

## L 3 U 29/09

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 68 U 434/04  
Datum  
13.01.2009  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 3 U 29/09  
Datum  
17.03.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die Feststellung von Folgen eines Arbeitsunfalls vom 14. August 2003 sowie die Gewährung von Verletztengeld und -rente.

Der 1965 geborene Kläger absolvierte in der DDR eine Ausbildung zum Baufacharbeiter und war anschließend vorwiegend als Maurer sowie Polier beschäftigt, zuletzt seit April 1996 bei der Firma G & Söhne GmbH Hoch- und Tiefbau in C. Dort wurde er im Oktober 2003 zum 31. Dezember 2003 gekündigt. Am 05. Februar 2004 zog er wegen der weiteren schulischen Ausbildung des jüngeren Sohnes von C nach B um. Seit dem 01. Dezember 2005 bezieht er Rente wegen voller Erwerbsminderung. Bei ihm ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 festgestellt (Bescheid vom 19. Dezember 2005).

Am Unfalltag, dem 14. August 2003, wollte der Kläger mit dem Fahrrad nach Ende der Arbeitszeit um 16.10 Uhr nach Hause fahren. Er fuhr aus der Baustellenausfahrt auf die Mstraße in C. Als er auf den Gehweg kam, prallte er mit einer von rechts kommenden, auf dem Gehweg fahrenden Radfahrerin zusammen und stürzte. Er begab sich abends in das Klinikum C, wo eine Rippenprellung links sowie eine Ellenbogenprellung rechts diagnostiziert wurden. Es fanden sich weder am Thorax noch am Ellenbogen Prellmarken, jedoch ein Druckschmerz im mittleren und unteren Thoraxdritletel sowie Schmerzen über dem Epicondylus radialis rechts bei freier Beweglichkeit. Die Röntgenuntersuchungen des Brustkorbs sowie des Ellenbogens ergaben keinen Anhalt für eine Fraktur. Es wurde Arbeitsunfähigkeit bis zum 17. August 2003 bescheinigt (vgl. Durchgangsarztbericht (DAB) des Dr. O vom 15. August 2003). Am 18. August 2003 unternahm der Kläger einen Arbeitsversuch, der nach seinen Angaben schmerzbedingt fehlschlug. Daraufhin stellte er sich am 19. August 2003 bei dem Chirurgen Dr. K vor, der eine freie Beweglichkeit des rechten Ellenbogens ohne äußere Verletzungszeichen sowie einen Druckschmerz in Höhe der 5. bis 6. Rippe links feststellte und eine Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Am 27. Oktober 2003 stellte er sich bei dem Chirurgen Dr. O vor, der die Erstellung eines MRT des rechten Ellenbogens am 28. Oktober 2003 veranlasste. Der Befund vom 29. Oktober 2003 beschrieb ein posttraumatisches Knochenmarködem bzw. bone bruise am Epicondylus radialis subchondral sowie im Bereich des Olecranon radial. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für Bandläsionen, freie Gelenkkörper oder wesentliche Gelenkergüsse. Am 07. November 2003 klagte der Kläger immer noch über Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens, weswegen ihm Dr. K Ultraschall verordnete. Bewegungseinschränkungen bestanden nicht. Er bescheinigte Arbeitsfähigkeit ab dem 15. November 2003 (Veränderungsmitteilung vom 07. November 2003).

Nachdem der Kläger am Montag, den 17. November 2003 die Arbeit nach eigenen Angaben unter weitgehender Schonung des rechten Arms wieder aufgenommen hatte, stellten sich am folgenden Tag Schmerzen im linken Unterarm ein. Am Mittwoch, dem 19. November 2003 war Feiertag. Anschließend arbeitete der Kläger wieder bis zum 25. November 2003. Am Mittwoch, dem 26. November 2003 stellte er sich bei dem Chirurgen Dr. O vor, der zunächst eine akute Tendovaginitis der distalen Unterarmstrecker links diagnostizierte, einen Unterarmkunststoffverband für drei Wochen verordnete und Arbeitsunfähigkeit ab dem 26. November 2003 bescheinigte. Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Beschwerden im linken Unterarm und dem Arbeitsunfall verneinte er (ärztlicher Bericht vom 02. Februar 2004).

Die Beklagte holte im Rahmen ihrer Ermittlungen ein Vorerkrankungsverzeichnis der Deutschen BKK-Ost vom 05. Februar 2004 ein, in dem u. a. eine Arbeitsunfähigkeit vom 05. bis zum 30. November 2001 wegen Epicondylitis radialis humeri aufgeführt war. Mit Bescheid vom 03. März 2004 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung ab, weil der Versicherungsfall vom 14.

August 2003 keine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem Wegfall der Arbeitsunfähigkeit hinterlassen habe. Bei dem Arbeitsunfall sei es zu einer Rippenprellung links sowie einer Ellenbogenprellung rechts gekommen. Folgen des Versicherungsfalles seien nicht festzustellen. Die Erkrankung des linken Unterarms und Ellenbogengelenks werde nicht als Folge des Versicherungsfalles anerkannt. In seinem Widerspruch verwies der Kläger darauf, dass es ihm in erster Linie um die Weitergewährung von Verletztengeld gehe. Die Erkrankung des linken Unterarms und Ellenbogengelenks sei Folge des Arbeitsunfalls. Bei Arbeitsaufnahme sei der rechte Arm noch nicht wieder voll belastbar gewesen, weswegen er den linken Arm überlastet habe. Die Beklagte holte eine Auskunft des 2001 behandelnden praktischen Arztes Dr. S vom 20. April 2004 sowie der 2001 behandelnden Allgemeinmedizinerin Dr. K vom 17. Mai 2004, ein Vorerkrankungsverzeichnis der AOK S vom 08. Juni 2004 und eine Stellungnahme des beratenden Arztes Prof. Dr. K vom 16. Juni 2004 ein. Mit Schreiben an die Deutsche BKK-Ost vom 05. Juli 2004 erkannte die Beklagte die Arbeitsunfähigkeit vom 14. August bis zum 14. November 2003 als unfallbedingt an und bat um Auszahlung von Verletztengeld. Mit Widerspruchsbescheid vom 27. Juli 2004 wies sie den Widerspruch des Klägers zurück. Die Erkrankungen des linken Unterarms und Ellenbogens seien nicht auf den Unfall zurückzuführen. Bei dem Unfall sei der linke Ellenbogen nicht verletzt worden. Er sei jedoch schon im Jahr 2001 wegen einer beidseitigen Epicondylitis humeri radialis behandelt worden. Dementsprechend habe Dr. O die Beschwerden am linken Ellenbogen nicht für unfallbedingt gehalten. Da keine Unfallfolgen mehr bestünden, bestehe auch kein Anspruch auf Verletztengeld über den 14. November 2003 hinaus oder auf Verletztenrente.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage hat der Kläger unter Vorlage eines Kurzbefundes des Neurologen und Psychiaters Dr. K vom 08. März 2004 und eines MRT-Befundes des rechten Ellenbogens vom 22. Juli 2005 die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Verletztengeld über den 14. November 2003 hinaus und von Verletztenrente begehrt. Zwar seien am Unfalltag im rechten Ellenbogenbereich noch keine blauen Flecken zu sehen gewesen, diese seien aber allmählich sichtbar geworden. Bei den weiteren Untersuchungen sei insbesondere die Rippenprellung untersucht worden. Als er sich bei Dr. K vorgestellt habe, hätten sich die blauen Flecke zurückgebildet gehabt. Die Beschwerden im linken Ellenbogen seien Folge einer Überlastung, weil die Verletzung des rechten Ellenbogens bei Wiederaufnahme der Arbeit nicht ausgeheilt gewesen sei. Aufgrund der psychischen Belastungen durch die nach dem 26. November 2003 erforderlich gewordene Ruhigstellung beider Arme sowie der weiteren Schmerzen habe er sich in psychiatrische Behandlung begeben müssen. Er leide unter mittel- bis schwergradigen depressiven Zuständen.

