L 8 U 1103/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 3458/07
Datum
31.01.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 8 U 1103/11
Datum
25.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 31. Januar 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Kläger Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente wegen des Unfalls am 12.12.2005 hat.

Der 1963 geborene, als Stanzer/Maschinenführer beschäftigte Kläger war am 12.12.2005 nach seinen Angaben während der Arbeit auf einer Pressspanplatte ausgerutscht und auf die rechte Schulter gestürzt, wobei er sich mit der rechten Hand abgefangen habe (Durchgangsarztbericht - DAB - von Prof. Dr. H. vom 12.12.2005). Prof. Dr. H. diagnostizierte am 12.12.2005 eine Prellung der rechten Schulter und des rechten Handgelenks. Die Röntgenaufnahmen der rechten Schulter (mit Panoramaaufnahme unter Belastung mit 10 kg) und des Handgelenks hätten keinen Frakturnachweis ergeben; Arbeitsfähigkeit werde voraussichtlich am 15.12.2005 wieder eintreten (DAB vom 12.12.2005). Am Nachschautermin vom 14.12.2005 fand sich ein frei bewegliches rechtes Handgelenk. Es bestanden kaum Schmerzen. Die Hebung der rechten Schulter gelang nur bis 70° (Nachschaubericht der Praxis Dr. He. /Dr. Schn. vom 14.12.2005). Es wurde fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bis 26.12.2005 bescheinigt.

Am 10.01.2006 diagnostizierte der Radiologe Dr. E. aufgrund einer Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Schulter bei gering hypertropher Akromioklavikulargelenkarthrose mit Markraumödem der benachbarten Skelettabschnitte und verdicktem Kapsel-Bandapparat ein geringes Kontusionsödem und Auftreibung und Signalveränderung des Kapsel-/Bandapparats im Akromioklavikulargelenk mit erheblichem Markraumödem der benachbarten Abschnitte im Sinne einer zumindest erfolgten Zerrung/Contusion im Akromioklavikulargelenk. Außerdem liege eine geringgradige tendinopathische Veränderung in der Supraspinatusansatzsehne vor (Befundbericht der radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. K. und Kollegen vom 12.01.2006). Eine weitere MRT am 22.02.2006 ergab ein mäßiges Knochenmarködem ohne Gelenkserguss (Befundbericht der radiologischen Praxis Dr. B. und Kollegen vom 22.02.2006). Nach Beurteilung von Dr. Schn. habe sich jetzt nur noch einen Restzustand nach Contusion des Akromioklavikulargelenk ergeben ohne subacromiale Bursitis und ohne Verletzung der Rotatorenmanschette. Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (Bericht von Dr. Schn. vom 14.03.2006). Bei geklagter Beschwerdepersistenz mit Kraftlosigkeit trotz physiotherapeutischer Behandlung ergab sich bei der Untersuchung des Klägers am 11.04.2006 und 25.04.2006 eine nur noch endgradig bzw. geringgradig eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Arms/des Schultergelenks (Zwischenberichte der Praxis Dr. He. /Dr. Schn. vom 11.04. und 27.04.2006). Es wurde durchgehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

Auf der Grundlage der Untersuchung vom 06.06.2006 (rechte Schulter mit unauffälligen Haut-und Weichteilverhältnissen, aktive Bewegungsmaße Abduktion/Anteversion/Außenrotation 160°/170°/30°) mit MRT der rechten Schulter (deutliche Tendopathie mit Bursitis subacromialis, ansonsten unauffällige Verhältnisse) diagnostizierte Dr. M. , Oberarzt der S. Klinik S. , ein subacromiales Schmerzsyndrom bei Tendopathie und Bursitis (Nachschaubericht der S. Klinik S. vom 07.06.2006). Vom 27.06.2006 bis 19.07.2006 wurde der Kläger in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BG-Klinik) T. unter den Diagnosen einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des Schultergelenks rechts, einer AC(Akromioklavikular)-Gelenksarthrose der Schulter rechts, Zustand nach AC-Gelenksverletzung rechts und Tendinose der Supraspinatussehne stationär behandelt. Die MRT-Aufnahme vom 21.06.2006 habe eine Teilruptur der Supraspinatussehne sowie Ansatztendopathie der Subscapularissehne ergeben. Ab 24.07.2006 sollte eine Arbeitsbelastungserprobung zur Wiedereingliederung in die vollschichtige Arbeitsfähigkeit erfolgen (Entlassungsbericht der BG-Klinik T. vom 01.08.2006). Der Betrieb war jedoch mit einer beruflichen Wiedereingliederung nicht einverstanden (Bericht des Berufshelfers der Beklagten vom 24.07.2006). Vom 12.09.2006 bis

