Zeit vom 19. September 1996 bis 31. März 1998 vorläufige Rente nach einer MdE von mindestens 55 v. H. unter Berücksichtigung der besonderen beruflichen Betroffenheit zu gewähren.

2. Die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.03.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 1998 zu verurteilen, dem Kläger ab 01. April 1998 eine Rente auf Dauer nach einer MdE von mindestens 35 v. H. unter Berücksichtigung der besonderen beruflichen Betroffenheit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verteidigte ihre Entscheidungen. Aufgrund der Beweisanordnung des SG vom 28. Dezember 1998 erstattete der Oberarzt für Unfallchirurgie (Chirurgische Klinik des Klinikums E am 25. Januar 2000 ein fachchirurgisches Gutachten nach Untersuchung des Klägers am 27. Mai 1999. Die unfallchirurgische MdE aufgrund der hinteren Kreuzbandläsion mit Instabilität des rechten Kniegelenks beurteilte er mit 15 v. H.

Der Chefarzt der Klinik für Neurologie des Klinikums E Dr. C erstattete aufgrund der vorgenannten Beweisanordnung am 17. Oktober 1999 ein Gutachten aufgrund der am 13. Juli 1999 erfolgten ambulanten Untersuchung des Klägers. Das beim Kläger vorliegende chronische posttraumatische Syndrom sei ohne Einschränkung auf den Unfall vom 12. Juni 1996 zurückzuführen. Es sei gekennzeichnet durch ein subjektives Gefühl der verminderten geistigen Leistungsfähigkeit, das sich testpsychologisch nicht sicher objektivieren lasse. Die MdE betrage ab 01. April 1998 20 v. H.

Der Direktor des Landesinstituts für Arbeitsmedizin, Arzt für Inneres, Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. B erstattete am 10. Juni 1999 aufgrund der vorgenannten Beweisanzordnung ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 02. Februar 1999. Lungenfunktionsuntersuchungen ergaben altersentsprechende Befunde im unteren Normbereich ohne Einschränkung der pulmonalen Leistungsfähigkeit unter Belastung. Die MdE beurteilte er ab 01. August 1996 mit 0 v. H.

Mit dem 19. September 2000 verkündeten Urteil hat das SG die Beklagte unter Änderung des Bescheides vom 17. April 1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. April 1998 verurteilt, dem Kläger für die Zeit vom 19. September 1996 bis 31. März 1998 vorläufige Rente nach einer MdE um 30 v. H. zu gewähren. Die darüber hinausgehende Klage wurde abgewiesen. Für die Zeit vom 19. Juni 1996 bis 31. März 1998 folgte das Gericht in einer Gesamtschau den durch die Beklagte veranlassten Gutachten von Dres. D, W, M und H.

Die Gewährung einer Rente auf Dauer habe die Beklagte ab 01. April 1998 zu Recht abgelehnt. Die verbliebenen Unfallfolgen vom 01. April 1998 rechtfertigten keine MdE um mindestens 20 v. H. Dies entnahm das Gericht den Gutachten von Dres. B, C und H erhobenen Befunden. Es bestehe kein Anspruch auf Erhöhung der MdE nach § 581 Abs. 2 RVO. Insbesondere ergäbe sich aus den vom Kläger eingereichten Unterlagen, insbesondere zur Höhe des Geschäftsführergehaltes und der Höhe des Gehalts als Berater der T GmbH D, dass hier ein unzumutbarer sozialer Abstieg nicht erkennbar sei. Vielmehr sei dem Einstellungsvertrag von T neben dem Gehalt von 6.500 DM monatlich Anspruch auf Verkaufsprovision zuzurechnen.

Mit Beschluss vom 18. Januar 2001 berichtigte das SG das Urteil in seinen Entscheidungsgründen wegen offensichtlicher Schreibfehler.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 01. November 2000 zugestellte Urteil richtet sich die am 28. November 2000 beim Landessozialgericht für das Land Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers. Zur Begründung wurde insbesondere Bezug genommen auf die Gutachten von Dres. H und C, die das SG fehlerhaft beurteilt habe. Zudem sei der Kläger infolge ständigen Dauerhustens in Behandlung eines Lungenfacharztes.

Der Kläger beantragt,

unter Änderung der Ziffer 2 des am 19.09.2000 verkündeten Urteils des Sozialgerichts Potsdam in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 18. Januar 2001 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.03.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.06.1998 zu verurteilen, dem Kläger ab dem 01.04.1998 eine Rente auf Dauer nach einer MdE von mindestens 30 von Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Berufungsverfahren wurde die Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft Cottbus (521 JS 11/96 (1275/96)) und Unterlagen behandelnder Ärzte wurden beigezogen, (vom Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde Dr. Z, der Fachärztin für Physiotherapie V, Auszug



aus der Karteikarte vom 10. Juni 1998 von Dr. K, ein Arztbrief von Dr. I). Aufnahmen bildgebender Diagnostik wurden beigezogen von Dr. K

Der Facharzt für Orthopädie Dr. E erstattete aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers am 18. März 2001 im April 2002 ein Gutachten. Er gelangte zu der Beurteilung, dass beim Kläger über den 01. April 1998 hinaus folgende Gesundheitsstörungen auf den Arbeitsunfall vom 12. Juni 1996 als wesentliche Ursache zurückzuführen seien:

Arthralgien des linken Schultergelenkes ohne Funktionseinschränkung, ein Brustwirbelsäulensyndrom im Sinne von rezidivierenden Blockaden, Zustand nach Sternumfraktur, Zustand nach Rippenfraktur links, eine Insuffizienz des hinteren Kreuzbandes nach Ruptur.

Die MdE beurteilte er zu dieser Zeit mit 10 v. H.

Dr. G erstattete am 13. Januar 2003 ein lungenfachärztliches Gutachten aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers am 13. Januar 2003. Er gelangte zu der Beurteilung, dass bleibende Unfallfolgen an den Atmungsorganen mit bleibenden Beschwerden oder Funktionseinbußen nicht bestünden. Das Leistungsvermögen der Atemwegsorgane sei altersbezogen normal.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. C erstattete am 01. April 2004 aufgrund der vorgenannten Beweisanordnung ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten und nahm am 14. Juli 2004 ergänzend Stellung. Als Folge des Unfalls sei neurologisch ein so genanntes posttraumatisches Syndrom zurückgeblieben. Dieses beziehe sich auf die Symptome wie Kopfschmerzen, zeitweise Müdigkeit, zeitweise Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Im Fall des Klägers sei eine MdE um 10 Prozent gerechtfertigt.