Das SG hat Befundberichte von Dr. O vom 31. Januar 2005 sowie von Dr. K vom 20. April 2005 eingeholt und Auszüge aus der Rentenakte der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (ärztliche Gutachten der Internistin Dr. L vom 26. Oktober und 15. Dezember 2004 für die Agentur für Arbeit sowie ärztlicher Bericht des Dr. K vom 03. November 2004) in den Rechtsstreit eingeführt. Darüber hinaus hat es auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Neurologen Prof. Dr. Mund den Orthopäden Dr. M jeweils mit der Untersuchung des Klägers und Erstellung eines Gutachtens und den Neurophysiologen Dr. M mit der Fertigung eines Zusatzgutachtens betraut. Dr. M ist in seinem am 10. Dezember 2006 nach einer körperlichen Untersuchung des Klägers am 21. September 2006 fertig gestellten Gutachten unter Nachbefundung der MRT-Aufnahmen des rechten Ellenbogens vom 28. Oktober 2003 und vom 22. Juli 2005 zu dem Ergebnis gelangt, der Unfall habe unmittelbar lediglich zu einer Prellung milderer Schwere im Bereich des rechten Ellenbogens sowie des linken Brustkorbs geführt. Weitergehende Gelenkverletzungen ließen sich nicht nachweisen. Zum Zeitpunkt der Gesundheitschreibung am 15. November 2003 hätten zwar noch subjektive Beschwerden im Bereich des rechten Ellenbogens bestanden, es habe aber an einem objektiven Korrelat gefehlt. Eine Tendovaginitis der Strecksehnen des linken bzw. rechten Unterarms sei anhand der zeitlichen Abläufe nicht plausibel nachvollziehbar und auch nicht durch weitere spezifische Diagnostik verifiziert worden. Diese Diagnose sei daher zu verwerfen. Erstmals drei Monate nach dem Unfall sei eine Epicondylitis humeri radialis beidseits durch Dr. O diagnostiziert worden. Auch diese Diagnose sei zweifelhaft, denn diese regelmäßig überlastungsbedingte Erkrankung habe sich in der Folgezeit – anders als zu erwarten – trotz langer Schonung nicht zurückgebildet. Darüber hinaus stellten Prellungen regelmäßig keine Ursache für dieses Krankheitsbild dar. Tests zur Verifizierung des Krankheitsbildes seien außerdem nicht aktenkundig, Ruheschmerzen gehörten schließlich nicht zum typischen klinischen Bild einer solchen Erkrankung. Auch das MRT von Oktober 2003 liefere keine Hinweise für eine Epicondylitis humeri radialis, es fehle an den typischen ödematösen Verdickungen. Das MRT von Juli 2005 liefere rund zwei Jahre nach dem Unfall allenfalls Hinweise für eine dezentere Epicondylitis humeri radialis sowie ulnaris. Das jetzt bestehende mäßiggradige Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts sei nicht unfallbedingt, denn weder die erstbefundenden Ärzte noch die bildgebende Diagnostik oder die subjektive Symptomatik des Klägers zum Unfallzeitpunkt ergäben Hinweise für dieses Krankheitsbild. Ein Zusammenhang mit der zuvor diagnostizierten Epicondylitis humeri radialis scheide schon aufgrund der unterschiedlichen Innervation und Schmerzprojektion aus. Es fänden sich folglich keine Hinweise für einen funktionellen Dauerschaden im linken Unterarm. Aus orthopädischer Sicht sei eine Ellenbogenprellung nach einem Zeitraum von drei Monaten ausgeheilt, so dass es keinen Grund für eine über den 14. November 2003 hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit gegeben habe. Die weitere Beurteilung obliege letztlich einem neurologisch/psychiatrischen Sachverständigen.

Dr. M hat aufgrund einer Untersuchung des Klägers am 19. September 2007 in seinem Zusatzgutachten vom 31. Oktober 2007 ein leichtes beidseitiges Sulcus-ulnaris-Syndrom bestätigt. Darüber hinaus liege noch ein klinisch asymptomatisches beidseitiges beginnendes Carpal tunnel syndrome vor.

