L 10 U 2641/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 14 U 2574/18
Datum
23.06.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 2641/21
Datum
21.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Ausführungsbescheid zur Umsetzung eines Teilanerkennnisses wird nicht nach § 96 Gegenstand des Verfahrens, auch nicht, soweit er erstmals über die konkrete Rentenhöhe und den JAV entscheidet.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23.06.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten steht die Gewährung einer höheren Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 30 v.H. im Streit.

Der 1961 geborene Kläger ist Landwirt und verletzte sich - seinen eigenen Angaben in der Unfallanzeige nach (Bl. 15/4 VA) - am 18.05.2012 gegen 18 Uhr im Rahmen seiner bei der Beklagten versicherten Tätigkeit, als er beim Wegräumen einer Motorfräse/Motorhacke (Typ: Agria 6000) versehentlich den Rückwärtsgang einschaltete, stolperte, die Fräse über sein linkes Bein lief und im linken Oberschenkel stecken blieb. Hierbei zog er sich tiefe Schnitt- und Risswunden am linken Oberschenkel zu (s. D-Arztbericht Bl. 1/2 VA), wurde vom Notarzt erstversorgt, sodann mit der DRF-Luftrettung nach L1 verbracht und stationär in der BG-Unfallklinik L1 (BGU) aufgenommen. Dort wurde er bis zum 08.06.2012 behandelt. Zunächst wurde am 19.05.2012 ein Debridement mit Spülung und Primärnaht vorgenommen. Aufgrund eines ausgedehnten Weichteildefekts waren weitere Operationen zur Revision (am 21.05.2012) und Durchführung eines radikalen Debridements (am 21.05.2012) erforderlich. Am 25.05.2012 konnte schließlich eine Spalthauttransplantation (Meshgraft) aus dem rechten Oberschenkel durchgeführt werden (s. OP-Berichte Bl. 257/1 ff. VA und histopathologischer Befundbericht Bl. 256/1 f. VA). Am 08.06.2012 wurde der Kläger aus der stationären Behandlung entlassen (Diagnose: zwei ausgedehnte Riss-/Quetschverletzungen am linken medialen Oberschenkel mit ausgedehntem Wundinfekt im Verlauf). Seitens der ihn in der BGU behandelnden Ärzte wurde u.a. das Tragen von angepasster Kompressionswäsche für notwendig erachtet. In der Folgezeit gewährte die Beklagte dem Kläger bis einschließlich 15.12.2013 Verletztenlohn. Beim Kläger besteht seit dem 01.07.2015 ein Grad der Behinderung (GdB) von 60.

Vom 27.08. bis 17.09.2012 wurde der Kläger aufgrund eines ausgeprägten Lymphödems im Bereich der linken unteren Extremität, insbesondere im Bereich von Unterschenkel und Fußrücken, zur Durchführung einer komplex stationären Rehabilitation (KSR) erneut stationär in die BGU aufgenommen, aus der er mit einem guten Behandlungsergebnis in die ambulante Weiterbehandlung entlassen wurde. Es wurde die Fortführung der begonnenen physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen, insbesondere der Lymphdrainagetherapie empfohlen. Während der KSR wurde der Kläger aufgrund von Taubheitsbeschwerden im Bereich der Langfinger IV und V rechts im Zentrum für Nervenheilkunde Standort L1 durch H1 untersucht, der keine psychischen Auffälligkeiten objektivieren konnte, jedoch eine hochgradige Ulnarisläsion rechts (z.B. Lagerungsschaden) diagnostizierte und eine konservative Behandlung empfahl. Im Rahmen einer erneuten Vorstellung des Klägers am 22.10.2012 diagnostizierte H1 (nur noch) eine in Rückbildung befindliche sensomotorische Ulnarisläsion rechts in Höhe des Kubitaltunnels und konnte abermals keinen auffälligen psychischen Befund erheben. Am 28.11.2012 wurde beim Kläger eine Duplexsonographie durchgeführt, woraufhin S1 ein posttraumatisches Lymphödem diagnostizierte.

Aufgrund von durch die Ulnarisläsion - die auch seitens der BGU-Ärzte als posttraumatisch und am ehesten lagerungsbedingt eingestuft wurde - hervorgerufenen anhaltenden Beschwerden im Bereich der rechten Hand (namentlich Kribbelparästhesien der Finger 4 und 5 und positivem Hoffmann-Tinel-Zeichen) wurde am 27.06.2013 - wiederum in der BGU - eine endoskopische Dekompression sowie Neurolyse des Nervus ulnaris rechts und Spaltung der Unterarmfaszie vorgenommen. Die Beschwerden bildeten sich daraufhin zurück.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme des J1 vom 21.01.2015 gelangte dieser zu der Einschätzung, dass beim Kläger keine MdE von mindestens 30 v.H. verbleiben werde (Bl. 189/1 VA). Die Beklagte teilte dem Kläger daraufhin mit Schreiben vom 06.03.2015 mit, dass nicht wahrscheinlich sei, dass die bei ihm vorliegenden Unfallfolgen einen Rentenanspruch begründeten, weshalb die Bearbeitung seines Unfalls abgeschlossen werde. Er könne jedoch jederzeit wegen seiner unfallbedingten Verletzungen wieder einen D-Arzt aufsuchen.

