L 10 U 341/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 4102/14
Datum
21.11.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 341/18
Datum
23.06.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Persönlichkeitsstrukturbedingte Wunschvorstellungen und (enttäuschte) Erwartungen - gerichtet namentlich auf Entschädigung, Anerkennung und Wertschätzung - genügen als konkurriende Gelegenheitsursache nicht zur Bejahung einer psychischen Unfallfolge bzw. zur Begründung eines Entschädigungsanspruchs (hier: unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, Verletztenrente).

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.11.2017 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die (Weiter-)Gewährung von Verletztengeld (VzG) bzw. die Gewährung von Verletztenrente nach einem Unfall am 19.03.2012.

Der 1966 geborene Kläger, nach eigener Angabe (vgl. S. 387 VerwA) gelernter Werkzeugmacher, war seit Mitte der 1980er Jahre - und auch zum Zeitpunkt des vorliegend in Rede stehenden Ereignisses - als Schmiedewerker/Verfahrensmechaniker bei der Gesenkschmiede Sch. GmbH A. (GSA) beschäftigt, wo er überwiegend in der Pressenschmiede (und eher selten in der Hammerschmiede) eingesetzt war (vgl. S. 20 VerwA). Die Tätigkeit übte er überwiegend im Stehen (mit teilweisem Gehen) aus, wobei er auch Lasten zu bewegen hatte (vgl. S. 266 VerwA). Nebenberuflich arbeitete er seit 01.05.2002 zudem als Reinigungskraft bei der W. Produktionsservice GmbH (s. S. 220 VerwA).

Am 19.03.2012 gegen 06.00 Uhr war der Kläger an einem Schmiedepressentisch eingesetzt. Ausweislich der Arbeitgeber-Unfallanzeige vom 26.03.2012 (S. 21 ff. VerwA) und des Unfalluntersuchungsberichts vom 29.03.2012 (S. 22 f. VerwA) lösten sich im Zuge eines Pressenvorgangs durch eine Undichtigkeit in der Hydraulik plötzlich die Inbusbefestigungsschrauben der Verdeckung der Einstellspindel, sodass die Verdeckung weggeschleudert wurde und den Kläger im Bereich der rechten unteren Extremität traf. Er wurde sodann notärztlich in das O -Klinikum A. verbracht, wo der O1. (Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie des O -Klinikums A.) eine komplette, offene Unterschenkelfraktur rechts Grad I (42A2 nach der sog. AO-Klassifikation) mit Durchspießung der Haut bei intakter peripherer Durchblutung, Motorik und Sensibilität sowie auch im Übrigen unauffälligem Untersuchungsbefund diagnostizierte (s. D-Arztbericht, S. 24 VerwA). Noch am selben Tag wurden beim Kläger eine Wundrandsäuberung und -excision mit anschließender VAC-Anlage im Bereich der Tibiavorderkante rechts sowie eine geschlossene Reposition und Implantation eines T2-Tibianagels mit offener Reposition respektive Fibulaplattenosteosynthese mit 6-Loch-1/3-Rohr-Platte durchgeführt. Die VAC-Entfernung mit sekundärem Wundverschluss erfolgte sodann am 22.03.2012, und der Kläger konnte am 30.03.2012 aus der stationären Behandlung ausweislich des ärztlichen Entlassungsberichts mit reizlosen Weichteilen und zufriedenstellender Mobilisation entlassen werden.

Nachdem die Ärzte des O -Klinikums in ihrem Nachschaubericht vom 08.08.2012 eine Unterschenkelaußenrotationsstellung von ca. 8° bei knöcherner Heilung der Fibulafraktur und hypertropher Kallusbildung ohne vollständigen Durchbau der Tibia beschrieben und eine Rotationskorrektur empfohlen hatten (s. den Zwischenbericht, S. 88 f VerwA), stellte sich der Kläger am 22.08.2012 in der BG Unfallklinik T. (BGU) vor. Die dortigen Ärzte diagnostizierten ein gestörtes Gangbild mit belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Unterschenkel, mäßiggradiger Außenrotationsfehlstellung des rechten Unterschenkels (ca. 9°) sowie Beweglichkeitseinschränkung im rechten oberen

Sprunggelenk (Extension/Flexion 10-0-30°) bei verzögerter Knochenbruchheilung des rechten Tibiaschafts. Sie empfahlen zur Verbesserung des Gangbilds, der Beweglichkeit und Kraft sowie zum Abtrainieren der Unterarmgehstützen eine stationäre Rehabilitation. Der Kläger wurde sodann zunächst am 28.08.2012 in der Rehabilitationsklinik S aufgenommen. Nachdem er dort Anfang September über („diffuse“, s. S. 283 VerwA) Ganzkörperschmerzen geklagt und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) geschildert hatte, wurde er am 06.09.2012 in die BGU zur Durchführung einer Komplexen Stationären Rehabilitation (KSR) verlegt, die bis 02.10.2012 andauerte. Der Kläger machte dort zunächst (Mitte September 2012) u.a. geltend, bei einem früheren Arbeitsunfall (22.12.2004) - insoweit wird wegen der weiteren Einzelheiten auf den D-Arztbericht des H vom 22.12.2004 Bezug genommen (S. 179 VerwA; Diagnosen: Kopfplatzwunde, Ohrrisswunde rechts, Halswirbelsäulen-Distorsion) - eine Kopfverletzung erlitten zu haben, wodurch namentlich sein rechtes Ohr „abgerissen“ worden sei; seither habe er Ohrgeräusche rechts, Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule sowie einen Spannungskopfschmerz (vgl. S. 150, 175 f. VerwA). Anfang Oktober 2012 berichtete er ferner (vgl. S. 176 VerwA), etwa zwei Jahre vor dem Unfall vom 19.03.2012 eine Panikattacke erlitten zu haben, weswegen er seinerzeit mit dem Rettungswagen in das O -Klinikum A verbracht und dort stationär aufgenommen worden sei. Die Weiterbehandlung habe sodann sein M übernommen, und er sei auch einige Tage arbeitsunfähig gewesen. Im Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse des Klägers ist namentlich eine Arbeitsunfähigkeit vom 04.03. bis 24.03.2005 wegen (u.a.) einer Angststörung und sonstigen nicht organischen Schlafstörungen vermerkt (s. nach S. 199 VerwA). M teilte später der Beklagten auf Nachfrage mit, den Kläger nicht wegen Panikattacken behandelt zu haben (S. 265 VerwA).

In ihrem Entlassungsbericht vom 10.10.2012 (s. S. 208 ff. VerwA) beschrieben die Ärzte der BGU am Ende des stationären Aufenthalts eine weiterhin bestehende stark außenrotierende Beinbelastung links mit verringerter Abrollung und verringertem Abdruck, Schmerzen im linken Unterschenkel sowie im Rücken. Die Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks rechts habe sich deutlich gebessert (0-0-30°). Außerdem nannten die Ärzte als Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, differentialdiagnostisch PTBS.

In seinem Befundbericht vom 15.10.2012 (S. 234 ff. VerwA) gab der S1 nach Untersuchung als Diagnosen auf nervenärztlichem Gebiet eine ängstlich-depressive Störung sowie eine Anpassungsstörung (psychischer Befund: wach, bewusstseinsklar und orientiert; in der Stimmung bedrückt, jedoch nicht im eigentlichen Sinne depressiv; affektiver Rapport verhalten; Psychomotorik ohne Befund; Kläger wirke gekränkt, da man ihm beim ersten Arbeitsunfall im Jahr 2004 nicht ernst genommen habe; kein wahnhaftes Erleben, Halluzinationen oder schizophrene Ich-Störungen, keine groben kognitiv mnestischen Beeinträchtigungen) an. Es könne von einer Unfallfehlverarbeitung ausgegangen werden, zumal der Kläger erheblich gekränkt wirke. In seinem weiteren Befundbericht vom 06.02.2013 (S. 370 f. VerwA) nannte S1 Diagnosen eine Anpassungsstörung sowie eine somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und organischen Faktoren bei Zustand nach offener Unterschenkelfraktur rechts sowie Zustand nach Schädeltrauma und wies auf artifizielle Bewegungsmuster bei submaximaler Kraftentfaltung aller untersuchten Muskelgruppen hin. Es bestünden Hinweise auf Verdeutlichung und Aggravation.

Die Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums nannten in ihrem Bericht vom 15.02.2013 (S. 386 ff. VerwA) als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine mittelgradige depressive Episode sowie eine PTBS. Der Kläger gab ihnen gegenüber (u.a.) an, nach seinem Unfall im Jahr 2004 von „den Ärzten“ nicht ernst genommen worden zu sein. Auch nach dem jüngsten Unfall fühle er so. Zudem habe er Zukunftsängste, nachdem noch Schulden auf seinem Haus lasteten. Außerdem gab er an, nach dem ersten Unfall eine Angstattacke in einem Supermarkt erlitten zu haben. Die Ärzte beschrieben (u.a.) eine massive narzisstische Kränkung, auch auf Grund der familiären Situation.