Prof. Dr. M hat den Kläger am 06. Dezember 2005 und am 04. Dezember 2007 untersucht. In seinem endgültigen Gutachten vom 10. Dezember 2007 sowie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. Januar 2008 ist er schließlich unter Fortführung seines vorläufigen Gutachtens vom 13. Dezember 2005 und unter Würdigung des Reha-Entlassungsberichtes der B-Klinik vom 26. September 2005 zu dem Ergebnis gelangt, eine posttraumatische Belastungsstörung, wie von Dr. K diagnostiziert, habe mangels Erfüllung der Diagnosekriterien nie vorgelegen. Hinsichtlich der Ellenbogenverletzung schließe er sich den Ausführungen des orthopädischen Gutachters Dr. M vollumfänglich an. Aus den Akten ergäben sich keine Befunde, die eine schwerwiegende oder chronifizierte Traumafolge am Ellenbogen wahrscheinlich machten. Daran ändere auch die Angabe des Klägers, er habe nach ein bis zwei Tagen einen blauen Fleck in der Ellenbeuge bemerkt, nichts. In zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall seien jedoch psychische Störungen aufgetreten. Das zunächst durch die körperlichen Verletzungen hervorgerufene Schmerzempfinden sei durch die als zu früh empfundene Wiederaufnahme der Arbeit verstärkt worden. Da die psychischen Hintergründe der Schmerzproblematik bis zum März 2004 nicht ausreichend erkannt worden seien, sei ausschließlich eine somatische Behandlung erfolgt, die naturgemäß keinen Erfolg gehabt habe. Dies habe den Kläger in der Annahme bestärkt, bei dem Unfall schwere Verletzungen erlitten zu haben. Es habe sich eine Anpassungsstörung (F 43.2) entwickelt, die gemäß der in der B-Klinik gestellten Diagnose schließlich in eine schwere depressive Episode (F 32.2) eingemündet sei. Für die Entwicklung dieser depressiven Episode habe es mehrere Ursachen gegeben, die aus den sorgfältigen Erhebungen der B-Klinik hervorgingen. Als bedeutsam seien eine schwere Selbstwertstörung bis hin zu depressiv-narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen, die potentiell lebensbedrohliche Krebserkrankung der

Ehefrau im Jahr 1998, die Arbeitsanforderung nach dem Unfall und Versagensängste angeführt worden. Gegen eine herausragende direkte Bedeutung des Unfalls für die Entwicklung der depressiven Episode spreche zwar, dass es sich um einen relativ einfachen Unfall ohne schwere Verletzungen gehandelt habe. Ihm komme dennoch Bedeutung als mittelbare Ursache zu. Die lang anhaltenden und auch auf den anderen Arm übergelenden Schmerzen seien nicht hinreichend durch die tatsächlich erlittene Verletzung oder eine Tendovaginitis erklärbar. Sie seien vielmehr Ausdruck einer veränderten Körperempfindung im Rahmen einer Anpassungsstörung mit Depressivität. Die Schmerzen hätten sich aufgrund neuronaler Prozesse im Rahmen dieser psychischen Erkrankungen verselbständigt. Erschwerend komme hinzu, dass der Kläger zunächst nur somatisch behandelt worden sei. Anders als bei der schon mit Einsetzen des Übergreifens der Schmerzen vom rechten auf den linken Arm nachweisbaren Anpassungsstörung, sei es nicht genau möglich festzustellen, ab wann sich die depressive Episode eingestellt habe. Die Entwicklung sei langsam pro-gredient gewesen. Eine erste Behandlung sei im März 2004 erfolgt. Der Schweregrad könne in der Zeit vom Unfall bis Februar 2004 nicht sehr ausgeprägt gewesen sein, sonst hätte der Kläger das schwierige Problem der schulischen Neuorientierung seines Sohnes und den Umzug nicht bewältigen können. Zusammenfassend sei festzustellen, dass der Unfall einen Baustein in der depressiven Erkrankung darstelle. Bei dem Kläger handle es sich um eine besonders für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung vulnerable Persönlichkeit. Er schätze den Anteil des Unfalls einschließlich der Fehlbehandlung an der Kausalität der depressiven Episode auf 1/10 bis 1/3 aller für die Entwicklung einer depressiven Episode in Frage kommenden Gesichtspunkte und als wesentliche Teilursache für die Entwicklung einer Anpassungsstörung bzw. depressiven Episode ein. Die Anpassungsstörung sei zwischenzeitlich abgeklungen. Bis zum 31. Dezember 2005 sei für das psychische Leiden von einer MdE von 100 v. H., für den Zeitraum vom 01. Januar 2006 bis zum 31. Dezember 2006 von einer MdE von 70 v. H. und aufgrund der weiteren Besserung der Depression seither von einer MdE von 40 v. H. auszugehen.

Die Beklagte hat das Gutachten unter Bezugnahme auf ein "neuropsychiatrisches Gutachten" des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Prof. Dr. R vom 31. März 2008 kritisiert. Darin hat dieser die Auffassung vertreten, der Unfall sei vom Kläger fehlverarbeitet worden. Es habe sich eine somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) entwickelt. Spätestens bei Übergreifen der Schmerzen auf die nicht geschädigte Gegenseite sei es zu einer Wesensverschiebung der Erkrankung gekommen. Bereits vor dem Unfall habe eine allerdings kompensierte narzisstische Persönlichkeitsstörung bestanden. Weniger der Unfall selbst als vielmehr seine insuffiziente psychische Verarbeitung stellten das rechtlich wesentliche Moment für die psychische Dekompensation des Klägers dar. Maßgebliche Faktoren für die Erkrankung seien die vulnerable Persönlichkeit, Probleme am Arbeitsplatz sowie Probleme mit dem Umzug und der damit verbundenen Trennung von der Ehefrau.

Dieser Auffassung hat sich der Sachverständige Prof. Dr. M in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 20. Mai 2008 nicht anschließen können.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung des SG Berlin vom 13. Januar 2009 hat der Sachverständige Prof. Dr. M sein Gutachten erläutert. Er hat unter anderem dargelegt, für die Unfallkausalität sei entscheidend, dass der Kläger den Unfall nicht richtig verarbeitet habe. Außerdem sei von den Ärzten die Psychodynamik nicht gesehen und erst zu spät behandelt worden. Die Erkrankung habe sich aufgeschaukelt. Durch die ausschließlich somatische Behandlung habe der Kläger darüber hinaus das Gefühl erhalten, körperlich schwer erkrankt zu sein. Ausgangspunkt der Erkrankung sei der Unfall, der tatsächlich zu Schmerzen geführt habe. Diese seien wiederum ursächlich für das Versagensgefühl nach Wiederaufnahme der Arbeit. Bis Ende 2005 habe seiner Einschätzung nach unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen.