Am 23.03.2016 wandte sich der Kläger an die Beklagte und bat um die „Festsetzung der MdE“. Die Beklagte verfügte daraufhin mit Bescheid vom 19.04.2016, dass der Unfall vom 18.05.2012 als Arbeitsunfall anerkannt werde (Nr. 1) und dass ein Anspruch auf Rente wegen der Folgen dieses Arbeitsunfalls nicht bestehe (Nr. 2). Zur Begründung wurde ausgeführt, dass der Arbeitsunfall zu einer ausgedehnten Riss-/Quetschverletzung im Bereich des linken Oberschenkels mit ausgedehntem Wundinfekt mit nachfolgender Spalthauttransplantation vom rechten Oberschenkel und posttraumatischem Lymphödem am linken Unterschenkel und einer Ulnarisläsion im Bereich der rechten Hand mit Sensibilitätsstörungen im Kleinfingerbereich geführt habe. Die verbliebenen Folgen bedingten jedoch keine MdE um wenigstens 30 v.H. Hiergegen erhob der Kläger am 19.05.2016 Widerspruch. Er leide an rezidivierenden hochfieberhaften Infekten bei Erysipelbildung am linken Unterschenkel, weshalb er in der Vergangenheit schon mehrmals stationär habe behandelt werden müssen. Zudem müsse er aufgrund der fortschreitenden Schwellneigung des linken Unterschenkels täglich, häufig auch nachts, konsequent einen Kompressionsstrumpf der Klasse 2 tragen. Es bestehe eine erhebliche Umfangsvermehrung der gesamten linken Extremität bei Stauungszuständen ohne Kompression. Er müsse sich zwei- bis dreimal wöchentlich Lymphdrainagebehandlungen unterziehen, da sonst die Schwellneigung und die daraus resultierenden Schmerzen stärker würden. Die Narbenbildung schränke u.a. seine Bewegungsfähigkeit und Stabilität stark ein und fordere eine mehrmals tägliche Hautpflege, um das Risiko von Rissen der Haut mit der Folge von erneuten Erysipelen zu reduzieren. Schon diese somatischen Unfallfolgen bedingten eine MdE von mindestens 30 v.H. Darüber hinaus habe er aufgrund des Arbeitsunfalls eine Depression und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickelt. Hierdurch komme es zu einer extremen Beeinträchtigung seiner Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, was ebenfalls zu einer MdE von mindestens 30 v.H. auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet führe. Er befinde sich zwischenzeitlich in psychotherapeutischer Behandlung bei S2. Er legte deren Befundbericht vom 03.08.2015 vor, wonach er seit Juli 2015 (tatsächlich seit 18.06.2015, Bl. 264/2 VA) in ihrer ambulanten Behandlung stehe (Bl. 262/2 f. VA).

Die Beklagte zog Befundberichte des J2 in H2 bei (Bl. 266/1 ff. VA), aus denen sich ergibt, dass der Kläger zweimal - nämlich im April und im Dezember 2015 - wegen hochfieberhaften Infekten bei Erysipelen am linken Unterschenkel stationär behandelt wurde und holte die Auskünfte der S2 vom 22.12.2016 (Bl. 287/1 ff. VA; Befund im Sommer 2015 u.a.: dissimulierend, wortkarg, Schuldgefühle, deutliches Insuffizienz- und Versagenserleben, steifer und nahezu starrer Affekt, nahezu aufgehobene Schwingungsfähigkeit) und des S3 vom 20.02.2017 (Bl. 292/1 ff. VA) ein - diesen suchte der Kläger zur sozialmedizinischen Beratung auf -, der zur Diagnosesstellung am 22.12.2015 eine umfassende Testdiagnostik durchführte und zu der Einschätzung gelangte, der Kläger leide an einer schweren reaktiven Depression - diese werde durch das Weiterbestehen der körperlichen Symptome ständig aufrechterhalten -, differentialdiagnostisch im Rahmen einer PTBS und mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten.

Die Beklagte holte daraufhin beratungsärztliche Stellungnahmen auf dermatologisch-allergologisch-phlebologischem Fachgebiet bei K1 (Bl. 296/1 ff. VA), auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bei G1 (Bl. 295/1 ff. VA) und auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet bei M1 (Bl. 294 ff. VA) ein. K1 bestätigte das Vorliegen eines ausgeprägten sekundären Lymphödems, das in der Folge zu bakteriellen Entzündungen in Form von sogenannten Erysipelen führe, und führte dieses kausal auf den Arbeitsunfall zurück. Eine MdE-Einschätzung vermochte er nicht abzugeben, da er den Schweregrad des Lymphödems nicht einschätzen könne. Er empfahl eine phlebologisch-lymphologische Begutachtung. G1 sah keine MdE-relevanten Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet mehr, da die durch die Nervenschädigung hervorgerufenen Symptome nach dem operativen Eingriff stark zurückgegangen seien, und schloss auch eine PTBS mangels Primärsymptomen, Brückensymptomen und unpassendem zeitlichen Verlauf aus. M1 sah keine Veranlassung für eine Begutachtung auf unfallchirurgischem Fachgebiet, empfahl jedoch u.a. eine solche auf gefäßchirurgisch-lymphologischem Fachgebiet. Zu Begutachtungen kam es in der Folgezeit jedoch nicht, da der Kläger keinen der seitens der Beklagten vorgeschlagenen Gutachter auswählte.

Am 26.04.2017 stellte sich der Kläger bei B1 vor, der u.a. ein sekundäres posttraumatisches Lymphödem im Bereich des linken Beines, distal betont, im Stadium II und einen Z.n. Erysipelinfektionen im April und Dezember 2015 diagnostizierte. Er empfahl die Durchführung einer stationären lymphologischen Therapie.

Am 13.09.2017 stürzte der Kläger aus einem Traktor auf die rechte Hand und zog sich eine distale Radiusfraktur rechts zu. Die Beklagte anerkannte das Ereignis als Arbeitsunfall und zahlte während der insoweit bestehenden Arbeitsunfähigkeit Verletzengeld bis zum 29.12.2017.

Der Kläger überließ der Beklagten das im Rahmen eines vor dem Sozialgericht Mannheim (SG) geführten Rechtsstreits auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft (S 14 SB 3659/16) eingeholte Sachverständigengutachten der H3 vom 18.08.2017 (Bl. 331/2 ff. VA, Untersuchungstag 14.07.2017). Sie diagnostizierte eine Parese der Hüftbeugung links, eine Hypästhesie des Unterschenkels links, eine PTBS, eine durchgehend mittelschwere depressive Symptomatik (zeitweise schwer) und eine Schädigung des Nervus ulnaris rechts mit Parese der rechten Hand und reduzierter Brauchbarkeit der rechten Hand. Sie stufte die psychiatrischen Funktionsstörungen als schwer, die Einschränkungen im Bereich des linken Beines als mittelgradig und die Einschränkungen im Bereich der rechten Hand als leicht- bis mittelgradig ein und schätzte den GdB insgesamt auf 70.

Vom 15.03. bis 12.04.2018 befand sich der Kläger zur stationären Behandlung in der F1-Klinik in H4. Dort wurde ein sekundäres posttraumatisches Beinlymphödem links, distalbetont, im Stadium II diagnostiziert und eine komplexe physikalische Entstauungstherapie in Form von manuellen Lymphdrainagen sowie eine Anpassung von speziellen lymphologischen Kompressionsbandagen durchgeführt und die Therapie als erfolgreich eingestuft.

