

L 10 U 1916/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 4081/20
Datum
31.05.2022
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 1916/22
Datum
10.01.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Die Höhe der MdE bei Gliedmaßenverlusten bemisst sich ab 01.11.2019 unter Berücksichtigung des Konsenspapiers der MdE-Expertengruppe. Die dort genannten Eckwerte enthalten bereits die durch den Extremitätenverlust bedingte Fehlwahrnehmung (Phantomgefühl) sowie die damit regelmäßig in Verbindung stehenden Schmerzen. Bei Verlust des linken Zeigefingers ohne weitere Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Hand ist eine MdE von 10 v.H. angemessen. Bei sich damit nicht überschneidenden weiteren Funktionseinschränkungen infolge von Restsymptomen einer PTBS, die mit 20 v.H. zu bemessen sind, ergibt sich eine Gesamt-MdE von 30 v.H.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 31.05.2022 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe

I.

Zwischen den Beteiligten steht die Höhe der dem Kläger über den 31.10.2019 hinaus zu gewährenden Verletztenrente im Streit.

Der 1972 geborene Kläger stammt aus dem ehemaligen Jugoslawien und flüchtete - seinen eigenen Angaben gemäß (s. u.a. S. 2 und 122 SG-Akte, Bl. 384 und 453 VA) - aufgrund des Balkankrieges im Jahr 1992 nach Deutschland. Während einer Umschulungsmaßnahme zum Industriemechaniker erlitt der Kläger am 27.09.2009 auf einem Rückflug aus dem Kosovo nach Deutschland eine Subarachnoidalblutung, wurde sodann in Albanien operiert (s. Bl. 85 f. SG-Akte) und befand sich nach seiner Rückkehr nach Deutschland vom 26.04.2010 bis 26.05.2010 in stationärer medizinischer Rehabilitation in den S1 Kliniken in G1 (Bl. 525 ff. VA). Infolge dieser Erkrankung bezieht er eine Rente wegen voller Erwerbsminderung seitens der Deutschen Rentenversicherung B3 (Bl. 156 ff. VA, angenommener Leistungsfall 27.09.2009, Bl. 1203 VA). Seit dem 08.06.2011 ist der Kläger aushilfsweise in Teilzeit - jedenfalls vom 01.09.2016 bis 31.08.2017 betrug die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit 10 Stunden (Bl. 320 VA) - bei dem Pizza-Service „T1“, M1, in M2 versicherungspflichtig beschäftigt (Bl. 34 ff. und 73 VA).

Am 15.09.2017 gegen 17.50 Uhr befand sich der Kläger mit einem Pkw auf dem Weg zu einem Kunden, um diesem eine Pizza auszuliefern. Da er die Adresse suchen musste, fuhr er langsam und stockend und hielt schließlich an der Kreuzung B1/B2 in S2 am rechten Fahrbahnrand an (Bl. 4 und 34 ff. VA). Laut den polizeilichen Ermittlungsakten (Bl. 111 ff. VA) fühlte sich ein hinter dem Kläger fahrender Rollerfahrer hierdurch gestört, fuhr schließlich vor den stehenden Pkw des Klägers, stieg ab, zog eine Waffe und schoss dem ebenfalls aus dem Pkw gestiegenen Kläger unvermittelt in die linke Hand. Als dieser die Flucht ergriff, schoss der Rollerfahrer nochmals auf den Kläger, verfehlte ihn jedoch. Anschließend flüchtete der Rollerfahrer und wurde später im Rahmen seiner Festnahme durch die Einsatzkräfte verletzt. Durch den Schuss erlitt der Kläger eine Schussverletzung am Handrücken (Einschuss) ins linke D2-Mittel-/Endglied (Zeigefinger) reichend mit Destruktion der Strecksehne (Bl. 16 VA), woraufhin es am 25.09.2017 zu einer Amputation des 2. Finger-Mittelgliedes links kam (Bl. 81 VA). Der Kläger war vom 15.09.2017 bis 12.11.2017 arbeitsunfähig (Bl. 154 f. VA) und nahm dann seine Tätigkeit beim Pizza-Lieferservice wieder auf. Vom 28.10.2017 bis zum 12.11.2017 zahlte die Beklagte Verletztengeld (Bl. 245 VA).