15.09.2006 wurde der Kläger in der S. Klinik S. stationär behandelt, wo am 13.09.2006 eine Arthroskopie durchgeführt wurde mit Bursektomie, arthroskopische Clavicularesektion und Denervierung im Akromioklavikulargelenk rechts unter der Diagnose einer AC-Gelenksarthrose rechts mit ausgeprägter Bursitis subacromialis (Entlassungsbericht der S. Klinik S. vom 15.09.2006). Im Operationsbericht vom 14.09.2006 zur OP am 13.09.2006 ist der Befund einer unauffälligen Supraspinatus-, Subscapularis- und Infraspinatussehne rechts vermerkt. Im Zwischenbericht der S. Klinik S. vom 07.11.2006 ist angegeben, dass nach Angaben des Klägers die Schmerzsymptomatik im Vergleich zu derjenigen vor der Operation gleich geblieben sei, das Bewegungsmaß der rechten Schulter sich geringfügig verbessert habe. Bei der Untersuchung am 27.11.2006 wurden unauffällige Haut- und Weichteilverhältnisse ohne äußerliche Entzündungszeichen an der rechten Schulter erhoben, es habe ein deutlicher Druckschmerz über dem Akromioklavikulargelenk vorgelegen, die aktive Schultergelenksbeweglichkeit sei eingeschränkt gewesen. Es wurde eine posttraumatische frozen shoulder rechts diagnostiziert. Aus dem extern gefertigten MRT des Sternoclavikulargelenks habe sich kein Hinweis auf Luxation oder Subluxation ergeben, jedoch eine beginnende Arthrose im Costosternalgelenk links ohne Hinweis auf knöcherne Läsion - entgegen dem Bericht von Dr. B. vom 14.11.2006 über einen Subluxation des Sternoclavikulargelenks links - (Zwischenbericht der S. Klinik S. vom 28.11.2006). Die S. Klinik S. befürwortete eine BGSW(Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung)-Maßnahme in der BG-Klinik M ...

Im Abschlussbericht der BG-Klinik M. vom 21.03.2007 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 04.01.2007 bis 09.03.2007 ist ausgeführt, es habe sich der Verdacht auf ein chronisches Impingementsyndrom der rechten Schulter sowie auf eine Partialruptur der Rotatorenmanschette ergeben. Die Arthroskopie am 01.02.2007 habe ein deutlich vernarbtes Schultergelenk sowie eine acromielle Enge gezeigt. Bei Arthrolyse, Narkosemobilisation und Acromioplastik und intensivierter Schmerztherapie habe eine zunehmende Funktionsfähigkeit im rechten Schultergelenk erreicht werden können. Es wurde erneut eine berufliche Wiedereingliederung vorgeschlagen.