Die Beklagte holte sodann bei L das Gutachten vom 05.03.2013 ein (S. 442 ff. VerwA). L , der den Kläger Ende Februar 2013 untersuchte, gelangte zu folgenden Gesundheitsstörungen, wobei er von Verdeutlichungstendenzen und einer Aggravationsneigung des Klägers ausging: leichte bis mittelgradige agitierte depressive Episode mit Angstimpulsen, Verdacht auf PTBS - ohne dass ein entsprechender Vollbeweis mangels zeitlichen Zusammenhangs und Vorliegens des sog. A-Kriteriums zu erbringen sei (s. S. 453, 455 VerwA) -, vorbestehend depressiv-ängstliche Stimmungsschwankungen mit narzisstischer Persönlichkeitsstruktur und mit in der Vorgeschichte bekannten Panikattacken, Schmerzsyndrom am rechten Bein bei Zustand nach Trauma. Durch den Unfall sei die depressive Entwicklung im Rahmen einer Anpassungsstörung im Sinne einer Dekompensation einer bislang weitgehend kompensierten Vorschädigung eingeleitet worden, wobei erhebliche Verdeutlichungstendenzen eine Rolle spielten. Seiner Meinung nach sei die leichte bis mittelgradige agitierte und angstbetonte depressive Verstimmung auf das Trauma zurückzuführen. Die geklagten Gefühlsstörungen am rechten Unterschenkel, am rechten Fuß und an den Händen seien hingegen unfallunabhängig. Neurologisch-psychiatrisch bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 10.05.2013 (S. 480 ff. VerwA) stellte L u.a. seine Diagnosen entsprechend der DSM IV-Klassifikation (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wie folgt klar: nicht näher bezeichnete depressive Störung, narzisstische Persönlichkeitsstörung, somatoforme Schmerzstörung. Eine Anpassungsstörung nach dem DSM IV liege hingegen nicht vor.

In ihrem Arztbrief vom 22.05.2013 berichteten die Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums u.a. über frei bewegliche Extremitäten beim Kläger, über einen klinisch-neurologisch unpathologischen Zustand, über ein aggravierendes Klagen von Schmerzen („Patient sitzt entspannt mit überkreuzten Beinen“, S. 518 VerwA), über ständige Vorwürfe des Klägers bezüglich seiner Arbeit(sstelle) und gegenüber Ärzten, über eine familiäre Belastungssituation (u.a. auch Eheprobleme schon seit Beginn der Ehe), über die Verschuldung des Klägers sowie über die von ihm berichteten Kränkungen (nicht wertgeschätzt, nicht beachtet) nach drei Arbeitsunfällen (s. im Einzelnen S. 515 ff. VerwA).

Die Ärzte der BGU befundeten bei ihrer Untersuchung am 17.06.2013 reizlose Weichteilverhältnisse ohne Schwellungen im Bereich des rechten Unterschenkels, ohne Rötungen und ohne Überwärmung. Die Narbe sei gut gegen die Unterlage verschieblich und in einem reizfreien Hautniveau eingeheilt. Die Beweglichkeit des Sprunggelenks war frei und röntgenologisch zeigte sich eine vollständig knöcherne Konsolidierung sowohl der Fibula- als auch der Tibiafraktur. Eine weitere Behandlung sei aus unfallchirurgischer Sicht nicht indiziert, eine Vollbelastbarkeit erreicht und auch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde nicht verbleiben.

Mit Bescheid vom 05.09.2013 stellt die Beklagte nach Anhörung des Klägers die Zahlung des ihm gewährten VzG unter Hinweis auf § 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) mit Ablauf des 15.09.2013 ein. Im anschließenden Widerspruchsverfahren holte die Beklagte bei dem S2. eine beratungsärztliche Stellungnahme ein (vom 14.04.2014, S. 698 ff. VerwA), in der S2. darauf hinwies, dass beim Kläger eine PTBS schon mangels erfülltem A-Kriterium nicht vorliege. Auch eine Anpassungsstörung lasse sich nicht

diagnostizieren, weil schon kein enger zeitlicher Zusammenhang mit dem Unfallereignis bestehe. Ebenso lasse sich die Diagnose einer Depression nicht stellen, weil in den aktenkundigen ärztlichen Berichten depressive Affekte nicht beschrieben seien, sondern im Wesentlichen nur eine Verstimmung mit deutlicher Klagsamkeit und einer Vorwurfshaltung gegenüber den Ärzten. Es bestehe vielmehr (allein) ein ausgeprägtes Bild einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur. Diese psychische Anomalie sei indes unfallunabhängig, nachdem - bei aggravierenden Tendenzen - Kränkung und Enttäuschung sowie Entschädigungswünsche im Vordergrund stünden.
Nach Vorlage des Entlassungsberichts der Ärzte der M-Klinik (Fachklinik für Psychosomatik und Ganzheitsmedizin) vom 12.05.2014 (dortige stationäre Behandlung des Klägers vom 12.03. bis 07.05.2014, Diagnosen u.a.: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, PTBS, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Verdacht auf Neurodystrophie rechter Unterschenkel) - wegen der diesbezüglichen weiteren Einzelheiten wird hier auf den Bericht Bezug genommen (Bl. 726 ff. VerwA) - nahm S2. erneut beratungsärztlich Stellung (Stellungnahme vom 13.06.2014, S. 741 f. VerwA). Die Diagnosen der Ärzte der M-Klinik beruhten im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers. Eine Depression bzw. PTBS lasse sich weiterhin klinisch nicht begründen. Eine Neurodystrophie könne bereits deshalb nicht vorliegen, weil entsprechende Kernsymptome (namentlich eine starke Bewegungseinschränkung und eine Allodynie) nicht dokumentiert seien. Es sei weiterhin lediglich von einem bloßen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den seelischen Beschwerden auszugehen, die ihre alleinige Ursache in der seelischen Anlage des Klägers hätten und auch bei jedem anderen Ereignis (z.B. Kündigung, Aufkündigung der Ehe) aufgetreten wären.

Mit Bescheid vom 08.07.2014 anerkannte die Beklagte das Ereignis vom 19.03.2012 als Arbeitsunfall (Verfügungssatz 1) und einen in mäßiggradiger Außenrotationsstellung knöchern fest verheilten erstgradig offenen Unterschenkelbruch rechts als Unfallfolge (Verfügungssatz 2). Keine Unfallfolgen seien die ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit dadurch bestehendem Ganzkörperschmerzsyndrom und depressiver Verstimmung, die Streckhemmung des rechten Kniegelenks sowie die Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk infolge der Nichtbenutzung und Fehlhaltung des rechten Beins (Verfügungssatz 3). Ein Anspruch auf Leistungen über den 15.09.2013 (Abschluss der chirurgischen Heilbehandlung und Einstellung des VzG) hinaus, insbesondere auf Geldleistungen, bestehe nicht (Verfügungssatz 4), ebenso wenig ein Anspruch auf Rente oder sonstige Rehabilitationsleistungen (Verfügungssatz 5). Es liege keine unfallbedingte psychische Erkrankung vor und eine unfallchirurgische Behandlungsbedürftigkeit habe seit dem 17.06.2013 nicht mehr bestanden; eine messbare MdE auf unfallchirurgischem Fachgebiet sei nicht verblieben.

Den dagegen gerichteten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25.11.2014 zurück, und mit weiterem Widerspruchsbescheid vom selben Tag auch den Widerspruch gegen den Bescheid vom 05.09.2013. Hinsichtlich Letzterem führte die Beklagte ergänzend aus, dass mit einem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen bzw. einer ähnlich gearteten Tätigkeit nicht zu rechnen sei. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) seien bereits aus den unfallunabhängigen gesundheitlichen Gründen nicht möglich und auch nicht Erfolg versprechend.
Hiergegen hat der Kläger jeweils am 18.12.2014 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage(n) erhoben und seine Begehren dahingehend artikuliert, dass er VzG über den 15.09.2013 hinaus bzw. Verletztenrente beanspruche (s. Bl. 70 SG-Akte). Im Verfahren S 2 U 4103/14 (Klage gegen den Bescheid vom 05.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014) haben die Beteiligten im Laufe des Verfahrens einen gerichtlichen Vergleich geschlossen (s. Sitzungsniederschrift vom 24.01.2017, Bl. 168 SG-Akte S 2 U 4103/14), wonach sich die Beteiligten darüber einig sind, dass Streitgegenstand des Rechtsstreits S 2 U 4102/14 auch die Gewährung von VzG über den 15.09.2013 hinaus ist; der Kläger hat den Rechtsstreit S 2 U 4103/14 vor diesem Hintergrund für erledigt erklärt.

Zur Begründung seiner Begehren hat der Kläger im Wesentlichen auf - teilweise bereits aktenkundige - Arztbriefe und ärztliche Entlassungsberichte verwiesen; insoweit wird wegen des Inhalts dieser Berichte auf Bl. 27 bis 54 sowie Bl. 56 bis 58 SG-Akte verwiesen. Die dort jeweils genannten schweren psychischen Erkrankungen seien Folge des Unfalls. Zeitlich vor diesem habe er nicht an psychischen Erkrankungen gelitten, und er sei voll arbeitsfähig gewesen. Nicht nachvollziehbar sei im Übrigen die Einstellung des VzG, nachdem die Deutsche Rentenversicherung (DRV) einen Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung verneint habe.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG bei dem ehemaligen Leiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Universität M , N. , ein psychiatrisches Sachverständigengutachten eingeholt. Der Sachverständige hat nach Untersuchung des Klägers (16.11.2015) in seinem Gutachten vom 20.01.2016 (Bl. 72 ff. SG-Akte) Anhaltspunkte - auch testpsychometrisch - für Simulation bzw. Aggravation beschrieben und sich in Ansehung dessen nicht in der Lage gesehen, die vom Kläger vorgebrachte Symptomatik ausreichend sicher zu beurteilen und diagnostisch sowie quantitativ zu beurteilen. Am ehesten sei von einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Bl. 126 SG-Akte) bzw. somatoformen Schmerzstörung (Bl. 139 SG-Akte) auszugehen. Differentialdiagnostisch sollte zudem eine Polyneuropathie in Betracht gezogen werden. Aktuell sei weder eine depressive Störung noch eine Anpassungsstörung anzunehmen und eine psychotische Symptomatik erscheine auch rückblickend unwahrscheinlich. Die Kriterien einer PTBS lägen ebenfalls nicht vor, ebenso wenig eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Es sei anzunehmen, dass der in Rede stehende Unfall auf eine bereits bestehende hohe Vulnerabilität getroffen sei und zu einer psychogenen Reaktionsbilanz geführt habe. Indes hätte wahrscheinlich auch jedes andere Ereignis (z.B. die nämliche körperliche Verletzung beim Fußballspielen) zu einer Fehlverarbeitung mit psychischen Schwierigkeiten geführt. Er (N) schätze die MdE für die Zeit vom 19.03.2012 bis zum Abschluss der stationären Behandlung auf 100 v.H., sodann für die Zeit bis zur Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme auf 60 bis 80 v.H., ab Juli 2013 auf 50 v.H., ab Fortbewegung mit einer Gehhilfe auf 40 v.H., ab Fortbewegung ohne Gehhilfe auf 30 v.H. und ab Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im März 2015 auf 10 bis unter 20 v.H. Bis zur Wiederaufnahme der Arbeit könne von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