Am 19.10.2017 bat der Kläger die Beklagten um psychologische Unterstützung (Bl. 63 VA). Daraufhin stellte er sich am 26.10.2017 in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums E1 bei der V1 vor (Bl. 142 ff. VA), klagte u.a. über Nervosität, Angst beim Verlassen der Wohnung, Durchschlafstörungen, Alpträume, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Intrusionen und Flashbacks und teilte mit, dass die von ihm zuvor halbwegs verdrängten schrecklichen Erlebnisse im Jugoslawienkrieg als Heranwachsender, in dem er gezwungen war, nach Bosnien zu flüchten, eine Waffe zu tragen und ggfs. auch zu schießen, durch das Ereignis beim Pizzaausfahren wieder ins Bewusstsein getreten seien. V1 diagnostizierte eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und eine mittel- bis schwergradige depressive Episode. Sie behandelte den Kläger sodann psychotherapeutisch, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 09.04.2018 schließlich eine komplexe Traumafolgestörung und eine schwergradige depressive Episode und empfahl eine tagesklinische, besser noch vollstationäre traumatherapeutische Behandlung (Bl. 167 f. VA). Nach Einholung einer beratungärztlichen Stellungnahme der G2 (Bl. 174 ff. VA) genehmigte die Beklagte dem Kläger sodann zehn weitere Sitzungen einer ambulanten Verhaltenstherapie (Bl. 193 VA), die jedoch nicht durchgeführt wurde. Stattdessen befand sich der Kläger vom 26.02.2019 bis 26.03.2019 zu Lasten der Beklagten in stationärer Behandlung in der M3-Klinik für Psychosomatik in D1 (Bl. 290 ff. VA). Dort wurde eine PTBS, eine schwere depressive Episode in Teilremission, eine Nikotinabhängigkeit, eine Hypertonie, ein Spannungskopfschmerz, ein Zustand nach (Z.n.) Aneurysmablutung A. cerebri media (ACM), initial und ein Z.n. Amputation des Dig. II links diagnostiziert. Die dort behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass die vom Kläger gemachten Erfahrungen im Jugoslawienkrieg und die erlittene Hirnblutung mit Hemiparese links die Entstehung von posttraumatischen und depressiven Erlebens- und Verhaltensmustern begünstigt hätten und die gegenwärtigen Belastungen (Schussverletzung mit Verlust des Zeigefingers links, Eheprobleme und Trennung der Ehefrau 2019) zu einer Retraumatisierung und der Entstehung der aktuellen PTBS und depressiven Symptomatik geführt hätten. Im Rahmen der Behandlung konnte eine gute psychophysische Stabilisierung erzielt werden. Der Kläger selbst gab an, er habe begonnen, den Unfall gut zu verarbeiten. Die Weiterführung einer ambulanten Psychotherapie wurde empfohlen, um eine Bearbeitung des Traumas und der damit einhergehenden Symptome weiterzuführen. Der Kläger begab sich sodann - zu Lasten der Beklagten - in psychotherapeutische Behandlung bei R1 (Bl. 358 f. VA), die eine „PTBS-Anpassungsstörung“ diagnostizierte und darauf hinwies, dass sich die psychische Problematik des Klägers auch durch bereits vor dem Übergriff vorhandene Eheprobleme und vor dem Hintergrund seiner Kriegserlebnisse in jungem Alter weiter verschärft hätten (Bl. 535 VA). Am 13.09.2019 stellte sich der Kläger in der Trauma-Ambulanz der BG-Unfallklinik L1 (BGU) bei W1 zur Heilverfahrenskontrolle vor (Bl. 381 ff. VA). W1 diagnostizierte eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (DD: PTBS, teilremittiert) und eine teilremittierte depressive Episode, beschrieb als unfallunabhängige Faktoren, die zur Verursachung oder Aufrechterhaltung der psychischen Störungen beitragen, eine belastete Biographie, eine wiederkehrende Eheproblematik und einen limitierten finanziellen Spielraum bei Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung. Sie empfahl die Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung und hielt den Kläger bereits seit der Entlassung aus der stationären Behandlung im März wieder für arbeitsfähig (Bl. 396 VA).

Am 07.09.2018 stellte sich der Kläger in der BG-Sondersprechstunde des Zentrums für Chirurgie und der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums S3 - K1 - bei S4 vor (Bl. 226 f. VA), der eine reizlos, dorsal verbreiterte Narbe und eine Druckempfindlichkeit über dem Stumpf des Metakarpale II., ansonsten eine freie Beweglichkeit der übrigen Finger der linken Hand beschrieb.

Die Beklagte holte ein Erstes Rentengutachten bei dem Facharzt S5 ein (Bl. 431 ff. VA, Untersuchungstag: 21.01.2020). S5 dokumentierte im Bereich der linken Hand Kraftwerte bei bekannter Halbseitenlähmung nach Aneurysmablutung von 4 bis 5/5 (gegenüber rechts 5/5), einen leichten Druckschmerz über dem Knochenstumpf des zweiten Mittelhandknochens und beschrieb eine uneingeschränkte Beweglichkeit sowohl des Daumens als auch der Finger III bis V. Die MdE schätzte er jedenfalls bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Ereignis vom 15.09.2017 auf 10 v.H.

Außerdem ließ die Beklagte den Kläger durch den M4 begutachten (Bl. 445 ff. VA, Untersuchungstag: 29.01.2020). Als Unfallfolge auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet diagnostizierte M4 eine akute Belastungsreaktion mit Übergang in eine PTBS mit Besserung unter Therapie nach Überfall am 15.09.2017 mit aktuell Teilsymptomatik einer PTBS und intermittierende Phantomschmerzen im linken Zeigefinger ohne Hinweis auf eine relevante Nervenschädigung. Ob auch die depressive Episode mit zum Untersuchungszeitpunkt leichter Symptomatik als Folge des Ereignisses vom 15.09.2017 einzuordnen sei, vermochte M4 nicht zu sagen, da diese in der Regel multifaktoriell (Kriegseinsatz zweimalig mit Waffengebrauch, Migration und Asyl in Deutschland, Angabe von Gewalterfahrung in der Familie, Eheprobleme, Insolvenz 2003, Erleben einer schweren Erkrankung mit Subarachnoidalblutung) aufträten, andererseits aber auch im Rahmen einer psychoreaktiven Störung unter DSM-5 als Symptome einer PTBS aufgeführt würden. Zur maßgeblichen Beurteilung fehlten die Befunde zur Hirnschädigung und Rehabilitation in den Kliniken S1 nach Subarachnoidalblutung. Die MdE für die akute Belastungsreaktion mit Übergang in eine PTBS mit Besserung unter Therapie nach Überfall am 15.09.2017 mit aktuell Teilsymptomatik einer PTBS schätzte er auf 20 v.H., diejenige für die Phantomschmerzen nach Amputation des linken Zeigefingers auf 10 v.H. Insgesamt schätzte er die MdE auf seinem Fachgebiet bis zum Tage vor der Untersuchung auf 25 v.H. und ab dem Tage der Untersuchung für die Zukunft auf voraussichtlich 20 v.H.

