

L 6 U 3564/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 4103/14
Datum
07.09.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3564/16
Datum
13.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 7. September 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mehr als 30 vom Hundert (v. H.).

Der 1958 im heutigen R. geborene Kläger, welcher 1999 in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) einreiste, erlitt noch in diesem Jahr einen Hinterwandinfarkt, weswegen eine Stentimplantation erfolgte. Im Juni 2008 wurde wegen eines erneuten Herzinfarktes ein Bypass eingesetzt. Unter anderem wegen der hierdurch bedingten Funktionsstörungen stellte die Versorgungsverwaltung mittlerweile den Grad der Behinderung mit 50 fest. Er arbeitete ab Juli 2005 als Anlagenbediener in der Galvanikabteilung der M. Sp.-P. GmbH in K.-St., einer Anbieterin von Elektronikbauteilen (im Folgenden: Arbeitgeberin).

Nach dem Ende der Nachtschicht am 21. Dezember 2011 um 6 Uhr trat er zehn Minuten später mit einem VW Passat die Heimfahrt an. Gegen 6:40 Uhr bog er von der Bundesstraße (B) 35a in die Kreisstraße (K) 3575 in Richtung des Ortsteiles W. seiner Heimatgemeinde ein, als er mit einem ihm entgegenkommenden Opel Astra frontal zusammenstieß. Dessen Fahrer kam mit einer Geschwindigkeit zwischen 80 und 85 km/h auf regennasser Fahrbahn auf einem Ölfilm ins Schleudern und stieß frontal mit dem Personenkraftwagen (Pkw) des Klägers zusammen. Beide Fahrzeugführer waren angeschnallt. Der Kläger wurde in seinem Kraftfahrzeug (Kfz) eingeklemmt und musste von der Feuerwehr geborgen werden. Anschließend wurde er mit dem Notarztwagen in die Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie der F.-St.-Klinik B. gebracht, wo er gegen 8 Uhr eintraf.

Der Chefarzt Dr. H. diagnostizierte nach dem Durchgangsarztbericht eine distale Fraktur des Humerus links (ICD-10 "S42.2" und eine nicht dislozierte Innenknöchelfraktur rechts (ICD-10 S82.5). Es sei eine grobe Fehlstellung des rechten Ellenbogens mit hör- und fühlbarem Knochenreiben festgestellt worden. Die Durchblutung, die Mobilität und die Sensibilität seien peripher ohne Befund gewesen. Es seien am rechten Innenknöchel ein Hämatom und am rechten Oberlid eine Platzwunde gesehen worden. Das kraniale Computertomogramm (CT) habe keine Fraktur gezeigt. Am linken Ellenbogen habe eine Trümmerfraktur mit Dislokation im distalen Humerusschaft bei mehrfachen Frakturen im Condylus humeri vorgelegen. Es habe sich eine Luxationsstellung gezeigt. Eine zusätzliche Fraktur des Olecranon mit mehrfachen Fragmenten sei ebenfalls festgestellt worden.

Nach dem stationären Aufenthalt bis 31. Dezember 2011 diagnostizierte Dr. H. eine komplexe, grob dislozierte interkondyläre Trümmerfraktur des Humerus links und eine Innenknöchelfraktur rechts. Als Nebendiagnosen hätten eine bekannte koronare Herzerkrankung in Form einer Dreifäßerkrankung mit Einsatz eines Herzkatheters Ende Mai 2008, eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie vorgelegen. Nachdem noch am Unfalltag die Versorgung der Humerusfraktur mittels einer geschlossenen Reposition und einem gelenküberbrückenden Fixateur externe sowie einer geschlossenen Reposition des Innenknöchels mit einer Schraubenosteosynthese erfolgt seien, sei schließlich nach Konsolidierung der Weichteile am 23. Dezember 2011 die definitive Versorgung im Sinne eines Verfahrenswechsels am distalen Humerus vorgenommen worden. Der angebrachte Fixateur am Ellenbogen sei entfernt worden. Es sei stattdessen eine offene Reposition mit Zugschrauben und einer Doppelplattenosteosynthese sowie eine Augmentation mit resorbierbarem Knochenersatz durchgeführt worden. Simultan sei eine Neurolyse des Nervus ulnaris mit einer ventralen Transposition erfolgt. Die Fraktur sei mittels einer Osteotomie des Olecranon versorgt worden. Eine jeweils gute Adaption der Fragmente des

Innenknöchels und des Ellenbogens sei eingetreten. Gelenkabstufungen seien kaum zu erkennen gewesen. Der Ellenbogen sei sehr gut anatomisch restituiert gewesen. Die Anschlussbehandlung nach dem stationären Aufenthalt sei nach den weiteren Ausführungen von Dr. H. ambulant über die Sprechstunde erfolgt. Der Verlauf sei insgesamt verlängert gewesen. Trotz intensiver Physiotherapie sei kein wesentlicher Fortschritt erzielt worden.

Im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle in der Berufsgenossenschaftlichen (BG)-Unfallklinik L. wurde in Bezug auf die Humerusfraktur die Indikation zu einer Reosteosynthese mit Spongiosaplastik bei fehlender knöcherner Durchbauung des radialen Pfeilers gestellt und am 14. August 2012 durchgeführt. Zur Unterstützung wurden vom Kläger selbst über Monate hinweg Ultraschallbehandlungen vorgenommen. Vom 21. November bis 12. Dezember 2012 erfolgte in dieser Klinik eine komplex stationäre Rehabilitationsmaßnahme. Im Anschluss daran fand eine erweiterte ambulante Therapie statt. Nach einer stattgehabten Arbeits- und Belastungserprobung ab Mai 2013 war der Kläger ab dem 17. Juli 2013 wieder an seinem bisherigen Arbeitsplatz in Vollzeit tätig.

Prof. Dr. Sp., Direktor der Neurochirurgischen Klinik des St. Klinikums K., hatte über die ambulante Untersuchung am 6. März 2012 berichtet, er habe eine Schädigung des Nervus ulnaris im Rahmen eines Polytraumas von Dezember letzten Jahres erkannt. Der Kläger habe erwähnt, im Zusammenhang mit einer Fraktur im Ellenbogenbereich "rechts" starke Gefühlsstörungen und anfänglich eine hochgradige Schwäche in der Handmuskulatur links gehabt zu haben. Zwischenzeitlich seien die Gefühlsstörungen rückläufig gewesen. Auch die Kraft der kleinen Handmuskulatur sei wieder besser gewesen. Störend gewesen seien noch schmerzhaftes Missempfindungen im Versorgungsbereich des Nervus ulnaris. Elektrophysiologisch sei die Ulnarisschädigung im Januar 2012 nachgewiesen worden. Wegen der spontanen Besserung sei neurochirurgisch vorerst kein Behandlungsansatz gesehen worden. Über die Folgeuntersuchung am 26. Juni 2012 äußerte Prof. Dr. Sp., der Kläger habe sich zur Verlaufsbeurteilung vorgestellt. Elektrophysiologisch habe sich aufgrund fehlender Potentiale keine Beeinträchtigung im Bereich des Sulcus nachweisen lassen. Er habe erwähnt, dass die schmerzhaften Parästhesien nachgelassen hätten. Wegen des anzunehmenden Traktionschadens im Frakturbereich habe er eine operative Revision nicht für sinnvoll gehalten, da nur eine Resektion im Schädigungsgebiet mit anschließender Interposition von Suraliskabeln möglich gewesen sei. Er sei von einer höheren Chance einer Regeneration bei erhaltener Hüllstruktur ausgegangen als bei einer erfolgreichen Einspritzung nach einer Suralistransplantation.

Dr. B., Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte nach der zwischenzeitlichen ambulanten Untersuchung des Klägers am 20. Juni 2012 eine Ulnarisläsion (ICD-10 G56.2). Es habe der Zustand nach einer Oberarmfraktur links vorgelegen. Eine Verlagerung des Nervs habe bereits bei der zweiten Operation stattgefunden. Die Medikation mit Gabapentin sei vom Kläger aus Angst vor Nebenwirkungen abgesetzt worden. Bei der körperlichen Untersuchung seien Schmerzen und eine Taubheit im ulnaren Ausbreitungsgebiet der linken Hand erwähnt worden. Ebenso habe eine fast komplette Ulnarisparesie vorgelegen.