Die Klägerseite hat gegen die Einschätzung des Sachverständigen (u.a.) eingewandt, dass die dem Kläger vorgelegten Fragebögen teilweise nicht von ihm, sondern von seiner Tochter ausgefüllt worden seien. Er habe die Fragen nicht einmal verstanden (s. im Einzelnen den Schriftsatz vom 04.02.2016 sowie die Stellungnahme der Tochter, Bl. 144 f. bzw. 146 f. SG-Akte). Die Beklagte hat eingewandt, dass N - der gerade keine unfallbedingten psychischen Gesundheitsstörungen festgestellt habe - die MdE fachfremd, nämlich unfallchirurgisch-orthopädisch, eingeschätzt habe. Auch seine Beurteilung unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 13.07.2016 (Bl. 171 ff. SG-Akte) hat N darauf hingewiesen, dass der VEI-Fragebogen (Verhaltens- und Erlebnisinventar) von ihm wegen der Mithilfe der Tochter nicht verwertet worden sei; eine Fremdbeeinflussung liege nicht vor. Im Übrigen ist er bei seiner Einschätzung verblieben und hat erneut auf die deutlichen Hinweise auf Aggravation/Simulation aufmerksam gemacht, die der Feststellung des tatsächlichen Ausmaßes der Leistungsbeeinträchtigung entgegenstünden.

Die Klägerseite hat daraufhin geltend gemacht (s. Bl. 151 ff. SG-Akte S 2 U 4103/14), dass die Tochter dem Kläger „alle Fragen“ der Testbögen bzw. „mindestens 3 Fragebögen“ vorgelesen und erklärt habe; sie sei ab ca. 15.30 Uhr bis zum Ende der Begutachtung anwesend gewesen.

Während des Klageverfahrens hat der Kläger am 06.05.2016 im Rahmen seiner Tätigkeit an einer Presse bei der GSA erneut einen Unfall erlitten, als sich - so die Unfallschilderung des Arbeitsgebers (S. 4 VerwA 2016/0194036/6) - eine Befestigungsschraube am Schmiedewerkzeug gelöst hatte und ihm gegen den Mund geflogen ist (Erstbefund. O: Schädelhirntrauma, Thoraxprellung, Gesichtsprellung, s. S. 1 VerwA 2016/0194036/6). Die Folgen dieses Unfalls sind Gegenstand des Parallelverfahrens L 10 U 3151/19, in dem der Kläger u.a. die Anerkennung einer ausgeprägten Persönlichkeitsstruktur mit dadurch bestehendem Ganzkörperschmerzsyndrom und depressiver Störung, eine Streckhemmung des rechten Kniegelenks sowie Bewegungseinschränkungen im oberen Sprunggelenk in Folge der Nichtbenutzung und Fehlhaltung des rechten Beins als Folgen des Unfalls vom 06.05.2016 begehrt. Wegen der diesbezüglichen weiteren Einzelheiten wird auf das Verfahren L 10 U 3151/19 verwiesen.

In der Zeit vom 26.07. bis 06.09.2016 hat der Kläger an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme der DRV in der Klinik H teilgenommen, aus der er arbeitsunfähig und mit einem Leistungsvermögen von unter drei Stunden als Maschinenbediener und mit sechs Stunden und mehr für mittelschwere Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen worden ist (Entlassungsbericht vom 20.09.2016, Bl. 182 ff. SG-Akte; Diagnosen: Komplexe Persönlichkeitsstörung als Folge einer PTBS bei Zustand nach mehreren Arbeitsunfällen, nichtorganische Insomnie mit Auftreten hypnagoger Halluzinationen, depressiv und ängstlich agitierte Symptomatik mit zeitweiliger Dyspnoe). Der Kläger hat dort u.a. angegeben, 1995 erstmalig einen (nicht der Beklagten gemeldeten) Arbeitsunfall erlitten zu haben. Seit dem zweiten Arbeitsunfall 2004 leide er an Kopf-, Nacken-, Rücken- und Beinbeschwerden beidseits. Damals habe er erstmalig depressive Beschwerden gehabt und sich sozial zurückgezogen. Es bestünden finanzielle Schwierigkeiten durch Schulden nach dem Hauskauf und erhebliche Konflikte mit den Vorgesetzten und Arbeitskollegen.

Das SG hat von Amts wegen das Sachverständigengutachten H vom 19.03.2017 eingeholt (Bl. 201 ff. SG-Akte), der den Kläger am 21.02.2017 untersucht hat. H ist beim Kläger zu folgenden Gesundheitsstörungen gelangt: schmerzhafte Funktionsstörung des rechten Unterschenkels mit deutlicher, situationsabhängiger Außendrehfehlstellung des rechten Fußes (v.a. beim Stehen und Gehen) nach verzögerter Ausheilung eines erstgradigen offenen Unterschenkelbruchs (Unfall März 2012); anhaltende Gefühlsstörung im linken Handrücken nach operativer Behandlung eines Strecksehnenabrisses am linken Daumen; reizlose Narbe am Schädel rechts nach Schädelprellung (Unfall 2004). Die Außendrehfeststellung des rechten Fußes sei radiologisch nur geringfügig und erkläre die demonstrierte massive Fehlstellung des Fußes nur zu einem kleineren Teil (Befund namentlich, s. Bl. 211, 216 f. SG-Akte: keine Beweglichkeitseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk beidseits; annähernd gleiche Fußsohlenbeschwielung; keine eindeutige Muskelverschmälerung bei insgesamt sehr kräftigem Muskelaufbau; beidseits normal entwickelte Gesäß-, Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur; regelgerechter Muskeltonus; keine auffälligen Schonungsmuster). Der Großteil dieser Anomalie erfolge aus dem rechten Hüftgelenk und lasse einen Zusammenhang mit dem in Rede stehenden Unfallereignis nicht erkennen. Die Unterschenkelfraktur sei spätestens seit Anfang 2013 (Hinweis auf den Zwischenbericht der Ärzte der BGU vom 14.01.2013, s. Bl. 224 SG-Akte und S. 327 f. VerwA) im Schien- und Wadenbein vollständig konsolidiert und der Weichteilschaden nur sehr gering gewesen. Die geklagte Restschmerzsymptomatik im rechten Unterschenkel könne orthopädisch-traumatisch nicht erklärt werden. Als (verbliebene) Unfallfolge sei lediglich von einer leichten Außendrehfehlstellung des rechten Fußes nach knöcherner Konsolidierung der Unterschenkelfraktur auszugehen. Bis Anfang 2013 habe eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Die MdE sei danach für die Dauer von sechs Monaten auf 20 v.H., sodann für weitere sechs Monate auf 10 v.H. und anschließend auf Dauer mit unter 10 v.H. einzuschätzen. Mit der Einschätzung der Ärzte der BGU stimme er überein.

Mit Urteil vom 21.11.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf VzG über den 15.09.2013 hinaus - nach Ablauf der 78. Woche seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit - habe, da bereits eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht nachgewiesen sei. Insoweit hat es sich in orthopädischer Hinsicht auf das Sachverständigengutachten des H gestützt und im Einzelnen dargelegt, dass und warum dessen Einschätzung überzeuge. Nicht gefolgt ist es der Annahme des Sachverständigen N, der Kläger sei unfallbedingt erst ab (Ende) März 2015 wieder arbeitsfähig gewesen. Dies überzeuge bereits deshalb nicht, weil der Sachverständige schon nicht die diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung bzw. eine Anpassungsstörung und auch nicht für eine PTBS als erfüllt angesehen habe. Soweit er „am ehesten“ von einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - bei Bestehen einer hohen psychischen Vulnerabilität - ausgegangen sei, habe er dies nicht weiter ausdifferenziert und sich im Übrigen auf Grund der deutlichen Aggravationstendenzen des Klägers nicht zu einer genauen, insbesondere auch quantitativen Einordnung in der Lage gesehen. Hinzu komme, dass auf der Grundlage des Gutachtens des H somatische Faktoren einer Schmerzstörung ab Anfang 2013 gerade nicht mehr bestanden hätten. Eine konkrete psychiatrische Gesundheitsstörung sei damit im Vollbeweis nicht nachgewiesen, und es lasse sich insoweit auch kein Unfallursachenzusammenhang wahrscheinlich machen. Aus den nämlichen Gründen stehe dem Kläger auch keine Rente zu, zumal sich aus orthopädisch-somatischer Sicht auf der Grundlage des Gutachtens des H eine rentenberechtigende MdE nicht ergebe.

Gegen das - seinen Prozessbevollmächtigten am 11.01.2018 zugestellte - Urteil hat der Kläger am 24.01.2018 Berufung eingelegt, mit der er sein erstinstanzliches Begehren weiterverfolgt hat. Zur Begründung hat er im Wesentlichen geltend gemacht, dass der Unfallhergang sehr viel schwerwiegender gewesen sei, als vom SG angenommen. Ein schweres Teil, nicht ein „mit Schrauben festgeschraubter Deckel“, sei aus der Maschine herausgeschossen und habe den rechten Unterschenkel durchgeschlagen. Im Übrigen hat er sich auf die (diagnostischen) Einschätzungen seiner behandelnden Ärzte (Hinweis auf bereits aktenkundige Arztbriefe, s. Bl. 8 bis 24 Senats-Akte) sowie auf das Gutachten des N gestützt. Das SG hätte weiter ermitteln müssen.