Das SG hat die Klage durch Urteil vom 13. Januar 2009 abgewiesen. Die vom Kläger geltend gemachten Gesundheitsstörungen seien nicht Folgen des Versicherungsfalles vom 14. August 2003, so dass er auch keinen Anspruch auf weiteres Verletztengeld sowie auf Verletztenrente habe. In Bezug auf die Bewertung der physischen Unfallfolgen stütze sich das Gericht auf das Gutachten des Dr. M, der nachvollziehbar dargelegt habe, dass der Unfall nicht als wesentliche Ursache für physische Verletzungsfolgen nach dem 14. November 2003 angesehen werden könne. Aus orthopädischer Sicht seien als unmittelbare Unfallfolgen lediglich die von der Beklagten bereits entschädigte Ellenbogenprellung rechts sowie die Rippenprellung links anzuerkennen. Die Folgen einer solchen Prellung seien mit Ablauf der Arbeitsunfähigkeit am 14. November 2003 als ausgeheilt anzusehen. Eine Epicondylitis humeri radialis beidseits lasse sich nicht im Sinne des notwendigen Vollbeweises nachweisen. Das jetzt bestehende mäßiggradige Sulcus-ulnaris-Syndrom sei mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhang zu bringen. Hinsichtlich etwaiger psychischer Unfallfolgen hätten alle Sachverständigen ein posttraumatisches Belastungssyndrom ausgeschlossen. Darüber hinaus sei die von Prof. Dr. M diagnostizierte Anpassungsstörung mit Entwicklung zur depressiven Episode nicht mit der geforderten hinreichenden Wahrscheinlichkeit im Sinne der Wesentlichkeitstheorie auf den Unfall vom 14. August 2003 zurückzuführen. Diese Auffassung stütze die Kammer wesentlich auf die mündlichen Aussagen des Sachverständigen Prof. Dr. M, der den Unfall dabei lediglich als Auslöser der Erkrankung bezeichnet habe. Maßgeblich sei nach dessen Erläuterungen eine fehlerhafte Behandlung. Soweit Prof. Dr. M in seinem Gutachten von einer wesentlichen Teilursächlichkeit des Unfalls für die Entstehung der depressiven Episode ausgegangen sei, sei dem der von der Beklagten eingeschaltete Prof. Dr. R mit überzeugenden Argumenten entgegen getreten.

Mit seiner hiergegen erhobenen Berufung verfolgt der Kläger sein erstinstanzliches Begehren unter Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vortrags vollumfänglich fort. Er stellt klar, dass aus seiner Sicht die gutachterliche Beurteilung des Dr. M unzutreffend sei. Verschiedene Ärzte hätten im Laufe der Behandlung eine Epicondylitis bestätigt. Eine solche Erkrankung ergebe sich auch aus dem MRT von 2005. Das MRT vom 28. Oktober 2003 weise darüber hinaus ein posttraumatisches Knochenmarködem bzw. ein bone bruise am Epicondylus radialis subchondral sowie im Bereich des Olecranon radial nach. Er verbleibe bei seiner Auffassung, eine linksseitige Epicondylitis habe sich bei ihm als Folge einer Überlastung nach verfrühter Wiederaufnahme der Arbeit eingestellt und sei daher ebenso wie eine Epicondylitis rechts Folge des Versicherungsfalles. Noch heute leide er - wenn auch unter verminderten - Beschwerden über beiden Epicondylen.

Er hat darüber hinaus geltend gemacht, hinsichtlich des Gutachtens des Prof. Dr. R greife ein Beweisverwertungsverbot aufgrund eines Verstoßes der Beklagten gegen § 200 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Siebtes Sozialgesetzbuch (SGB VII). Nach Erklärungen der Beklagten sowie des Prof. Dr. R hinsichtlich dessen Stellung als beratender Arzt der Beklagten sowie Hinweis des Gerichts auf den Verlust des Rückrechts gemäß § 295 Zivilprozessordnung (ZPO) macht der Kläger ein Beweisverwertungsverbot nicht mehr geltend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 13. Januar 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 03. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Juli 2004 aufzuheben und

1. festzustellen, dass die Gesundheitsstörungen "Epicondylitis humeri radialis beiderseits sowie die psychosomatische Anpassungsstörung mit depressiven Zuständen" Folgen des Wegeunfalls vom 14. August 2003 sind sowie
2. die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztengeld über den 14. November 2003 hinaus bis zum 31. Dezember 2005 und daran anschließend eine Verletztenrente nach einer MdE in Höhe von 70 v. H. bis zum 31. Dezember 2006 so-wie in Höhe von 40 v. H. ab dem 01. Januar 2007 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat den medizinischen Aktenteil der Akte des Rentenversicherungsträgers sowie die Schwerbehindertenakte des Klägers beigezogen und Auszüge hieraus (ins-besondere ein Gutachten der Frau Dipl.-Med. L vom 16. März 2004 sowie ein neuro-logisch-psychiatrisches Gutachten der Frau Dr. S-B vom 30. August 2006) in den Rechtsstreit eingeführt. Außerdem sind noch Vorerkrankungsverzeichnisse der Deutschen BKK vom 05. November 2009 sowie der AOK Sachsen und Thüringen vom 13. November 2009 eingeholt worden.

Anschließend hat der Senat den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie - Dr. A mit der Untersuchung des Klägers und Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem am 03. Februar 2010 nach einer Untersuchung des Klägers am 01. Februar 2010 fertig gestellten Gutachten ist dieser zu dem Schluss gelangt, bei dem Kläger lägen folgende Gesundheitsstörungen vor:

- Chronisches Schmerzsyndrom (somatoforme Schmerzstörung) F 45.4 • Anpassungsstörung mit resignativer Symptomatik F 43.23 • rezidivierende depressive Episoden F 32.10. Keine dieser Gesundheitsstörungen sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis verursacht worden. Wesentliche Ursachen für die jetzige Erkrankung seien
- eine spezifische Persönlichkeitsdisposition im Sinne einer anankastisch-narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung • mehrere schwerwiegende psychosoziale Belastungen: die bruske Entlassung durch den Arbeitgeber, die potentiell tödlich verlaufende Krebserkrankung der Ehefrau, die 1,5jährige Trennung von der Ehefrau • zunehmendes Misstrauen und Frustration über vermeintliches oder tatsächliches Fehlverhalten von Versicherern.