Dr. F., Arzt für Neurologie, diagnostizierte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 6. August 2012 eine chronische Läsion des Nervus ulnaris am Ellenbogen links im mittleren Reinnervationsstadium. Er habe angegeben, seit dem Unfall an Parästhesien und einem Taubheitsgefühl der ulnaren Handkante der Finger IV und V links, einer Kraftminderung der linken Hand sowie Schmerzen über dem Ellenbogen zu leiden.

Dr. T., Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der BG-Unfallklinik L., berichtete über die ambulante Untersuchung des Klägers am 18. Juli 2012, er habe eine interkondyläre Humerusfraktur linksseitig mit Bewegungs- und Leistungsdefizit sowie eine traumatische Schädigung des Nervus ulnaris diagnostiziert. Hinsichtlich des linken Ellenbogens habe er Bewegungsausmaße für die Streckung und Beugung mit 0-0-110°, die Supination mit 90° und die Pronation mit 60° festgestellt. Die Narben seien reizlos gewesen. Die Hand sei ausreichend durchblutet worden. Die Rekapillarisationszeit habe unter zwei Sekunden betragen. Es seien Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Bereich des Nervus ulnaris des fünften Fingers geäußert worden. Diesbezüglich habe das proximale Interphalangealgelenk eine Schwanenhalsdeformität aufgewiesen. Der Kraftgrad sei eingeschränkt gewesen. Nach der röntgenologischen Untersuchung habe sich eine fragliche Konsolidierung im Bereich des radialen Pfeilers ergeben. Anhand der mitgebrachten CT-Aufnahmen von März 2012 habe sich der Verdacht auf eine intraartikuläre Schraubenlage ergeben. Dr. St.-F., Leiter der Sektion für Schulter- und Ellenbogenchirurgie der BG-Unfallklinik L., diagnostizierte nach dem stationären Aufenthalt des Klägers vom 13. bis 25. August 2012, es seien eine verzögerte Frakturheilung nach einer Mehrfragmentfraktur des distalen Humerus, der Zustand nach einer Doppelplattenosteosynthese und Olecranonosteotomie am 21. November 2011 sowie eine postoperative Läsion des Nervus ulnaris diagnostiziert worden. Dr. K., Leitender Arzt der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerungen der BG-Unfallklinik L. erwähnte über die ambulante Untersuchung des Klägers am 31. Oktober 2012, aktuell hätten sich reizlose Narbenverhältnisse im Bereich des linken Ellenbogens gezeigt. Die Beweglichkeit sei deutlich eingeschränkt gewesen. Die Extension und Flexion seien mit 0-30-90° sowie die Pronation und Supination des linken Unterarmes mit 80-0-80° gemessen worden. Die periphere Durchblutung, die Motorik und die Sensibilität seien bis auf das bekannte Defizit wegen der Läsion des Nervus ulnaris intakt gewesen.

Dr. F. führte nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 29. November 2012 an, nach dessen Angaben sei die Sensibilitätsstörung des Ringfingers seit der letzten Vorstellung im August deutlich gebessert gewesen. Auch die Handkraft habe sich verbessert. Schmerzen seien verneint worden. Es habe eine weiterhin rückläufige chronische, axonale Läsion des Nervus ulnaris am linken Ellenbogen bestanden.

Dr. K. stellte nach dem stationären Aufenthalt des Klägers in der BG-Unfallklinik L. vom 21. November bis 12. Dezember 2012 ein Bewegungs- und Leistungsdefizit bei dem Zustand nach einer suprakondylären Humerusfraktur links sowie einer Reosteosynthese und Spongiosaplastik am 14. August 2012 fest. Die Beweglichkeit des Ellenbogens habe für die Extension und Flexion mit 0-10-130° aktiv und 0-10-135° passiv gebessert werden können. Die Pronation und Supination seien bei Therapieende frei möglich gewesen. Ebenso seien die Kraft und die Ausdauer im Bereich der betroffenen linken oberen Extremität gesteigert worden. Für den Bereich der Aktivität und Teilhabe sei es wegen der weiterhin bestehenden Defizite und ob der im CT nachgewiesenen Defektzone im Bereich des distalen Humerus derzeit noch nicht möglich, eine Wiedereingliederungsfähigkeit des Klägers in seiner Tätigkeit als Anlagenbediener mit Heben und Tragen bis 50 kg zu erreichen. Die Medikation bei der Entlassung habe neben den Arzneimitteln Delix 2,5 mg (1/2-0-0), Pravastatin, 40 mg (0-0-1) und Diltiazem, 60 mg (1 1/2-0-0) für die Herzerkrankung und die Fettstoffwechselstörung aus ASS, 100 mg (1-0-0) und bei Bedarf Ibuprofen, 600 mg bestanden.

Über die ambulante Untersuchung des Klägers am 6. Februar 2013 berichtete Dr. K., er habe erwähnt, dass sich die Beweglichkeit kaum verändert habe. Bei der Aufnahme einer Last habe er noch deutliche Schmerzen im gesamten Ellenbogengelenk verspürt. Klinisch hätten

sich weiterhin reizlose Weichteil- und Wundverhältnisse gezeigt. Die Beweglichkeit des linken Ellenbogens sei hinsichtlich der Extension und Flexion mit 0-30-110° limitiert gewesen. Die Pronation und Supination seien nur endgradig eingeschränkt gewesen, die Werte nach der Neutral-0-Methode seien mit 80-0-80° gemessen worden. Die Beweglichkeit der Hand- und Schultergelenke sei jeweils frei gewesen. Nach dem radiologischen Befund seien weitere rekonstruktive Maßnahmen wegen der Schwere der Verletzung schwierig durchzuführen und ob der bereits sichtbaren posttraumatischen beziehungsweise arthrotischen Veränderungen im Ellenbogengelenk auch nur mit einer geringen Verbesserung der Beweglichkeit verbunden gewesen. Auf dessen Nachfrage sei der Kläger darauf hingewiesen worden, dass bei nicht ausreichender knöcherner Konsolidierung und Lastaufnahme seitens der linken oberen Extremität damit zu rechnen sei, dass sich das Osteosynthesematerial auslockere. Dr. K. führte über die ambulante Untersuchung am 20. Februar 2013 an, neben den bekannten Bewegungs- und Belastungsdefiziten habe auch eine Hypästhesie im Bereich des Versorgungsgebietes des Nervus ulnaris mit Beteiligung des vierten und fünften Fingers der linken Hand bestanden. Der Kläger habe angegeben, eine psychische Verarbeitungsproblematik wegen der Unfallfolgen zu haben. Er grüble häufig wegen der bestehenden Einschränkungen in Verbindung mit den Belastungen ob eines gestörten Nachtschlafes.

Dr. U., Nervenarzt und Psychotherapeut, äußerte über die ambulante Untersuchung des Klägers am 2. April 2013, er habe eine akute Belastungssituation (ICD-10 F43.0) sowie eine chronische und eine reaktive Depression (ICD-10 F34.1 und F32.2) diagnostiziert. Es vermische sich eine bereits chronifizierte mit einer immer noch sehr aktuellen depressiven Symptomatik. Sicherlich sei der Kläger massiv verunsichert. Es habe zudem ein erhöhtes Arousal bestanden. Ein für eine posttraumatische Belastungsstörung typisches Vermeidungsverhalten habe aber nicht vorgelegen. Durch den Unfall sei die gesamte Lebensplanung des Klägers durcheinandergeraten. Dieser habe mit seiner Ehefrau bereits ein Grundstück erworben gehabt, worauf sie hätten bauen wollen. Ob dies nun finanziell noch möglich sei, sei fraglich. Ungewiss sei auch, in welchem Umfang er seine frühere Arbeit wieder aufnehmen könne. Psychopharmaka habe er bislang nicht eingenommen, das wolle er auch nicht. Zur Behandlung seiner Schmerzen habe er Lyrica, Novalgin und Ibuprofen verordnet bekommen.