Dr. E gab am 07. September 2004 eine Beurteilung der vom Kläger übersandten Aufnahmen bildgebender Diagnostik (MRT) vom 14. Mai 2005 (zu einem Meniskusschaden) ab, wonach ein schmaler Einriss des Innenmeniskus im Hinterhorn und auffällig schmales hinteres Kreuzband sowie ein geringer Gelenkerguss vorlägen. Eine Minderbelastung des rechten Beines könne durch die vergleichende Umfangmessung der unteren Extremitäten sicher ausgeschlossen werden. Es sei daher davon auszugehen, dass die Instabilität muskulär kompensiert werde.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG erstattete der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. S ein Gutachten am 15. September 2005 aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers am 31. August 2005. Er gelangte zu der Beurteilung, es liege keine muskulär vollständig kompensierbare Stabilitätsminderung des rechten Kniegelenks nach gewaltsamer Zusammenhangstrennung des hinteren Kreuzbandes vor, sondern eine muskulär nicht vollständig kompensierbare. Eine wesentliche Minderung der hinteren Kniegelenkstabilität sei bei verschiedenen körperlichen Untersuchungen nachgewiesen und durch instrumentelle und bildgebende Untersuchungsverfahren objektiviert. Eine röntgenologisch messbare Verschiebestrecke von 10 Millimetern im Januar 1997 bestehe unverändert fort nach seiner erfolgten instrumentellen Messung und führe zu einer erheblichen Stabilitätsminderung und damit Funktionsstörung des Kniegelenks. In Übereinstimmung hiermit stünden die vom Kläger vorgebrachten im Verlauf nicht wesentlich veränderten Beschwerden des Klägers. Ein wesentlicher, die Kniegelenksfunktion erkennbar beeinträchtigender Meniskusschaden sei bislang nicht nachgewiesen. Aufnahmen der Magnetresonanztomografie

vom 26. April 2000 und 15. Mai 2002 ergäben eine geringe Signalsteigerung im Hinterhorn des Innenmeniskus entsprechend eines Meniskusschadens ersten Grades. Es handele sich dabei um zentrale Verschleißveränderungen geringen Ausmaßes, die die Meniskusoberfläche nicht erreichten.

Die im weiteren Verlauf fortschreitenden Strukturveränderungen am Hinterhorn des Innenmeniskus seien wahrscheinlich wesentlich ursächlich auf die chronische Instabilität des rechten Kniegelenks nach Zerreißung des hinteren Kreuzbandes zurückzuführen. Konkurrierende Ursachen seien nicht festzustellen.

Aufgrund der objektiv nachweisbaren Funktionsstörung des rechten Kniegelenks einer muskulär nicht vollständig kompensierbaren Kniegelenksinstabilität mit daraus resultierenden dauerhaften Beschwerden (belastungsabhängige stndige Schmerzen, Reizerscheinungen mit geringer Schwellneigung, diffuses Instabilittsgefhl) sei die Erwerbsfähigkeit des Klägers dauerhaft in Höhe von 20 v. H. gemindert.

Die Beklagte übermittelte zum Gutachten von Dr. S eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. T. Dieser erklärte, er könne die Folgerungen aus den dargestellten Unfallfolgen nicht nachvollziehen im Hinblick auf die Einschätzung der MdE. Entscheidend sei, welche Tätigkeiten der Verletzte im allgemeinen Erwerbsleben nicht mehr ausführen könne. Hinsichtlich der festgestellten Unfallfolgen stimme er zu. Ein Instabilittsgefhl könne durch entsprechende Kniebandage möglicherweise kompensiert werden.

Dr. S antwortete am 19. Dezember 2005 auf die Stellungnahme von Dr. T es seien als Unfallfolgen im Einzelnen folgende Funktionsstörungen des rechten Beins objektiv nachzuweisen:

&61607; spontanes hinteres Schubladenphnomen am Kniegelenk, &61607; unter Stressbelastung zunehmende hintere Schublade des Kniegelenks von insgesamt 15 Millimeter ohne festen Anschlag, &61607; Seitendifferenz der hinteren Schubladenverschieblichkeit des rechten Kniegelenks von 10 Millimeter gegenüber der linken Seite, &61607; Beeinträchtigung der Standfestigkeit des rechten Beins (Einbeinstand, Fersenstand, einbeinige Sprünge), &61607; Muskelminderung am Oberschenkel mit Umfangsdifferenz von 2 bis 2,5 Zentimeter zur Gegenseite.

Zur Einschätzung der Höhe der MdE auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könnten die Bewertungen der Konsensarbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zur gutachterlichen Bewertung von Schäden am vorderen Kreuzband analog verwendet werden. Danach werde als Kriterium für die Stabilität des vorderen Kreuzbandes zu bestimmende Schubladenverschieblichkeit in leichter Beugestellung bzw. Strecknhe herangezogen. Auch wenn die Kriterien für die Bemessung der Stabilität des vorderen Kreuzbandes nicht einfach spiegelbildlich auf das hintere Kreuzband übertragen werden könnten, so seien doch die Grundlagen der Graduierung und die Messangaben vergleichbar.

Der Kläger sei aufgrund des objektiv nachgewiesenen Körperschadens und Funktionsstörungen seines rechten Beines, die ursächlich auf das Unfallereignis vom 12. Juni 1996 zurückzuführen seien, nicht in der Lage, die Standfestigkeit des rechten Beins und die Belastbarkeit des Kniegelenks besonders beanspruchende Tätigkeiten auszuüben. Dies seien Arbeiten auf Leitern, Rüstungen oder ähnliche Tritt- und Standsicherheit erfordernde

Tätigkeiten, Arbeiten in Dauerzwangshaltungen, in der Hocke und kniend, das Tragen, Umsetzen und Schieben großer Lasten, längeres oder häufiges Treppensteigen mit zusätzlicher erheblicher Gewichtsbelastung, langes Gehen, insbesondere mit zusätzlicher Gewichtsbelastung, langes oder ständiges Stehen.

Die Beklagte rügt, das Gutachten von Dr. S sei nicht schlüssig und entspreche nicht den Feststellungsgrundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung zur MdE-Einschätzung und könne nicht Grundlage der Entscheidung sein. Sie übersandte eine Stellungnahme von Dr. T, der weiterhin zwar die fachliche Darstellung als schlüssig, aber die Folgerungen hinsichtlich der Unfallfolgen für nicht überzeugend erachtete. Der Gutachter führe in seiner Stellungnahme spezielle Tätigkeiten oder Funktionsbeeinträchtigung bei speziellen Arbeiten auf, z. B. Arbeiten auf Leitern, die nicht den allgemeinen Arbeitsmarkt darstellten.