Der Kläger habe eine - bereits vor dem Unfallereignis vorhandene - Persönlichkeitsstruktur mit anankastischen und narzisstischen Anteilen, die vor dem Unfall nicht zu manifesten behandlungsbedürftigen Erkrankungen geführt habe. Zum Unfallereignis sei es in einer Phase gekommen, da der Kläger einen Schicksalsschlag - die schwere Krebserkrankung der Ehefrau samt ihren therapeutischen Konsequenzen - noch nicht überwunden gehabt habe. Bereits damals habe er sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer labilisierten psychischen Verfassung befunden. Nach dem Unfallereignis mit den initialen nachvollziehbaren Schmerzen sei es aber zur Schmerzausbreitung auf den anderen, beim Unfall nicht betroffenen, Arm sowie zur Chronifizierung gekommen. Diese Entwicklung sei in zeitlicher und inhaltlicher Abhängigkeit von einem zu-tiefst demütigenden Vorfall, der Entlassung durch den Arbeitgeber, durch den er sich bereits zuvor ausgenutzt gefühlt habe, gekommen. So sei dieses Ereignis auch als Schicksalsschlag erlebt worden, zumal er im Jahr darauf - ein weiterer kausaler Faktor - für ca. 18 Monate von seiner Frau getrennt, arbeitslos bzw. krank geschrieben in Berlin habe leben müssen. Schließlich sei als Faktor für die weitere Chronifizierung mit depressiver Resignation und Frustration die Enttäuschung über Behörden und Gerichte auf dem Boden eines aus der Sorge um die künftige finanzielle Versorgung erwachsenen Entschädigungsbedürfnisses hinzugekommen. Im Sommer 2005 dürfte er in einer Verfassung gewesen sein, die die Diagnose einer depressiven Episode mit-telgradigen Ausmaßes (F 33.10) gerechtfertigt habe (vgl. die Epikrise der B-Klinik). Im weiteren Verlauf sei es noch einmal, im November 2009, im Zusammenhang mit dem Aufenthalt der Ehefrau in einer Klinik wegen Migräne, zu einer weiteren Episode gekommen. Die depressiven Episoden würden durch Belastungen ausgelöst, seien aber genauso wenig wie die chronifizierte Anpassungsstörung ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Das Unfallereignis habe als Auslöser fungiert.

Der Kläger bemängelt eine unzureichende Würdigung der Befunde des Dr. K. Dieser habe eine posttraumatische Belastungsstörung mit mittelschwerer Depression diagnostiziert und hierzu einen ausführlichen Befundbericht eingereicht. Klarstellend führt er aus, er habe mit dem gesamten Umzug nichts zu tun gehabt, dieser sei von einem Umzugsunternehmen durchgeführt worden. Alle notwendigen Vorbereitungsarbeiten seien von den Eltern, Schwiegereltern und der Ehefrau erledigt worden. Seine psychischen Beschwerden im November 2009 stünden im Übrigen in keinem Zusammenhang mit dem Aufenthalt seiner Frau in einer Schmerzklinik. Es habe sich hierbei um eine Tagesklinik gehandelt, seine Ehefrau sei nachmittags immer zu Hause gewesen. Die Krebserkrankung seiner Ehefrau sei im Jahr 2003 längst abgeschlossen gewesen. 2004 und 2005 habe es zudem keine Trennung von seiner Ehefrau gegeben, denn diese sei arbeitsbedingt lediglich knappe drei Tage wöchentlich auswärts gewesen. Schließlich habe er die Kündigung nicht als kränkend empfunden, sondern als Konsequenz seiner aufgrund der unfallbedingten Verletzungen nicht mehr vorhandenen Möglichkeit, in seinem bisherigen Beruf zu arbeiten, angesehen. Er beantrage, den Sachverständigen Dr. A zur mündlichen Erläuterung seines Sachverständigen-gutachtens und zur mündlichen Befragung zu laden sowie im Hinblick auf die abweichenden Kausalitätsbeurteilungen auch den Sachverständigen Prof. Dr. M zur mündlichen Befragung zu laden.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. März 2010 ist der Sachverständige bei seiner Beurteilung verblieben.

Zum übrigen Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten und die den Kläger betreffende Verwaltungsakte der Beklagten (Gz.) verwiesen, die dem Senat vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht. Die Gesundheitsstörungen "Epicondylitis humeri radialis beiderseits sowie die psychosomatische Anpassungsstörung mit depressiven Zuständen" sind nicht als Unfallfolgen festzustellen (§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG). Der Kläger hat des Weiteren weder einen Anspruch auf Gewährung von Verletzengeld im Zeitraum vom 15. November 2003 bis zum 31. Dezember 2005 noch auf Gewährung von Verletztenrente ab dem 01. Januar 2006.

Verletzengeld wird gemäß § 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII erbracht, wenn der versicherte Kläger infolge eines Versicherungsfalles - nämlich des Arbeits-/Wegeunfalls vom 14. August 2003 (§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1, Ans. 2 Nr. 1 SGB VII) - arbeitsunfähig wird und unmittelbar davor Anspruch auf Arbeitsentgelt hatte. Es ist ab dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, zu zahlen (§ 46 Abs. 1 SGB VII). Nach § 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VII endet das Verletzengeld mit dem letzten Tag der - versicherungsfallbedingten - Arbeitsunfähigkeit. Arbeitsunfähigkeit besteht dann, wenn der Versicherte seiner unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles ausgeübten Tätigkeit überhaupt nicht oder nur auf die Gefahr hin, dass sich sein Gesundheitszustand verschlimmert, nachgehen oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur noch auf die Gefahr hin, ihren Zustand zu verschlimmern, verrichten kann (vgl. Schmitt, Kommentar zum SGB VII, Randnr. 6 zu § 45).

Nach § 56 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 2 i. V. m. § 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII wird darüber hinaus von dem Tag an, der auf den Tag folgt, an dem der Anspruch auf Verletzengeld endet, solange infolge eines Versicherungsfalles die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, als Verletztenrente der Teil der Vollrente gewährt, der dem Grad der MdE entspricht.