Die Beklagte holte sodann die (weitere) Auskunft des S1 vom 24.04.2018 ein, in der dieser mitteilte, dass beim Kläger am 18.02.2017 eine Schwellneigung und Schwäche unter Belastung in Form eines Lymphödems im Stadium I bis II vorgelegen habe. Der Befund sei in der Folgezeit gleich gewesen. Am 28.09.2017 habe das Lymphödem leicht zugenommen, am 27.10.2017 sei es wieder rückläufig und am 08.12.2017 wieder zunehmend gewesen. Am 29.01.2018 habe der Kläger über intermittierende Schmerzen am Bein und eine Gefühlsstörung und Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Hand geklagt. Die Beklagte zog außerdem die Verwaltungsakten des Versorgungsamtes bei. Diese enthielten im Wesentlichen die bereits aktenkundigen medizinischen Unterlagen.

Die Beklagte holte weitere beratungsärztliche Stellungnahmen bei dem M2 (vom 27.06.2018, Bl. 389/1 ff. VA) und bei M1 (vom 02.07.2018, 390/1 ff. VA) ein. Der M2 wies nach Auswertung des Gutachtens der H3 u.a. darauf hin, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung durch diese entsprechend der von ihr erhobenen Befunde zwar eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode vorgelegen habe, die Voraussetzungen für eine PTBS jedoch nicht vorlägen. Er wies zudem darauf hin, dass erstmals im Jahr 2015 überhaupt ein auffälliger psychischer Befund erhoben und im Rahmen der stationären Behandlung in der F1-Klinik ein solcher wiederum nicht berichtet worden sei. Auch habe eine hinreichende Beschwerdevalidierung durch die H3 nicht stattgefunden. Jedenfalls sei ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den psychischen Beschwerden des Klägers nicht hinreichend wahrscheinlich. Auf neurologischem Fachgebiet liege eine diskrete Restschädigung des Nervus ulnaris rechts und unfallabhängige Sensibilitätsstörungen am linken Unter- und rechten Oberschenkel vor. Diese seien jedoch lediglich mit einer MdE von 10 v.H. einzuschätzen, da sie funktionell nicht relevant seien. M1 schätzte die MdE - bezugnehmend auf die unfallmedizinische Literatur - sowohl auf lymphologisch-gefäßchirurgischem Fachgebiet als auch - unter Einbeziehung der lediglich geringgradigen neurologischen Beeinträchtigungen - insgesamt auf 20 v.H.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.08.2018 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 10.09.2018 mit dem Begehren, ihm eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren, Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Er hat im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft und darauf hingewiesen, dass er seine berufliche Tätigkeit u.a. als Forstwirt nicht mehr wie gewohnt verrichten könne, da er z.B. nicht mehr auf Bäume klettern könne. Hier sei er auf die Mitarbeiter angewiesen, weshalb eine besondere berufliche Betroffenheit vorliege. Auch hätte die durch den Lagerungsschaden entstandene Schädigung des Nervus ulnaris rechts eine reduzierte Belastbarkeit der rechten Hand zur Folge, sodass er keine handwerklichen Tätigkeiten mit schwerem Gerät mehr ausüben könne. Er leide darüber hinaus auf psychiatrischem Fachgebiet neben einer mittelschweren depressiven Symptomatik mit rezidivierenden schweren Episoden an einer PTBS und es komme sowohl tagsüber als auch (sehr häufig) nachts zu Flash-Backs, die ausgeprägte Angstsymptome bei ihm hervorriefen. Sein Selbstwertgefühl sei auch durch die sichtbaren Verletzungsfolgen gestört. Zudem komme es zu Potenzstörungen, die offensichtlich eine psychosomatische Ursache hätten. Er hat auf das Gutachten der H3 vom 18.08.2017 verwiesen.

Das SG hat die Gerichtsakten des Schwerbehindertenklageverfahrens S 14 SB 3659/16 beigezogen und von Amts wegen das Sachverständigengutachten (Bl. 63 ff. SG-Akte, Untersuchungstag 03.09.2019) und die - auf Einwendungen des Klägers hin erstellte - ergänzende Stellungnahme (Bl. 107 ff. SG-Akte) des M3 eingeholt. Der Sachverständige hat keinen eindeutigen Anhalt für eine psychische Störung beim Kläger gesehen, sondern ausgeführt, dass er (der Kläger) möglicherweise - seinen eigenanamnestischen Angaben nach - nach dem Unfallereignis an einer schweren depressiven Reaktion gelitten habe, worüber es jedoch keine Berichte gebe. Als Unfallfolgen hat der Sachverständige eine posttraumatische Ulnarisläsion rechts mit noch vorhandener leichter Restsymptomatik mit diskreter 5-/5-Parese der Fingeradduktion des Kleinfingers und leichten sensiblen Defiziten am rechten Kleinfinger sowie einer Sensibilitätsstörung am linken Bein bei massiven Unterschenkelödemen und großem Weichteildefekt am medialen linken Oberschenkel diagnostiziert. Die MdE für die Einschränkungen im Bereich der rechten Hand hat er auf 10 v.H. und diejenige für die Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken Beins - die er überwiegend den chirurgisch-lymphologischen Unfallfolgen zugerechnet hat - ebenfalls auf 10 v.H. eingeschätzt. Er hat im Übrigen auch darauf hingewiesen, dass die durchgeführte Fragebogentestung Hinweise auf eine Beschwerdesimulation ergeben habe. Der Kläger hat sodann eine Stellungnahme der S2 vorgelegt, wonach eine Therapieintensivierung aufgrund des sehr fragilen Gesundheitszustands des Klägers nicht möglich gewesen sei (Bl. 113 f. SG-Akte).

Das SG hat außerdem eine (schriftliche) sachverständige Zeugenauskunft des S1 eingeholt (Bl. 123 und 126 SG-Akte). S1 hat ausgeführt, dass beim Kläger im Bereich des linken Unterschenkels ein persistierendes posttraumatisches Lymphödem bestehe, das mit einem Belastungsdefizit einhergehe. Eine wesentliche (MdE-relevante) Änderung sei seit 2018 nicht zu konstatieren. Zeitweilig lägen Verschlechterungen als auch Verbesserungen vor. In Bezug auf die stattgehabte Radiusfraktur rechts führte er aus, dass Dauerschäden in Form einer belastungsabhängigen Schwellneigung, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bestünden.

Auf die Aufforderung des SG hin hat die Beklagte das Vorliegen eines Stützrententatbestands in Bezug auf den Arbeitsunfall vom 13.09.2017 geprüft und die beratungsärztliche Stellungnahme des O1 vom 25.08.2020 eingeholt (Bl. 129 ff. SG-Akte). O1 hat darin ausgeführt, dass sich anhand der Aktenlage kein Hinweis darauf ergebe, dass eine dem Arbeitsunfall vom 13.09.2017 zuzuordnende MdE von wenigstens 10 v.H. vorliege.