Dr. St.-F. berichtete über die ambulante Untersuchung des Klägers am 25. April 2013, es habe noch ein persistierendes Bewegungsdefizit nach suprakondylärer distaler Humerusfraktur links mit ossären Defektzonen bestanden. Die Konturen des linken Ellenbogengelenkes seien verstrichen und dieses diskret geschwollen gewesen. Mit einer Extension und Flexion von 0-20-120° sei die Bewegung eingeschränkt gewesen. Hiermit sei der Kläger jedoch zurechtgekommen. Er habe geäußert, dass die Kraftentwicklung wiedergekehrt sei. Die Pronation und Supination des Ellenbogengelenkes sei weitgehend ungestört gewesen. Die Durchblutung, die Motorik und die Sensibilität nach peripher seien, mit zeitweisem Sensibilitätsdefizit im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris, intakt gewesen. Der Kläger habe über einen positiven Heilverlauf mit Beschwerdelinderung und Besserung der früher noch viel erheblicheren Bewegungseinschränkung berichtet. Der röntgenologische Befund sei im Vergleich zum Vorbefund im Wesentlichen unverändert gewesen. Es habe sich eine teilweise knöcherne Konsolidierung gezeigt. Ossäre Defektzonen seien insbesondere radial zu erkennen gewesen. Eine teilweise sehr enge Lagebeziehung der Osteosynthese zu den Gelenkflächen mit vermutlicher Irritation sei festgestellt worden. Das Heilverfahren sei nunmehr an einem Punkt angelangt, an dem eine berufliche Reintegration möglich erscheine. Der Kläger sei hochmotiviert gewesen und habe schnellstmöglich an seinen Arbeitsplatz zurückkehren wollen.

Ab 17. Juni 2013 erfolgte bei der Arbeitgeberin eine Arbeits- und Belastungserprobung mit anfänglich werktäglich vier und ab 1. Juli 2013 mit sechs Stunden. Dr. K. führte zu der ambulanten Untersuchung des Klägers am 8. Juli 2013 aus, aktuell habe sich im Vergleich zu einem Monat zuvor ein unveränderter Befund gezeigt. Die Streckung und Beugung im Ellenbogengelenk seien bis 0-20-120° möglich gewesen. Die Pronation und Supination hätten sich mit 90-0-90° seitengleich dargestellt. Der Faustschluss sei beidseits vorgenommen worden. Ebenso hätten die unterschiedlichen Griffvarianten wie der Spitz-, der Grob- und der Pinzettengriff demonstriert werden können. Die Röntgenverlaufskontrolle habe eine unveränderte Stellung im Vergleich zu den Voraufnahmen gezeigt. Die Implantate seien lockerungs- und lysefrei eingelegt. Die Arbeitgeberin teilte der Beklagten Ende Juli 2013 mit, der Kläger sei seit 17. Juli 2013 wieder vollschichtig tätig und übe eine gleichwertige Arbeit wie vor dem Unfallereignis aus.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Dr. H. ein so genanntes "Erstes Rentengutachten". Nach der ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 17. Oktober 2013 seien als wesentliche Unfallfolgen ein deutliches Bewegungs- und Belastungsdefizit am linken Ellenbogen, endgradig eingeschränkte Umwendbewegungen des linken Unterarmes, eine marginal eingeschränkte Handgelenksbeweglichkeit links, eine traumatische Läsion des Nervus ulnaris mit Hypästhesien der Finger D IV und V, eine partielle straffe Pseudarthrose am radialen Pfeiler des distalen Humerus links, eine posttraumatische Anschlussarthrose im Humeroulnar- und -radialgelenk links, innenknöchelbetonte Belastungsschmerzen im rechten Sprunggelenk sowie eine posttraumatische Belastungsstörung mit fehlender Anpassung und depressiver Verstimmung festgestellt worden. Vom Tage des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit am 17. Juli 2013 bis aktuell und voraussichtlich weiterhin schätze er die MdE auf 30 v. H. Bei anliegendem linken Oberarm habe das Aus- und Einwärtsdrehen bis 40-0-90° (rechts: 50-0-95°) vorgenommen werden können. Die Streckung und Beugung des linken Ellenbogens sei bis 0-50-130° (rechts: 0-0-150°) möglich gewesen. Die Unterarmdrehung sei links bis 70-0-70° (rechts: 90-0-90°) durchgeführt worden. Die Bewegungen seien jeweils links handrücken-/hohlhandwärts bis 50-0-50° (rechts: 50-0-60°) und speichen-/ellenwärts bis 20-0-25° (rechts: 30-0-30°) vorgenommen worden. Die Abstände des jeweiligen Nagelrandes bis zur verlängerten Handrückenebene hätten für die Finger D II bis V links jeweils 0,5 cm betragen. Die anderen Bewegungsprüfungen der oberen Gliedmaßen seien seitengleich erfolgt. Beim Heben und Senken des Fußes seien im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes Werte von 25-0-35° (rechts: 30-0-45°) gemessen worden. Die sonstigen Maße der unteren Gliedmaßen seien ebenfalls seitengleich gewesen.

Dr. U. berichtete am 17. Februar 2014, verglichen mit der Situation ein Jahr zuvor sei das Geschehen sicherlich mehr in den Hintergrund gerückt und habe nicht mehr die große Akuität gehabt. Dafür sei eine sich etablierende Verbitterung aufgetreten, wobei der Kläger sich ganz vorwiegend als Opfer erlebt habe, welches dem Geschehen mehr oder weniger wehrlos ausgeliefert sei. Diagnostisch zu fassen sei der Zustand als chronifizierte Depression (ICD-10 F34.1) und als Verbitterungsstörung.

Weiterhin erstattete Dr. R., Facharzt für Neurologie, im Auftrag der Beklagten ein Gutachten. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 21. Februar 2014 führte dieser aus, er habe eine axonale Schädigung des Nervus ulnaris links mit leichtgradigen Paresen der versorgenden Muskulatur und eine leichte Atrophie des Hypothenar und des I. Spatium interosseum, jeweils links, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung mit leichter depressiver Verstimmung festgestellt. Übereinstimmend mit dem Gutachten von Dr. H. liege die MdE wegen der Unfallfolgen bei 30 v. H. Auf neurologischem Gebiet sei keine wesentliche Änderung mehr zu erwarten.

Daraufhin gewährte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 15. Mai 2014 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011 eine Verletztenrente nach einer MdE von 30 v. H. ab 17. Juli 2013. Dieser habe zu einem deutlichen Bewegungs- und Belastungsdefizit am Ellenbogen mit endgradig eingeschränkter Beweglichkeit des Unterarmes und geringer Bewegungseinschränkung der Hand sowie einer Knochenheilungsstörung des Oberarmknochens und einer Anschlussarthrose im Ellenbogengelenk nach einem Oberarmtrümmerbruch geführt. Kontrakturen und Sensibilitätsstörungen des Ringfingers und des kleinen Fingers nach einer Läsion des Nervus ulnaris und eine vorübergehende psychische Beeinträchtigung hätten ebenfalls vorgelegen. Im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes sei es zu geringen Belastungsschmerzen bei einer endgradigen Bewegungseinschränkung nach knöchern fest verheiltem Innenknöchelbruch gekommen. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 5. November 2014 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger, vertreten durch seinen Bevollmächtigten, einen Rentenberater, am 4. Dezember 2014 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben, welches Dr. U. als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt hat. Dieser hat im August 2015 ausgeführt, das Unfallgeschehen habe zu einer überdauernden persönlichen Veränderung geführt. In kognitiver Hinsicht sei der Kläger insbesondere auf das Thema der Gerechtigkeit eingeengt gewesen. Affektiv habe eine krankheitswertige Beeinträchtigung seines Lebens bestanden.

Das SG hat schließlich Dr. C., Chefarzt der M.-B.-Klinik in K., mit der Erstattung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers am 29. April 2016 hat dieser ausgeführt, bei ihm liege eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) vor. Weil noch immer auf den Unfall zurückgehende seelische Belastungsmomente bestünden, wäre eine ambulante traumazentrierte Psychotherapie indiziert. Eine akute Belastungsreaktion könne wegen des Abstandes zum auslösenden Ereignis im Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr vorgelegen haben. Aller Wahrscheinlichkeit nach handele es sich stattdessen um eine posttraumatische Belastungsstörung, auch wenn dies vom behandelnden Facharzt ausgeschlossen worden sei. Inwieweit sich darüber hinaus bei der Annahme einer schweren depressiven Episode die Notwendigkeit ergeben habe, zusätzlich eine Dysthymie zu kodieren, erschließe sich ihm nicht. Aus der unsystematischen und lückenhaften, nicht die üblichen psychiatrischen Regeln befolgenden Befundbeschreibung durch Dr. U. lasse sich auch keinesfalls eine schwere depressive Episode erschließen. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe gestellt werden können, da sich die typische Symptomtrias aus Intrusion, Vermeidung und erhöhter Erregbarkeit plausibel darstellen lasse, auch wenn die klinisch erfassbare Symptombelastung eher gering erschienen sei. Offenbar liege eine langsam spontan abklingende Störung vor. Bei seiner Untersuchung habe sich wiederum eine stärkere Symptomdarstellung in den psychologischen Testbögen als im klinischen Befund gefunden. Insoweit habe insbesondere die Triggerbarkeit durch das erneute Erzählen des Unfallherganges gefehlt, die von besonderer Beweiskraft gewesen wäre. Es handele sich jedoch nicht nur um bloße Krankheitsvorstellungen. Für Simulation und Aggravation habe sich kein Anhalt gefunden, auch nicht dafür, dass es Lebenssituationen gebe, in denen die Störung spontan verschwinde. Eine zumutbare Willensanstrengung sei alleine nicht ausreichend, die Störung zu überwinden. Die posttraumatische Belastungsstörung gehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurück und könne damit als wesentlich durch den Unfall verursacht gelten. Eine konkurrierende Ursache sei nicht erkennbar. Die Schwere des Unfallgeschehens mit damit einhergehender Lebensbedrohung lasse es nicht zu, dieses als zufällige Gelegenheitsursache zu werten. Die anhaltende depressive Verarbeitung sei zum einen der üblichen Komorbidität bei der posttraumatischen Belastungsstörung geschuldet, zum anderen vermutlich persönlichkeitsimmanent. Die nur noch leicht ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung ergebe bei isolierter Betrachtung eine Teil-MdE von 20 v. H. In Zusammenschau mit derjenigen, den somatischen Bereich betreffenden von 30 v. H. erscheine eine Gesamt-MdE von 40 v. H. angemessen.