Unstreitig hat der Kläger am 14. August 2003 einen Wegeunfall erlitten, als er auf dem Weg von der Arbeitsstelle nach Hause mit einer Fahrradfahrerin zusammenstieß und stürzte. Hierbei erlitt er ebenfalls unstreitig Prellungen des rechten Ellenbogens sowie des linken Brustkorbes. Wegen dieser unfallbedingten Gesundheitsstörungen und deren Behandlung hat der Kläger bereits Leistungen der Beklagten in Form von Heilbehandlung und Verletzengeld (letzteres bis zum 14. November 2003) erhalten. Diese Prellungen sind jedoch ausgeheilt, darüber hinausgehende Gesundheitserstschäden sind bei dem Unfall nicht entstanden. Dies ergibt sich - wie schon das SG aufgezeigt hat - aus den aktenkundigen Erstbefunden sowie dem nachvollziehbaren, ausführlichen und fachgerechten Gutachten des Orthopäden Dr. M vom 10. Dezember 2006. Danach ist es bei dem Unfall weder zu Knochenbrüchen, Weichteilschwellungen noch Verletzungen der Bänder bzw. sonstiger Weichteilstrukturen gekommen. Bewegungseinschränkungen bestanden nicht (vgl. den DAB vom 15. August 2003 und den Nachschaubericht vom 19. August 2003). Die MRT-Aufnahmen vom 28. Oktober 2003 (rund zwei Monate nach dem Ereignis) stellen nach der Befundung durch Dr. M in der T1-Wichtung allenfalls diskrete Prellungszeichen im Bereich des speichenseitigen Gelenkknorrens (d. h. Epicondylus) und des zur Körpermitte gelegenen Endes der Elle (d. h. Olecranon) dar. Darüber hinaus soll es nach den Angaben des Klägers mit zeitlicher Verzögerung zu "blauen Flecken" gekommen sein, diese sind jedoch nicht aktenkundig dokumentiert, und zwar weder bei der Erstbehandlung am 14. August 2003 noch bei der Nachschau am 19. August 2003 ("keine äußeren Verletzungszeichen"). Solche Hautzeichen eines Blutergusses sind i. Ü. kein Hinweis für gravierendere Verletzungen, sie werden folgenlos resorbiert (vgl. hierzu das endgültige Gutachten des Prof. Dr. M). Aus den vorhandenen Befunden kann letztlich allenfalls auf Prellungen minderer Schwere geschlossen werden.

Darüber hinaus bestanden und bestehen bei dem Kläger auch keine dauernden Unfallfolgen, die auf das Unfallereignis vom 14. August 2003 bzw. die dabei erlittenen Gesundheitserstschäden (Prellungen des linken Brustkorbes sowie des rechten Ellenbogens) ursächlich zurückzuführen wären.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung infolge eines Arbeitsunfalls muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen entweder mittels des Gesundheitserstschadens, z. B. bei einem Sprunggelenksbruch, der zu einer Versteifung führt, oder direkt, z. B. bei einer Amputationsverletzung, ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen.

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio-sine-qua-non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R - in SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Da Verschulden bei der Prüfung eines Versicherungsfalles in der gesetzlichen Unfallversicherung unbeachtlich ist, weil verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht ausschließt (§ 7 Abs. 2 SGB VII), erfolgt im Sozialrecht diese Unterscheidung und -rechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (grundlegend: Reichsversicherungsamt, AN 1912, S 930 f; übernommen vom BSG in BSGE 1, 72, 76; BSGE 1, 150, 156 f; stRspr vgl. u. a. Urteile des BSG vom 12. April 2005 - B 2 U 27/04 R - in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15 sowie vom 09. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R -, a. a. O.). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolges bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R -, a. a. O.).

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben) (vgl. u. a. BSG in SozR Nr. 69 zu § 542 a. F. RVO; BSG in SozR Nr. 6 zu § 589 RVO; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Anm. 1.5.2). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. BSG in SozR Nr. 27 zu § 542 RVO; BSG in SozR Nr. 6 zu § 589 RVO). 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 (vgl. BSG in SozR 2200 §

589 Nr. 10; BSG in [SozR 2200 § 548 Nr. 75](#); Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsan-lage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen be-durfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG in SozR 2200 § 589 Nr. 10; Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - a. a. O.).

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ur-sache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als sol-chem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein (vgl. BSG in SozR 2200 § 548 Nr. 4; BSG in [SozR 4-2200 § 589 Nr. 1](#)).

Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu be-rücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperli-che oder seelische Störung hervorzurufen. Es gilt der allgemeine beweisrechtliche Grundsatz, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (vgl. BSG in [SozR 3850 § 51 Nr. 9](#); BSG in SozR 1500 § 128 Nr. 31; BSG in [SozR 3-3850 § 52 Nr. 1](#); Rauschelbach, MedSach 2001, 97; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 2.3.4.3).

Ausgangsbasis für die Feststellung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstan-des müssen die Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich sein (vgl. u. a. Fritze, Ärztliche Begutachtung, 6. Aufl. 2001, Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Aufl. 2005; Schönber-ger/Mehrtens/Valentin, a. a. O.; Ludolph/Lehmann/Schürmann, Kursbuch der ärztli-chen Begutachtung, 2004; Rompe/Erlenkämper, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009). Außerdem sind, soweit sie vorliegen und einschlä-gig sind, die jeweiligen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu berücksichtigen sowie andere aktuelle Veröffentlichungen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - a. a. O.). Die verschiedenen Veröffentlichungen sind jeweils kritisch zu würdigen.

Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - a. a. O.; BSG in SozR Nr. 33 zu [§ 128 SGG](#)). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand stellt die wissenschaftliche Grundlage dar, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewer-ten sind (vgl. BSG in SozR Nr. 61 zu § 542 RVO). Bei dieser einzelfallbezogenen Be-wertung kann nur auf das objektivierte individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Er-kenntnisstandes (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - a. a. O.). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereig-nis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei feh-lender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (vgl. BSG in SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; Urteil vom 07. September 2004 - [B 2 U 34/03 R](#) - und vom 02. April 2009 - [B 2 U 9/08 R](#) -, jeweils in Juris). Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt die hinreichen-de Wahrscheinlichkeit.

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze ist nicht hinreichend wahrscheinlich, dass das die bei dem Kläger im weiteren zeitlichen Verlauf nach dem Arbeitsunfall diagnos-tizierten Erkrankungen Tendovaginitis, Epicondylitis humeri radialis, Sulcus-ulnaris-Syndrom, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, depressive Epi-sode sowie somatoforme Schmerzzerkrankung auf die Prellung des rechten Ellenbo-gens/linken Thorax zurückzuführen sind.