Das SG hat von Amts wegen ein Sachverständigengutachten bei C1 eingeholt (Bl. 138 ff. SG-Akte, Untersuchungstag 01.10.2020). Der Sachverständige ist davon ausgegangen, dass der Unfall vom 13.09.2017 eine distale Radiusfraktur, eine nicht dislozierte Nagelkranzrümmerfraktur des Kleinfingerendgliedes sowie eine (nicht erkannte) Fraktur im Bereich des Köpfchens des 3. Mittelhandknochens verursacht habe. Als Funktionseinschränkungen hat er eine endgradige Einschränkung der Handgelenksstreckung, eine Schwellung im Bereich der Grundgelenke der Finger 2 und 3, eine eingeschränkte Streckfähigkeit der Finger 2 bis 5 sowie einen eingeschränkten Faustschluss im Bereich der Finger 2 bis 5 in Folge der eingeschränkten Beweglichkeit der beteiligten Fingergelenke dokumentiert. Die MdE hat er seit dem Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 30.12.2017 auf 10 v.H. eingeschätzt.

Die Beklagte hat daraufhin eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme des O1 vom 15.01.2021 eingeholt (Bl. 159 ff. SG-Akte), in der dieser der Einschätzung des Sachverständigen C1 - sowohl hinsichtlich der Unfallfolgen als auch der MdE-Einschätzung - zugestimmt hat.

Im Rahmen der vom SG am 23.06.2021 durchgeführten mündlichen Verhandlung hat sich die Beklagte in einem vom Kläger angenommenen Teilerkenntnis verpflichtet, ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 ab dem 13.09.2017 eine Verletztenrente (als Stützrente) nach einer MdE von 20 v.H. zu gewähren (Bl. 174 ff. SG-Akte). Gleichzeitig hat der Kläger an seinem ursprünglichen

Begehren, ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren, festgehalten.

Mit Urteil vom 23.06.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die anzuerkennenden Unfallfolgen mit einer MdE von 20 v.H. ausreichend bewertet seien. Aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 leide der Kläger an einem posttraumatischen Beinlymphödem links im Stadium II als wesentliche Unfallfolge, was sich aus der beratungsärztlichen Stellungnahme des M1 vom 02.07.2018, dem Behandlungsbericht des J3 vom 11.04.2018 und der sachverständigen Zeugenauskunft des S1 vom 04.05.2020 ergebe. Laut S1 sei es auch zu keiner wesentlichen Verschlechterung des Lymphödems gekommen. Hingegen sei es nicht davon überzeugt, dass der streitgegenständliche Unfall auch zu Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet geführt habe. Der Sachverständige M3 habe in seinem Gutachten schlüssig und nachvollziehbar herausgearbeitet, dass kein sicherer Anhalt für eine psychische Störung vorliege. Weder habe unmittelbar nach dem Unfall eine psychiatrische Behandlung stattgefunden, noch sei trotz der im Jahr 2015 diagnostizierten schweren depressiven Episode eine leitliniengerechte Behandlung durchgeführt worden. Den abweichenden Beurteilungen der H3 und der S2 könne es (das SG) sich nicht anschließen, zumal der Sachverständige M3 zutreffend dargelegt habe, dass diese maßgeblich auf den Beschwerdeangaben des Klägers beruhten, ohne dass die genannten Ärztinnen diese Beschwerden ausreichend validiert hätten. Die MdE für das Lymphödem habe M1 in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 02.07.2018 nachvollziehbar mit 20 v.H. eingeschätzt.

Gegen das - seinen Prozessbevollmächtigten am 12.07.2021 zugestellte - Urteil hat der Kläger am 12.08.2021 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat er auf seinen bisherigen Vortrag verwiesen. Darüber hinaus hat er darauf hingewiesen, dass sich sein posttraumatisches Lymphödem zwar nicht verschlechtert, aber auch nicht verbessert habe. Er müsse nach wie vor tagsüber und teilweise auch nachts Kompressionsstrümpfe der Klasse 2 tragen und das Bein hochlagern und müsse sich weiterhin zwei- bis dreimal wöchentlich einer Lymphdrainagebehandlung durch einen Physiotherapeuten unterziehen bzw. führe selbst eine solche an einem Lymphomaten durch. Die Lymphabflussstörung habe zwischenzeitlich mindestens das Stadium II erreicht. Aufgrund der zunehmenden Narbenbildung sei er zudem auch weiterhin in seiner Beweglichkeit, Stabilität und Sicherheit stark beeinträchtigt, sodass allein auf somatischem Gebiet Unfallfolgen vorlägen, die eine MdE von 30 v.H. bedingten. Außerdem habe er in Folge des Unfalls eine Depression und PTBS entwickelt. Den Ausführungen des Sachverständigen M3 sei nicht zu folgen, zumal es nicht ungewöhnlich sei, dass seelische Störungen nicht zeitnah erkannt würden, da zunächst die körperlichen Verletzungen behandelt würden. Auch habe der Kläger aufgrund seiner Psychopathologie lange gebraucht, bis er bereit gewesen sei, die bestehende psychische Beeinträchtigung anzuerkennen und sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen.

Mit Bescheid vom 23.08.2021 hat die Beklagte dem Kläger aufgrund des Arbeitsunfalls vom 13.09.2017 ab dem 15.03.2018 eine Verletztenrente als Stützrente nach einer MdE von 10 v.H. bewilligt sowie mit Bescheid vom 24.08.2021 das vom Kläger angenommene Teilanerkennnis vom 23.06.2021 umgesetzt und ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 ab dem 13.09.2017 eine Verletztenrente als Stützrente nach einer MdE von 20 v.H. bewilligt; zugleich hat die Beklagte jeweils den monatlichen Rentenzahlbetrag festgesetzt. Gegen beide Bescheide hatte der Kläger in Bezug auf die Höhe des angesetzten Jahresarbeitsverdienstes (JAV) mit dem Begehren auf höhere Rente Widerspruch eingelegt, der jeweils mit Widerspruchsbescheiden vom 18.01.2023 zurückgewiesen worden ist.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 23.06.2021 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 19.04.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.08.2018 in der Fassung des Teilanerkennnisses vom 23.06.2021 abzuändern und ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat auf die Ausführungen im erstinstanzlichen Urteil sowie insbesondere die gutachterliche Einschätzung des Sachverständigen M3 verwiesen.