Der Kläger habe im Rahmen der Anamnese angeführt, er sei Spätaussiedler aus R. und stamme aus der Gegend des Ural. Aufgewachsen sei er in einer Mehrgenerationenfamilie zusammen mit seinen Eltern, seinen drei Geschwistern und seiner Großmutter. Er verstehe sich mit allen, aber am meisten habe er Kontakt zu seinem Bruder. Alle Angehörigen seiner Ursprungsfamilie lebten heute in M., wohin die Familie später gezogen sei, da sein Vater Weißrusse sei. Er selbst habe drei Kinder. In der BRD habe er mit wenig Eigenkapital ein Hausgrundstück erworben, weswegen er hohe Schulden habe. Das habe er durch Eigenleistungen ausgleichen wollen. Darin hindere ihn jedoch sein kranker linker Arm, so dass er immer wieder Handwerker beauftragen müsse. Das Haus sei daher noch nicht fertig; es fehlten der Außenputz, einige Tapeten und die Außenanlage. Die Beziehung zu seiner Frau habe sich durch den Unfall verändert. Sie schliefen mittlerweile in getrennten Zimmern, weil er sie einmal im Traum geschlagen und ein anderes Mal gebissen habe. Insgesamt habe er von dem Unfall viermal geträumt, zuletzt vor drei Monaten. Um die Osterzeit habe er erneut einen Unfall gehabt, er sei, wiederum auf dem Arbeitsweg, mit einem Reh kollidiert. Anschließend habe er das Auto noch in die Werkstatt fahren können. Er habe keine Freude mehr am Leben und grüble viel. Er habe an einer Durchschlafstörung gelitten. Die Beziehung zu seiner Familie habe sich verändert, auch der Kontakt zu seinen Arbeitskollegen. Er habe keine gute Stimmung, leide unter Reizbarkeit, ziehe sich zurück und habe wenig Interesse an anderen Menschen. Er mache sich viele Sorgen und sei oft misstrauisch. Seine Stimmung wechsele sehr stark. Er habe oft Lebensüberdruß. Freunde habe er keine. Manchmal erlebe er allerdings Freude im Familienkreis. Zu seinen Kindern und seiner Ehefrau habe er ein gutes Verhältnis. Die Beziehung zu ihr sei allerdings durch Zukunftsängste beeinträchtigt. Sie sei ungehalten, dass das Haus noch nicht fertiggestellt sei und werfe ihm dies häufig vor. Nach Möglichkeit vermeide er es, die Unfallstelle zu passieren. Er versuche auch, das Autofahren zu umgehen. Das sei allerdings, wie auch am Tag der gutachterlichen Untersuchung, nicht immer möglich. Er habe auch am rechten Ellenbogen Schmerzen, da er diesen kompensatorisch stärker strapaziere. Der Ring- und Kleinfinger der linken Hand sei jeweils taub. Die Beine seien hingegen in Ordnung. Er gehe alle zwei, drei Monate zum Nervenarzt. Mit der Arbeit klappe es im Großen und Ganzen. Unlängst habe sein Arzt ihm die Krankschreibung angeboten, was er nicht gewollt habe. Er arbeite gern, weil ihn das ablenke. Die sprachliche Differenzierung sei während der Untersuchung infolge des Migrationshintergrundes zum Teil unzureichend gewesen. Inhaltlich habe der Gedanke an die Ungerechtigkeit, auch bei einem nicht selbst verschuldeten Unfall Nachteile in Kauf nehmen zu müssen, ganz im Vordergrund gestanden. Subjektiv habe eine verminderte Belastbarkeit sowie eine Konzentrations- und Merkschwäche vorgeherrscht. Bei der Untersuchung seien diesbezüglich jedoch keine Auffälligkeiten deutlich geworden. Die Stimmungslage sei eher dysphorisch, misstrauisch und enttäuscht, bei einer verminderten affektiven Schwingungsfähigkeit zum Teil auch resigniert und verbittert gewesen. Es habe kein typisch depressiver Affekt bestanden. Ein Losigkeitssyndrom habe nicht vorgelegen. Im Gesprächsverlauf sei nach Auflockerung gelegentlich ein Lächeln möglich gewesen. Der Antrieb sei deutlich herabgesetzt gewesen. Gelegentlich hätten noch Intrusionen, seltene Alpträume und geringe Vermeidungen bestanden. Der Unfallhergang sei nüchtern und neutral sowie ohne erkennbare innere Beteiligung oder physiologische Reaktionen in Form von Zittern, Schwitzen oder Ähnlichem geschildert worden. Es hätten eine erhöhte Reizbarkeit und eine soziale Rückzugstendenz bestanden.

Das SG hat die Klage nach der mündlichen Verhandlung am 7. September 2016 durch Urteil vom selben Tag abgewiesen. Die Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011 führten nach dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit ab 17. Juli 2013 zu keiner höheren MdE als 30 v. H. Insbesondere sei beim Kläger keine über die bereits von der Beklagten berücksichtigte vorübergehende psychische Beeinträchtigung

vorhanden gewesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht im Vollbeweis vor.