Dr. S antwortete darauf mit Stellungnahme vom 26. Januar 2006. Er habe in seiner Stellungnahme zusammenfassend charakteristische Tätigkeiten benannt, denen der Kläger wegen der Unfallfolgen nicht mehr nachkommen könne. Dabei handele es sich um die Beschreibung einer Vielzahl von Tätigkeitsmerkmalen, die für den allgemeinen Arbeitsmarkt von Bedeutung seien und nicht für eine bestimmte Tätigkeit.

In einer weiteren Stellungnahme vom 02. März 2006 führte Dr. T aus, dass eine Instabilität des hinteren Kreuzbandes eindeutig vorliegt, die muskuläre Kompensation dieser Instabilität werde von Dr. S unterschiedlich beurteilt.

Dr. C beurteilte am 27. Februar 2006 die Gesamt-MdE unter Berücksichtigung der von Dr. S beurteilten MdE mit 20 v. H.

Der Kläger beantragte am 16. Mai 2006 nach § 109 SGG die Anhörung eines weiteren Facharztes, da er sich wegen chronischer Beschwerden im Lungenbereich seit einem Jahr in ärztlicher Behandlung befinde. Dr. U erstattete am 06. Dezember 2006 ein fachinternistisch-pneumologisches Gutachten aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers vom 22. und 31. August 2006 und nahm ergänzend Stellung am 06. Dezember 2006. Zusammenfassend gelangte er zu der Beurteilung, dass eine bronchiale Hyperreagibilität anzunehmen sei. Der Grund der Störung sei nicht eindeutig festzulegen. Im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche habe ein Zusammenhang einer bronchialen Hyperreagibilität als Folge einer Lungenkontusion nicht beschrieben werden können. Somit sei auch eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht festzustellen. Auch ein Zusammenhang mit der geklagten obstruktiven Schlafapnoe mit dem Unfall sei nicht wissenschaftlich darstellbar.

Auf Nachfrage des Gerichts nehmen Dres. E und S erneut Stellung. Am 21. September 2008 führte Dr. E aus, dass das Vorliegen eines rezidivierend auftretenden Reizzustandes des Kniegelenkes seit dem Unfallereignis glaubhaft sei. Diese Reizzustände seien jedoch nicht gravierend, wie die Angaben zur Behandlung durch die Rechtsvertretung - Kühlung, Ruhigstellung sowie Druck- und Kühlverbände in Eigenregie - belegten. Insbesondere seien invasive Behandlung wie Injektionen in das Kniegelenk - bei einer schmerzhaften Synovitis mit Cortison - bisher offensichtlich nicht erforderlich gewesen. Die MdE für die Reizzustände bei rezidivierender Synovitis sei mit unter 10 v. H. einzuschätzen. Diese Einschätzung begründe sich im objektiven Nachweis eines nur geringen Reizergusses in den bildgebenden Untersuchungen und dem Ausschluss nennenswerter Veränderungen der Gelenkinnenschleimhaut im MRT aus 06/08. Darüber hinaus sei die Annahme ge-

rechtfertigt, dass keine erheblichen Reizzustände des Kniegelenkes aufgetreten seien laut der Eigenbehandlung.

Als indirektes Zeichen einer muskulär nicht kompensierten Bandinsuffizienz sei die 09/05 festgestellte Minderung der Muskelmasse des rechten Oberschenkels als Zeichen einer Minderbelastbarkeit der rechten unteren Extremität zu nennen. Inwieweit jedoch diese Muskelminderung nicht auch oder nur bedingt sei aufgrund der durch den degenerativen Meniskusschaden verursachten Beschwerden, könne nicht differenziert werden. Das MRT aus 06/08 dokumentiere degenerative Veränderungen des Außenmeniskushinterhornes - ein Normalbefund für einen 54jährigen.

Als einziges objektives Zeichen einer Minderbelastbarkeit der rechten unteren Extremität sei die Verschmächtingung des Muskelmantels des rechten Oberschenkels zu nennen, die im Gutachten 09/05 nachgewiesen wurde. Diese schmerzbedingte Minderbelastbarkeit rechtfertige die Annahme einer muskulär nicht vollständig kompensierten Kniegelenksinstabilität mit einer MdE von 15 v. H. ab 09/05. Eine Minderung des Muskelmantels einer verletzten Extremität weise auf eine Minderbelastbarkeit hin. Die Kompensierbarkeit einer Instabilität könne nicht allein an dem messbaren Muskelmantel festgemacht werden. Es seien auch die vom Kläger subjektiv angegebenen Beschwerden wie Gangunsicherheit und Belastungsschmerzen zu würdigen. Bei der letzten Begutachtung sei als Zeichen einer länger andauernden Minderbelastbarkeit eine Muskelminderung von 2-2,5 cm zuungunsten rechts nachgewiesen. Als Zeichen eines rezidivierenden Reizzustandes seien in den MRT-Untersuchungen geringe Reizergüsse beschrieben worden. Es sei explizit darauf hinzuweisen, dass auch in dem Gutachten 06/05 keine Gangunsicherheit beschrieben wurde. Ein etwas unsicherer Einbeinstand rechts sei noch kein Ausdruck einer Gangunsicherheit.

Dr. S nahm ergänzend Stellung am 04. Februar 2009. Er stellte zusammenfassend fest, dass ab der Untersuchung zum Ersten Rentengutachten am 19. September 1996 bis aktuell zum Juni 2008 durch bildgebende und durch körperliche Untersuchungen wiederholt Kapselschwellungen und geringe Ergussbildungen am rechten Kniegelenk nachgewiesen seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der vorliegenden Gerichtsakten zu den Geschäftszeichen S 3 u 71/98 und S 3 u 51 /98 den der Verwaltungsakten und den der Ermittlungsakten S 21 JS 111/96, die dem Senat in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung des Klägers ist teilweise begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig, soweit sie eine Rente auf Dauer ablehnen. Der Kläger hat Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer MdE um 20 v.H ... Eine höhere MdE ist nicht begründet, sodass insoweit die Klage zu Recht abgewiesen wurde und die Berufung insoweit zurück zuweisen ist.

Dahinstehen kann, ob der Anspruch noch nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder bereits nach den Vorschriften des am 01. Januar 1997 in Kraft getrete-



nen SGB VII zu beurteilen ist. Denn die für den Anspruch des Klägers maßgeblichen Vorschriften des alten und neuen Rechts stimmen in den streitigen Punkten inhaltlich überein. Anspruch auf Rente haben gemäß § 56 Abs.1 Satz 1 SGB VII (früher § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. (früher die 13. Woche) um wenigstens 20 v. H. gemindert ist.