Der Senat hat die schriftliche sachverständige Zeugenauskunft des S1 vom 23.01.2023 eingeholt (S. 55 f. Senatsakte). S1 hat - unter Vorlage seines D-Arztberichtes vom 13.11.2020 (S. 58 f. Senatsakte) - u.a. mitgeteilt, dass es im Rahmen eines weiteren Arbeitsunfalls des Klägers am 09.11.2020 zu einer Distorsion des rechten Kniegelenkes bei Teilruptur eines vorgeschädigten Innenmeniskus und kleinen Teilrupturen des vorderen Kreuz- und Innenbandes gekommen sei. Die degenerativen Veränderungen und Teilrupturen seien unfallunabhängig. Bezüglich der Radiusfraktur lägen keine Veränderungen vor.

Der Senat hat ein Sachverständigengutachten bei B2 eingeholt (S. 80 ff. Senatsakte, Untersuchungstag 12.03.2024). Der Sachverständige hat einen Z.n. schwersten und ausgedehnten Weichteilverletzungen des linken Oberschenkels mit den Folgen einer deutlich eingeschränkten Beweglichkeit der linken unteren Extremität, ausgedehnten sensiblen Defiziten des linken Beines, chronischen Schmerzzuständen, eines persistierenden Lymphödems des linken Unterschenkels und des linken Fußes, einen Z.n. umfangreicher Spalthautentnahme aus dem rechten Oberschenkel, eine chronische mittelgradige depressive Episode und eine PTBS diagnostiziert und diese Gesundheitsstörungen als Folgen des Unfalls vom 18.05.2012 eingestuft. Die MdE für die depressive Störung und die PTBS hat er insgesamt auf mindestens 30 v.H. eingeschätzt. Dem Sachverständigen M3 sei schon deshalb nicht zu folgen, als dieser - seiner Erfahrung nach - kein Verständnis für unfallbedingte psychische Störungen habe.

Die Beklagte hat das Sachverständigengutachten des B2 beratungsärztlich durch den M2 auswerten lassen (S. 140 ff. Senatsakte). Dieser ist der Einschätzung des B2 entgegengetreten und hat ausgeführt, dass Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht nachzuweisen seien, weshalb auch keine MdE auf diesem Fachgebiet vorliege.

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

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gem. den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 19.04.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.08.2018 in der Fassung des Teilerkenntnisses vom 23.06.2021, soweit die Beklagte damit dem Begehren einer Verletztenrente nach einer MdE von mehr als 20 v.H. nicht entsprochen hat. Hingegen ist der Bescheid der Beklagten vom 24.08.2021 nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden. Nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) - dieser gilt gemäß [§ 153 Abs. 1 SGG](#) im Berufungsverfahren entsprechend (s. nur B. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Sozialgerichtsgesetz, 14. Auflage 2023, § 96 Rn. 7) - setzt dies nämlich einen identischen Regelungsgehalt der Bescheide voraus (vgl. hierzu nur Bundessozialgericht [BSG] 29.08.2019, [B 14 AS 49/18 R](#), in juris). Ein solcher ist vorliegend jedoch nicht gegeben. Soweit der Bescheid vom 24.08.2021 das im Rahmen der mündlichen Verhandlung abgegebene Teilerkenntnis der Beklagten vom 23.06.2021 umsetzt, handelt es sich lediglich um einen Ausführungsbescheid ohne eigenen Regelungsgehalt im Sinne des [§ 31 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), weshalb eine Einbeziehung ausscheidet (BSG 13.12.2018, [B 10 EG 9/17 R](#), in juris; 21.10.1998, [B 6 KA 65/97 R](#), in juris). Soweit die Beklagte in dem Bescheid vom 24.08.2021 über die konkrete Rentenhöhe unter Zugrundelegung eines JAV von 11.201,81 € entschieden hat, ändert oder ersetzt er den Bescheid vom 19.04.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.08.2018 schon nicht, da kein identischer Regelungsgehalt vorliegt. Vielmehr hat die Beklagte in dem Bescheid vom 24.08.2021 erstmals eine Entscheidung über die Höhe der dem Kläger dem Grunde nach bewilligten - und von ihm auch allein dem Grunde nach begehrten - Verletztenrente unter Zugrundelegung eines JAV (als neben der MdE weiteren bloßen Wertfaktor im Rahmen des Werts des Rechts auf Verletztenrente; s. nur BSG 23.07.2015, [B 2 U 9/14 R](#), in juris, Rn. 11) von 11.201,81 € getroffen. Bei einem - wie vorliegend - ursprünglichen Begehren auf Gewährung einer Leistung dem Grunde nach (genauer: einem Angriff gegen den die Leistung ablehnenden Bescheid; hier: Bescheid vom 19.04.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.08.2018) ist nach (Teil-)Klaglosstellung (hier: Gewährung der Rente nach einer MdE von 20 v.H. nach angenommenem Teilerkenntnis vom 23.06.2021 unter konkludenter Ablehnung der Gewährung einer höheren Rente dem Grunde nach unter Zugrundelegung einer noch höheren MdE) über die Höhe der Leistung (hier: Wert des Rechts der bewilligten Rente) in einem neuen Verfahren zu befinden, [§§ 153 Abs. 1, 96 Abs. 1 SGG](#) greifen insoweit nicht (vgl. BSG 10.10.1978, 7 Rar 65/77, in juris, Rn. 25, 27; s. auch zur Konstellation eines „Grundlagenbescheids“ und nachfolgender Leistungsbescheide BSG 29.08.2019, [B 14 AS 49/18 R](#), in juris, Rn. 9 ff. und BSG 27.06.2019, [B 5 R 101/18 B](#), in juris, Rn. 11 zur erstmaligen Regelung in einem nachgehenden Bescheid, hier: Bescheid vom 24.08.2021 über die erstmalige Festsetzung des Werts des Rechts auf Rente). Demgemäß ist über den Angriff des Klägers gegen die Rentenhöhe im Rahmen der (Stütz-)Rentenbewilligung nach einer MdE von 20 v.H. - unter Geltendmachung eines für den Kläger günstigeren JAV - auch zutreffend in einem separaten Verwaltungsverfahren entschieden worden, das im Widerspruchsbescheid vom 18.01.2023 seinen Abschluss gefunden hat. Der Senat hat im vorliegenden Verfahren daher nur zu überprüfen, ob dem Kläger (dem Grunde nach) wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 eine Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 v.H. zusteht. Dies ist nicht der Fall.

Das SG hat die auf eine Rente nach einer MdE von mindestens 30 v.H. gerichtete kombinierte Anfechtungs- und (unechte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Var. 1 und Abs. 4, [§ 56 SGG](#); dazu statt vieler nur BSG 28.06.2022, [B 2 U 9/20 R](#), in juris, Rn. 13, st. Rspr.) zu Recht als unbegründet abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 19.04.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.08.2018 in der Fassung des Teilerkenntnisses vom 23.06.2021 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer höheren MdE als 20 v.H.