Wegen fortbestehender Schmerzen stellte sich der Kläger am 22.03.2007 erneut in der S. Klinik S. vor (Zwischenbericht vom 23.03.2007, Diagnose: Chronisches Schmerzsyndrom nach arthroskopisch lateraler Clavicularesektion). Eine erneute MRT der rechten Schulter habe am 26.04.2007 ergeben, dass die Rotatorenmanschette keinerlei Rissbildungen aufzeige. Bei Zustand nach Acromioplastik zeige sich subacromial eine erhebliche Bursitis (Zwischenbericht der S. Klinik S. vom 27.04.2007). Ärztin Lange der psychiatrisch-neurologischen Praxis Dr. R. und Kollegen teilte mit, der Kläger befinde sich seit 19.12.2005 bei ihnen in Behandlung wegen Ängste, depressiver Verstimmung und Schlafstörungen. Leichtere depressive Verstimmungen hätten schon seit Jahren bestanden. Der Kläger empfinde eine große Belastung durch die seit dem Unfall bestehenden Schmerzen. Als Diagnose war eine Dysthymia angegeben (Befundbericht vom 04.04.2007). Der Anästhesist Dr. Me. verordnete analgetische Medikamente und die Anwendung eines TENS-Gerätes. Er befürwortete unter der Diagnose chronischer Schmerz III und Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung u.a. die vom Kläger mitgeteilte Absicht der S. Klinik S. , eine zeitweise Berentung vorzusehen, wodurch die Möglichkeit gegeben sei, ohne Zeitdruck zum Wiedergewinnen der Arbeitsfähigkeit und einer zufrieden stellenden sozialen Kompetenz beizutragen (Befundbericht von Dr. Me. vom 09.05.2007). Der Berufshelfer der Berufsgenossenschaft Druck und Papierverarbeitung, eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden nur noch Beklagte) führte in seinem Bericht vom 17.04.2007 aus, dem Kläger sei wegen 500 Krankheitstage in 5 Jahren vom Arbeitgeber nunmehr gekündigt worden. In dem von der Beklagten beigezogenen Vorerkrankungsverzeichnis der AOK - Gesundheitskasse L. vom 20.10.2006 sind u.a. Arbeitsunfähigkeitszeiten vom 15.03.1999 bis 01.04.1999 wegen einer Handprellung rechts, vom 07.09.1998 bis 16.09.1998 wegen einer Oberarmverletzung, Oberarmkontusion rechts und vom 22.07.1997 bis 26.07.1997 wegen einer Schultermyalgie rechts verzeichnet.

Am 21.04.2005 hatte der Kläger bereits einen Arbeitsunfall mit Verletzung des linken Mittelfingers. Aus den diesen Arbeitsunfall betreffenden Unfallakten zog die Beklagte das Gutachten vom 21./24.05.2007 bei, in welchem eine ausgeheilte Nagelwallinfektion des Mittelfingers links nach Holzsplitterverletzung als nicht erwerbsmindernd beurteilt wurde. Mit Bescheid der Beklagten vom 13.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.08.2007 lehnte die Beklagte Verletztenrente wegen dieses Unfalls ab. Die vor dem Sozialgericht Heilbronn erhobene Klage (S 7 U 3459/07) nahm der Kläger zurück.

In dem von der Beklagten in Auftrag gegebenen unfallchirurgischen Gutachten vom 18.04.2007 führte Prof. Dr. Bü. aus, als Unfallfolge sei lediglich von einem Zustand nach reizlos verheilter Schulterprellung und reizlos verheilter Handgelenksprellung rechts auszugehen. In der zeitnah zum Unfall durchgeführten bildgebenden Diagnostik habe keine frische Verletzung des Schulterkapselbandapparats festgestellt werden können, gezeigt habe sich lediglich eine Arthrose des Acromion-Claviculargelenkes sowie eine Bursitis. Die in der Kernspintomographie nachgewiesene Knochenmarkskontusion sei gut mit einer Schulterprellung vereinbar. In den nachbefundeten Kernspinbildern sei keine Ruptur der Rotatorenmanschette rechts zu sehen. Lediglich eine Tendinopathie der Supraspinatussehne sei erkennbar. Nach dem klinischen Verlauf sei es zu einer Einschränkung der Beweglichkeit nach der Schulterprellung gekommen. Ausweislich der Nachschauberichte vom 11.04.2006 und 06.06.2006 sei eine nahezu freie Beweglichkeit bei Abduktion/Anteversion sowie der Außenrotation mit nur noch leichter Kraftminderung erreicht worden. Danach müsse davon ausgegangen werden, dass durch den Unfall am 12.12.2005 eine vorbestehende, bislang klinisch symptomlose AC-Gelenksarthrose manifest geworden ist und damit der Heilverlauf der unfallabhängigen Schulterprellung verzögert abgelaufen sei. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis 11.04.2006 bestanden. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 0 v.H.