Die Rente beginnt mit dem Tage nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung, § 560 Abs.1 RVO bzw. von dem Tage an, an dem der Anspruch auf Verletztengeld endet, § 72 Abs.1.Nr.1 SGB VII, an dem Tag, an dem der Versicherungsfall eingetreten ist, wenn kein Anspruch auf Verletztengeld bestand, § 72 Abs.1. Nr.1 SGB VII.

Diese Voraussetzungen liegen hier vor. Der Kläger hat am 12. Juni 1996 als Versicherter nach § 2 Abs. 1 Nr.1 SGB VII bzw. § 539 Nr.1 RVO einen von der Beklagten 1994 bindend (§ 77 SGG) als Arbeitsunfall anerkannten Unfall erlitten. Auch hat dieser nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens (§ 128 Abs.1 Satz 1 SGG) mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Gesundheitsstörungen wesentlich (mit-)verursacht, die ab 01. April 1998 (Antragsdatum) eine MdE um 20 v. H. begründen.

Soweit die Beklagte im Bescheid vom 18. März 1998 eine mäßige Bewegungseinschränkung anerkannt hat, rechtfertigt diese allein zwar nicht die Beurteilung der MdE mit 20 v. H. Denn anerkannt ist lediglich die "mäßige" Bewegungseinschränkung, die ebenso wie die darüber hinaus anerkannte "Herabsetzung der Belastbarkeit" zu inkonkret ist, als dass sie zur Beurteilung einer MdE um 20 v. H. ausreichen könnte.

Allerdings sind eine rezidivierende Synovialitis, eine Insuffizienz des hinteren Kreuzbandes rechts und ein Meniskusschaden rechts als Folge des Arbeitsunfalls feststellbar, wobei sich der Meniskusschaden im Hinblick auf die Höhe der MdE nicht auswirkt ...

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalles muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels eines Gesundheitserstschadens oder direkt ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2007, 242 ff., 244).

Der Begriff der rechtlich wesentlichen Bedingung ist ein Wertbegriff. Die Frage, ob eine Bedingung für den Erfolg wesentlich ist, beurteilt sich nach dem Wert, den ihr die Auffassung des täglichen Lebens gibt (BSGE 12, 242, 245). Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und Erkrankung ist eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Hierunter ist eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen, nach der bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Gewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSGE 45, 285, 286).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung als Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Ursachen geben, sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg

rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so, wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R aaO).

Nach diesen Maßstäben ist eine Instabilität des hinteren rechten Kreuzbandes und damit eine Instabilität des rechten Kniegelenks sowohl nach dem Gutachten von Dr. E als auch nach dem von Dr. S nicht nur objektiv und zweifelsfrei nachgewiesen, sie ist auch mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den streitgegenständlichen Arbeitsunfall zurückzuführen. Dies wird auch von dem beratenden Arzt Dr. T bestätigt (Stellungnahme vom 02. März 2000). Auch begründet diese - auch in der Gesamtschau mit den von der Beklagten anerkannten Gesundheitsstörungen - eine MdE in rentenberechtigendem Grade.

Die Beurteilung der Höhe der MdE mit 20 v. H. durch Dr. S "aufgrund der objektiv nachweisbaren Funktionsstörung - Instabilität des rechten Kniegelenks, muskulär nicht vollständig kompensierbaren Kniegelenksinstabilität mit daraus resultierenden dauerhaften Beschwerden wie belastungsabhängigen Schmerzen, Reizerscheinungen mit geringer Schwellneigung" - , ist überzeugend.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSGE 63, 207, 209)).

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom BSG als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (z. B. BSG Urteil vom 02. Mai 2001 - B 2 U 24/00 R - SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S 36 m.w.N.). Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S. 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperliche und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalls kann die Höhe der MdE geschätzt werden (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind

deshalb bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG a.a.O.; zuletzt BSG Urteil vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R - SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Die nach dem Unfall versicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sehen die folgenden Werte vor:

Bei Schönberger/Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. und 7. Auflage wird angegeben:

Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie) muskulär kompensierbar MdE 10 v.H. unvollständig kompensierbar mit Gangunsicherheit MdE 20 v. H. mit Knieführungsschienen MdE 30 v. H. rezidivierende Synovialitis (Reizknie) MdE 20 bis 40 v.H.

Bei Mehrhoff und Muhr, Unfallbegutachtung, 10. Auflage 1999 wird angegeben: leichtes Wackelknie MdE 20 v.H. rückfällige Synovialitis MdE 40 v.H.

Bei Mehrhoff, Meindl und Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Auflage 2005 wird angegeben: leichtes Wackelknie muskulär nicht kompensiert MdE 20 v.H. muskulär kompensiert MdE 10 v.H. rückfällige Synovialitis MdE 20 v.H.

Den vorliegenden Gutachten ist nach den o. g. Maßstäben eine Begründung für eine MdE um mindestens 20 v. H unter drei verschiedenen Gesichtspunkten zu entnehmen.

1. Nach den bei Mehrhoff u. a. in der 10. Auflage 1999 o. g. Werten ist bereits eine MdE um 20 aufgrund des leichten Wackelknies begründet jedenfalls bis zur 11. Neuauflage 2005. Die Sachverständigen Dres. E und S stimmen darin überein, dass eine Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie) vorliegt.

2. Ab 2005 ist aufgrund der 11. Auflage bei Mehrhoff u. a. eine MdE um 20 begründet wegen des Wackelknies, das muskulär nicht kompensiert ist. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ist eine Lockerung des Kniebandapparates unvollständig kompensierbar zweifelsfrei nachgewiesen. Dres. E und S haben dies inzwischen übereinstimmend dargelegt. Nachdem Dr. E zunächst die Beurteilung vorgenommen hatte, dass die Instabilität des hinteren Kreuzbandes muskulär vollständig kompensiert sei, S. 22 seines Gutachtens), hat auch er in seiner Stellungnahme vom 21. September 2008 ausgeführt: "Als einziges objektives Zeichen einer Minderbelastbarkeit der rechten unteren Extremität ist die Verschmächtigung des Muskelmantels des rechten Oberschenkels zu nennen, die im Gutachten 09/05 nachgewiesen wurde. Diese schmerzbedingte Minderbelastbarkeit rechtfertigt die Annahme einer muskulär nicht vollständig kompensierten Kniegelenksinstabilität mit einer MdE von 15 v. H. ab 09/05." Entsprechend der Empfehlung von Dr. S legt der Senat Mehrhoff u. a. auch ab der 11. Auflage zugrunde.