Hiergegen hat der Kläger am 23. September 2016 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Er trägt im Wesentlichen vor, die bisherige Bewertung der Beklagten mit einer MdE von 30 v. H. sei aufgrund der intensiven Ausprägung der Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar. Unberücksichtigt geblieben seien die von Dr. U. diagnostizierten Erkrankungen in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer chronischen Depression und einer Verbitterungsstörung. Das Gutachten von Dr. C. stütze eine MdE von 40 v. H., zumal er anerkannte medizinische Testverfahren eingesetzt habe. Insbesondere seien die Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung gegeben. Das A2-Kriterium sei vorhanden, weil Dr. C. nur die phobischen Ängste als lediglich leicht erhöht angeführt habe. Erfüllt sei auch das B-Kriterium. Wegen des ständigen Wiederlebens des Unfallereignisses bestünden weiterhin Albträume und intensive Schlafstörungen, weswegen er noch intensiver therapiert werde. Bei ihm sei des Weiteren ein Vermeidungsverhalten vorhanden. Die Unfallstelle befinde sich in unmittelbarer Nähe zu seinem Wohnort. Um seinen Arbeitsplatz zu erreichen, müsse er dort zwangsläufig vorbeifahren. Dieser Umstand könne nicht zu seinen Lasten angeführt werden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 7. September 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 15. Mai 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2014 teilweise aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 40 vom Hundert ab 17. Juli 2013 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie trägt, im Wesentlichen gestützt auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Dipl.-Psych. B., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, von Juni 2015 und Juli 2016, vor, die Berichte von Dr. U. und das Gutachten von Dr. R. seien nicht geeignet, mit hinreichender Sicherheit eine psychiatrische Gesundheitsstörung von Krankheitswert zu belegen. Dr. U. habe keinen relevanten psychischen oder psychopathologischen Untersuchungsbefund erhoben. Eine Objektivierung der mitgeteilten Daten fehle. Er habe mit der Kodierung "F32.2" eine reaktive Depression beschrieben. Im dazugehörigen Text nach der ICD-10 werde allerdings eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome definiert. In den Leitlinien werde dazu unter anderem ausgeführt, dass es sehr unwahrscheinlich sei, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage sei, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt. Die Diagnosen einer chronischen Depression (ICD-10 F34.1) und einer Verbitterungsstörung seien nicht als unfallbedingt begründet nachgewiesen. Eine Verbitterungsstörung sei nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 keine psychische Störung und somit auch keine Erkrankung von Krankheitswert mit Behandlungsnotwendigkeit und Entschädigungspflicht. Inhaltlich würden als Ursachen dieser Verbitterung finanzielle und berufliche Fragen angeführt. Die von Dr. U. mit dem Schlüssel "F43.2" diagnostizierte akute Belastungsreaktion werde als Anpassungsstörung klassifiziert. Hierfür würden eine sorgfältige Bewertung von Art, Inhalt und Schwere der Symptome, der Anamnese und der Persönlichkeit sowie des belastenden Ereignisses gefordert. Diese lasse sich seinen Ausführungen nicht entnehmen. Soweit Dr. R. eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert habe, sei nicht ersichtlich, dass neben dem neurologischen Untersuchungsbefund irgendein psychischer oder psychopathologischer erhoben worden sei. Die durch ihn als Neurologen gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Verstimmung seien sachlich und fachlich nicht belegt. Soweit Dr. C. eine posttraumatische Belastungsstörung angenommen habe, habe er sich unzureichend auf die Berichte von Dr. U. und das Gutachten von Dr. R. gestützt. Es sei somit nach dem bisherigen Krankheitsverlauf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu keinem Zeitpunkt zu stellen gewesen. Soweit er ausgeführt habe, dass sich eine stärkere Symptomdarstellung in den psychologischen Testbögen als im klinischen Befund gefunden habe, könne dies auch auf eine Verdeutlichungstendenz hinweisen. Zusammenfassend habe Dr. C. ohnehin nur der Sache nach eine grenzwertige Depression, andere, nicht näher ausgeführte Depressionszeichen von leichter Ausprägung sowie eine geringe posttraumatische Belastungsstörung in Form einer "langsam, spontan" abklingenden Störung beschrieben. Daher seien jedenfalls aktuell keine erhebliche oder wesentliche psychische Erkrankung und keine unfallbedingten Beeinträchtigungen mehr nachweisbar. Auf nervenärztlichem Gebiet sei daher allenfalls eine MdE von 10 v. H. gerechtfertigt, wodurch diejenige auf chirurgischem Fachgebiet nicht erhöht werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten (3 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand dieses Rechtsmittelverfahrens ist das angefochtene Urteil des SG vom 7. September 2016, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 15. Mai 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. November 2014 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 40 v. H. ab 17. Juli 2013 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011, welchen die Beklagte mit der Verwaltungsentscheidung vom 15. Mai 2014 nach Auslegung bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannte, begehrt hat, abgewiesen wurde. Dabei ist Maßstab hierfür der Empfängerhorizont verständiger Beteiligter, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - B [5a/5 R 20/06 R](#) -, [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53). Danach ist dem Bescheid vom 15. Mai 2014 noch die Regelung zu entnehmen, dass das Ereignis vom 21. Dezember 2011 ein Arbeitsunfall ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, Kommentar zum SGG, 12. Aufl. 2017, § 54 Rz. 34), welche vorliegend am 13. Juli 2017 stattfand.

Der Bevollmächtigte des Klägers konnte als Rentenberater bis zuletzt wirksam Prozesshandlungen vornehmen ([§ 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG i. V. m. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Rechtsdienstleistungsgesetz - RDG](#)), da der Rechtsstreit Gegenstand einer Rentenberatung auf dem Gebiet der gesetzlichen Unfallversicherung war.

Die Klage ist unbegründet, da der Kläger wegen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011 ab 17. Juli 2013 keinen Anspruch auf Gewährung einer Rente nach einer höheren MdE als 30 v. H. hat. Dieses Recht ist ihm mit Bescheid vom 15. Mai 2014 bereits eingeräumt worden. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier eines Arbeitsunfalls in Form des Wegeunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren ([§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII](#)). Wenn, wie vorliegend, ein Anspruch auf Verletzengeld entstanden ist, werden gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem dieser Anspruch endet, also im Falle des Klägers ab dem 17. Juli 2013.

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](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalles in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (65)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaten festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete

Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 16/11 R](#) –, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) –, juris, Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 – [B 2 U 29/07 R](#) –, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 – [B 2 U 2/11 R](#) –, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen (z. B. ICD-10, DSM-IV) konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, [BSGE 96, 196](#) (203) und vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 31/11 R](#) –, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 – [L 6 U 50/15](#) –, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 – [L 6 U 4796/13](#) –, juris, Rz. 37) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 2 U 5/10 R](#) –, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben haben die Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. Dezember 2011 ab 17. Juli 2013 keine höhere MdE als 30 v. H. zur Folge.

Als unmittelbare Unfallfolgen erlitt der Kläger, als er am 21. Dezember 2011 nach Beendigung der Nachtschicht mit einem VW Passat auf der Fahrt vom Tätigkeitsort bei der Arbeitgeberin in K.-St. zu seinem Wohnort war und gegen 6:40 Uhr auf der K 3575 in Richtung des Ortsteiles W. seiner Heimatgemeinde frontal mit einem Opel Astra kollidierte, also beim Zurücklegen eines mit seiner versicherten Tätigkeit als Beschäftigter nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) zusammenhängenden unmittelbaren Weges ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 Alt. 2 SGB VII](#)), eine grob dislozierte interkondyläre distale Trümmerfraktur des Humerus links (ICD-10-GM-2017 S42.4-), eine nicht dislozierte Innenknöchelfraktur rechts (ICD-10-GM-2017 S82.5) sowie am rechten Innenknöchel ein Hämatom (ICD-10-GM-2017 T14.0-) und am rechten Oberlid eine Platzwunde (ICD-10-GM-2017 S01.80). Diese Verletzungen entnimmt der Senat den Durchgangsarzt- und Entlassungsberichten von Dr. H. über die Untersuchungen am Unfalltag und während des anschließenden stationären Aufenthaltes bis Ende Dezember 2011. Soweit er zunächst den Diagnoseschlüssel "S42.2" für eine Fraktur am proximalen Ende des Humerus anführte, handelt es sich offensichtlich um einen Wiedergabefehler, da er die Verletzung selbst auf der distalen Seite verortete, insbesondere beschrieb, dass am linken Ellenbogen eine Trümmerfraktur mit Dislokation im distalen Humerusschaft vorgelegen habe, und sich auch insoweit aus den sonstigen medizinischen Unterlagen kein Hinweis auf einen näher zur Körpermitte hin gelegenen Schaden ergeben hat. Zudem ist unfallbedingt eine Läsion des Nervus ulnaris links (ICD-10-GM-2017 G56.2) eingetreten, wie sie Prof. Dr. Sp., Dr. B., Dr. F. und Dr. R. diagnostiziert haben. Diese Gesundheitsstörung wurde erstmals im Januar 2012 durch eine elektrophysiologische Untersuchung objektiviert, wie Prof. Dr. Sp. herausgestellt hat.

Diese Unfallfolgen führten ausweislich der im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415](#) ff. Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten Expertise von Dr. H., welche er im Verwaltungsverfahren erstattete, zum Zeitpunkt seiner gutachtlichen Untersuchung Mitte Oktober 2013 noch zu einem deutlichen Bewegungs- und Belastungsdefizit am linken Ellenbogen, endgradig eingeschränkten Umwendbewegungen des linken Unterarmes, einer marginal eingeschränkten Handgelenksbeweglichkeit links, einer traumatischen Läsion des Nervus ulnaris mit Hypästhesien der Langfinger D IV und V, einer partiellen, straffen Pseudarthrose am radialen Pfeiler des distalen Humerus links, einer posttraumatischen Anschlussarthrose im Humeroulnar- und -radialgelenk links sowie innenknöchelbetonten Belastungsschmerzen im rechten Sprunggelenk. Das Hämatom am rechten Innenknöchel und die Platzwunde am rechten Oberlid waren im Sommer 2013 indes längst ausgeheilt. Dr. R. erkannte nach seinem ebenfalls als Urkundenbeweis verwerteten Gutachten im Februar 2014 ob der neurologischen Erkrankung im Bereich des linken Armes noch leichtgradige Paresen der versorgenden Muskulatur und eine leichte Atrophie des Hypothenar und des I. Spatium interosseum.