Mit Bescheid vom 13.06.2007 lehnte die Beklagte Verletztenrente wegen des Unfalls vom 12.12.2005 ab. Die über den 11.04.2006 hinausgehenden Beschwerden seien ursächlich auf vorbestehende degenerative Aufbrauch- und Verschleißerscheinungen im rechten Schultergelenk zurückzuführen.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, denn die Arthrose im rechten Schultergelenk könne sich ebenso gut durch das Unfallgeschehen entwickelt haben. Vor dem Unfall habe er keinerlei Beschwerden an der rechten Schulter gehabt. Das Unfallgeschehen habe unstreitig die Arthrose ausgelöst. Mit Widerspruchsbescheid vom 22.08.2007 wurde der Widerspruch zurückgewiesen.

Der Kläger erhob am 20.09.2007 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn.

Das Sozialgericht hörte Dr. Schn. schriftlich als sachverständigen Zeugen. In seiner Aussage vom 25.02.2008 gab er an, der Kläger sei in der Gemeinschaftspraxis vom 14.12.2005 bis 20.10.2006 ambulant behandelt worden. Aus ihrer Sicht habe es sich um eine schwere Schulterprellung behandelt. Die Arthrose des AC-Gelenkes sei als unfallunabhängig betrachtet worden.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG (SGG) holte das Sozialgericht das neurologische Gutachten von Dr. Ba. , Fachärztin für Neurologie,

Spezielle Schmerztherapie, vom 07.01.2009 mit Ergänzung vom 25.01.2010 ein, das sich auf das orthopädisch-schmerzspezifische Zusatzgutachten von Dr. Kl. vom 07.01.2009 und das psychologische Zusatzgutachten von Dr. Ku. vom 19.12.2008 stützte. Danach liege beim Kläger ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom des Schultergelenks rechts im Sinne eines Complex Regional Pain Syndroms (CRPS) Typ I (ICD-10: M 25.51) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit bio-psycho-sozialen Konsequenzen (ICD-10: F 62.80) als Unfallfolge vor. Ebenso sei die Verschlimmerung einer bereits vor dem Arbeitsunfall bestandenen depressiven Verstimmung - Dysthymia - zu einer mittelgradigen Depression Unfallfolge. Die geltend gemachten Beschwerden seien mit Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis zuzurechnen, hierfür spreche die erst nach dem Unfall eingetretene Beeinträchtigung der Schulterbeweglichkeit rechts, entgegen Dr. Bü. , der eine intermittierende akute AC-Gelenksarthrose annehme. Die diagnostizierte atypische CRPS Typ I bestehe auch unabhängig davon, ob eine AC-Gelenksarthrose vor dem Unfall bestand oder erst danach. Die unfallbedingte MdE betrage 60 v.H.

Die Beklagte trat dem Gutachten entgegen.

Mit Urteil vom 31.01.2011 wies das Sozialgericht die Klage ab. In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt, der Kläger habe bei dem Unfall eine Schulterprellung und eine Handgelenksprellung erlitten, eine Ruptur der Rotatorenmanschette sei jedoch nicht als Gesundheitserstschaden aufgetreten. Die AC-Gelenksarthrose sei im Januar 2006 festgestellt worden, könne aber im Sinne der Entstehung kein Gesundheitserstschaden infolge des Unfalls vom 12.12.2005 sein. Das Gericht folge der Einschätzung von Prof. Dr. Bü. , wonach es unfallbedingt zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose gekommen sei mit verzögertem Heilungsprozess. Die in den Gutachten von Dr. Ba. , Dr. Kl. und Dr. Ku. diagnostizierten Gesundheitsveränderungen eines Schmerzsyndroms, mittelgradige depressive Episode, Persönlichkeitsänderung und somatoforme Schmerzstörung seien nicht wesentlich auf den Unfall zurückzuführen. Es werde nicht verkannt, dass der Unfall zwar Teilursache für diese Gesundheitsschäden geworden sein könne, was aber als bloße Möglichkeit vor dem Hintergrund der anzuwendenden Kausalitätsgrundsätze nicht ausreiche. Die Wesentlichkeit sei nicht schlüssig. Entgegen Dr. Kl. und Dr. Ba. müsse die Arthrose nicht deshalb zwingend unfallbedingt sein, weil vor dem Unfall Beschwerdefreiheit bestanden habe. Außerdem habe der Kläger schon vor dem Unfall depressive Symptome gezeigt.