Anspruch auf eine Rente haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Abweichend von [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben gemäß der durch Art. 1 Nr. 7 des Gesetzes zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ([LSVMG] vom 18.12.2007, [BGBl. I S. 2984](#)) mit Wirkung zum 01.01.2008 geschaffenen Regelung des [§ 80a Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Versicherte nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 5](#) Buchstabe a und b SGB VII nur Anspruch auf eine Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 30 v.H. gemindert ist. Gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 5](#) Buchstabe a und b SGB VII versichert sind Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens und ihre im Betrieb mitarbeitenden Ehegatten oder Lebenspartner (Buchstabe a) sowie die im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitenden Familienangehörigen (Buchstabe b). [§ 80a SGB VII](#) ist nur auf Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 31.12.2007 eingetreten sind ([§ 221 Abs. 2 SGB VII](#)). Die für einen Anspruch auf Verletztenrente erforderlichen Voraussetzungen dieser Vorschriften erfüllt der Kläger nicht. Zwar ist der Kläger unstreitig zum Unfallzeitpunkt landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Nr. 5](#) Buchstabe a SGB VII und bei der Beklagten unfallversichert gewesen. Allerdings führen die bei ihm vorliegenden (objektivierbaren) Funktionsbeeinträchtigungen nicht zu einer MdE von (wenigstens) 30 v.H., sondern lediglich zu einer MdE von 20 v.H., weshalb ihm die Beklagte aufgrund des weiteren Arbeitsunfalls vom 13.09.2017, dessen Unfallfolgen eine MdE von 10 v.H. bedingen (s. Bescheid vom 23.08.2021), auch eine entsprechende Verletztenrente als Stützentrente nach [§ 80a Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) gewährt.

Die MdE bemisst 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](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. nur BSG 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#), in juris, Rn. 12): 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.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung 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 (s. nur BSG 06.05.2021, [B 2 U 15/19 R](#), in juris, Rn. 20; 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) in juris, Rn. 16, beide m.w.N.). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität) sowie der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG 06.05.2021, [B 2 U 15/19 R](#), a.a.O. Rn. 13 m.w.N., st. Rspr.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (BSG a.a.O.; 06.09.2018, [B 2 U 10/17 R](#), in juris, Rn. 13, beide m.w.N., st. Rspr.). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (s. nur BSG 05.08.1993, [2 RU 34/92](#), in juris, Rn. 16 m.w.N.).

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](#), in juris). 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.

Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (BSG 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#), in juris, Rn. 23 m.w.N.).

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe lässt sich bei dem Kläger wegen der verbliebenen (objektivierbaren) Folgen des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 eine MdE von wenigstens 30 v.H. nicht begründen.

Der Kläger leidet zur Überzeugung des Senats in Folge des Arbeitsunfalls auf lymphologisch-gefäßchirurgischem Fachgebiet an einem Lymphödem im Stadium II. Diese Diagnose ist bereits im April 2017 von B1 gestellt und im Rahmen des stationären Aufenthalts des Klägers in der F1-Klinik vom 15.03. bis 12.04.2018 bestätigt worden. Auch der den Kläger behandelnde S1 ist davon im Rahmen seiner Auskunft gegenüber dem SG ausgegangen und hat zugleich eine Verschlechterung des Lymphödems seit der stationären Behandlung des Klägers in der F1-Klinik ausdrücklich verneint; dies hat er auch in seiner Auskunft gegenüber dem Senat bestätigt. Auch der Beratungsarzt M1 - dessen beratungsärztliche Stellungnahmen urkundsbeweislich verwertbar sind - hat in seiner Stellungnahme vom 02.07.2018 nach Auswertung der medizinischen Unterlagen ein Lymphödem Stadium II als Unfallfolge ausdrücklich bestätigt. Gleichzeitig hat er ausgeführt, dass ein Lymphödem den Folgen einer Venenthrombose des Beines gleichzusetzen und daher die entsprechenden unfallmedizinischen MdE-Bewertungskriterien nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, S 692 (s. entsprechend in der 10. Auflage 2024, S. 605) - dieses unfallmedizinische Standardwerk legt auch der Senat regelmäßig seiner ständigen Rechtsprechung zugrunde - heranzuziehen sind. Danach ist ein chronisches Stauungsödem, das - wie beim Kläger - das Tragen eines Kompressionsstrumpfes erfordert - zu Schwellungen und leichten tropischen Störungen führt, mit einer MdE von 20 v.H. zu bewerten. Erst ausgeprägtere tropische Störungen - die beim Kläger nicht vorliegen - mit dauerhafter Ausprägung bedingen eine MdE von 30 v.H. Dieser Einschätzung des M1 schließt sich der Senat insbesondere nach Auswertung der sachverständigen Zeugenauskünfte des S1 an. Dieser hat im Rahmen seiner Auskunft gegenüber dem SG nicht nur eine Verschlechterung seit dem Jahr 2018 ausdrücklich verneint, sondern gerade darauf hingewiesen, dass der Zustand des Lymphödems wechselnd und immer wieder auch besser sei, weshalb der Senat in Übereinstimmung mit M1 gerade keine Anhaltspunkte dafür sieht, dass das beim Kläger bestehende Lymphödem mit einer höheren MdE als 20 v.H. zu bewerten ist.

Auf neurologischem Fachgebiet ist es beim Kläger - zwischen den Beteiligten unstrittig - in Folge des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 auch zu einer Ulnarisläsion im Bereich der rechten Hand mit Sensibilitätsstörungen im Kleinfingerbereich gekommen. Während der Sachverständige M3 insoweit noch Gefühlsstörungen im Bereich der rechten Hand beschrieben hat, hat B2 hingegen objektivierbare neurologische Befunde in Bezug auf die rechte Hand nicht mehr erheben können und hat auch eine entsprechende Unfallfolge nicht mehr beschrieben, weshalb allein deswegen keine (Teil-)MdE für die rechte Hand anzusetzen ist. Ohnehin kommt es auch bei Nervenstörungen bei der Einschätzung der MdE auf damit einhergehende funktionelle Ausfälle in Form von (Teil-)Lähmungen (Paresen) an (s. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., 10. Auflage 2024, S. 282). Bloße Sensibilitätsstörungen bedingen entgegen dem Sachverständigen M3 und dem M2 keine messbare MdE. Vorliegend ist schon nicht ersichtlich, dass beim Kläger auch nach der am 27.06.2013 stattgehabten endoskopischen Dekompression sowie Neurolyse des Nervus ulnaris rechts und Spaltung der Unterarmfaszie (Teil-)Lähmungen vorgelegen haben, sodass auch schon vor der Begutachtung durch B2 eine (Teil-)MdE für die rechte Hand aufgrund des Arbeitsunfalls vom 18.05.2012 nicht zu veranschlagen gewesen ist. Auch der M2 hat die - jedenfalls ereignisnah noch - objektivierbaren funktionellen Beeinträchtigungen ausdrücklich als nicht relevant für eine MdE eingestuft; warum er dann gleichwohl eine MdE von 10 v.H. angesetzt hat, ist unerfindlich.