Danach ist eine Gangunsicherheit hier nicht zu fordern, um eine MdE um 20 zu begründen. Der Senat folgt insoweit der Beurteilung von Dr. S. Er hat hierzu ausgeführt: "Entsprechend den übereinstimmenden Empfehlungen in der einschlägigen gutachtlichen Literatur, unter anderem von Schönberger, Mehrten und Valentin in "Arbeitsunfall und Berufskrankheit" wird die muskulär ausgleichbare Kniegelenksinstabilität mit einer MdE von

10 vom Hundert und die muskulär nicht vollständig kompensierbare Kniegelenksinstabilität mit einer MdE von 20 vom Hundert bewertet. Weiter fortgeschrittene Formen, die das Tragen einer Knieführungsschiene (Gelenkorthese) erforderlich machen, begründen danach eine MdE in Höhe von 30 vom Hundert.

Die in der gutachtlichen Literatur durchgehend zu findende, vorstehend zitierte Unterteilung erscheint zwar klar umrissen, erweist sich aber gerade bei der Zuordnung zur mittleren Gruppe (muskulär nicht vollständig kompensierbare Kniegelenksinstabilität) im Einzelfall als schwierig. Der in der Literatur meist zu findende Zusatz "mit Gangunsicherheit" ist insofern problematisch, da bei einer Gangunsicherheit bei alltäglicher Belastung die Grenze zur schweren Gruppe überschritten wird, die mit einer MdE von 30 vom Hundert zu bewerten ist, da hier bereits die Indikation zum Tragen einer Gelenkorthese oder eben zur operativen Stabilisierung besteht. Insofern ist die Bezeichnung des "leichten Wackelknies" mit und ohne muskuläre Kompensation und entsprechend MdE 10 vom Hundert oder 20 vom Hundert bei Mehrhoff, Meindl und Muhr zwar nicht genauer, jedoch widerspruchsfrei."

Die Einordnung bei Mehrhoff u. a. ist im Fall des Klägers umso mehr gerechtfertigt, als er die von Dr. S genannten körperlichen Bewegungen nicht mehr ausführen kann, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von Bedeutung sind.

Eine MdE um 20 v. H. ist ab Antragsdatum: 01. April 1998 begründet.

Die unvollständige Kompensierbarkeit ist bereits ab 1996 und nicht lediglich ab September 2005 feststellbar, wie Dr. meint. Er zieht zur Beurteilung lediglich heran, dass ab September 2005 eine Minderung der Muskelmasse nachgewiesen wurde. Eine messbare Muskelverschmächting stellt hingegen keinen ausreichenden und keinen alleinigen Nachweis einer fehlenden muskulären Kompensation einer Gelenkinstabilität dar, vor allem dann, wenn sie nur leichten Grades ist. Der Senat folgt auch insoweit der überzeugenden Argumentation von Dr. S. Er hat nachvollziehbar begründet, dass eine seitengleiche Muskulatur keine vollständige muskuläre Kompensation belegt. Nach seinem Gutachten ist es in der klinischen Praxis beispielsweise nach Zerreißungen des vorderen Kreuzbands ein nicht selten anzutreffendes Phänomen, dass nach intensivem Muskelaufbautraining eine seitengleiche, zum Teil am verletzten Bein sogar stärkere Muskulatur besteht, am betroffenen Kniegelenk weiterhin Instabilitätserscheinungen, so genannte "Giving ways" auftreten. Lediglich eine massive Muskelverschmächting lässt erkennen, dass eine muskuläre Kompensation von vornherein ausgeschlossen ist.

Soweit Dr. E klinisch objektive Zeichen einer unvollständigen Kompensation der hinteren Kreuzbandruptur vermisst und darauf verweist, dass eine Einschränkung der Bewegungsfunktion des rechten Kniegelenkes in keinem Gutachten nachgewiesen wurde, überzeugen seine Bedenken nicht in Ansehung der weiteren Ausführungen von Dr. ... Dieser hat dargelegt, der Kläger sei aufgrund der nachgewiesenen Körperschäden und Funktionsstörungen des rechten Beins nicht in der Lage, die Standfestigkeit des rechten Beins und die Belastbarkeit des Kniegelenks besonders bei beanspruchenden Tätigkeiten auszuüben. Dies seien Arbeiten auf Leitern, Rüstungen oder ähnliche Tritt- und Standsicherheit erfordernden Tätigkeiten, Arbeiten in Dauerzwangshaltungen, in der Hocke und kniend, das Tragen, Umsetzen und Schieben großer Lasten, längeres oder häufiges Treppensteigen, langes Gehen, ständiges Stehen.



Zudem ist eine Synovialitis zweifelsfrei nachgewiesen ab 1996. Hiervon ist der Senat aufgrund der Gutachten von Dres. E und S überzeugt. Diese wird von Dr. S überzeugend als Ausdruck einer unvollständigen muskulären Kompensiertheit gewertet. Da die Synovialitis anhand der Auswertung der Akten durch Dr. S ab 1996 besteht, ist auch die fehlende muskuläre Kompensierbarkeit seitdem begründet.

Ein nach Einschätzung von Dr. S wesentliches Kriterium für eine nicht vollständige muskuläre Kompensation der Instabilität des rechten Kniegelenks des Klägers sind die anhaltenden beziehungsweise rückfälligen Reizerscheinungen des rechten Kniegelenks. Er hat überzeugend begründet, dass ab der Untersuchung zum Ersten Rentengutachten am 19. September 1996 bis aktuell zum Juni 2008 durch bildgebende und durch körperliche Untersuchungen wiederholt Kapselschwellungen und geringe Ergussbildungen am rechten Kniegelenk nachgewiesen sind. Die Gelenkergüsse waren dabei aber gering ausgebildet, so dass sie bei der körperlichen Untersuchung jeweils nicht sichtbar oder tastbar waren. Die genannten Befunde sind Ausdruck eines immer wiederkehrenden beziehungsweise anhaltenden - chronischen - Reizzustands des rechten Kniegelenks mit entsprechender Entzündungsreaktion der Gelenkkapsel beziehungsweise der Gelenkinnenhaut (Synovialitis).