Gegen das den Klägerbevollmächtigten am 28.02.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 16.03.2011 vor dem Landessozialgericht Berufung eingelegt. Er hat zur Begründung ausgeführt, das Sozialgericht stütze sich auf das Gutachten von Prof. Dr. Bü. , der jedoch in keiner Weise in Betracht gezogen habe, dass eine posttraumatisch aktivierte Arthrose durch den Unfall am 12.12.2005 entstanden sei. Dr. Kl. sei zu folgen, dass die Arthrose ausschließlich Folge des Arbeitsunfalles sei. Außerdem habe Prof. Dr. Bü. eine unfallbedingte Depression nicht berücksichtigt. Er habe in seinem Gutachten lediglich lapidar mitgeteilt, dass es sich hier um eine unfallunabhängige Erkrankung handele. Nachdem aufgrund des Arbeitsunfalls vom 21.04.2005 bereits durchgängig bis September 2005 Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, sei von ihm die Tätigkeit wieder aufgenommen worden und er sei im Dezember 2005 psychisch absolut unbeeinträchtigt gewesen. Seit dem Unfall habe jedoch durchgehende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Einer Wiedereingliederung habe der Arbeitgeber widersprochen und schließlich sei das Arbeitsverhältnis von ihm gekündigt worden. Nach dem Gutachten von Dr. Ku. sei die umfassende schwerwiegende psychische Beeinträchtigung festgestellt und daraus habe sich ein chronisches Schmerzsyndrom mit hohem psychischen Anteil entwickelt. Diese und weitere von Dr. Ku. beschriebene Komponenten seien von Prof. Dr. Bü. nach den Ausführungen der Hauptgutachterin Dr. Ba. überhaupt nicht berücksichtigt worden. Die entstandene Dysthymia sei von den behandelnden Ärzten diagnostiziert worden, wobei mitgeteilt worden sei, dass bereits 7 Tagen nach dem Arbeitsunfall Schlafstörungen und depressive Verstimmungen mit Ängsten vorgelegen hätten.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 31.01.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 13.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.08.2007 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, wegen des Unfalls vom 12.12.2005 Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen

Sie verweist zur Begründung auf Ihre Ausführungen vor dem Sozialgericht. Der Kläger habe keine neuen Tatsachen vorgetragen.

Der Senat hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die Akten des Sozialgerichts einschließlich des abgeschlossenen Klageverfahrens S 7 U 3459/07 beigezogen und zum Verfahrensgegenstand gemacht. Auf diese Unterlagen und auf die vor dem Senat angefallene Berufungsakte wird wegen weiterer Einzelheiten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Die mit der Berufung verfolgte Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 4 SGG auf Aufhebung der Bescheide und Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von Verletztenrente zulässig.

Die Voraussetzungen zur Gewährung einer Verletztenrente liegen jedoch nicht vor.

Gem. § 56 Abs. 1 SGB VII wird eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung in der dem Grad der Erwerbsminderung entsprechenden Höhe gewährt, wenn und solange ein Versicherter in Folge eines Versicherungsfalls in seiner Erwerbsfähigkeit um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3, 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; § 8 Abs 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu

einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis dem Unfallereignis - geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17; -B 2 U 40/05 R - , UV-Recht Aktuell 2006, 419; - B 2 U 26/04 R- , UV-Recht Aktuell 2006, 497; alle auch veröffentlicht in Juris).