Der Kläger beantragt (teilweise sachdienlich gefasst, vgl. Bl. 2 Senats-Akte),

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 21.11.2017 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 08.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014 abzuändern sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld über den 15.09.2013 hinaus bis zum 31.05.2015 und im Anschluss daran Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 50 v.H. für die Zeit vom 16.09.2013 bis 31.03.2015 und um 20 v.H. für die Zeit ab dem 01.04.2015.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend.

Der Senat hat beim vormaligen Hausarzt des Klägers, M, bei dessen Praxisnachfolger, B , und beim O -Klinikum Patientenunterlagen betreffend die Zeit von Anfang 2004 bis Mitte März 2012 beigezogen. B hat im Wesentlichen bereits aktenkundige ärztliche Unterlagen aus dem Zeitraum ab Ende März 2012 vorgelegt (Bl. 41 bis 55, 59 bis 72, 75 bis 80 Senats-Akte) und mitgeteilt, dass er über keine weiteren Unterlagen verfüge. Aus dem von ihm zusätzlich beigebrachten Entlassungsbericht der Ärzte der Medizinischen Klinik II Kardiologie und Angiologie des O -Klinikums vom 11.04.2005 (Bl. 73 f. Senats-Akte) ergibt sich u.a., dass der Kläger zu jener Zeit täglich Tavor wegen starker Schlafstörungen und Ängstlichkeit eingenommen hat. Das O -Klinikum hat ebenfalls bereits aktenkundige Unterlagen übersandt (vgl. Bl. 86 ff. Senats-Akte). M hat bekundet, den Kläger im Dezember 2005 wegen Kreuzbeschwerden behandelt zu haben, dann erst wieder 2013. Über frühere Behandlungen lägen ihm nach Aufgabe seiner kassenärztlichen Tätigkeit keine Unterlagen mehr vor, weswegen er nicht sagen könne, warum bei der Krankenkasse des Klägers eine von ihm bescheinigte Arbeitsunfähigkeit wegen Schlafstörungen bzw. einer Angststörung (04.03. bis 24.03.2005, s.o.) vermerkt sei. Auch habe er der Beklagten bereits mitgeteilt, dass er den Kläger nicht wegen Panikattacken behandelt habe.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Gerichtsakten der Verfahren S 2 U 4103/14 und L 10 U 3151/19 und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß den §§ 143, 144, 151 SGG zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist unbegründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist (allein) der Bescheid der Beklagten vom 08.07.2014 in der Gestalt (§ 95 SGG) des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014, mit dem die Beklagte zwar das Ereignis vom 19.03.2012 als Versicherungsfall (Verfügungssatz 1) und als Gesundheitserstschaden (Verfügungssatz 2) einen erstgradig offenen Unterschenkelbruch rechts mit in Folge verbliebener mäßiggradiger Außenrotationsstellung bei fester knöcherner Verheilung - bestandskräftig - anerkannt, jedoch (u.a.) die Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen im Bereich der Psyche, des rechten Kniegelenks und oberen Sprunggelenks als Unfallfolgen (Verfügungssatz 3), die Gewährung von VzG über den 15.09.2013 hinaus (Verfügungssatz 4) sowie die Gewährung von Rente (Verfügungssatz 5) abgelehnt hat. Zutreffend hat sich der Kläger gegen die Ablehnung der Weitergewährung von VzG bzw. die Gewährung von Rente mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) und (der Sache nach) gegen die Ablehnung der Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen als Folgen des Versicherungsfalls mit der (reinen) Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGG) gewandt, da diese Ablehnungsentscheidung im Falle ihrer Bestandskraft einer etwaigen Leistungserbringung auf der Grundlage eben dieser geltend gemachten Störungen entgegenstehen würde. Nicht Gegenstand des Verfahrens sind hingegen - da vom Kläger insoweit nicht angegriffen - die übrigen Regelungen im Bescheid vom 08.07.2014.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid vom 08.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014 ist - soweit angefochten (s.o.) - rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die aus dem von der Beklagten als Arbeitsunfall anerkannten (s.o.) Ereignis vom 19.03.2012 resultierenden Gesundheitsstörungen rechtfertigen weder die Annahme einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit über den 15.09.2013 hinaus, noch die Bemessung mit einer MdE in einem rentenberechtigenden Grad von wenigstens 20 v.H. (oder gar 50 v.H.), zumal die von der Beklagten als Unfallfolgen abgelehnten Gesundheitsstörungen nicht wesentlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sind. Der Kläger hat mithin keinen Anspruch auf (Weiter-)Gewährung von VzG über den 15.09.2013 hinaus und auch keinen Anspruch auf Verletztenrente.

Hinsichtlich des (hauptweise geltend gemachten) Begehrens auf Gewährung von VzG für die Zeit vom 16.09.2013 bis 31.05.2015, steht diesem nicht bereits der Bescheid vom 05.09.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014 - die dagegen gerichtete Klage S 2 U 4103/14 hat der Kläger der Sache nach zurückgenommen (vgl. Bundessozialgericht - BSG -, Beschluss vom 29.12.2005, B 7a AL 192/05 B, zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris; Senatsbeschluss vom 15.07.2019, L 10 SF 1298/19 E-B, in juris) -, mit dem die Beklagte die Einstellung der Zahlung von VzG (vorliegend via Generalauftrag durch die Krankenkasse des Klägers, ohne dass ein entsprechender Dauerverwaltungsakt ihm gegenüber ergangen ist) mit Ablauf des 15.09.2013 verfügte, entgegen, wovon zu Recht auch die Beteiligten (s. Nr. 1 des gerichtlichen Vergleichs vom 24.01.2017, Bl. 169 SG-Akte S 2 U 4103/14) ausgegangen sind. Denn die Zahlungseinstellungsentscheidung mit Bescheid vom 05.09.2013 hat sich jedenfalls erledigt (vgl. dazu nur Senatsurteil vom 20.03.2014, L 10 U 1464/13, m.w.N., auch zum sog. Zweitbescheid), nachdem die Beklagte im späteren, vorliegend (teilweise, s.o.) angefochtenen Bescheid vom 08.07.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.11.2014 nach Durchführung weiterer medizinischer Ermittlungen (u.a.) über die Gewährung von VzG über den 15.09.2013 hinaus in vollem Umfang und nach weiterer Sachprüfung erneut entschieden hat.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf VzG ist § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. Danach wird - soweit hier von Interesse - VzG erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatte. VzG endet (u.a.) mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Var. 1 SGB VII), im Übrigen - wenn mit dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit nicht zu rechnen ist und LTA nicht zu erbringen sind - mit Ablauf der 78. Woche, gerechnet vom Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an, jedoch nicht vor dem Ende der stationären Behandlung (§ 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 SGB VII).

Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls liegt - nach ständiger Rechtsprechung (s. u.a. BSG, Urteil vom 30.10.2007, B 2 U 31/06 R) - anknüpfend an die Rechtsprechung zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn ein Versicherter

auf Grund der Folgen eines Versicherungsfalls nicht in der Lage ist, seiner zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur ständigen Rechtsprechung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur BSG, Urteil vom 30.05.1967, 3 RK 15/65; BSG, Urteil vom 09.12.1986, 8 RK 12/85; BSG, Urteil vom 08.02.2000, B 1 KR 11/99).

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit i.d.S. erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit. Dabei setzt die Kausalität nach der im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wie allgemein im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum nachfolgenden: BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R) 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 an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinne), 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.

Während die anspruchsbegründenden Tatsachen, u.a. die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall) und die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein müssen, also bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen erforderlich ist, genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84). 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 (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90).

Ausgehend von diesen Grundsätzen hat zur Überzeugung des Senats beim Kläger (jedenfalls) ab dem 16.09.2013 keine Arbeitsunfähigkeit wegen unfallbedingter Verletzungen auf Grund des Ereignisses vom 19.03.2012 (mehr) bestanden, sodass eine entsprechende (Weiter-)Gewährung von VzG infolge des Arbeitsunfalls vom 19.03.2012 ab diesem Zeitpunkt nicht in Betracht kommt.

Der beim Kläger von der Beklagten als Gesundheitserstschaden des Ereignisses vom 19.03.2012 anerkannte erstgradig offene Unterschenkelbruch rechts (s. dazu nur den Erstbefund des D-Arztes PD O1 vom 19.03.2012) mit verbliebener mäßiggradiger Außenrotationsstellung ist jedenfalls spätestens am 17.06.2013 vollständig knöchern in achsgerechter Stellung konsolidiert - und zwar sowohl hinsichtlich der Fibula- als auch der Tibiafraktur - bei freier Sprunggelenksbeweglichkeit gewesen. Die Weichteilverhältnisse haben sich reizfrei gezeigt, der Unterschenkel ist nicht geschwollen, die Operationsnarbe ist gut gegen die Unterlage verschieblich und im reizfreien Hautniveau eingeheilt gewesen. Auch haben keine Rötung und keine Überwärmung vorgelegen. Dies stützt der Senat auf den Zwischenbericht der Ärzte der BGU vom 01.07.2013. Die Ärzte haben - auch dies ist dem Bericht zu entnehmen - auf der Grundlage dieses klinischen Befunds von orthopädisch-unfallchirurgischer Seite eine Vollbelastbarkeit angenommen und eine weitere Behandlungsbedürftigkeit (einschließlich Physiotherapie) verneint. Auch der D-Arzt H2 hat in seinem Nachschaubericht vom 23.05.2013 (S. 487 VerwA) eine belastungsstabile rechte untere Extremität beschrieben.