Im Einzelnen hat Dr. S die Akte umfassend ausgewertet und in Übereinstimmung mit der dort niedergelegten Datenlage festgestellt: Nachdem bei dem Kläger eine Zerreißung des hinteren Kreuzbands am rechten Kniegelenk mit vermehrter Flüssigkeitsansammlung im Gelenk durch die bildgebende Untersuchung einer Magnetresonanztomografie am 17. Juli 1996 (Befund Blatt 46 Verwaltungsakte) nachgewiesen war, wurde im Nachschaubericht vom 10. Dezember 1996 mitgeteilt, der Kläger habe sich wegen zunehmender Schmerzen und Reizergüssen im rechten Kniegelenk vorgestellt, wobei an dem Untersuchungstag 10. Dezember 1996 selbst kein Gelenkerguss vorgelegen haben soll (Blatt 152 Verwaltungsakte). Bei einer Nachuntersuchung am 08. Januar 1997 wurde ebenfalls keine Schwellung des rechten Kniegelenks festgestellt (Blatt 157 Verwaltungsakte).

Bei der Untersuchung zum Ersten Rentengutachten am 19. September 1996 wurde eine Schwellung und Ergussbildung sowie eine deutliche hintere Schublade des rechten Kniegelenks dokumentiert (Blatt 164 Verwaltungsakte). Im Untersuchungsbefund des rechten Kniegelenks vom 10. Oktober 1997 für das Zweite Rentengutachten finden sich keine Angaben zu einer Schwellung oder Ergussbildung (Bl. 242 Verwaltungsakte), das Messblatt weist seitengleiche Umfangswerte in Höhe der Kniescheibenmitte beidseits aus (Blatt 247 Verwaltungsakte), was gegen eine wesentliche Weichteilschwellung oder Ergussbildung am rechten Kniegelenk spricht. Bei der körperlichen Untersuchung anlässlich der Begutachtung im Auftrag des Sozialgerichts Potsdam wurden am 27. Mai 1999 kein Gelenkerguss oder eine wesentliche Weichteilschwellung am rechten Kniegelenk festgestellt (Blatt 93 Gerichtsakte), bei der zusätzlich am 18. November 1999 vorgenommenen Magnetresonanztomografie-Untersuchung des rechten Kniegelenks jedoch ein geringer Gelenkerguss nachgewiesen (Blatt 96 Gerichtsakte). Die vorliegenden Magnetresonanztomografie-Aufnahmen des rechten Kniegelenks vom 24. Juni 2000 und vom 14. Mai 2002 zeigen vermehrte Flüssigkeitsansammlungen im Inneren des rechten Kniegelenks im Sinne eines geringen Gelenkergusses. Für die gutachtliche Untersuchung am 18. März 2001 wurde eine Kapselschwellung oder sonstige Umfangsvermehrung am rechten Kniegelenk verneint (Blatt 299/300 Gerichtsakte). Bei einer orthopädischen fachärztlichen Untersuchung des Klägers am 06. August 2002 (Blatt 337/338 Gerichtsakte) soll kein Kniegelenkserguss vorgelegen haben. Bei der gutachtlichen Untersuchung des Klägers am 31. August 2005



wurden innen und hinten am rechten Kniegelenk eine flächige Kapselschwellung festgestellt und es fanden sich mehrere punktförmige Narben, die vorangegangenen Punktionen zuzuordnen waren (Blatt 476 Gerichtsakte). Ein äußerlich sichtbarer oder tastbarer Gelenkerguss lag zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Der Befundbericht einer Magnetresonanztomografie des rechten Kniegelenks vom 10. Juni 2008 beschreibt einen leichten Kniegelenkserguss - Bildausdrucke der Aufnahmen liegen ebenfalls vor (Anlage zu Blatt 693 Gerichtsakte) und bestätigen die Befundangabe. Für die vorangegangene körperliche Untersuchung am 09. Juni 2008 wurde eine "geringe Kapselschwellung" als Ausdruck eines Reizzustands des rechten Kniegelenks ohne deutliche, auch klinisch auffällige Ergussbildung mitgeteilt (Blatt 687 Gerichtsakte)." Nach allem ist eine Ausheilung nach erstem Nachweis der Synovialitis nicht erfolgt.

3. Ungeachtet der Frage nach der unvollständigen muskulären Kompensiertheit ist eine MdE um 20 v. H. auch nach Schönberger u. a. begründet, wenn lediglich eine Lockerung des Kniebandapparates - muskulär kompensierbar und zusätzlich die rezidivierende Synovialitis zur MdE zur Beurteilung herangezogen würden.

Dr. S hat dazu überzeugend dargelegt, dass auch eine muskulär vollständig kompensierte Kniegelenksinstabilität ohne Reizerscheinungen des Kniegelenks (Synovialitis) mit einer geringen gleichseitigen Muskelverschmächtigung und ohne Bewegungseinschränkung mit einer MdE in Höhe von 10 vom Hundert zu bewerten wäre. Mit einer zusätzlichen rückfälligen Synovialitis wäre die Höhe der MdE mit mindestens 20 vom Hundert zu bewerten.

Die anders lautende Beurteilung von Dr. E, der lediglich zu 15 v. H. gelangt, ist schon nicht nachvollziehbar in Anbetracht der Bedeutsamkeit, die einer Synovialitis ausweislich der Erfahrungswerte sowohl bei Mehrhoff u. a., als auch bei Schönberger beigemessen wird: So erfährt sie eine Bewertung von 20, ohne dass Anforderungen an das Ausmaß oder an feststellbare Funktionseinschränkungen gestellt werden.

Soweit Dr. H in seinem erstinstanzlich erstatteten Gutachten die MdE ab 01. April 1998 aufgrund der hinteren Kreuzbandläsion mit Instabilität des rechten Kniegelenks auf 15 v. H. festgelegt hat, hat er eine Begründung hierfür nicht gegeben.

Eine höhere MdE ist auf orthopädischem Fachgebiet nicht gerechtfertigt.

Mehr als 20 v. H. sind auch unter Berücksichtigung der Synovialitis nicht begründbar.

Hinsichtlich der Synovialitis führt Dr. S aus: "Der bei dem Kläger wiederholt dokumentierte Reizzustand des rechten Kniegelenks mit Entzündung der Gelenkinnenhaut (Synovialitis) und entsprechender leichter bis mäßiger Kapselschwellung und geringer Ergussbildung stellt keine eigenständige Funktionsstörung dar, die in einem "MdE-Wert" ihren Niederschlag findet, sondern ist Ausdruck einer dauerhaften Funktionsstörung des rechten Kniegelenks infolge anhaltender, nicht hinreichend muskulär ausgleichbarer Gelenkinstabilität nach Zerreißung des hinteren Kreuzbandes. Für sich allein würde die wiederkehrende Synovialitis des rechten Kniegelenks eine MdE von höchstens 10 vom Hundert begründen. In der einschlägigen gutachtlichen Literatur wird eine rezidivierende Synovialitis des Kniegelenks, ein so genanntes Reizknie je nach Ausprägung mit einer MdE von 20 bis 40 vom Hundert, von einzelnen Autoren auch nur mit einer MdE von 20 vom Hundert bewertet. Hierbei wird üblicherweise von einer auch klinisch auffälligen und funktionsbehindernden Ergussbildung ausgegangen, die im Falle des Klägers aber nicht dauerhaft nachgewiesen

ist. Insofern geht das "chronische Reizknie" des Klägers ohne ausgeprägte Ergussbildung im Wesentlichen in der Funktionsstörung der Gelenkinstabilität auf und charakterisiert diese als dauerhaft nicht kompensiert."