Der Senat ist nicht davon überzeugt, dass beim Kläger zu irgendeinem Zeitpunkt nach dem stattgehabten Arbeitsunfall Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet vorgelegen haben bzw. noch vorliegen. Er stützt seine Überzeugung - wie auch das SG - auf die schlüssigen und

nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen M3 sowie die beratungsärztlichen Stellungnahmen des G1 (urkundsbeweislich verwertbar) und des M2 (als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen verwertbar).

Der Senat hält schon das Vorliegen einer PTBS für nicht nachgewiesen. Grundsätzlich kann sich zwar nach einem traumatisch erlebten Ereignis eine PTBS entwickeln (s. hierzu und zum Nachfolgenden Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 204 ff.). Als mögliche Auslöser für die Entwicklung einer PTBS kommen u.a. lebensbedrohliche Verkehrsunfälle, schwere Arbeitsunfälle, Missbrauchserlebnisse und Vergewaltigungen sowie das Erleben von schwerer körperlicher Gewalt und Folter in Betracht, wobei sich die Voraussetzungen in den verschiedenen Diagnosesystemen (ICD-10, ICD-11, DSM-5) unterscheiden. Davon unabhängig entwickelt sich eine PTBS jedoch typischerweise innerhalb der ersten drei Monate nach dem Unfall, unter Umständen kann sie sich auch mit einer zeitlichen Verzögerung von sechs oder mehr Monaten entwickeln, wobei dann in der Regel im Vorfeld nachweisbare Teilsymptome bestehen. Dieses zeitliche Kriterium ist vorliegend schon nicht erfüllt. Sowohl der Sachverständige M3 als auch die Beratungsärzte G1 und der M2 haben zutreffend darauf hingewiesen, dass beim Kläger erstmals im Juni 2015 psychische Auffälligkeiten dokumentiert wurden und er sich auch in entsprechende fachärztliche Behandlung begab. Zutreffend hat der Sachverständige M3 herausgearbeitet, dass sich aus keinem der (zahlreichen) vor Juni 2015 erstellten Befundberichte irgendwelche psychischen Auffälligkeiten entnehmen lassen. Vielmehr sind weder im Rahmen der zeitnah zum Unfall von Ende August bis Mitte September 2012 durchgeführten KSR psychische Auffälligkeiten beim Kläger zu Tage getreten und dokumentiert worden, noch hat der den Kläger sowohl im Rahmen der KSR im September 2012 als auch nachgehend im Oktober 2012 untersuchende H1 derartige Auffälligkeiten bemerkt, sondern den psychischen Befund ausdrücklich als unauffällig („o.B.“) beschrieben. Zeitnah zum Unfallgeschehen aufgetretene Brückensymptome liegen somit nicht vor. Dass die PTBS erst drei Jahre nach dem stattgehabten Unfall entstanden sein könnte, hält der Senat für abwegig. Im Übrigen hat der Senat auch keine objektivierbaren Anhaltspunkte dafür, dass beim Kläger überdauernde Nachhallerinnerungen (sog. Flashbacks) - solche werden als typisches Merkmal einer PTBS von allen Diagnosesystemen gefordert - vorliegen. Die H3 hat in ihrem Gutachten zwar Flashbacks behauptet, jedoch keine entsprechenden Beschwerdeschilderungen des Klägers dokumentiert. Gegenüber dem Sachverständigen M3 hat der Kläger angegeben, direkt nach dem Unfall Alpträume gehabt zu haben, zwischenzeitlich jedoch kaum mehr an den Unfall zu denken. Und auch dem Gutachten des B2 lassen sich derartige Nachhallerinnerungen nicht entnehmen und werden lediglich vom Sachverständigen ohne Mitteilung jeglicher Grundlage behauptet.

Der Senat ist auch nicht davon überzeugt, dass die seitens der den Kläger behandelnden S2 diagnostizierte und von den S3 und H3 bestätigte depressive Erkrankung ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 18.05.2012 zurückzuführen ist. Ein auffälliger psychischer Befund ist nämlich erstmals im Sommer 2015 durch S2 beschrieben worden und somit drei Jahre nach dem stattgehabten Arbeitsunfall. Hingegen sind in zeitlicher Nähe zum stattgehabten Unfall keine psychischen Auffälligkeiten dokumentiert (s. hierzu oben), sondern gerade verneint worden (s. Berichte des H1 von September und Oktober 2012: psychischer Befund „o.B.“). Mithin liegt also bereits kein psychischer Gesundheitserstschaden vor, worauf auch der Beratungsarzt M2 zutreffend hingewiesen hat. Für den Senat ist schon aufgrund der langen zeitlichen Latenz von drei Jahren zwischen dem stattgehabten Arbeitsunfall und der erstmaligen Dokumentation eines auffälligen psychischen Befundes durch S2 nicht hinreichend wahrscheinlich, dass diese psychischen Auffälligkeiten kausal auf den stattgehabten Unfall zurückzuführen sind. Auch hierauf haben sowohl die Beratungsärzte G1 und M2 als auch der Sachverständige M3 hingewiesen. Hieran ändert auch die Auffassung des S3 nichts, wonach die beim Kläger bestehende Depression bei Weiterbestehen der körperlichen Symptome ständig aufrechterhalten werde, denn eine nicht unfallbedingte (Nachschadens-)Erkrankung kann schlechterdings nicht durch körperliche Symptome (unfallbedingt) „aufrechterhalten“ werden. Im Übrigen hat sich der psychische Gesundheitszustand des Klägers trotz Weiterbestehens der körperlichen Symptome jedenfalls nach der Begutachtung durch die H3 im Juli 2017 gerade verbessert (s. sogleich).