Die Beklagte zog daraufhin den Reha-Entlassungsbericht der Kliniken S1 vom 26.05.2010 bei (Bl. 525 ff. VA, Diagnosen: Subarachnoidalblutung Grad III nach Hunt und Hess am 27.09.2009, Clipping der ACM-Aneurysmen rechts am 01.10.2009, kognitive Defizite hinsichtlich der konzentrativen Belastbarkeit und der Merkfähigkeit, Hemiparese links, Kraftgrad 4/5, Hemihypästhesie links, chronische Cephalgien bei extremer Lärmempfindlichkeit), aus der der Kläger sowohl arbeitsunfähig als auch erwerbsunfähig für seinen Bezugsberuf als Industriemechaniker als auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen wurde und holte hierzu ebenso wie zu dem Gutachten des M4 eine (weitere) beratungärztliche Stellungnahme der G2 vom 14.07.2020 ein (Bl. 1158 ff. VA). G2 gelangte zu der Einschätzung, dass die von M4 diagnostizierte leichte depressive Symptomatik überwiegend durch unfallunabhängige Faktoren (insbesondere sehr schwierige eheliche Situation mit Erniedrigung durch die Ehefrau ähnlich wie nach der Subarachnoidalblutung) bedingt sei und nicht in einem monokausalen Zusammenhang zu der Tat betrachtet werden könne. Die MdE auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet schätzte sie auf 25 v.H. Der Facharzt u.a. für Chirurgie und Unfallchirurgie und Beratungsarzt der Beklagten T2 gelangte daraufhin zu der Einschätzung, dass die Gesamt-MdE auf chirurgischem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet 30 v.H. betrage (Bl. 1183 VA).

Mit Bescheid vom 04.08.2020 (Bl. 1185 ff. VA) erkannte die Beklagte das Ereignis vom 15.09.2017 als Arbeitsunfall an und bewilligte dem Kläger ab dem 14.11.2017 eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE um 30 v.H. bis auf weiteres. Als Unfallfolgen erkannte sie eine Amputation des linken Zeigefingers, eine Teilamputation des 2. Mittelhandknochens links, eine akute Belastungsreaktion mit Akzenten einer PTBS und intermittierende Phantomschmerzen im Bereich der Amputation an. Hingegen lehnte sie die Anerkennung der Halbseitenlähmung links, der rechtshemisphärischen Hirnläsionen, der leichten kognitiven Störung bei einem Z.n. Subarachnoidalblutung, den Bluthochdruck,

den Nikotinabusus und die leichte depressive Symptomatik als Unfallfolge ab. Den hiergegen erhobenen - nicht begründeten - Widerspruch (Bl. 1197 VA) wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.11.2020 (Bl. 1214 ff. VA) zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 23.12.2020 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben und die Gewährung einer höheren Verletztenrente begehrt. Er habe bereits als 17-jähriger im Balkankrieg gegen serbische Soldaten kämpfen und dabei schreckliche Erlebnisse verkraften müssen. Daher sei er als 19-jähriger nach Deutschland geflohen, wo er sich in Sicherheit gewöhnt habe. Durch die am 15.09.2017 stattgehabten Schüsse sei ihm diese Sicherheit genommen worden. Diese hätten ein schweres anhaltendes Trauma ausgelöst.

Das SG hat von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei dem Facharzt G3 eingeholt (S. 51 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 13.07.2021). Als Unfallfolgen auf unfallchirurgischem Fachgebiet hat der Sachverständige eine 3-Fingerhand links nach Strahlresektion des 2. Strahles beschrieben und die hierdurch verursachte MdE seit Beginn der Arbeitsfähigkeit am 14.11.2017 auf 10 v.H. eingeschätzt. Zur Begründung seiner MdE-Bewertung hat er ausgeführt, dass laut dem Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten von Oktober 2019 (S. 61 ff. SG-Akte) der Verlust eines dreigliedrigen Fingers im Grundgelenk mit 10 v.H. angegeben werde. Danach sei bei Fingerverlusten zu berücksichtigen, ob die Mittelhand mitbetroffen sei, da dies unter Umständen zu einer Einschränkung der Funktion der anderen dreigliedrigen Finger führen könne. Da Mittel-, Ring- und Kleinfinger beim Kläger vollständig, frei beweglich und stabil seien, treffe dies bei ihm nicht zu. Auch sei beim Kläger bei der Strahlresektion des 2. Strahles lediglich der distale Anteil des 2. Mittelhandknochens entfernt worden, weshalb die Handauflagefläche lediglich gering reduziert sei, was nicht zu einer wesentlichen zusätzlichen Funktionseinschränkung führe. Die bisher etwa in dem Standardwerk „Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ aufgeführten MdE-Erfahrungswerte von 20 v.H. träfen nur noch bedingt zu und seien im Falle des Klägers nicht angemessen.