Eine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädisch-unfallchirurgischen Gründen lässt sich für den vorliegend allein streitigen Zeitraum vom 16.09.2013 bis 31.05.2015 auf der Grundlage dessen nicht begründen und auch die Ärzte der BGU haben dies nicht getan. Soweit sie - und auch die weiteren Behandler des Klägers - von einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sind, hat dies allein auf den vom Kläger geschilderten seelischen Leiden mit Schmerzzuständen beruht (s. dazu noch sogleich), hingegen nicht auf orthopädisch-unfallchirurgischen Gründen. Darauf haben die Ärzte der BGU selbst hingewiesen, und der gerichtliche Sachverständige H hat dies in seinem Gutachten vom 19.03.2017 bestätigt. Er hat im Einzelnen schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass und warum aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht jedenfalls ab dem 17.06.2013 (H ist in Ansehung des Zwischenberichts der Ärzte der BGU vom 14.01.2013 sogar von einer Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt ausgegangen, was indes im Hinblick auf den vorliegenden streitigen Zeitraum keine Rolle spielt) eine fortbestehende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit auf der Grundlage des von den BGU-Ärzten dokumentierten klinischen Befunds (s.o.) nicht angenommen werden kann und dass die geklagte Restschmerzsymptomatik im rechten Unterschenkel seit Anfang 2013 orthopädisch-somatisch nicht nachvollziehbar ist. Nachdem der Kläger dem weder im erstinstanzlichen Verfahren nach Vorlage des Gutachtens des H, noch im Rechtsmittelverfahren - in dem er seine seelischen Leiden ganz in den Vordergrund gerückt hat - etwas entgegengehalten hat und hinsichtlich der rechten unteren Extremität auch keine abweichenden klinischen Befunde für den Streitzeitraum von orthopädischer-unfallchirurgischer Seite dokumentiert worden sind, nimmt der Senat auf die entsprechenden Ausführungen des Sachverständigen H Bezug (Bl. 222 ff. SG-Akte) und verweist auf diese.

Soweit der Sachverständige N in seinem Gutachten vom 20.01.2016 nebst ergänzender Stellungnahme von einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit des Klägers bis März 2015 ausgegangen ist, hat er dies zum einen schon nicht weiter begründet, zum anderen hat er - soweit er in anderem Zusammenhang die angebliche Notwendigkeit einer Gehilfenunterstützung genannt hat (indes wiederum nur pauschal) - verkannt, dass die rechte untere Extremität des Klägers - wie bereits oben dargelegt - jedenfalls ab dem 17.06.2013 somatisch wieder voll belastbar gewesen ist; darauf hat der Sachverständige H zu Recht hingewiesen. Ohnehin fallen die orthopädisch-unfallchirurgischen Störungen nicht in das medizinische Fachgebiet des N, sodass seine Einschätzung einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit bis März 2015 jedenfalls auch aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht nicht überzeugt.

Soweit der Kläger gemeint hat, es sei auch eine unfallbedingte Streckhemmung des rechten Kniegelenks sowie die Bewegungseinschränkung im oberen Sprunggelenk zu berücksichtigen, ändert dies schon nichts daran, dass eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 15.09.2013 von Seiten des orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiets hinaus nicht zu begründen ist. Unabhängig davon ist - wie ebenfalls schon oben dargelegt - die Sprunggelenksbeweglichkeit am 17.06.2013 frei gewesen (ebenso wie bei

der späteren Untersuchung durch H, s. Bl. 217 SG-Akte) und eine pathologische Streckhemmung des rechten Kniegelenks ist im Zwischenbericht der Ärzte der BGU vom 01.07.2013 - und auch später - nicht dokumentiert. Bereits in ihrem Zwischenbericht vom 12.03.2013 hatten die Ärzte der BGU vielmehr eine „gute“ Kniegelenksbeweglichkeit rechts von 130-0-0° (Flexion/Extension) ohne Anhalt einer Bandinstabilität befundet (S. 380 VerwA), und auch H beschrieb später auf Grund seiner Untersuchung Nämliches (Beugung/Streckung 130-0-0°, unauffällige Kniegelenkskonturen und Kapselverhältnisse, kein Erguss, negative Meniskuszeichen, Lachmann-Test negativ, Seitenbänder fest, anatomische Gelenkachsen, s. Bl. 216 SG-Akte). Insoweit erschließt sich dem Senat nicht, woraus hier eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im streitigen Zeitraum folgen sollte.

Der Senat kann sich auch nicht davon überzeugen, dass der Kläger aus psychiatrisch-psychosomatischen Gründen unfallbedingt über den 15.09.2013 hinaus arbeitsunfähig gewesen ist. Der Umstand, dass die ihn behandelnden Ärzte eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit angenommen bzw. bescheinigt haben, führt allein noch nicht zu einem Anspruch auf VzG. Denn bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit sind weder die Unfallversicherungsträger noch die Gerichte an ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gebunden. Diesen kommt lediglich die Bedeutung einer ärztlich-gutachtlichen Stellungnahme zu (BSG, Urteil vom 16.12.2014, B 1 KR 37/14 R, Urteil vom 10.05.2012, B 1 KR 20/11 R; Senatsurteil vom 24.03.2022, L 10 U 360/21).

Wie das SG schließt der Senat zunächst das Vorliegen einer PTBS als unfallbedingte Gesundheitsstörung aus. Die Diagnose einer PTBS ist nach den hierzu heranzuziehenden Diagnosesystemen der ICD-10 bzw. des DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung aus dem Jahr 1994) respektive der revidierten Fassung DSM-5 von Mai 2013 nicht im Vollbeweis gesichert. Nach ICD-10 (F 43.1) wird für die Diagnose einer PTBS eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, gefordert. Nach DSM-IV und DSM-5 müssen neben diesem Traumakriterium (sog. A-Kriterium) auf den nächsten Stufen (B- und C-Kriterium) bestimmte Symptome vorliegen, so beim B-Kriterium das Vorhandensein eines oder mehrerer der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatische Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind; u.a. wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen, wiederkehrende, belastende Träume, dissoziative Reaktionen wie Flashbacks, usw. Hinzu kommt für das C-Kriterium z.B. eine anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen.

Unter Zugrundelegung dessen haben sowohl der Gutachter L (dessen Gutachten vom 05.03.2013 im Wege des Urkundsbeweises verwertbar ist), als auch der Beratungsarzt S2. (dessen beratungsärztliche Stellungnahmen vom 14.04.2014 und 13.06.2014 als qualifiziertes Beteiligtenvorbringen verwertbar sind) sowie der Sachverständige N (Gutachten vom 20.01.2016) jeweils überzeugend und übereinstimmend dargelegt, dass weder eine mit der erforderlichen Sicherheit nachvollziehbare intersubjektive Katastrophenhaftigkeit des Unfallgeschehens, noch eine tatsächliche tiefgreifende seelische Erschütterung im Unfallkontext im Sinne des Traumakriteriums (sog. A-Kriterium) einer PTBS nachweisbar ist. Dies ist für den Senat in jeder Hinsicht schlüssig und nachvollziehbar; auch der Senat vermag in Anbetracht des Unfallhergangs - insoweit wird auf die obige Darstellung im Tatbestand verwiesen - sowie der unmittelbaren Unfallfolge (komplett offene Oberschenkelfraktur I. Grades, s.o.) eine außergewöhnliche Schwere des Unfallereignisses vom 19.03.2012 bzw. ein katastrophenartiges Ausmaß nicht zu erkennen.
Soweit der Kläger (nur pauschal) gemeint hat, das Unfallereignis sei schwerer als angenommen gewesen, folgt dem der Senat nicht. Der Unfallhergang steht auf der Grundlage der im Tatbestand aufgeführten Unfallanzeige des Arbeitgebers bzw. des Unfalluntersuchungsberichts (s. auch dazu oben im Tatbestand) fest und dem hat auch der Kläger nichts Substantielles entgegengesetzt. Ohnehin hat N die abweichende, dramatisierende Unfallschilderung des Klägers (s. Bl. 107 SG-Akte) seiner Beurteilung zu Grunde gelegt und gleichwohl das Vorliegen einer PTBS verneint.

Soweit die behandelnden Ärzte des Klägers in ihrem Entlassungsberichten als Diagnose eine PTBS ausgeführt haben (so namentlich die Reha-Ärzte der BGU, freilich nur „differentialdiagnostisch“, s. Entlassungsbericht vom 10.10.2012, S. 208 VerwA; die Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums, s. Entlassungsbericht vom 22.05.2013, S. 515 VerwA; die Ärzte der M.-Klinik, s. Entlassungsbericht vom 12.05.2014, S. 726 VerwA; die Ärzte der Reha-Klinik H, s. Entlassungsbericht vom 20.09.2016, Bl. 182 SG-Akte), fehlt es jeweils bereits an einer nachvollziehbaren Begründung - insbesondere hinsichtlich des A-Kriteriums -, die geeignet wäre, die (unfallmedizinische) Einschätzung des Gutachters L, des Beratungsarztes S2 und des Sachverständigen N zu erschüttern. Ohnehin haben die behandelnden Ärzte jeweils - darauf hat namentlich S2 zu Recht hingewiesen - die subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers zu Grunde gelegt, ohne diese kritisch zu hinterfragen bzw. zu validieren (s. dazu noch sogleich) oder auch nur dem in Rede stehenden Ereignis konkret zuzuordnen, nachdem der Kläger auch vergangene Unfälle sowie vielfältige Probleme im privaten Bereich sowie im beruflichen Umfeld („Mobbing“, s. Bl. 113 SG-Akte) geschildert hat bzw. im Parallelverfahren L 10 U 3151/19 geltend macht, dass eine ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit dadurch bestehendem Ganzkörperschmerzsyndrom und depressiver Störung Folge des (späteren) Unfalls vom 06.05.2016 sei.