Ab dem 26. November 2003 war der Kläger in Behandlung bei dem Chirurgen Dr. O. Dieser diagnostizierte eine akute Tendovaginitis der distalen Unterarmstrecker links (ärztlicher Bericht vom 02. Februar 2004), also eine Erkrankung am nicht verletzten Arm. Es erfolgte eine Krankschreibung wegen Synovitis und Tenosynovitis (Gesamt-leistungsauskunft der Deutschen BKK vom 05. Februar 2004) sowie die Anlegung ei-nes Unterarmkunststoffverbandes links. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Kläger eine rund dreimonatige Schonung hinter sich (vom 15. August bis zum 16. November 2003, ein Arbeitsversuch am 18. August 2003). Am 17. November 2003 hatte er die Arbeit, wie er im Schreiben vom 17. Januar 2004 angab, unter weitgehender Scho-nung des rechten Arms wieder aufgenommen. Der Arbeitgeber, der ihn zu diesem Zeitpunkt bereits gekündigt hatte, hatte ihn, wie er bei den Sachverständigen Prof. Dr. M und Dr. M berichtete, zu körperlich schwerer Arbeit (u. a. Sand schaufeln) eingeteilt. Schon am selben Tag und verstärkt am folgenden Tag - Dienstag -, hatte er laut sei-ner Angaben in der Klageschrift Schmerzen im vom Unfall nicht betroffenen linken Arm. Mittwoch war Feiertag, so dass er dann noch Donnerstag und Freitag sowie Montag und Dienstag gearbeitet hatte, bevor er sich bei Dr. O offenbar mit Beschwer-den vorrangig links vorstellte. Wie Dr. M in seinem Gutachten überzeugend ausführt, ist die Diagnose einer Tendovaginitis der distalen Unterarmstrecker nicht nachvoll-ziehbar, darüber hinaus ist eine solche Erkrankung auch nicht durch objektive Unter-suchungsmethoden (z. B. Sonografie) gesichert worden. Wie es angesichts der lan-gen Schonung, des grundsätzlichen Trainings des körperlich schon immer schwer arbeitenden Klägers, und der sehr kurzen Belastung von maximal wenigen Stunden bis zum Auftreten erster Beschwerden zu einer schmerzhaften Schwellung und Ent-zündung der streckseitigen Sehnenfächer am Unterarm (d. h. Tendovaginitis der distalen Unterarmstrecker) gekommen sein soll, ist nicht plausibel. Tatsächlich wird diese Diagnose von Dr. O in seinem Befundbericht vom 31. Januar 2005 auch nicht mehr aufgeführt. Soweit Dr. K diese Diagnose in seinem Kurzbefund vom 08. März 2004 sowie seinem Befundbericht vom 20. April 2005 ebenfalls aufgeführt hat, lag dem offenbar ebenfalls keine eigene Diagnostik zugrunde.

Erstmals danach erschien die Diagnose einer Epicondylitis humeri radialis beidseits. Diese Erkrankung zählt zu den Insertionstendopathien.

Dabei handelt es sich um Entzündungen der Sehnenansätze am Knochen, im Speziellen um eine Entzündung des Sehnenansatzes am äußeren Höcker des Ellenbogenknochens (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 20.1 S. 1164f). Hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs sind hier getrennte Betrachtungen für die rechte und die linke Seite anzustellen.

Ein ursächlicher Zusammenhang einer Epicondylitis humeri radialis rechts mit der bei dem Arbeitsunfall erlittenen Prellung scheidet – die Zweifel des Sachverständigen Dr. M an der Diagnose an sich hinten gestellt – aus, weil regelmäßige Ursache dieser Sehnenansatzentzündung kein Trauma, sondern ein Missverhältnis von Belastung und Belastbarkeit der sehnigen Ansatzstelle der gemeinsamen Fingerstrecker bzw. des kurzen Handstreckers am äußeren Höcker des Ellenbogengelenks durch Belastungen bei einseitiger Tätigkeit, insbesondere Handarbeit oder wiederkehrenden Bewegungsabläufen, ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O. Anm. 8.6.1 S. 527 und Anm. 20.1 S. 1165). Nur äußerst selten liegt der Epicondylitis ein Trauma als Ursache zugrunde. Hierfür ist ein stärkeres Trauma mit Einwirkung direkt auf den Epicondylus, eine gesicherte Gewebeschädigung (Nachweis eines Hämatoms, sichtbare Weichteilschwellung, Blutergussverfärbung, Prellmarke, Druckschmerz), eine vorherige Bewegungs- und Schmerzfreiheit sowie ein enger zeitlicher Zusammenhang erforderlich (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.6.1.1 S. 528; Urteil des Senats vom 10. November 2008 – [L 3 U 237/07](#) - in Juris; Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 13. November 2008 – [L 31 U 371/08](#) - in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 30. Oktober 2002 – [L 6 U 436/01](#) - in [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Hier fehlt es sowohl an einem stärkeren Trauma als auch an einer gesicherten Gewebeschädigung und einem engen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Auftreten einer eventuellen Epicondylitis rechts (frühestens drei Monate nach dem Ereignis).

Auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Epicondylitis humeri radialis links und dem Arbeitsunfall ist nicht wahrscheinlich, wie schon das SG auf der Grundlage des Gutachtens des Dr. M, dem sich i. Ü. auch der erstinstanzliche neurologische Gutachter Prof. Dr. M vollumfänglich angeschlossen hat, herausgearbeitet hat. So ist eine Gesundheitsstörung "Epicondylitis humeri radialis links" (oder auch rechts) bereits nicht im Vollbeweis nachgewiesen. Es fehlt hier an entsprechenden bildgebenden Befunden, seien es Sonografien oder MRTs. Soweit es das rechte Ellenbogengelenk betrifft, weist allenfalls das zwei Jahre nach dem Arbeitsunfall erstellte MRT vom 22. Juli 2005 – diskrete – Zeichen einer Epicondylitis rechts nach. Unabhängig von diesen Bedenken ist das Auftreten einer therapieresistenten und auch unter Schonung nicht rückläufigen Epicondylitis bereits nach kurzzeitiger beruflicher Belastung von einem bis maximal sieben Tagen nicht nachvollziehbar.

Die inzwischen vorliegenden Gesundheitsstörungen Sulcus-ulnaris-Syndrom beidseits sowie Carpaltunnelsyndrom beidseits sind bereits wegen der langen zeitlichen Lücke zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Erkrankungen, der anderen betroffenen Region (nicht Ellenbogengelenk, sondern Unterarm und Handgelenk) sowie der Beidseitigkeit nicht ursächlich auf das Ereignis zurückzuführen.