Das SG hat sodann M5 (schriftlich) als sachverständigen Zeugen befragt (S. 69 SG-Akte). M5 hat mitgeteilt, den Kläger erstmals am 14.04.2010 und letztmals am 12.03.2013 behandelt zu haben. Der Kläger habe am 27.09.2009 eine Subarachnoidalblutung Stadium III erlitten. 2013 habe der Kläger noch von Kurzzeitgedächtnisstörungen und einem Taubheitsgefühl auf der ganzen linken Seite berichtet. Er habe über Nervosität, Kopfschmerzen und Müdigkeit geklagt. M5 hat u.a. einen Befundbericht vom 21.05.2012 übersandt (S. 82 SG-Akte), dem sich entnehmen lässt, dass beim Kläger schon damals ein depressiver Gedankengang und eine depressive Grundstimmung mit Nachgrübeln, Morgentief und Früherwachen sowie eine affektiv eingeschränkte Schwingungsfähigkeit bestanden habe. Das SG hat auch die den Kläger behandelnde R1 (schriftlich) befragt (S. 93 f. SG-Akte). Diese hat berichtet, der Kläger stehe seit Mai 2019 intermittierend in ihrer psychotherapeutischen Behandlung. Er leide seit dem Schuss an einer PTBS, wobei sich die psychosomatische Symptomatik im Laufe der Therapie gebessert habe. Die Phantomschmerzen seien bislang jedoch therapieresistent. Sie hat außerdem - abermals - ausgeführt, dass die Leiden des Klägers auch vor dem Hintergrund seiner Kriegserlebnisse zu verstehen seien und seit dem Schuss eine Eheproblematik vorliege, da ihm die Ehefrau unterstellt habe, den Angreifer gekannt und womöglich Schulden bei diesem gehabt zu haben, wodurch sich seine depressive Stimmungslage nicht gebessert habe.

Daraufhin hat das SG von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei dem Facharzt M6 eingeholt (S. 101 ff. SG-Akte, Untersuchungstag: 24.03.2022). Der Sachverständige hat als Unfallfolgen Restsymptome einer PTBS - das Vollbild einer PTBS hat nicht mehr bestanden - und Phantomschmerzen nach Verlust des zweiten Fingers links diagnostiziert. Zudem hat er ausgeführt, dass davon auszugehen sei, dass das Miterleben der Kriegsgeschehnisse und die Migrationsgeschichte des Klägers ebenso wie die Subarachnoidalblutung das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung durch ein gravierendes Ereignis wie das Unfallereignis vergrößert hätten. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass ausweislich der Berichte des M5 bereits nach der Subarachnoidalblutung im Jahr 2009 beim Kläger psychische Auffälligkeiten bestanden hätten, die zu der Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung geführt hätten und die den jetzt noch bestehenden ähnelten. Diese Auffälligkeiten seien mit Sicherheit durch das Unfallereignis zeitweise erheblich verschlechtert worden. Hinzu kämen zeitweise typische Symptome einer PTBS. Das Unfallereignis habe sich folglich auf eine bereits vorbestehende psychische Störung „aufgepfropft“. Insgesamt sei eine exakte Zuordnung der nach dem Ereignis vom 15.09.2017 und zum Untersuchungszeitpunkt noch bestehenden Symptome als unfallab- oder -unabhängig nicht möglich, da sie sich zu einem gewissen Teil überschneiden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die Restsymptomatik nach der Subarachnoidalblutung ohne das Hinzutreten des Ereignisses vom 15.09.2017 wesentlich geringer wäre. Diesem seien insbesondere Schlafstörungen, zumindest ein Teil der Reizbarkeit, das zwanghafte Kontrollieren sowie eine Grübelneigung zuzuordnen. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet sei daher insgesamt weiterhin eine MdE von 20 v.H. angemessen. Diese bestehe seit der Begutachtung durch M4 am 08.02.2020.

Mit Urteil vom 31.05.2022 hat das SG den Bescheid vom 04.08.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2020 abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger aufgrund des Arbeitsunfalls vom 15.09.2017 eine Verletztenrente nach einer MdE von 45 v.H. für den Zeitraum vom 14.11.2017 bis 31.10.2019 zu gewähren, im Übrigen die Klage abgewiesen und der Beklagten die Erstattung der Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers auferlegt.

Gegen das - seinen Prozessbevollmächtigten am 07.06.2022 zugestellte - Urteil hat der Kläger am 06.07.2022 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung vorgetragen, dass das SG im Tatbestand seines Urteils zwar den Sachverhalt umfassend und vollständig dargestellt habe, er jedoch der Meinung sei, dass ihm auch über den 31.10.2019 hinaus eine Dauerrente nach einer MdE in Höhe von 45 v.H. zustehe. Er sei bereits durch den Balkankrieg traumatisiert worden und in die Bundesrepublik geflüchtet, um ein Leben in Sicherheit und Frieden zu führen. Durch diese Traumatisierung sei er bereits besonders verletztlich gewesen. Sie habe sich sodann durch den Arbeitsunfall verschlimmert. Außerdem habe dieser eine Ehekrise ausgelöst, da die Ehefrau der Ansicht gewesen sei, dass er den Übergriff selbst verschuldet habe. Zudem bestünden therapieresistente Phantomschmerzen.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

das Urteil des Sozialgerichts vom 31.05.2022 und den Bescheid der Beklagten vom 04.08.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2020 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm auch über den 31.10.2019 hinaus eine Verletztenrente nach einer MdE um 45 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das SG habe in seinem Urteil zutreffend ausgeführt, dass der Kläger im Zeitraum vom 14.11.2017 bis 31.10.2019 Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer MdE von 45 v.H. habe. Ebenso zutreffend habe es ausgeführt, dass die MdE ab dem 01.11.2019 nur noch 30 v.H. betrage.