Der Senat folgt dem Gutachten auch insoweit.

Nach allem kann dahinstehen, ob die Empfehlungen der Konsensarbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie hier anwenbar sind, auch ohne diese ist eine MdE um 20 v. H. und nicht höher gerechtfertigt. Auch in Anwendung dieser Empfehlungen gelangte unter Einbeziehung der Synovialitis Dr. S zu keiner höheren MdE.

Ein Meniskusschaden rechts ist zwar als Unfallfolge nach dem Gutachten von Dr. S feststellbar, aber er ist funktionell unbedeutend, wie Dr. S ausgeführt hat und führt nicht zur Erhöhung der MdE. Eine über die bestehende Funktions- und Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenks hinausgehende wesentliche Funktionsstörung ist klinisch nicht auszumachen, auch wenn eine durch dauerhafte unphysiologische Belastung infolge der Instabilität induzierte Schädigung des Innenmeniskus durch bildgebende Untersuchungsverfahren als Unfallfolge wahrscheinlich ist.

Auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet lassen sich mit Ablauf des Monats März 1998 keine Gesundheitsstörungen zweifelsfrei feststellen. Nach dem Ergebnis des Gutachtens, das der Chefarzt der Klinik für Neurologie der Landesklinik B Dr. M aufgrund der Untersuchung des Klägers vom 26. Januar 1998 erstattet hat, wurden bei der dort durchgeführten neurologisch-psychiatrischen Begutachtungsuntersuchung sowohl im neurologischen als auch im psychiatrischen Bereich regelrechte Befunde erhoben. Das klinische Untersuchungsergebnis korrelierte mit dem gleichzeitig erhobenen elektroenzephalografischen Befund, in dem wiederum regelrechte Funktionen ausgewiesen wurden. Der Befund einer Hirnleistungsminderung konnte nicht erhoben werden. Damit war auch keine unfallbedingte Minderung der MdE nicht mehr nachweisbar, was Dr. M schlüssig dargelegt hat. Es entspricht der Beurteilung der Oberärztin Dr. W, die in ihrem Gutachten vom 21. Februar 1997 eine "günstige Prognose" gesellt hat, wonach mit einer Rückbildung innerhalb eines Jahres zu rechnen sei.

Damit in Übereinstimmung steht das erstinstanzlich erstattete Gutachten des Chefarztes der Klinik für Neurologie des Klinikums E Dr. C, das dieser aufgrund der Untersuchung des Klägers vom 13. Juli 1999 erstattet hat. Auch er hat keine Befunde erhoben, die Hinweise auf eine Leistungsstörung gegeben haben. Nach dem erhobenen neurologischen Untersuchungsbefund war der Kläger örtlich, räumlich zur Person und Situation voll orientiert. Sein Gedankengang war geordnet, die Stimmung unauffällig. Es bestand keine Störung von Antrieb, Konzentration, Merk- und Urteilsfähigkeit, die Hirnnervenfunktion war ungestört. Motorik und Pupillenmotorik waren intakt. Das EEG vom 13. Juli 1990 zeigte ein gut ausgeprägtes, regelmäßiges EEG mit guter kortikaler Reagibilität, keine diffuse Hirnfunktionsstörung, keinen Herd, keine epileptiforme Aktivität, die Provokationsmaßnahmen, Hyperventilation und Fotostimulation waren unauffällig. Der Gutachter beurteilte dies nachvollziehbar als "Normalbefund".

Er wies darauf hin, dass testpsychologisch kein Verfahren existiere, das sensitive genug wäre, bei Probanden mit einem Leistungslevel, wie ihn der Kläger aufgewiesen habe, eine globale Beeinträchtigung der Hirnleistung zu erfassen und gleichzeitig Rückschlüsse auf

die Hirnleistung vor dem Unfall zuzulassen. Erfassen ließen sich testpsychologisch allenfalls so genannte Teilleistungsstörungen, die bei dem Kläger nicht vorlägen.

Die Diagnose des Gutachters für die Zeit ab 01. April 1998: "Chronisches posttraumatisches Syndrom" lässt sich in Anbetracht dieser Feststellungen nicht nachvollziehen und vermag den Senat nicht zu überzeugen. Soweit der Gutachter ausführt, das chronische posttraumatische Syndrom sei gekennzeichnet durch ein subjektives Gefühl der verminderten geistigen Leistungsfähigkeit, das sich testpsychologisch nicht sicher objektivieren lasse und bei Stressbelastungen auftrete, wird ebenfalls deutlich, dass ein objektivierter Nachweis für die Diagnose fehlt. Der Gutachter macht des Weiteren lediglich allgemeine Ausführungen dass "die Betroffenen" gehäuft depressive Verstimmungen, ein erhöhtes Angstniveau und chronischen Schmerz, insbesondere Kopfschmerzen aufzeigten. Auch hierfür lässt sich für den Fall des Klägers kein objektiver Befund feststellen, so dass Gesundheitsstörungen auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet vom 01. April 1998 nicht begründbar sind.

Insoweit ist auch die Beurteilung der MdE durch diesen Gutachter mit 20 v. H. für die Zeit ab 01. April 1998 nicht nachvollziehbar.

Auch die Aufzeichnungen der behandelnden Ärztin Dr. V ab dem 10. Juni 1998 ergeben keine Hinweise auf Beeinträchtigungen auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet. Ihre Aufzeichnungen betreffen ab 10. Juni 1999 bis 25. November 1999 Behandlungen auf orthopädischem Fachgebiet (zur HWS, Schulter- und Kniegelenk, thorakales Schmerzsyndrom, Coxalgie links, ein Supraspinatussyndrom, Muskelansätze, Beckengürtel, Ischiokruralmuskulatur, eine Bronchitis, akute Lumbago vom 12. Oktober 1999).