Auch die psychischen Erkrankungen des Klägers • Chronisches Schmerzsyndrom (somatoforme Schmerzstörung) F 45.4 • Anpassungsstörung mit resignativer Symptomatik F 43.23 • rezidivierende depressive Episoden F 32.10 sind nicht mit (hinreichender) Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Der Senat schließt sich nach eigener Überprüfung hierzu den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. A in seinem Gutachten vom 03. Februar 2010 sowie in seiner Stellungnahme vom 31. März 2010 an. Danach stellt das Unfallereignis zwar den Beginn einer Ereigniskette, jedoch in einer abwägenden Betrachtung keine wesentliche (Teil-)Ursache für die o. g. Erkrankungen dar.

Einigkeit besteht zwischen den Sachverständigen Prof. Dr. M und Dr. A dahin gehend, dass es hier neben dem Arbeitsunfall verschiedene Faktoren gibt, die im Rahmen der Ursächlichkeitsabwägungen zu berücksichtigen sind. Diese sind im Wesentlichen bereits im Reha-Entlassungsbericht der Brandenburg-Klinik vom 26. September 2005 beleuchtet worden, nämlich:

- eine schwere Selbstwertstörung bei erheblicher narzisstischer Disposition bis hin zu depressiv-narzisstischen Persönlichkeitsmerkmalen mit Versagens- und Verlustängsten
- emotionale Erschütterung durch die lebensbedrohliche Erkrankung der Ehefrau 1998 vor dem Hintergrund schon in der Kindheit durchgemachter Verluste wichtiger Bezugspersonen
- Kränkung seitens des Arbeitgebers durch Verständnislosigkeit, Abwertung und Kündigung
- Isolierung und Einsamkeit 2004/2005 durch Trennung von der Ehefrau unter der Woche.

Diese Faktoren verlieren durch die Einwände des Klägers nichts an Bedeutung. Dieser stellt zuletzt sowohl die emotionale Erschütterung durch die Krebserkrankung seiner Ehefrau als auch die Kränkung durch die von seinem Arbeitgeber erfahrene Behandlung und die Isolierung von seiner Ehefrau in Abrede. Dies dürfte als interessegeleiteter Vortrag zu werten sein und steht im Gegensatz zu dem ausführlichen – nicht von dem hiesigen Verfahren und dessen Ausgang beeinflussten – Reha-Entlassungsbericht der B-Klinik. Im Übrigen ist auffällig, dass der Kläger nunmehr meint, er habe die Kündigung im Oktober 2003 (nur zwei Monate nach dem Arbeitsunfall) als berechtigt angesehen, weil er seinen Beruf nicht mehr ausüben können.

Dies würde bedeuten, dass der Kläger bereits zwei Monate nach dem Unfall und vor dem Auftreten der linksseitigen Schmerzen die Überzeugung erlangt hätte, nicht mehr als Baufacharbeiter arbeiten zu können und damit auch kein Interesse mehr daran gehabt hätte, in den Arbeitsprozess wieder eingegliedert zu werden. Dennoch (d. h. obwohl er meinte, dies nicht mehr zu können, und obwohl er bereits gekündigt war) will er dann im November auf Anweisung des Arbeitgebers mehrere Tage schwere körperliche Arbeiten ausgeführt haben. Vor dem Hintergrund der jetzigen Behauptungen scheint ein solches Verhalten kaum nachvollziehbar.

Letztlich ist es für das Gericht überzeugend, dass der Arbeitsunfall hier zwar ein Element in einer ganzen Kette von Ereignissen war, die zur Entwicklung einer Anpassungsstörung (die inzwischen abgeklungen ist) sowie einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Erkrankung geführt hat, jedoch für sich selbst nicht von wesentlicher Bedeutung ist. Dabei ist insbesondere die geringe Schwere des bei dem Unfall erlittenen Traumas zu berücksichtigen und die Tatsache, dass die Schmerzausbreitung auf die nicht betroffene Extremität, wie Dr. A aufzeigt, in engem Zusammenhang mit der Kündigung (vgl. auch den Reha-Entlassungsbericht) erfolgt ist. Soweit Prof. Dr. M eine hiervon abweichende Auffassung vertritt, kann dem nicht gefolgt werden. Im Rahmen seiner verschiedenen Ausführungen betont dieser immer wieder, dass es sich bei dem Unfall um einen "Auslöser" in einer Kaskade von Ereignissen handele. Gleichzeitig ordnet er diesem – ohne zu erklären weshalb – die wesentliche Bedeutung zu. Dies kann bei dem vorliegenden "Bagateltrauma" und dem Geschehensablauf, in dem Verunsicherungen und Kränkungen in der Kindheit durchgemachte emotionale und Verhaltensmuster reaktivieren mussten, kaum überzeugen.

Eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1), wie sie in dem Kurzbefund des Dr. K vom 08. März 2005 sowie in seinem Befundbericht für den Rentenversicherungsträger vom 13. Juni 2005 genannt wird, hat nie vorgelegen, denn es fehlt nach übereinstimmender Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. M, Dr. M und Dr. A an der Erfüllung der für die Diagnose erforderlichen Kriterien (vgl. auch DSM-IV 309.81), insbesondere dem Erleben eines schweren traumatischen Ereignisses mit Lebensbedrohung oder Gefahr für körperliche Integrität sowie an Intrusionen, Flash-backs etc. Im Übrigen fehlt es an jeglichem tiefergehenden psychiatrischen Befund seitens dieses Arztes. Sind keine Unfallfolgen festzustellen, kommt auch keine weitere Gewährung von Verletzengeld bzw. von Verletztenrente in Betracht.

Soweit der Kläger in seinem Schriftsatz vom 11. März 2010 beantragt hat, sowohl Dr. A als auch Prof. Dr. M zur mündlichen Befragung zu laden, ist dieser Antrag nach Eingang der ergänzenden Stellungnahme des Dr. A vom 31. März 2010 sowie im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 17. März 2011 nicht wiederholt worden. Auch spezifische Fragen sind nicht aufgeworfen worden. Ein Beweisverwertungsverbot hinsichtlich des "Gutachtens" des beratenden Arztes Prof. Dr. R ist nicht aufrecht erhalten worden, i. Ü. wäre das Rügerecht des Klägers nach [§ 295 ZPO](#) verbraucht.

Nach alledem ist die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-04-05