Diese Funktionsstörungen stützen ab Mitte Juli 2013 allenfalls eine MdE von 20 v. H. Wegen der vielfältigen dreidimensionalen Bewegungseinschränkung ist in Bezug auf die Schultergelenke die Vorhebung als Hauptkriterium zu werten. Der Raum zwischen der unbedeutenden Funktionsstörung der Verletzung und der Vorhebungsbeeinträchtigung bei einer operativen Schulterversteifung wird zwischen einer MdE unter 10 bis 30 v. H. gegliedert. Für eine Bewegungseinschränkung vorwärts/seitwärts bis 90°, bei freier Rotation, wird eine MdE von 20 v. H. als angemessen angesehen, für vorwärts/seitwärts bis 120° eine solche von 10 v. H. Eine konzentrische Bewegungseinschränkung um die Hälfte bedingt demgegenüber eine MdE von 25 v. H. (vgl. Schönberger /Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 560). Die funktionelle Wertigkeit des Ellenbogengelenkes schlägt sich in den MdE-Sätzen bei Bewegungseinschränkungen nieder. Bei einer

solchen auf 90° Beugung kann das Gesicht mit der Hand nur bei normaler Beweglichkeit im Handgelenk und in der Halswirbelsäule erreicht werden, bei einer Beugstellung über 90° ist das Tragen von Lasten verwehrt. Das normale Bewegungsausmaß des Ellenbogens beträgt für die Beugung 145°, für die Streckung 0° sowie für die Ein- und Auswärtsdrehung 80 bis 85°. Für die meisten Tätigkeiten des täglichen Lebens werden lediglich die Scharnierbewegungen im Ellenbogen zwischen 30° und 130° sowie die Pronations- und Supinationsbewegung von je 55° benützt, weshalb Streckdefizite weniger behindern als Beugebehinderungen. Eine Bewegungseinschränkung bis 0-30-90° (Streckung/Beugung) bedingt bei freier Unterarmdrehung eine MdE von 20 v. H., bei einer solchen auf ein Drittel 30 v. H. Ist die Beugung bis 120° möglich, ist bei einer freien Unterarmdrehung eine MdE von 10 v. H. vorgesehen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 567 f.). Die Hand mit ihren Gliedern, also den Fingern, ist ein wichtiger Teil des Bewegungssystems sowie, neben einem hoch entwickelten Instrument, mit dem mannigfaltige mechanische Funktionen ausgeführt werden können, auch ein Sinnesorgan und unterstützt ebenso bei der Kommunikation. In der Reihenfolge der Bedeutung wird die Hand als Greif-, Druck-, Tast- und Ausdrucksorgan bewertet (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 570, 572). Die funktionelle Wechselwirkung aller Einzelleistungen macht sie zu einem intelligenten Universalorgan für die sinnvolle Behauptung auch im Arbeitsleben. Entscheidend ist die Gebrauchsbeeinträchtigung der ganzen Hand, einzelne Fingerbehinderungen vermitteln nicht den vollen Umfang des Schadens. Bei kompletten oder teilweisen Fingerverlusten wird davon ausgegangen, dass Amputationsstümpfe der betroffenen Finger gut einsetzbar sind, sowohl Durchblutungs- und Sensibilitätsstörungen als auch Neurome nicht vorliegen sowie vorhandene Gelenke der teilamputierten Finger und nicht betroffene Nachbarfinger frei in der Bewegung sind (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 604 ff.). Die MdE-Erfahrungswerte bei peripheren Nervenläsionen beziehen sich auf den vollständigen Ausfall des betroffenen Nervs. Teillähmungen (Paresen) sind geringer zu bemessen. Ist der obere Nervus ulnaris (Ellennerv) beschädigt, sieht die unfallmedizinische Literatur eine MdE von 25 v. H. vor, in Bezug auf den unteren Bereich eine solche von 20 v. H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 252). Das obere Sprunggelenk ist ein Scharniergelenk, in dem nur fußrückenwärtige (Dorsalflexion) und fußsohlenwärtige (Plantarflexion) Bewegungen ausführbar sind. Daneben erfolgen Wackelbewegungen in Plantarflexion, weil das von den Knöcheln in der Knöchelgabel eingefasste Sprungbein (Talus) hinten etwas schmaler ist als vorn. In dieser Stellung ist die Fixation im oberen Sprunggelenk nur federnd, erleichternd für das Abwickeln des entlasteten Fußes. In maximaler Dorsalextension ist der Fuß fixiert. Die Knöchelgabel wird in dieser Stellung durch den Talus noch um 1 bis 2 mm auseinandergedrängt. Das lässt die nur bandartige Verbindung, die Syndesmose, zwischen dem unteren Ende des Schienbeines und Wadenbeines zu (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 694 f.). Abgesehen von Versteifungen, bei denen höhere Werte vorgesehen sind, bedingt eine Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenkes mit 0-0-30° eine MdE von 10 v. H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 712 f.).

Nach diesen Maßstäben sind die Funktionsstörungen wegen der somatischen Beschwerden mit einer MdE von 20 v. H. ausreichend bewertet. Bei der gutachtlichen Untersuchung durch Dr. H. Mitte Oktober 2013 konnte der Kläger den linken Arm vorwärts und seitwärts bis 170° heben, die geringen Defizite beim Aus- und Einwärtsdrehen sind dagegen für die MdE nicht von Relevanz. Das bei dieser fachärztlichen Erhebung ermittelte Streckdefizit des linken Ellenbogens von 50° behindert weniger als die leichte Einschränkung bei der Beugung, welche immerhin bis 130° möglich war und die Scharnierbewegungen für die meisten Tätigkeiten des täglichen Lebens ermöglicht. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. C. führte der Kläger zwar Ende April 2016 an, er habe auch am rechten Ellenbogen Schmerzen, weil er diesen kompensatorisch stärker strapaziert habe. Bis aktuell sind damit einhergehend, sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirkende Funktionseinschränkungen allerdings nicht belegt, welche für die MdE allein von Bedeutung sind. Die Unterarmdrehung links war mit 70-0-70° nicht einmal um ein Fünftel reduziert (Referenzwerte: 85 bis 90-0-85 bis 90°; Buckup, Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Knochen, 5. Aufl. 2012, S. 157). Dr. St.-F. erkannte die Umwendbewegungen des linken Unterarmes Ende April 2013 sogar weitgehend als ungestört. Bei der ambulanten Untersuchung durch Dr. K. Anfang Juli 2013 stellte sich, wie bereits einen Monat zuvor, die Pronation und Supination sogar seitengleich mit 90-0-90° dar, also normgerecht. Die Streckung und Beugung waren bis 0-20-120° möglich. Die Funktionsbeeinträchtigungen der linken Hand und des rechten Fußes einschließlich des Sprunggelenkes sind ab Juli 2017 nur noch leichtgradig gewesen. Die Bewegungen wurden vom Kläger bei Dr. H. im Oktober 2013 jeweils links handrücken-/hohlhandwärts bis 50-0-50° (rechts: 50-0-60°) und speichen-/ellenwärts bis 20-0-25° (rechts: 30-0-30°) vorgenommen. Die Abstände des jeweiligen Nagelrandes bis zur verlängerten Handrückenebene betrugen für die Finger D II bis V links jeweils 0,5 cm. Die anderen Bewegungsprüfungen der oberen Gliedmaßen erfolgten seitengleich im Normbereich. Drei Monate zuvor stellte Dr. K. fest, dass der Faustschluss beidseits möglich war. Ebenso konnten die unterschiedlichen Griffvarianten wie der Spitz-, der Grob- und der Pinzettengriff demonstriert werden. Beim Heben und Senken des Fußes wurden im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes von Dr. H. Werte von 25-0-35° (Referenzwerte: 20 bis 30-0-40 bis 50°; Buckup, a. a. O., S. 316) gemessen. Die sonstigen Maße der unteren Gliedmaßen waren seitengleich und normgerecht. Gegenüber Dr. C. führte der Kläger Ende April 2016 auch an, dass die Beine in Ordnung sind. Der Zustand nach der axonalen Schädigung des Nervus ulnaris links ist ausweislich des Gutachtens von Dr. R. nur noch mit leichtgradigen Paresen der versorgenden Muskulatur und einer leichten Atrophie einhergegangen. Eine gegenüber seiner Untersuchung im August 2012 weiterhin rückläufige chronische, axonale Läsion dieses Nervs beschrieb Dr. F. drei Monate später. Die Sensibilitätsstörung des Ringfingers war wie die Handkraft im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich gebessert. Schmerzen verneinte der Kläger in diesem Bereich.