Der Senat hat die Beteiligten zur beabsichtigten Zurückweisung der Berufung im Beschlussweg ohne mündliche Verhandlung angehört.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster (S 3 U 1393/17 und S 3 U 2799/17) und zweiter Instanz verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und nach den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 04.08.2020 in der Gestalt ([§ 95 SGG](#)) des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2020 dies indes nur insoweit, als sie es abgelehnt hat, dem Kläger über den 31.10.2019 hinaus eine höhere Verletztenrente als nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren. Denn für den Zeitraum vom 14.11.2017 bis 31.10.2019 hat das SG in der angefochtenen Entscheidung den Bescheid der Beklagten vom 04.08.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.11.2020 abgeändert und die Beklagte verurteilt, ihm eine Verletztenrente nach einer MdE um 45 v.H. zu bewilligen. Insoweit ist das Urteil des SG auch rechtskräftig geworden, da lediglich der Kläger mit dem Begehren Berufung erhoben hat, ihm auch über den 31.10.2019 hinaus eine höhere Verletztenrente nach einer MdE um 45 v.H. - zwar hat der Kläger in seiner Berufungsschrift (S. 1 f. Senatsakte) ausdrücklich die Gewährung einer Verletztenrente (nur) nach einer MdE von 40 v.H. beantragt, aus seiner Berufungsbegründung (S. 20 f. Senatsakte) ergibt sich jedoch eindeutig, dass er eine Verletztenrente nach einer MdE um 45 v.H. auch über den 31.10.2019 hinaus begehrt, weshalb der Senat das Begehren des Klägers auch entsprechend sachdienlich auslegt. Es handelt sich insoweit um eine zulässige Erweiterung des (ursprünglichen) Berufungsantrags ohne Änderung des Klagegrundes ([§§ 153 Abs. 1, 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#)), der auch eine teilweise Bestandskraft der angefochtenen Verwaltungsentscheidung nicht entgegengehalten werden kann und die keinen neuen Streitgegenstand in das Berufungsverfahren einführt (vgl. Bundessozialgericht - BSG - 06.10.1977, [9 RV 66/76](#), zitiert - wie sämtliche Rechtsprechung - nach juris; LSG Berlin-Brandenburg 15.11.2018, [L 11 VH 44/10](#), Rn. 162).

Die seitens des Klägers erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist zulässig ([§ 54 Abs. 1, 2, 4 SGG](#); s.a. BSG 31.10.2007, [B 2 U 4/06 R](#)) ist zulässig, jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um 45 v.H. über den 31.10.2019 hinaus.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze 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 Versicherungsfalls sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Der Kläger hat unstreitig am 15.09.2017 einen solchen Arbeitsunfall erlitten als er im Rahmen seiner Tätigkeit als Pizzalieferant während des Pizzaausfahrens angeschossen und jedenfalls im Bereich des linken Zeigefingers verletzt wurde. Einen Arbeitsunfall hat die Beklagte auch ausdrücklich mit Bescheid vom 04.08.2020 anerkannt.

Indessen ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers durch die gesundheitlichen Folgen des Arbeitsunfalls vom 15.09.2017 jedenfalls über den 31.10.2019 hinaus nicht um mehr als 30 v.H. - wie auch vom SG in seinem angefochtenen Urteil vom 31.05.2022 ausgeführt und seitens der Beklagten in dem angefochtenen Bescheid auch bereits bewilligt - gemindert.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#)): Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind 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.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG 12.04.2005, [B 2 U](#)

[27/04 R](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob neben der versicherten Ursache weitere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinn (erste Stufe) zum Gesundheitsschaden beitrugen. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung müssen erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u.a. BSG 30.04.1985, [2 RU 43/84](#)). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG 09.05.2006, [B 2 U 40/05 R](#), auch zum Nachfolgenden). Diese liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Es genügt nicht, wenn der Ursachenzusammenhang nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Denn es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen.

Wie vom SG zutreffend herausgearbeitet, liegen beim Kläger auf den Unfall rückführbare Gesundheitsschäden auf orthopädisch-chirurgischem und neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet vor.

Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet ist es beim Kläger nach den sich in den Verwaltungsakten befindlichen Befundberichten sowie nach übereinstimmenden Ausführungen des S5 und des Sachverständigen G3 in ihren Gutachten - das Gutachten des S5 ist im Wege des Urkundsbeweises verwertbar - im Rahmen des Ereignisses vom 15.09.2017 unstreitig zu einer Schussverletzung im Bereich des linken Zeigefingers gekommen, in deren Folge der linke Zeigefinger sowie Teile des Mittelhandknochens des Klägers amputiert werden mussten. Diese Amputation hat jedoch zu keinen weiteren Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Hand geführt. Während im Rahmen der Begutachtung durch S5 am 21.01.2020 noch ein leichter Druckschmerz über dem Knochenstumpf des 2. Mittelhandknochens und im Bereich der linken Hohlhand und der verbleibenden Finger hohlhandwärts eine Hypästhesie bei jedoch freier Beweglichkeit des linken Daumens und der Finger III bis V links bestanden hat, hat der Sachverständige G3 im Rahmen seiner am 13.07.2021 stattgehabten Untersuchung weder einen Druckschmerz noch Sensibilitätsstörungen zu objektivieren vermocht, sondern hat vielmehr ebenfalls keine Bewegungseinschränkungen der übrigen Finger und des Daumens der linken Hand dokumentieren können. Vielmehr hat der Sachverständige beschrieben, dass im Bereich der linken Hand sowohl die Opposition des Daumens zum Mittel-, Ring- und Kleinfinger als auch der Faustschluss vollständig möglich gewesen ist und die Beweglichkeit von Mittel-, Ring- und Kleinfinger der linken Hand vollständig, frei und stabil gewesen ist. Der Sachverständige ist damit nachvollziehbar zu dem Schluss gelangt, dass es beim Kläger trotz der vorliegenden zusätzlichen Amputation im Bereich der Mittelhand nicht zu Funktionseinschränkungen der anderen dreigliedrigen Finger gekommen ist. Auch hat er nachvollziehbar begründet, dass beim Kläger lediglich der distale Anteil des 2. Mittelhandknochens entfernt werden musste, so dass es lediglich zu einer geringen Reduktion der Handauflagefläche ohne wesentliche zusätzliche Funktionseinschränkung gekommen ist. Insoweit hat der Sachverständige für den Senat schlüssig und nachvollziehbar den Verlust des linken Zeigefingers zu Gunsten des Klägers zu Recht entsprechend des Konsenspapiers der MdE-Expertengruppe (s. „Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten <„MdE-Eckwerte“>, Oktober 2019, herausgegeben von DGUV <Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung> Spitzenverband) mit einer MdE von 10 v.H. bewertet und sich insoweit der MdE-Bewertung des S5, der seinerseits als Leiter/Vorsitzender dieser Expertengruppe Vorstand, angeschlossen. Wie vom SG zutreffend ausgeführt, sind die in dem Konsenspapier von Oktober 2019 erarbeiteten Erfahrungswerte entsprechend des Rundschreibens D 20/2019 der DGUV vom 09.11.2019 ab dem 01.11.2019 (S. 2) anzuwenden und lösen die bisherigen u.a. in dem unfallmedizinischen Standardwerk Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage, 2017, S. 605 ff. aufgeführten Erfahrungswerte ab diesem Zeitpunkt ab.

Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet leidet der Kläger zur Überzeugung des Senats außerdem an Unfallfolgen in Form von Restsymptomen einer PTBS sowie an Phantomschmerzen aufgrund des Verlusts des linken Zeigefingers. Der Senat stützt seine Auffassung maßgeblich auf die Gutachten des M4 - auch dieses verwertet der Senat im Wege des Urkundsbeweises - sowie des Sachverständigen M6. Beide haben für den Senat schlüssig und nachvollziehbar ausgeführt, dass es bei dem Kläger durch das Ereignis vom 15.09.2017, in dessen Rahmen der Kläger unvermittelt mit einer Schusswaffe bedroht und angeschossen wurde, zu einer PTBS gekommen ist, die schließlich auch die seitens der Beklagten gewährte ambulante psychotherapeutische sowie die stationäre Behandlung in der M3-Klinik für Psychosomatik in D1 erforderlich gemacht hat. Auch die den Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens behandelnden und untersuchenden Ärzte, namentlich V1 und W1, gingen ebenso wie die Beratungsärztin der Beklagten G2 von einer durch das Ereignis vom 15.09.2019 zumindest verschlimmerten Traumafolgestörung aus, die die Beklagte in ihrem Bescheid vom 04.08.2020 schließlich auch anerkannt hat (konkret: akute Belastungsreaktion mit Akzenten einer PTBS). Indes hat jedenfalls bereits im Rahmen der Begutachtung durch M4 am 29.01.2020 nur noch eine Restsymptomatik einer PTBS bestanden, worauf M4 sowohl in Ansehung des von ihm erhobenen psychischen Befundes, den er als lediglich leicht bis mittelschwer beschrieben hat (u.a. Ausdrucksverhalten, Mimik und Gestik etwas stumpf und teils verkniffen; geringe psychomotorische Unruhe; keine Hinweise auf Verdeutlichung von Beschwerden, Aggravation oder Simulation; unauffälliges Bewusstsein und Orientierung; Antrieb auffällig reduziert bei geringer Spontanität; Erregungsniveau leicht gehoben; angedeutet nachweisbare vermehrte Wachsamkeit oder Schreckhaftigkeit; Affekt leicht depressiv verstimmt; Stimmung ernst, skeptisch, missmutig und moros; Primäraffekte sämtlich nachweisbar, aber zum depressiven Pol verschoben; Affektverhalten eingeeengt und starr; angedeutet reizbar; nachweisbare Abstumpfung der Gefühle; formales Denken und Denkablauf betont logisch; geringe Umstellungerschwernis; unauffälliges inhaltliches Denken und Wahrnehmung; ausgeprägte Zwangsgedanken; keine Hinweise auf mnestiche Störung; kein Anhalt auf Beeinträchtigung der