Soweit die Ärzte in H ohne weitere Erläuterung gemeint haben, die Traumatherapeutin T habe die Diagnose einer PTBS „sichern können“ (Bl. 189 SG-Akte), ist dies aus den oben dargelegten Gründen nicht geeignet, die ärztlichen Darlegungen der L und S2 sowie des N in Zweifel zu ziehen, zumal der Kläger in H auch angegeben hat, die Anerkennung einer PTBS als sehr hilfreich zu empfinden und sich jetzt „ernst genommen“ zu fühlen. Indes ersetzen therapeutische Bemühungen nicht die Diagnostik entsprechend der oben aufgeführten Kriterien - Derartiges lässt sich dem Entlassungsbericht nicht entnehmen -, und die Ärzte in H haben sich auch nicht damit auseinandergesetzt, dass die Beschwerdeangaben des Klägers (z.B. „massive Konzentrationsstörungen“, Bl. 186 SG-Akte) mit dem von ihnen selbst beschriebenen klinischen Befund (namentlich „keine Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, Konzentrations-, Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörungen“, Bl. 187 SG-Akte) nicht übereingestimmt haben. Außerdem hat der Kläger ihnen gegenüber angegeben, keine Gerichtsstreitigkeiten zu führen (s. Bl. 186 SG-Akte), was im Hinblick auf die seinerzeit laufenden Verfahren S 2 U 4102/14 und S 2 U 4103/14 erwiesen unwahr gewesen ist.

Auch eine Anpassungsstörung im Zusammenhang mit dem angeschuldigten Ereignis vermag der Senat seiner Beurteilung einer über den 15.09.2013 hinaus bestehenden unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nicht zu Grunde zu legen. Unabhängig davon, dass L (in seiner ergänzenden Stellungnahme), S2 und N dargelegt haben, dass und warum eine solche Erkrankung beim Kläger schon nicht diagnostiziert werden kann, ist jedenfalls nicht mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass das Unfallereignis vom 19.03.2012 die wesentliche Ursache dieser Erkrankung gewesen ist. Ein Ursachenzusammenhang ist nur wahrscheinlich, wenn die Symptome nach längstens drei Monaten

aufgetreten sind (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 152). Beim Kläger sind Schilderungen psychischer Probleme indes erstmals Anfang September 2012 dokumentiert (vgl. den Reha-Aufnahmebericht vom 06.09.2012, S. 283 VerwA), also zu einem Zeitpunkt rund sechs Monate nach dem Unfall. U.a. auch aus diesen zeitlichen Gründen haben die oben genannten Ärzte zutreffend eine Anpassungsstörung verneint.

Der Senat vermag sich darüber hinaus auch nicht davon zu überzeugen, dass beim Kläger überhaupt eine (unfallbedingte) konkrete psychische Gesundheitsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit über den 15.09.2013 vorgelegen hat bzw. vorliegt.

Bereits S in seinem Befundbericht vom 06.02.2013 Hinweise auf Verdeutlichung und Aggravation beschrieben (s. dazu oben im Tatbestand). Er hat zwar eine Anpassungsstörung als Diagnose genannt, diese liegt indes - wie soeben dargelegt - nicht vor bzw. ist jedenfalls nicht unfallbedingt. Soweit er als weitere Diagnose eine somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und organischen Faktoren aufgeführt hat, hat er sich letztlich auf Grund der Verdeutlichung und Aggravation des Klägers nicht zu einer weitergehenden Einordnung bzw. Quantifizierung in der Lage gesehen. Hinzukommt, dass unfallbedingte organische/somatische Faktoren ohnehin - wie ebenfalls bereits oben seitens des orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiets dargelegt - gar nicht mehr vorgelegen haben.

Auch L ist auf der Grundlage der Beschwerdeangaben und -demonstrationen des Klägers (namentlich, S. 446 VerwA: erheblicher Berührungs- und Bewegungsschmerz des gesamten rechten Beines, Demonstration einer Schmerzübersensibilität, Demonstration einer Fuß- und Zehenheberschwäche, Zehenstand rechts wegen Schmerzangabe nicht möglich) und des klinischen Befunds (namentlich, s. S. 446 ff. VerwA: guter Allgemeinzustand, keine Muskelatrophien, Lasègue negativ, gegen Widerstand gute Kraftentfaltung der Kniestrecker, Zehenheber rechts gegen Widerstand kräftig, Romberg-Stehversuch sicher, seitengleiche mittellebhafte Arm- und Beineigenreflexe ohne Pyramidenbahnzeichen, Bewusstseinslage und Orientierung klar, keine Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, Antrieb sogar leicht gesteigert bei latenter Aggressivität, ungestörte Affektivität, nur leichte Einengung der affektiven Schwingungsbreite, keine Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen) nicht in der Lage gewesen, beides widerspruchsfrei in Einklang zu bringen, und er hat auf eine Aggravationsneigung mit erheblichen Verdeutlichungstendenzen hingewiesen.

Soweit der Gutachter letztlich - freilich wiederum unter Verweis auf die erheblichen Verdeutlichungstendenzen und Aggravation (s. S. 451, 454 VerwA) - eine (nur) leichte bis mittelgradige (agitierte/angstbetonte) Verstimmung angenommen (in seiner ergänzenden Stellungnahme diagnostisch als nicht näher bezeichnete depressive Störung eingeordnet) und diese als unfallbedingt angesehen hat, hat er zugleich eine - im vorliegenden Zusammenhang für die (Weiter-)Gewährung von VzG allein relevante - Arbeitsunfähigkeit jedenfalls explizit verneint, was im Hinblick auf den klinischen Befund (s.o.), soweit objektivierbar, schlüssig und nachvollziehbar ist.

Unabhängig davon vermag sich der Senat indes gerade wegen der auch von L beschriebenen erheblichen Verdeutlichung und Aggravation des Klägers und in Ansehung der von den Ärzten der BGU dokumentierten (s.o.) somatischen Befunde nicht von einer unfallbedingten auch nur leichten bis mittelgradigen (agitierten/angstbetonten) Verstimmung zu überzeugen, zumal die vom Kläger geltend gemachten massiven psychischen Anomalien mit Ganzkörperschmerzen und demonstrierten Beweglichkeitseinschränkungen auch bei der Untersuchung durch die Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums mit dem klinischen Befund (s. Arztbrief vom 22.05.2013, S. 515 ff. VerwA, namentlich: frei bewegliche Extremitäten, klinisch-neurologisch kein krankhafter Befund, „entspanntes Sitzen mit überkreuzten Beinen“, aggravierendes Klagen) nicht in Übereinstimmung zu bringen sind. Soweit die dortigen Ärzte einen „psychischen Status“ beschrieben haben (s. S. 517 VerwA), beruht dieser im Wesentlichen auf den subjektiven Beschwerdeangaben des Klägers, die allerdings - eben wegen der auch von den Ärzten der Traumaambulanz selbst beschriebenen Aggravation - nicht unkritisch und unvalidiert zu Grunde gelegt werden können. Dies auch deshalb, weil der Kläger dort erneut deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen reklamiert hat, die L im Rahmen seiner Untersuchung knapp 14 Tage zuvor gerade nicht objektiviert hat.

Auch der Sachverständige N hat sich schließlich auf Grund des von ihm erhobenen klinischen Befunds (s. Bl. 113 f. 116 ff. SG-Akte, namentlich gepflegtes Erscheinungsbild; guter Allgemeinzustand; grobe Kraft an beiden unteren Extremitäten 5/5; Zehenspitzen- und Fersengang möglich; flüssiges Gangbild; keine Paresen, Atrophien, Faszikulationen; freundlich und zugewandt; wach, bewusstseinsklar, voll orientiert; kein Anhalt für Aufmerksamkeits-/Auffassungsstörungen; keine Beeinträchtigung der Konzentration; kein psychotisches Erleben - inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Wahrnehmungsstörungen - eruierbar; kein Hinweis auf Angststörungen, keine Zwangshandlungen/-gedanken; Schwingungsfähigkeit nur leicht reduziert; Sitzen ohne Aufstehen über einen Zeitraum von zwei Stunden) und des aggravierenden und verdeutlichenden Verhaltens des Klägers mit inkonsistenten Beschwerdeangaben (s. z.B. Bl. 119 SG-Akte) nicht in der Lage gesehen, Art und Ausmaß der vom Kläger geltend gemachten psychischen Leiden mit Schmerzzuständen konkret einzuordnen und zu quantifizieren, wobei er eine PTBS ebenso ausgeschlossen hat wie eine Anpassungsstörung, eine depressive Störung und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung.

Soweit der Sachverständige „am ehesten“ von einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Bl. 126 SG-Akte) bzw. einer somatoformen Schmerzstörung (Bl. 139 SG-Akte) ausgegangen ist, vermag diese bloße Spekulation dem Senat eben gerade wegen der von N selbst beschriebenen und bereits zuvor auch von S, L und den Ärzten der Traumaambulanz des O -Klinikums dokumentierten Aggravation und Verdeutlichung des Klägers weder hinsichtlich Art noch Schwere die Überzeugung vom Vorliegen einer unfallbedingten psychiatrischen Erkrankung des Klägers vermitteln.

Insoweit geht auch die Annahme des N , der Kläger sei bis zur Wiederaufnahme seiner Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen, ins Leere, zumal der Sachverständige auch keine Begründung geliefert, sich nicht mit der entgegenstehenden Einschätzung des L und dem von ihm erhobenen Befund (s.o.) auseinandergesetzt und darüber hinaus (vermeintliche) orthopädisch-unfallchirurgische Leiden zu Grunde gelegt hat, die nicht in sein medizinisches Fachgebiet fallen (s.o.) und die - wie bereits dargelegt - eine Arbeitsunfähigkeit über den 17.06.2013 hinaus nicht begründet haben.