Eine MdE von 20 v. H. ist bei den beim Kläger vorhandenen Bewegungseinschränkungen allerdings erst durch die Funktionsstörungen ob des Belastungsdefizites am linken Ellenbogen, der Hypästhesien der Finger D IV und 5, der partiellen straffen Pseudarthrose am radialen Pfeiler des distalen Humerus links, der posttraumatischen Anschlussarthrose im Humeroulnar- und -radialgelenk links sowie der innenknöchelbetonten Schmerzen im rechten Sprunggelenk, welche zu einer Belastungsminderung geführt haben, erreicht. Wie der Kläger gegenüber Dr. St.-F. Ende April 2013 kundtat, war die Kraftentwicklung im linken Arm wiedergekehrt. Zudem berichtete er über einen positiven Heilverlauf mit Beschwerdelinderung und Besserung der früher noch viel erheblicheren Bewegungseinschränkung. Damit in Einklang steht, dass sich zu diesem Zeitpunkt eine bereits teilweise knöcherne Konsolidierung zeigte. Das Heilverfahren war nach dessen weiterer nachvollziehbaren Einschätzung an einem Punkt angelangt, an dem eine berufliche Reintegration möglich erschien, welche schließlich ab Juni 2013 erfolgte und so erfolgreich verlief, dass der Kläger bereits Mitte Juli 2013 eine gleichwertige Tätigkeit wie vor dem streitgegenständlichen Unfallereignis vollschichtig aufnehmen konnte. Über das übliche Maß hinausgehende Schmerzen mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit sind trotz der vom Kläger noch Anfang Februar 2013 gegenüber Dr. K. berichteten deutlichen Schmerzen im gesamten Ellenbogengelenk bei Aufnahme einer Last nicht belegt. Ihm war zunächst Gabapentin verordnet worden. Ob der Angst vor Nebenwirkungen bei dessen Einnahme, wie Dr. B. kundgetan hat, bestand die Medikation nach der Auskunft von Dr. K. nach zwischenzeitlicher Einnahme von Lyrica, Novalgin und Ibuprofen zuletzt aus ASS, 100 mg (1-0-0) und bei Bedarf Ibuprofen, 600 mg, woraus sich lediglich ableiten lässt, dass er üblicherweise mit den organischen Gesundheitsstörungen verbundene Schmerzen hat, welche bereits in den MdE-Richtwerten berücksichtigt sind (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 244).

Auf psychiatrischem Fachgebiet hat der Kläger ab 17. Juli 2013 allenfalls an einer rezidivierend depressiven Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10-GM-2017 F33.0) gelitten, wie der Sachverständige Dr. C. dargelegt hat, woraus sich, unterstellt es besteht überhaupt ein Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 21. Dezember 2011, unter Berücksichtigung der versorgungsmedizinischen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 169 f.) grundsätzlich keine höhere Teil-MdE als 20 ableiten lässt und vorliegend die damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen mit einer solchen von 10 v. H. ausreichend bewertet sind.

Aus der unsystematischen und lückenhaften, nicht die üblichen psychiatrischen Regeln befolgenden Befundbeschreibung durch den sachverständigen Zeugen Dr. U. lässt sich keinesfalls eine schwere Episode erschließen, wie Dr. C. überzeugend ausgeführt hat. Unter Bezugnahme auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. Dipl.-Psych. B. hat die Beklagte zudem schlüssig dargelegt, dass Dr. U. ohnehin keinen relevanten psychischen oder psychopathologischen Untersuchungsbefund erhoben hat. Er hat weiter mit der Kodierung "F32.2" eine reaktive Depression beschrieben. Im dazugehörigen Text nach der nach der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer aktuellen und international gültigen Ausgabe ICD-10, Version 2017 (ICD-10-GM-2017) wird dadurch allerdings eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome definiert. In den Leitlinien wird dazu unter anderem ausgeführt, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt. Der Kläger ist demgegenüber seit Mitte Juli 2013 einer nahezu identischen Vollzeittätigkeit wie vor dem streitgegenständlichen Unfallereignis nachgegangen. Eine akute Belastungsreaktion (ICD-10-GM-2017 F43.0), wie sie Dr. U. nach dessen ambulanter Untersuchung Anfang April 2013 diagnostiziert hat, ist nicht nachgewiesen. Dr. C. hat zwar lediglich ausgeführt, dass eine solche wegen des Abstandes zum auslösenden Ereignis im Zeitpunkt seiner Untersuchung Ende April 2016 nicht mehr vorgelegen haben kann. Nach Ansicht des Senats lässt sich dies indes bereits bei dem vorliegend verstrichenen Zeitraum zwischen dem Unfallereignis und der Diagnosestellung, also von fünfzehn Monaten, annehmen (vgl. Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 124/14](#) -, juris, Rz. 49). Überdies wird hierfür eine schlüssige Bewertung von Art, Inhalt und Schwere der Symptome, der Anamnese und der Persönlichkeit sowie des belastenden Ereignisses gefordert. Diese lässt sich den Ausführungen von Dr. U. nicht entnehmen, wie die Beklagte, gestützt auf ihren Beratungsarzt Dr. Dipl.-Psych. B., überzeugend eingewandt hat. Indes hat sie zu Unrecht angenommen, Dr. U. habe die Kodierung "F43.2" verwendet. Er hat die akute Belastungsreaktion zutreffend bei "F43.0" verortet, einzig die Erkrankung nicht schlüssig als gegeben angesehen.

Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10-GM-2017 F43.1), wie sie Dr. H. als Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Dr. R. als Arzt für Neurologie fachfremd und damit nicht nachvollziehbar angenommen haben, steht selbst nach der sachverständigen Bewertung durch Dr. C. nicht zur Überzeugung des Senats fest. Die posttraumatische Belastungsstörung, welche nach der ICD-10-GM-2017 als "F43.1" kodiert wird, bezeichnet eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10-GM-2017 F62.0) über. Kriterien für die Diagnosestellung sind (vgl. Schnyder, MedSach 2003, S. 142 (143 f.)) ein Ereignis von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (A-Kriterium), Wiedererleben: Erinnerungen tagsüber, Träume, Flashbacks, Bedrängnis bei Konfrontation mit ähnlichen Ereignissen (B-Kriterium), Vermeidung von Umständen, welche der Belastung ähneln (C-Kriterium), Amnesie oder erhöhte Sensitivität und Erregung: mindestens zwei der folgenden Merkmale: Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit (D-Kriterium) sowie das Auftreten in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis (E-Kriterium). Nach diesem Diagnosesystem orientiert sich die vertragsärztliche Behandlung (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, juris, Rz. 36). Es ist daher in erster Linie auch von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Sachverständigen anzuwenden, da es die nachvollziehbare Feststellung einer konkreten psychischen Gesundheitsstörung unter Verwendung eines üblichen Diagnosesystems sowie des dortigen Schlüssels und der Bezeichnungen ermöglicht. Zur Feststellung einer posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen wird auch das von der American Psychiatric Association in den Vereinigten Staaten von Amerika herausgegebene Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen, seit 1996 auch auf Deutsch; die Textrevision der vierten Auflage wurde 2000 veröffentlicht (DSM-IV-TR). Nach DSM-IV-TR 309.81 ist das so genannte "Traumakriterium", das A-Kriterium, eingängiger gefasst. Danach ist Hauptmerkmal der posttraumatischen Belastungsstörung die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis. Das traumatische Ereignis beinhaltet unter anderem das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (A1-Kriterium). Es muss ein extremes, lebensbedrohliches Ereignis tatsächlich stattgefunden haben (Foerster/Leonhardt, MedSach 2003, S. 146 (147)). Bezüglich des Erlebnisses ist eine Reaktion von Angst, Hilflosigkeit oder Grauen zu verlangen (A2-Kriterium). Weitere Kriterien sind (vgl. Schnyder, a. a. O.) ständiges Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (B-Kriterium), anhaltendes Vermeiden spezif. Stimuli, welche an das Trauma erinnern (C-Kriterium), Angst oder erhöhtes Erregungsniveau (D-Kriterium), Dauer mindestens ein Monat (E-Kriterium) sowie erhebliches Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen (F-Kriterium). Die seit Mai 2013 dem DSM-IV-TR folgende, nunmehr in deutscher Sprache vorliegende 5. Auflage des Diagnostischen und statistischen Manuals (DSM-5) steht dem an sich nicht entgegen (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 40; Widder/Dreßing/Gonschorek/Tegenthoff/Drechsel-Schlund, MedSach 2016, S. 156 ff.). Unter das A-Kriterium wird nunmehr allerdings auch die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden) gefasst. Damit löst sich, ohne dies deutlich zu machen, die DSM-5 deutlich von der historischen Entwicklung der Erfassung seelischer Folgen schwerer Traumatisierung in den psychiatrischen Klassifikationsschemata, welche nicht zuletzt unter dem Druck der Veteranen des 1955 begonnenen Vietnamkrieges erfolgte, denen ganz unzweifelhaft permanente lebensbedrohliche Ereignisse widerfahren und die Gräueltaten mit anblicken mussten (vgl. HirschM., MedSach 2003, S. 137 (140)). Hiervon unterscheidet sich der Fall des Klägers gravierend. An dem Diagnosesystem DSM-5 wird im fachmedizinischen Schrifttum zudem die fehlende Validität bemängelt (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 41). Da die exakte psychische Diagnose es nachvollziehbar machen muss, warum und in welchem Ausmaß eine Person psychisch krank ist, ist das DSM-5 besonders bei der posttraumatischen Belastungsstörung nicht geeignet, diese Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Urteil des Senats vom 27. August 2015 - [L 6 VS 4569/14](#) -, a. a. O., Rz. 42).