Intelligenz; keine Hirnwerkzeugfunktionsstörungen; keine Auffälligkeiten in der Persönlichkeit; Triebtendenzen zeigten allgemeinen Rückzug als auch des testpsychologischen Befundes (fraglich abnorme Belastung durch körperliche und Allgemeinbeschwerden; keine Belastung im Bereich Angst, Depression und Stress im Screeningverfahren; spezifische Skalen zu Angst grenzwertig positiv; Depressionsskala negativ; Skalen für Symptome von Stress nach Extrembelastungen unklar: einerseits schwere Belastung mit hoher Symptomausbildung und gerade positivem Score für Symptomatik einer PTBS, andererseits multiple lebensgeschichtliche Belastungen durch schwere Erkrankung, Kampfeinsatz im Krieg und privat aus der Familie, mit lediglich unvollständiger Symptomausprägung für das Vollbild einer PTBS; Fremdbeurteilungsverfahren für Angst nicht eindeutig, für Depression lediglich leicht auffällig, für ein organisches Psychosyndrom negativ und mit Hinweisen auf eine psychoreaktive Störung) und der eigenanamnestischen Angaben des Klägers (u.a. Wiederaufnahme der Tätigkeit als Pizzalieferant, Besuch eines Bistros mit vielen Landsleuten, Mittagessen kochen für die Kinder, Begleitung des Sohnes auf den Fußballplatz, Interesse an Fußball, „Rausgehen“ mit der Ehefrau, Fernsehen, Urlaubsreisen nach Albanien und den Kosovo) geschlossen hat. Auch der Sachverständige M6 hat bei seiner Untersuchung am 24.03.2022 anhand des von ihm erhobenen psychischen Befunds (u.a.: keine Verhaltensauffälligkeiten; problemlose Kontaktaufnahme, kooperativ und freundlich zugewandt; unauffällige Psychomotorik; unauffällige Gestik und Mimik; klare Bewusstseinslage; keine Orientierungsstörungen; keine Wahrnehmungsstörungen; keine Störungen der Ich-Funktionen; keine Störungen des Gedankenganges; keine Auffälligkeiten des Gedankeninhaltes; unauffälliges Auffassungsvermögen; Merkfähigkeit unbeeinträchtigt; Konzentrationsfähigkeit unbeeinträchtigt; erhaltene Kritikfähigkeit; keine Zwangsgedanken und -handlungen; Stimmungslage ausgeglichen, zeitweilig auch gedrückt; Schwingungs- und Resonanzfähigkeit nicht beeinträchtigt; unverminderter Antrieb; anamnestisch nachvollziehbar weiterhin vermehrte Reizbarkeit, zum Teil Grübelneigung, teilweise auch Bilder vor seinen Augen, allerdings nicht überwiegend Intrusionen vom Unfallgeschehen, Schlafstörungen) und seiner anamnestischen Angaben (u.a.: Aushilftätigkeit als Pizzalieferant bei Bedarf; Besuch von Cafés und Unterhaltung mit den Gästen; Haushaltsführung - sauber machen, sehr gerne kochen -, tägliches Telefonat mit seinen Eltern, Wahrnehmung von Terminen beim Anwalt, beim Arzt, beim Zahnarzt, bei der Psychologin; Wahrnehmung der meisten Termine zu Fuß; großer Freundeskreis mit allen Nationalitäten) nur noch Restsymptome einer PTBS ohne erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen objektivieren können und ist sogar von einer weiteren geringen Besserung der Symptomatik seit der Begutachtung durch M4 ausgegangen. Nach dem vom Senat seiner ständigen Rechtsprechung zugrunde gelegten unfallmedizinischen Standardwerk von Schönberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O., S. 170) ist eine PTBS mit einem (nur noch) unvollständigen Störungsbild (Teil- oder Restsymptomatik) mit einer MdE bis 20 v.H. zu bewerten. Vor diesem Hintergrund schließt sich auch der Senat den Einschätzungen des M4 und des Sachverständigen M6 an, wonach beim Kläger bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch M4 nur noch eine MdE von 20 v.H. für die Restsymptomatik der PTBS zu veranschlagen ist. Nach Auffassung des Senats ist diese MdE auch bereits seit dem 01.11.2019 anzusetzen, da keinerlei Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die durch die Restsymptome der PTBS hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen lediglich drei Monate vor der Begutachtung durch M4 erheblich schlimmer gewesen sind. Der Kläger ist bereits aus der stationären Behandlung in der M3-Klinik für Psychosomatik in D1 am 26.03.2019 psychophysisch gut stabilisiert entlassen worden und gab selbst an, begonnen zu haben, den Unfall gut zu verarbeiten. Daraufhin nahm er eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei der R1 auf, die ihrerseits mitgeteilt hat, dass sich die psychosomatische Symptomatik im Laufe der Therapie gebessert habe. Auch W1 hat anlässlich der Untersuchung des Klägers am 13.09.2019 kein Vollbild einer PTBS mehr diagnostiziert, sondern lediglich noch eine sonstige Reaktion auf eine schwere Belastung bzw. differentialdiagnostisch eine teilremittierte PTBS (psychischer Befund u.a.: bewusstseinsklar; ungestörte Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Auffassung; keine Einschränkungen in Gedächtnis und Merkfähigkeit; Denken formal und inhaltlich geordnet bei hoher Nachdenklichkeit; kein Anhalt für Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen; Affekt zeitweise dysthym oder ängstlich, dann gereizt bei erhöhter Impulsivität; bestehende Schwingungsfähigkeit; unauffälliger Antrieb; keine Anhaltspunkte für Selbst- oder Fremdgefährdung). Dass also im Zeitraum 01.11.2019 bis zur Begutachtung durch M4 am 29.01.2020 ein Störungsbild beim Kläger vorgelegen hat, das eine höhere MdE als 20 v.H. gerechtfertigt hätte - namentlich ein üblicherweise zu beobachtendes Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig größere sozial-kommunikative Beeinträchtigungen oder ein schwerer Fall, gekennzeichnet durch massive Schlafstörungen mit Alpträumen, häufige Erinnerungseinbrüche, Angstzustände, die auch tagsüber auftreten können, und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (s. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 170) - ist nicht ersichtlich.

Soweit beim Kläger außerdem Phantomschmerzen im Bereich des amputierten linken Zeigefingers bestehen - diese hat die Beklagte ebenfalls in ihrem Bescheid vom 04.08.2020 als Unfallfolge anerkannt -, sind diese seit dem 01.11.2019 nicht (mehr) mit einer eigenständigen MdE zu bewerten. Wie bereits oben ausgeführt, gelten für Gliedmaßenverluste ab dem 01.11.2019 nicht mehr die bisherigen, sondern vielmehr die von der MdE-Expertengruppe in ihrem Konsenspapier von Oktober 2019 erarbeiteten Erfahrungswerte. Danach sind bei der Bildung der MdE-Eckwerte auch die durch den Extremitätenverlust bedingte Fehlwahrnehmung (Phantomgefühl) sowie die damit regelmäßig in Verbindung stehenden Schmerzen, soweit sie mit dem feststellbaren Ausmaß des Gesundheitsschadens korrelieren, berücksichtigt worden (S. 28 Konsenspapier Oktober 2019). Folglich umfasst die für den Gliedmaßenverlust anzusetzende MdE nunmehr zugleich - und im Gegensatz zu den bisherigen Erfahrungswerten (s. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 234) - auch die hierdurch regelmäßig auftretenden Phantomschmerzen, weshalb diese vorliegend bereits in der für den Verlust des Zeigefingers angesetzten MdE von 10 v.H. enthalten sind. Das Ansetzen einer separaten MdE für die beim Kläger intermittierend auftretenden Phantomschmerzen kommt daher im streitgegenständlichen Zeitraum nicht (mehr) in Betracht.