Soweit die Klägerseite gemeint hat, die testpsychologischen Untersuchungen des N - die deutliche Hinweise auf Simulation und Aggravation erbracht haben (s. Bl. 119 ff. SG-Akte) - seien nicht verwertbar, weil der Kläger die an ihn gestellten Fragen nicht verstanden bzw. seine Tochter die Bögen ausgefüllt habe, ändert dies nichts daran, dass N seine Annahme erheblicher Verdeutlichung und Aggravation gerade nicht nur aus den testpsychologischen Untersuchungsergebnissen abgeleitet hat (vgl. dazu auch seine ergänzende Stellungnahme), sondern auch aus den inkonsistenten und mit dem klinischen Befund nicht übereinstimmenden Beschwerdeangaben des Klägers. Das

Klagevorbringen ändert auch nichts daran, dass bereits S, L und die Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums ihrerseits eine erhebliche Verdeutlichung und Aggravation des Klägers beschrieben haben. Nur am Rande merkt der Senat an, dass das Vorbringen der Klägerseite auch widersprüchlich geblieben ist, wenn zum einen behauptet wird, die Tochter habe „alle“ Fragen der Testbögen beantwortet und sodann behauptet wird, sie habe (nur) „mindestens 3 Fragebögen vorgelesen und erklärt“. Nicht nachvollziehbar ist auch, dass der Kläger die Fragen nicht verstanden haben will, obgleich seine Tochter ihm diese doch - so der Vortrag - erklärt hat.

Soweit die behandelnden Ärzte des Klägers demgegenüber im Rahmen ihrer therapeutischen Bemühungen schwerwiegende psychiatrische Störungen angenommen haben (s. dazu schon oben), haben sie schon die inkonsistenten Beschwerdeangaben des Klägers mit erheblicher Verdeutlichung und Aggravation nicht hinreichend berücksichtigt, sondern sie vielmehr ihrer diagnostischen Beurteilung ungeprüft und unvalidiert zu Grunde gelegt. Dem kann - wie ebenfalls schon aufgezeigt - nicht gefolgt werden und vermittelt dem Senat aus den vorstehenden Erwägungen nicht die Überzeugung, dass und in welchem Umfang beim Kläger eine (unfallbedingte) konkrete psychische Erkrankung vorliegt.

Daran ändert es auch nichts, dass sowohl N (s. Bl. 137 SG-Akte) als auch L und S2 von einer vor dem Unfall bestehenden, anlagebedingten hohen Vulnerabilität des Klägers in Gestalt einer narzisstischen und leicht kränkbaren Persönlichkeitsstruktur mit Neigung zu depressiven Stimmungsschwankungen und Angstimpulsen (so L) bzw. einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsstruktur (S) respektive einer psychogenen Reaktionsbilanz (so N) mit gesteigertem Verlangen nach Anerkennung und Wertschätzung bei gleichzeitig hoher Kränkbarkeit und Leistungsorientierung (vgl. Bl. 137 SG-Akte, S. 702 VerwA) ausgegangen sind. Denn auch diese Annahmen beruhen letztlich allein auf den Angaben und Beschwerdeschilderungen des Klägers zur Unfallvorgeschichte und führen nicht dazu, dass Art und Ausmaß einer konkreten, über den 15.09.2013 hinaus bestehenden psychischen Erkrankung in Folge des angeschuldigten Ereignisses festzustellen wäre. Die Gründe sind bereits oben dargelegt worden.

Nur am Rande - und ohne dass es darauf entscheidungserheblich ankommt - merkt der Senat noch an, dass persönlichkeitsstrukturbedingte Wunschvorstellungen und (enttäuschte) Erwartungen - gerichtet namentlich auf Entschädigung, Anerkennung und Wertschätzung - ohnehin für sich gesehen nicht zur Bejahung einer Unfallfolge und damit zur Begründung eines Entschädigungsanspruchs genügen. Ein bloßer naturwissenschaftlicher Ursachenzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung - soweit ein solcher vorliegt - reicht gerade nicht aus. Die in Rede stehende Gesundheitsstörung muss vielmehr auch rechtlich wesentlich auf den Unfall zurückzuführen sein.

Es kann dabei mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R, auch zum gesamten Nachfolgenden). Sozialrechtlich ist allein relevant, ob (auch) das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache - hier die Persönlichkeitsstruktur des Klägers mit seiner Erwartungshaltung, die er mehrmals artikuliert hat (s. z.B. Befundbericht S 15.10.2012: wirkt gekränkt, da beim ersten Arbeitsunfall 2004 nicht ernst genommen; Bericht der Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums vom 15.02.2013: gekränkt, weil von den Ärzten nach dem Unfall im Jahr 2004 und auch jetzt nicht ernst genommen, Zukunftsängste wegen Schulden, familiäre Belastungsprobleme; Arztbrief der Ärzte der Traumaambulanz des O -Klinikums vom 22.05.2013: Vorwürfe gegenüber Arbeitgeber und Ärzten, familiäre Belastungssituation, Eheprobleme, Verschuldung, Kränkung und keine Wertschätzung/Beachtung nach drei Unfällen; Entlassungsbericht der Ärzte der M-Klinik vom 12.05.2014: fühlt sich von niemandem verstanden und ernstgenommen, „Wut und Enttäuschung“ im Hinblick auf seine Ärzte und den Arbeitgeber, der Arbeitgeber sei schuld am Unfall, die Ärzte hätten ihn nicht richtig behandelt und würden alles bagatellisieren; Reha-Entlassungsbericht vom 20.09.2016: finanzielle Schwierigkeiten mit Schulden nach Hauskauf, erhebliche Konflikte mit den Arbeitsvorgesetzten und -kollegen, erlebt es als sehr hilfreich, dass PTBS „anerkannt“ wurde, fühlt sich jetzt ernst genommen; Gutachten N : „Mobbing am Arbeitsplatz“; s. auch den Entlassungsbericht der Ärzte der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - O des Klinikums S W vom 08.06.2016 nach dem Unfall vom 06.05.2016 - L 10 U 3151/19 -: sehr verärgert über seinen Arbeitgeber, weil die „Schuldfrage“ seines Unfalls unklar sei und sich arbeitgeberseitig niemand nach ihm erkundigt habe, will jetzt Entschädigung von seinem Arbeitgeber einklagen, finanzieller Druck, Eheprobleme zu Hause nach seiner Anmeldung auf einer Erotikseite im Internet, S. 44 ff. VerwA 2016/0194036/6) - es war, ist unerheblich. Wesentlich ist nicht gleichzusetzen mit gleichwertig oder annähernd gleichwertig. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange keine andere Ursache überragende Bedeutung hat. Ist jedoch eine Ursache gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist nur die erstgenannte Ursache wesentlich und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als wesentlich anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als Gelegenheitsursache oder Auslöser bezeichnet werden.

Wie sich aus dem Gutachten des N (vgl. Bl. 137 SG-Akte) und aus den beratungsärztlichen Stellungnahmen des S2 sowie letztlich auch aus dem Gutachten nebst ergänzender Stellungnahme des L ergibt, haben die Ärzte die vom Kläger nach dem Unfall geklagten psychischen Probleme auf dem Boden einer vorbestehenden narzisstischen Persönlichkeitsstruktur bzw. psychogenen Reaktionsbilanz (s.o.) der, dann enttäuschten, Erwartungshaltung des Klägers, nach dem Arbeitsunfall müssten andere sich um ihn kümmern, ihn versorgen und die Verantwortung für ihn übernehmen, abgeleitet. Damit aber sind wunschbedingte Vorstellungen und Erwartungen des Klägers über die ihm infolge des Arbeitsunfalls zustehenden (Versorgungs-)Ansprüche als Ursache der - jeweils schon nicht nachgewiesenen (s.o.) - Somatisierungsstörung (N) bzw. leicht- bis mittelgradigen Verstimmung (L) neben den eigentlichen Arbeitsunfall als mögliche naturwissenschaftliche Ursache der geklagten und nicht nachgewiesenen psychischen Gesundheitsstörungen (s.o.) getreten. Diese wunschbedingten Vorstellungen sind deshalb als konkurrierende Ursache anzusehen (BSG, Urteil vom 09.05.2006, B 2 U 1/05 R). Allerdings können derartige wunschbedingte Vorstellungen des Versicherten nach einem Arbeitsunfall keinen wesentlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und etwaig bestehenden (vorliegend indes schon nicht nachgewiesenen, s.o.) psychischen Gesundheitsstörungen begründen (BSG, a.a.O.; BSG, Beschluss vom 19.05.2000, B 2 U 138/00 B). Sie stehen vielmehr der Bejahung eines wesentlichen Ursachenzusammenhangs zwischen versichertem Arbeitsunfall und der psychischen Störung - sofern überhaupt nachgewiesen - entgegen. Denn auch vorliegend sind nach dem Unfall tatsächlich - wie schon dargelegt (s. auch noch unten) - keine dauerhaften, mehr als nur geringfügige körperliche Unfallfolgen verblieben. Der Ursachenbeitrag des versicherten Unfalls am Entstehen der - schon nicht nachgewiesenen (s.o.) - Somatisierungsstörung (N) bzw. leicht- bis mittelgradigen Verstimmung (L) beschränkt sich somit auf den Umstand, dass überhaupt ein Arbeitsunfall stattgefunden hat. Es ist dann die Vorstellung des Klägers entstanden, all seine Beschwerden seien unfallbedingt und müssten entschädigt werden, was sein Vorbringen im Parallelverfahren L 10 U 3151/19 unterstreicht, denn dort macht er geltend, seine psychischen und körperlichen Leiden, die er auch vorliegend berücksichtigt wissen will, beruhten auf dem Arbeitsunfall vom 06.05.2016. Bloße Vorstellungen und Erwartungen über das Vorliegen von zu entschädigenden Unfallfolgen aber sind

keine versicherte Ursache in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die sich hieraus ggf. entwickelnden psychischen Störungen beruhen dann wesentlich auf diesen Wunschvorstellungen, sodass eine Entschädigung hierfür ausgeschlossen ist (BSG, Beschluss vom 19.05.2000, B 2 U 138/00 B). Dem Unfallereignis vom 19.03.2012 kommt vor diesem Hintergrund - worauf S2 und der Sache nach auch N (vgl. Bl. 137 SG-Akte) hingewiesen haben - nur die Qualität einer Gelegenheitsursache zu. Dass N im Ergebnis gleichwohl einen Unfallursachenzusammenhang angenommen hat, ist nicht nachvollziehbar; er hat dies auch nicht weiter anhand der einschlägigen Kausalitätserwägungen begründet.
Soweit der Kläger seine - schon nicht nachgewiesenen - psychischen Leiden auch auf frühere Unfälle bzw. dem späteren Arbeitsunfall vom 06.05.2016 zurückgeführt hat, stehen diese Unfälle und deren (angebliche) Folgen vorliegend nicht zur Prüfung des Senats.