Für beide Bereiche der Kausalität (haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG Urteil vom 15.02.2005 - B 2 U 1/04 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 12).

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 entfiele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache erforderlich (BSG SozR 4-2700 § 8 Nr. 12).

Anders als bei der für das Zivilrecht maßgebenden Adäquanztheorie (stellvertretend BGHZ 137, 11, 19ff m.w.N.) folgt daraus keine abstrakt-generalisierende Betrachtungsweise; vielmehr ist die Kausalitätsbewertung in der gesetzlichen Unfallversicherung vom ex-post-Standpunkt aus anhand individualisierender und konkretisierender Merkmale des jeweiligen Einzelfalles vorzunehmen. Daher kommt es bei der Wertung im Bereich der Kausalität vor allem darauf an, welche Auswirkungen das Unfallgeschehen gerade bei der betreffenden Einzelperson mit ihrer jeweiligen Struktureigenheit im körperlich-seelischen Bereich hervorgerufen hat (vgl. BSGE 66, 156 , 158 = SozR 3-2200 § 553 Nr. 1 m.w.N.). Gleichzeitig ist im Rahmen der gegenseitigen Abwägung mehrerer, zu einem bestimmten "Erfolg" führender Umstände der Schutzzweck sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung im Allgemeinen als auch der jeweils anzuwendenden Norm zu berücksichtigen. Dies führt zu der Wertbestimmung, bis zu welcher Grenze der Versicherungsschutz im Einzelfall reicht (vgl. insgesamt BSG SozR 4-2200 § 589 Nr. 1 m.w.N.; SozR 2200 § 589 Nr. 96).

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. 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. 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. Gibt es neben der versicherten Ursache noch konkurrierende Ursachen, z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, solange die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war (BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO, SozR Nr. 69 zu § 542 RVO a.F.). Eine Krankheitsanlage war von überragender Bedeutung, wenn sie so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die (naturwissenschaftliche) Verursachung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen verursacht hätte (BSGE 62, 220 , 222 f = SozR 2200 § 589 Nr. 10 S 30). War die Krankheitsanlage von überragender Bedeutung, so ist die versicherte naturwissenschaftliche Ursache nicht als wesentlich anzusehen und scheidet als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus; sie ist dann bloß eine so genannte Gelegenheitsursache (BSG Urteil vom 12.04.2005 - B 2 U 27/04 R - , SozR 4-2700 § 8 Nr. 15).

Ferner ist zu beachten, dass für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - die Wahrscheinlichkeit genügt, dass aber das Unfallereignis, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß im Sinne des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden müssen (BSG SozR 35670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 mwN).

Nach diesen Grundsätzen liegen beim Kläger keine auf den Unfall vom 12.12.2005 zurückzuführende Unfallfolgen vor, die eine MdE um 20 v.H. begründen. Dies folgt für den Senat ebenso wie für das Sozialgericht aus dem nachvollziehbaren und überzeugenden Gutachten von Prof. Dr. Bü ... Danach zog sich der Kläger bei dem Sturz am 12.12.2005 eine Schultergelenksprellung und eine Handgelenkprellung zu, die zu einer Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose der rechten Schulter führte. Weitere substantielle organische Verletzungen infolge des Sturzes sind nicht nachgewiesen, worauf Prof. Dr. Bü. überzeugend abgestellt hat.

Am Handgelenk fanden sich am Unfalltag weder eine Schwellung noch eine Deviation (Abknickung im Verlauf), der Röntgenbefund war für alle Knochenabschnitte am Handgelenk unauffällig (DAB von Prof. Dr. H. vom 12.12.2005). Am 14.12.2005 war das Handgelenk bereits frei beweglich und schmerzfrei (Nachschaubericht von Dr. He. /Dr. Schn. vom 14.12.2005). In der Folge sind für das Handgelenk auch keine weiteren Beschwerden mehr geltend gemacht worden. Handgelenksbeschwerden werden auch von den nach § 109 SGG ernannten Sachverständigen Dr. B. , Dr. Kl. und Dr. Ku. nicht als Unfallfolge oder (Mit-) Ursache der von ihnen diagnostizierten Schmerzstörung und Depression berücksichtigt.