Nach beiden Diagnosesystemen, also nach ICD-10-GM-2017 und DSM-IV-TR, fehlt es vorliegend zur Überzeugung des Senats an den Voraussetzungen für eine Diagnosestellung (vgl. hierzu auch Urteile des Senats vom 26. Juni 2014 - [L 6 VU 2236/13 ZVW](#) -, vom 23. Juni 2016 - [L 6 VH 4633/14](#) -, und vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, jeweils juris). Offen bleiben kann, ob vorliegend wegen des Frontalzusammenstoßes von zwei Kraftfahrzeugen bei erhöhter Geschwindigkeit des Unfallgegners das A-Kriterium nach ICD-10-GM-2017 F43.1 erfüllt ist. Jedenfalls sind die B-, C-, D- und E-Kriterien nicht gegeben. In Bezug auf das B-Kriterium berichtete der Kläger gegenüber Dr. C. ohnehin zwischen Ende Dezember 2011 und Ende April 2016 nur viermal von dem Unfall geträumt zu haben, zuletzt Anfang 2016. Zudem ist bereits mangels Behauptung von ihm nicht belegt, dass es vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit zu den Träumen kam. Aus den von ihm angewandten Testverfahren lässt sich dies ebenfalls nicht ableiten. Ein Vermeidungsverhalten, also das C-Kriterium, hat ebenfalls nicht vorgelegen, wie Dr. U. überzeugend angenommen hat. Der Kläger fährt weiter Auto und passiert auch die Stelle des Ereignisses von Dezember 2011, wobei er im März 2016 abermals einen Verkehrsunfall hatte, als er mit einem Reh kollidierte, wie er sich gegenüber Dr. C. einließ. Der Ort des streitgegenständlichen Unfallereignisses liegt in der Nähe seines Wohnortes, weshalb insbesondere der kürzeste Weg zu seinem Arbeitsplatz dort vorbeiführen mag. Gleichwohl hat dieses nicht dazu geführt, dass er krankheitsbedingt diese Stelle meidet, was vorliegend für die Frage, ob ein Vermeidungsverhalten vorliegt, allein entscheidend ist. Ferner hat der Frontalzusammenstoß nicht zu einer Amnesie oder erhöhten Sensitivität und Erregung geführt, weshalb das D-Kriterium zu verneinen ist. Gegenüber Dr. C. schilderte der Kläger den Unfallhergang nüchtern und neutral sowie ohne erkennbare innere Beteiligung oder physiologische Reaktion in Form von Zittern, Schwitzen oder Ähnlichem. Hinzu kommt, dass zwar subjektiv eine verminderte Belastbarkeit sowie eine Konzentrations- und Merkschwäche vorherrschte. Bei der Untersuchung durch Dr. C. wurden diesbezüglich indes keine Auffälligkeiten deutlich. Erstmals äußerte der Kläger Ende Februar 2013 gegenüber Dr. K., eine psychische Verarbeitungsproblematik wegen der Unfallfolgen zu haben. Er grüble häufig wegen der bestehenden Einschränkungen in Verbindung mit den Belastungen ob eines gestörten Nachschlafes. Damit ist auch das E-Kriterium nicht gegeben, wonach die Symptome nicht innerhalb des Regelzeitraumes von sechs Monaten nach dem Ereignis auftraten und für eine Ausnahmekonstellation selbst von Dr. C. nichts Näheres beschrieben worden ist. Damit fehlt es ebenfalls nach DSM-IV-TR 309.81 zumindest an den B-, C-, D- und F-Kriterien. Hinsichtlich Letzterem ist weder ein erhebliches Leiden noch eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen objektiviert worden. Ab 17. Juli 2013 konnte der Kläger eine vergleichbare berufliche Tätigkeit wie vor dem streitgegenständlichen Unfallereignis aufnehmen. Der verzögerte Heilverlauf war nicht auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen, sondern auf die somatische im Bereich des linken Ellenbogens. Wegen dieser fehlenden Kriterien ist für den Senat nicht nachvollziehbar wie Dr. C. zu der Diagnosestellung kommen konnte, zumal er selbst die Diskrepanz zwischen der Symptombeschreibung durch den Kläger und den Ergebnissen der stattgehabten klinischen Untersuchungen sowohl nach Aktenlage als auch aufgrund seiner eigenen Begutachtung herausgestellt hat. Die von Dr. U. auf psychiatrischem Fachgebiet angenommene - posttraumatische - Verbitterungsstörung steht ebenfalls nicht im Vollbeweis fest, zumal weder nach der ICD-10-GM-2017 noch nach dem DSM-IV-TR ein Diagnoseschlüssel hierfür vorgesehen ist. Damit ist sie als Gesundheitsbeeinträchtigung von Krankheitswert und hieraus möglicherweise folgende Funktionsbeeinträchtigung erst zu berücksichtigen (vgl. BSG, Urteile vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (203) und vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 37), wenn sie etwa den Grad einer Reaktion auf eine schwere Belastung oder einer Anpassungsstörung (ICD-10-GM-2017 F43.-) erreicht (vgl. auch Lieberei/Linden, MedSach 2007, S. 157 ff.).

Die Folgen der rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, unterstellt es besteht überhaupt ein Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 21. Dezember 2011, erreicht vorliegend ab Mitte Juli 2013 keine höhere Teil-MdE als 10 v. H., zumal der Kläger seit diesem Zeitpunkt wieder vollschichtig erwerbstätig ist. Die ausweislich der von Dr. C. erhobenen Anamnese nach wie vor erhaltene innerfamiliäre Beziehungsstruktur und die bestehenden Kontakte deuten zudem nicht auf einen maßgeblichen sozialen Rückzug und damit gravierende Funktionsbeeinträchtigungen wegen dieser Erkrankung hin.

Darüber hinaus hat der Arbeitsunfall vom 21. Dezember 2011 beim Kläger keine Folgen hinterlassen, die eine weitere Teil-MdE untermauern.

Das Gesamtbild aller Funktionseinschränkungen, die auf das Ereignis vom 21. Dezember 2011 zurückzuführen sind, haben damit ab 17. Juli 2013 bis aktuell keine höhere Gesamt-MdE als 30 v. H. zur Folge. Dieses ist im Ganzen zu würdigen, wobei die einzelnen Teil-MdE nicht schematisch zusammengerechnet werden dürfen. Entscheidend ist eine integrierende Gesamtschau der Gesamteinwirkungen aller Funktionseinschränkungen auf die Erwerbsfähigkeit (vgl. BSG, Urteile vom 15. März 1979 - [9 RVs 6/77](#) -, [BSGE 48, 82](#) und vom 13. Februar 2013 - [B 2 U 25/11 R](#) -, juris, Rz. 24 m. w. N.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 131 f.). Danach ergibt sich aus den Teil-MdE wegen der somatischen Funktionsstörungen und den Beeinträchtigungen wegen der psychiatrischen Erkrankung noch keine höhere Gesamt-MdE als 30 v. H. Wegen der aufgezeigten Mängel des Gutachtens von Dr. C. konnte der Senat seine höhere Einschätzung der MdE nicht nachvollziehen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-09-01