Auch das Vorbringen, er sei vor dem Unfall vom 19.03.2012 (psychisch) „gesund“ gewesen - was sich freilich durch seine eigenen Angaben (s. etwa S. 170, 176, 445, 451 VerwA, Bl. 103, 110 SG-Akte), schon früher depressive Episoden („immer wieder depressive Phasen“, S. 445 VerwA) bzw. eine Panik- respektive Angstattacke erlitten zu haben und dem Umstand, dass er jedenfalls im Frühjahr 2005 wegen starker Schlafstörungen und Ängstlichkeit Tavor verabreicht bekommen hat (s. Entlassungsbericht der Ärzte der Medizinischen Klinik II Kardiologie und Angiologie des O -Klinikums vom 11.04.2005, Bl. 73 f. Senats-Akte) relativiert -, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Denn es bleibt dabei, dass schon eine konkrete psychische Erkrankung in Folge des Unfalls vom 19.03.2012 im hier streitigen Zeitraum weder in Art noch im Ausmaß nachgewiesen ist (s.o.). Unabhängig davon kann auch der erforderliche Unfallursachenzusammenhang nicht rein zeitlich begründet werden, sondern muss sachlich-rechtlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend besteht auch kein irgendwie gearteter Anscheinsbeweis, dass von einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden könnte (BSG, Urteil vom 07.09.2004, B 2 U 34/03 R).

Im Ergebnis kann sich der Senat mithin nicht davon überzeugen, dass im streitigen Zeitraum unfallbedingte Gesundheitsstörungen beim Kläger vorgelegen haben, die zu einer (fortdauernden) Arbeitsunfähigkeit über den 15.09.2013 hinaus geführt haben, weswegen eine (Weiter-)Gewährung von VzG über diesen Zeitpunkt hinaus allein deshalb ausscheidet.

Die Beklagte hat auch zu Recht die Gewährung von Rente wegen des Unfalls vom 19.03.2012 abgelehnt.

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 SGB VII Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze 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.

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, Urteil vom 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.

Auf der Grundlage der dokumentierten klinischen Befunde von orthopädisch-unfallchirurgischer Seite (s. dazu bereits oben) lässt sich für die Zeit ab dem 01.04.2015 eine rentenberechtigende MdE für die verunfallte rechte untere Extremität nicht begründen - worauf die Ärzte der BGU (Zwischenbericht vom 01.07.2013) und der Sachverständige H übereinstimmend und zutreffend hingewiesen haben -, sodass das Rentenbegehren des Klägers unter diesem Gesichtspunkt weder im Haupt- noch im Hilfsantrag Erfolg hat.

Wie oben bereits dargelegt, ist der erstgradig offene Unterschenkelbruch rechts vollständig knöchern in achsgerechter Stellung konsolidiert und eine Beweglichkeitseinschränkung des oberen und unteren Sprunggelenks ist nicht verblieben. Eine MdE von wenigstens 10 v.H. resultiert daraus nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 712 f.) nicht, da beim Kläger gerade keine Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks auf (mindestens) 0-0-30° (MdE 10 v.H., Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 712) und erst recht keine Versteifung des unteren Sprunggelenks in Neutral-0-Stellung (MdE 10 v.H.; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 713) vorliegt. Insoweit ergibt sich auch aus der unfallbedingt verbliebenen Außenrotationsstellung des rechten Unterschenkels/Fußes, soweit diese klinisch hat objektiviert werden können (8 bis 9°, s. dazu den Nachschaubericht der Ärzte des O -Klinikums vom 08.08.2012, S. 88 VerwA, den Zwischenbericht der Ärzte der BGU vom 23.08.2012, S. 104 VerwA, sowie das Gutachten des Hunter Hinweis auch auf die radiologische Bildgebung, Bl. 218, 220, 222 f. SG-Akte), keine andere Bewertung, da sie - so der Sachverständige H und in der Sache auch die Ärzte der BGU - nur geringfügig ist. Bei der Untersuchung durch H haben sich zudem unauffällige Sprunggelenkskonturen bei seitengleich ausgebildeten Knöchelgabeln ohne Druckschmerz, eine nicht eingeschränkte Zehenbeweglichkeit, eine seitengleich auffällig kräftige Muskulatur im Bereich der unteren Extremitäten ohne auffällige Muskelverschmächtigung bei regelrechtem Muskeltonus und ohne Paresen sowie eine annähernd seitengleiche Fußsohlenbeschwielung gezeigt (s. Bl. 216 f. SG-Akte). Dass der Sachverständige H in Ansehung all dessen keine MdE von wenigstens 10 v.H. angenommen hat - ebenso wie bereits zuvor die Ärzte der BGU -, ist in jeder Hinsicht schlüssig und nachvollziehbar und entspricht den unfallmedizinischen Erfahrungswerten (s. erneut Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 712 f.).

Soweit der Kläger im Rahmen der Untersuchung durch H eine massive Außendrehung des rechten Fußes demonstriert hat, hat der

Sachverständige diese mit der nur geringfügigen unfallbedingten Außendrehfehlstellung im Frakturbereich nicht bzw. nur zu einem geringen Teil in Einklang zu bringen vermocht (s. Bl. 222 f. SG-Akte), sie auf eine für ihn offensichtliche Beteiligung des rechten Hüftgelenks zurückgeführt und insoweit einen Unfallursachenzusammenhang verneint. Unabhängig davon, ob die vom Kläger demonstrierte massive Außendrehung des rechten Fußes (ohne Benutzung orthopädischer Hilfsmittel, s. Bl. 211 SG-Akte) Ausdruck der bereits oben beschriebenen erheblichen Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen ist (auch H hat Angaben des Klägers als „kaum glaubwürdig“ bezeichnet, s. Bl. 222 SG-Akte) - wofür der von H dokumentierte objektiv-klinische Befund im Bereich der Hüfte streitet (s. Bl. 216 SG-Akte: Beugung/Streckung beidseits 110-0-0°, Abspreizen/Heranführen beidseits 30-0-20°, auswärts/einwärts drehen beidseits 30-0-10°, lediglich endgradige Schmerzangabe rechts) - und unabhängig davon, ob die demonstrierte Fehlstellung dem angeschuldigten Ereignis zugeordnet werden kann (von H verneint, was auch in Ermangelung einer Beteiligung der Hüfte am Unfallgeschehen überzeugend ist), kann hier auf sich beruhen, weil sich jedenfalls auch insoweit anhand der klinischen Funktionsparameter der Hüfte nach den Erfahrungswerten keine MdE ableiten lässt (s. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 621, 625). Nämliches gilt hinsichtlich der vom Kläger geltend gemachten Streckhemmung des rechten Kniegelenks; diese bedingt auf der Grundlage der dokumentierten Bewegungsmaße und in Ermangelung einer Instabilität (s.o.) nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 685 f.) ebenfalls keine MdE von wenigstens 10 v.H.; eine MdE von 10 v.H. ist erst bei einer Bewegungseinschränkung (Streckung/Beugung) auf 0-0-120° vorgesehen, die beim Kläger gerade nicht vorliegt (s.o.).

Mithin ergibt sich im Bereich der verunfallten unteren rechten Extremität aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht keine MdE von wenigstens 10 v.H.

Eine rentenberechtigende MdE folgt auch nicht aus psychiatrisch-psychosomatischen Gründen. Wie schon oben dargelegt, sind die vom Kläger geltend gemachten psychischen Leiden in Folge des Unfalls bereits weder ihrer Art noch in ihrem Ausmaß nachgewiesen. Die MdE-Einschätzung des N geht mithin ins Leere, zumal der Sachverständige seine Einschätzung auch nicht weiter anhand der unfallmedizinischen Literatur begründet und zudem (vermeintliche) orthopädisch-unfallchirurgische Leiden zu Grunde gelegt hat, die nicht in sein medizinisches Fachgebiet fallen und die gerade keine rentenberechtigende MdE begründen (s.o.). Nur am Rande merkt der Senat an, dass auch die von L angenommene, seiner Meinung nach allein unfallbedingte (nur) leichte bis mittelgradige Verstimmung (bei erheblichen Verdeutlichungstendenzen und Aggravation, s.o.) unter Zugrundelegung der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 170) ebenfalls keine MdE von wenigstens 10 v.H. begründen würde; auch der Gutachter hat eine MdE nicht abgeleitet.

Der medizinische Sachverhalt ist geklärt. Die aktenkundigen ärztlichen Unterlagen, namentlich das Gutachten des L sowie das Sachverständigengutachten des H und die beratungsärztlichen Stellungnahmen des S2, haben dem Senat die erforderlichen Grundlagen für seine Überzeugungsbildung vermittelt, sodass er sich auch nicht zur Durchführung weiterer medizinischer Ermittlungen gedrängt gesehen hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-10-14