Das Gutachten von Dr. C aus Anlass der Untersuchung des Klägers vom 25. März 2003 führt zu keiner anderen Beurteilung. Dr. C hat in seinem Gutachten in Übereinstimmung mit der Aktenlage darauf hingewiesen, dass ein EEG vom 06. Dezember 1996 bereits ein unauffälliges Muster gezeigt habe. Auch eine neurologisch-psychiatrische Untersuchung am 10. September 1996 habe einen unauffälligen Befund erbracht. Eine testpsychologische Leistungsdiagnostik vom 06. Dezember 1996 habe bei der Prüfung der Gedächtnisleistungen auch unter Lärmbedingungen unauffällige Ergebnisse erbracht. Im konzentrativen Bereich seien Einschränkungen lediglich leichten Grades dokumentierbar (gemeint wohl dokumentiert). Der Kläger habe ihm gegenüber zeitweise Müdigkeit, zweimal in der Woche tagsüber Müdigkeit, Vergesslichkeit und sporadische Konzentrationsstörungen beschrieben. Er sehe sich gut in der Lage, im Vertrieb für die Firma T zu arbeiten. Der Kläger wirkte psychopathologisch völlig unauffällig. Ein kurzzeitiges hirnanorganisches Durchgangssyndrom nach Beendigung der künstlichen Beatmung sei abgeklungen.

Soweit der Gutachter zu der Beurteilung gelangt, als Folge des Unfalls sei neurologisch ein so genanntes posttraumatisches Syndrom oder in anderer Terminologie eine zentralvegetative Störung zurückgeblieben, diese beziehe sich auf die Symptome wie Kopfschmerzen, zeitweise Müdigkeit, zeitweise Konzentrationsstörungen, zeitweise Vergesslichkeit, die vom Kläger angegeben werden, vermag diese Beurteilung in Anbetracht seiner vorgenannten Ausführungen nicht zu überzeugen. Hingegen begründet Dr. C seine Beurteilung ausschließlich darauf, dass der Kläger seit 1996 die Symptome durchgängig bei den verschiedenen Begutachtungen angegeben habe und dass sie von Gutachtern akzeptiert worden seien. Dies ist keine für den Senat überzeugende Begründung, zumal wie dargelegt auch vorher schon keine Befunde erhoben wurden. Hingegen weist der

Gutachter darauf, dass diese Symptome nur subjektiv und nicht zu objektivieren seien. Er verwies darauf, dass sich eine relevante Hirnleistungsstörung nicht in sicherer Weise feststellen lässt. Zwar seien testpsychologisch gewisse Intelligenzminderung im Vergleich zum prämorbidem Zustand gefunden worden, jedoch handele es sich um eine einmalige Untersuchung, bei der nicht auf die Ursache des Leistungsabfalls geschlossen werden könne. Auch seien nach dem Unfall keine relevanten Hirnleistungsstörungen gefunden worden.

Nach allem ist nicht nachvollziehbar, dass die einmalig testpsychologisch dokumentierte Störung des Kurzzeitgedächtnisses und eine qualitative Störung der Konzentrationsfähigkeit oder eine Intelligenzminderung auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-)Ursache zurückzuführen sind. Schon im Hinblick darauf, dass sich im Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung auf eine Ursache für einen Leistungsabfall nicht schließen lässt, worauf Dr. C hingewiesen hat, ist ein Ursachenzusammenhang nicht hinreichend wahrscheinlich. Dies gilt umso mehr, als dass sich von 1998 bis zu diesem testpsychologischen Gutachten keine entsprechenden Befunde heranziehen lassen. Dres. M, V, C und C haben keine objektiven Befunde hierzu erhoben.

Nach den oben genannten Maßstäben sind auch auf lungenärztlichem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-)Ursache zurückzuführen. Aus keinem der aktenkundigen Gutachten ergibt sich eine feststellbare Gesundheitsstörung, die auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sein könnte. Dr. B hat in seinem Gutachten aus Anlass der Untersuchung des Klägers am 02. Februar 1999 einen altersentsprechenden Befund ohne Einschränkung der pulmonalen Leistungsfähigkeit festgestellt und hat die MdE ab 01. August 1996 auf 0 v. H. eingeschätzt. Es bestand lediglich eine "mit leichter Deformation verheilte Rippenfraktur links".

Dr. G gelangte in seinem Gutachten aus Anlass der Untersuchung des Klägers vom 31. Januar 2003 ebenfalls überzeugend zu der Beurteilung, dass seitens des Atemwegsystems keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe.

Der vom Kläger benannte Gutachter Dr. U gelangte aufgrund seiner Untersuchungen des Klägers im August 2006 zu der Beurteilung, dass zwar leichtgradige restriktive Lungenfunktionsstörungen und ein intrinsisches Asthma bronchiale mit bronchialer Hyperreagibilität bestehe, allerdings sei der Grund dieser Störung nicht eindeutig festzulegen.

Der Senat folgt den Beurteilungen der Lungenfachärzte

Der Kläger trägt insoweit die Beweislast und die Folgen der Beweislosigkeit für die Voraussetzungen, die einen höheren Rentenanspruch begründen sollen.

Eine höhere MdE ist auch nicht gerechtfertigt unter dem Gesichtspunkt des § 581 Abs. 2 RVO bzw. § 56 Abs. 2 Satz 2 SGB VII.

Bei der Bemessung der MdE sind Nachteile zu berücksichtigen, die der Verletzte dadurch erleidet, dass er bestimmte, von ihm erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Unfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen kann, soweit sie nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihm zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (§ 581 Abs. 2 RVO; § 56 Abs. 2 Satz 2 SGB VII). Diese unfallversicherungsrechtliche Regelung, bei der regelmäßig Erhöhungen von 10 bis 20 v. H. in



Betracht kommen (BSGE 70, 47, 51), lässt keine allgemeine Berücksichtigung der besonderen beruflichen Betroffenheit - etwa entsprechend den Grundsätzen des § 30 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz zu. Eine allgemeine Berücksichtigung des "besonderen beruflichen Betroffenseins" würde in der gesetzlichen Unfallversicherung regelmäßig zu einer doppelten Berücksichtigung des Berufs führen (BSGE 70, 47, 48). Selbst wenn der Verletzte einen erlernten Beruf infolge des Arbeitsunfalls nicht mehr ausüben könnte, führt dies nicht zwangsläufig zur Erhöhung der MdE (BSGE 39, 31, 32). In dem vorliegenden Fall lassen sich bestimmte, vom Kläger erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen schon nicht feststellen, die er infolge des Unfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen kann. Im Übrigen schließt sich der Senat den dazu erfolgten Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil an.

Nach allem war die Berufung teilweise erfolgreich.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.