Demgegenüber vermag der Senat weder festzustellen, ob beim Kläger im streitigen Zeitraum zusätzlich noch eine eigenständige depressive Erkrankung vorgelegen hat, noch, ob diese unfallabhängig entstanden ist. M4 hat in seinem Gutachten lediglich noch eine leichte depressive Symptomatik beschrieben, gleichzeitig jedoch ausgeführt, dass diese einerseits in der Regel jedoch multifaktoriell und andererseits im Rahmen einer psychoreaktiven Störung auch als Symptome einer PTBS auftreten könne. Eine genaue Zuordnung der beim Kläger noch bestehenden leichten depressiven Symptomatik hat M4 nicht vermocht. Die seitens der Beklagten und des SG durchgeführte weitere Sachverhaltsaufklärung hat zudem ergeben, dass der Kläger bereits im Nachgang der im Jahr 2009 stattgehabten Subarachnoidalblutung an kognitiven Defiziten hinsichtlich der konzentrativen Belastbarkeit und Merkfähigkeit (s. u.a. Reha-Entlassungsbericht der Kliniken S1 von Mai 2010) und an einer depressiven Erkrankung (s. Befundbericht von Mai 2012, S. 82 SG-Akte) gelitten hat. Auch die Beratungsärztin G2 hat in ihrer beratungssärztlichen Stellungnahme vom 14.07.2020 einen lediglich monokausalen Zusammenhang zwischen der von M4 beschriebenen leichten depressiven Symptomatik und dem Ereignis vom 15.09.2017 verneint und auf die beim Kläger bestehenden vielfältigen konkurrierenden lebensgeschichtlichen Faktoren (Kriegserlebnisse im Jugendalter, Hirnblutung, schwierige eheliche und finanzielle Situation) hingewiesen. Auch der Sachverständige M6 geht davon aus, dass beim Kläger nur noch leichte depressive Symptome vorliegen, jedoch bereits vor dem Ereignis vom 15.09.2017 neuropsychologische Auffälligkeiten bestanden hätten, die seitens des den Kläger behandelnden M5 bereits im Jahr 2013 als Dauerzustand angesehen worden seien und sogar zur Berentung im Nachgang an die Subarachnoidalblutung beigetragen hätten. Auch der Sachverständige M6 hat sich nicht dazu in der Lage gesehen, genau abzugrenzen,

aufgrund welcher Faktoren die auch nach dem Ereignis vom 15.09.2017 noch bestehende depressive Symptomatik unterhalten wird und hat einen monokausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 15.09.2017 ebenfalls nicht bestätigen können. Folglich ist auch der Senat nicht davon überzeugt, dass die beim Kläger im noch streitigen Zeitraum fortbestehende depressive Symptomatik - soweit sie überhaupt als eigenständige Erkrankung und nicht als

(Rest-)Symptomatik der PTBS anzusehen ist - ohne das Ereignis vom 15.09.2017 hinweggedacht werden kann und ein naturwissenschaftlicher Zusammenhang zwischen diesen Symptomen und dem Ereignis überhaupt besteht. Eine eigenständige depressive Erkrankung ist mithin keine Unfallfolge und somit auch nicht bei der Höhe der MdE zu berücksichtigen.

Hat ein Arbeitsunfall Schäden an mehreren Körperteilen gebracht, so ist die MdE im Ganzen zu würdigen. Dabei ist entscheidend eine „Gesamtschau“ der „Gesamteinwirkung“ aller einzelnen Schäden auf die Erwerbsfähigkeit (BSG 24.11.1988, [2 BU 139/88](#), unter Hinweis auf Rechtsprechung zum Schwerbehindertenrecht). Dementsprechend sind mathematische Formeln kein rechtlich zulässiges oder gar gebotenes Beurteilungsmittel zur Feststellung der Gesamt-MdE (BSG 15.03.1979, [9 RVs 6/77](#)), vielmehr muss bei der Gesamtbeurteilung bemessen werden, wie im Einzelfall die durch alle Störungen bedingten Funktionsausfälle gemeinsam die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen (BSG, a.a.O.). Wie bereits ausgeführt leidet der Kläger im noch streitgegenständlichen Zeitraum ab dem 01.11.2019 unfallbedingt zum einen an den durch die Amputation des linken Zeigefingers hervorgerufenen Funktionsbeeinträchtigungen, die mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten sind, zum anderen an den Restsymptomen der PTBS, die eine MdE von 20 v.H. bedingen. Da diese Gesundheitsbeeinträchtigungen unterschiedliche Organsysteme umfassen, überschneiden sie sich nicht. Der Senat ist mithin - ebenso wie das SG - der Auffassung, dass die beim Kläger sowohl auf orthopädisch-unfallchirurgischem (10 v.H.) als auch auf neurologisch-psychiatrischem (20 v.H.) Fachgebiet bestehenden MdE zu addieren sind. Folglich beträgt die beim Kläger ab dem 01.11.2019 bestehende Gesamt-MdE - wie bereits von der Beklagten in dem angefochtenen Bescheid verfügt und auch seitens des SG bestätigt - 30 v.H. Die Berufung des Klägers hat daher keinen Erfolg.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-04-03