Darüber hinaus ist der Senat jedenfalls seit der Behandlung des Klägers in der F1-Klinik vom 15.03. bis 12.04.2018 schon nicht mehr davon überzeugt, dass beim Kläger (überhaupt noch) eine psychische Erkrankung vorliegt. Im Rahmen der dortigen stationären Behandlung sind nämlich keinerlei psychischen Auffälligkeiten dokumentiert worden. Hieran ändert auch der Einwand des Klägers nichts, die F1-Klinik sei eine Fachklinik für Lymphologie und nicht für psychische Erkrankungen, weshalb auch nicht verwunderlich, dass keine psychischen Befunde im Entlassungsbericht mitgeteilt worden seien. Denn zum einen kann aus der Nichtdokumentation eines auffälligen Befundes nicht auf das tatsächliche Vorliegen eines solchen geschlossen werden, zum anderen erachtet es der Senat nachgerade als abwegig, dass Klinikärzten eine manifeste psychische Erkrankung eines Patienten im Rahmen eines vierwöchigen stationären Aufenthaltes nicht auffallen sollte. Auch diese Argumentation des Klägers führt mithin nicht zum Nachweis, dass im Frühjahr 2018 bei ihm noch irgendwelche krankhaften psychischen Auffälligkeiten bestanden. Zudem ergibt sich auch durch die seitens des Sachverständigen M3 im Rahmen seiner am 03.09.2019 stattgehabten Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde (u.a. geordneter, altersentsprechender Allgemeinzustand, keine Verhaltensauffälligkeiten, problemlose Kontaktaufnahme, insgesamt kooperativ, freundlich zugewandt, klare Bewusstseinslage, keine Störungen der Ich-Funktionen oder des Gedankenganges, keine Auffälligkeiten des Gedankeninhaltes, Auffassungsgabe nicht erschwert, Merkfähigkeit und Konzentration nicht beeinträchtigt, Kritikfähigkeit erhalten, keine Zwangsgedanken oder -handlungen, ausgeglichene - nur zeitweilig auch gedrückte - Stimmungslage, Schwingungs- und Resonanzfähigkeit nicht beeinträchtigt, keine pathologische Tagesverlaufsschwankung, positive Emotionen auslösbar, Antrieb nicht vermindert, keine Suizidalität, keine Hinweise auf psychotische Entwicklung), dass beim Kläger keine psychische Erkrankung (mehr) vorgelegen hat, erst Recht keine unfallbedingte (s.o.).

Soweit der Sachverständige B2 in seinem Gutachten vom 17.03.2024 wiederum u.a. eine depressive Episode diagnostiziert hat, ist auch insoweit kein Ursachenzusammenhang erkennbar. Wie bereits oben ausgeführt, vermag der Senat schon keinen Kausalzusammenhang zwischen dem stattgehabten Arbeitsunfall am 18.05.2012 und der drei Jahre später im Sommer 2015 erstmals durch S2 diagnostizierten depressiven Episode zu erkennen. Folglich kann ein solcher auch nicht in Bezug auf eine fast 12 Jahre nach dem stattgehabten Unfall diagnostizierte depressive Episode gelten, zumal beim Kläger zwischendurch (namentlich während des Aufenthalts in der F1-Klinik und der Begutachtung durch den Sachverständigen M3) keine depressive Erkrankung bestanden hat. Im Übrigen hat der Senat auch Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose. So hat sich B2 nämlich - worauf der Beratungsarzt M2 zutreffend hingewiesen hat - schon nicht hinreichend kritisch mit dem auffälligen Testergebnis des strukturierten Fragebogens simulierter Symptome (SFSS) auseinandergesetzt, wonach beim Kläger aufgrund des Überschreitens des Cut-Off-Werts Hinweise für Aggravationstendenzen vorgelegen haben, sondern lediglich relativierend ausgeführt, dass er „befürchte“, der Kläger habe die gestellten Fragen nicht genügend verstanden. Was ihn zu dieser Spekulation veranlasst hat, obwohl er (B2) gleichzeitig die Intelligenzfunktion des Klägers als durchschnittlich eingeschätzt hat, ist für den Senat schlechterdings nicht nachvollziehbar. Auch hat sich B2 in der Sache nicht mit dem unauffälligen Befund des Sachverständigen M3 auseinandergesetzt, sondern insoweit lediglich seine (subjektive) Meinung dargetan, dass er dessen Gutachten „kenne“ und dieser „nur

selten Verständnis für unfallbedingte psychische Schädigungsfolgen“ habe.

Weitere auf den Arbeitsunfall vom 18.05.2012 zurückzuführende Gesundheitsstörungen mit Auswirkung auf eine MdE liegen zur Überzeugung des Senats nicht vor und sind auch von keinem der mit der Unfallsache des Klägers betrauten Ärzte beschrieben worden.

Unter Zugrundelegung all dessen besteht keine Grundlage für die Annahme einer über das Teilanerkenntnis der Beklagten hinausgehenden MdE von mehr als 20 v.H. wegen der Folgen des hier angeschuldigten Arbeitsunfalls. Der Senat sieht beim Kläger auch keine MdE-erhöhende besondere berufliche Betroffenheit ([§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII](#)) im Hinblick auf die strengen Voraussetzungen, die das BSG (s. dazu im Einzelnen nur Ricke in BeckOGK SGB VII, § 56 Rn. 28 ff. m.w.N. zur Rspr., Stand 15.08.2024) hieran stellt, zumal der Kläger als Landwirt schon keinen sog. Spezialberuf mit Schaffung einer außergewöhnlich günstigen Stellung im Erwerbsleben ausgeübt hat. Es handelte sich vielmehr um eine qualifizierte Facharbeitertätigkeit, wie sie auch von unzähligen anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ausgeübt wird (vgl. dazu nur BSG 05.09.2006, [B 2 U 25/05 R](#), in juris, Rn. 18 ff.; Senatsurteile vom 15.12.2022, [L 10 U 3651/19](#), in juris, Rn. 57 und vom 27.06.2023, [L 10 U 961/21](#), in juris, [Rn. 60](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Auch wenn der Kläger mit seinem Begehren in der ersten Instanz auf der Grundlage des Teilanerkenntnisses der Beklagten teilweise Erfolg hatte, ist eine Kostenquotelung für diesen Rechtszug nicht veranlasst. Die Beklagte hat unmittelbar nach Klärung der Folgen des am 13.09.2017 stattgehabten Arbeitsunfalls durch das Sachverständigengutachten des C1 und der zustimmenden beratungsärztlichen Stellungnahme des O1 im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem SG das o.a. Teilanerkenntnis abgegeben. Es entspricht zur Überzeugung des Senats daher der Billigkeit, insoweit keine Teilkostenerstattung zu Gunsten des Klägers anzuordnen (Rechtsgedanke des [§ 93](#) Zivilprozessordnung, s. B. Schmidt, a.a.O., § 193 Rn. 12c).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-01-22