Das rechte Schultergelenk war am Unfalltag neben diffuser Schmerzangaben des Klägers ebenfalls klinisch unauffällig. Es fand sich keine Schwellung und keine Deviation. Eine Bewegungsbeeinträchtigung wird nicht beschrieben, vielmehr war eine Röntgen-Panoramaaufnahme mit 10 kg Belastung möglich. Der Röntgenbefund ergab keinen Frakturnachweis, keinen Clavikulahochstand oder eine AC-Gelenksprengung (DAB vom 12.12.2005). Bei der Nachschau am 14.12.2005 war jedoch die Schulterhebung rechts nur bis 70° möglich (Nachschaubericht vom 14.12.2005). Das ca. einen Monat nach dem Unfallereignis durch die radiologische Gemeinschaftspraxis Dr. K. und Kollegen gefertigte Kernspintomogramm am 10.01.2006 ergab ein geringes Markraumödem im postero-cranialen Abschnitt des Humeruskopfes und ein erhebliches Markraumödem der benachbarten Abschnitte von Acromion und Clavicula, was mit der bis dahin diagnostizierten Schulterprellung vereinbar ist (Befundbericht von Dr. E. vom 12.01.2006). Diese Beurteilung ist im Gutachten von Prof. Dr. Bü. bestätigt worden. Weder aus Röntgenaufnahmen vom 12.12.2005 noch aus dem MRT vom 10.01.2006 ergaben sich Hinweise auf eine Bursitis oder

eine Läsion der Rotatorenmanschette. Zwar geht Prof. Dr. Bü. fälschlich von einer Bursitis aus, wertet sie aber nicht als Unfallfolge. Eine Beeinträchtigung der Rotatorenmanschette lag nur in Form diskreter Signalveränderungen der Ansatzsehne des Musculus supraspinatus vor. Die Tendopathie der Supraspinatussehne wird von Prof. Dr. Bü. nicht als Unfallfolge eingestuft. Jedenfalls ergab die Folgeuntersuchung mittels MRT am 22.02.2006 durch Dr. L. weiterhin keine subacromiale Bursitis und nun eine durchgängig signalarm abgrenzbare Rotatorenmanschette (Befundbericht der Radiologischen Praxis Dr. B. und Kollegen vom 22.02.2006), weshalb die allenfalls geringfügige tendopathische Veränderungen der Supraspinatusansatzsehne, wie sie noch im MRT vom 10.01.2006 von Dr. E. beschrieben worden ist, abgeklungen war. Diese Auswertung der MRT-Aufnahmen vom 10.01.2006 und 22.02.2006 ist bei der Untersuchung des Klägers am 13.06.2006 in der BG-Klinik T. bestätigt worden (Zwischenbericht der BG-Klinik T. vom 21.06.2006), wo die Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bei der passiven Durchbewegung seitengleich unauffällig gewesen ist, lediglich ab einer Abduktion von 80° wird eine Schmerzzunahme angegeben. Die dieser Bewertung widersprechende Beurteilung der S. Klinik S. vom 07.06.2006, wonach aus der extern gefertigten MRT-Aufnahme sich eine Tendopathie mit Bursitis subacromialis ergebe (Nachschaubericht der S. Klinik vom 07.06.2006), ist daher nicht überzeugend.

Die Untersuchungen am 11.04. und 25.04.2006 in der Praxis Dr. He. /Dr. Schn. hatten bereits eine nur noch endgradige Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Arms bei geklagter Kraftlosigkeit ergeben (Zwischenberichte von Dr. He. /Dr. Schn. vom 11.04.2006 und 27.04.2006). Die Beurteilung von Prof. Dr. Bü. , dass zu diesem Zeitpunkt die Auswirkungen und Folgen der Schultergelenksprellung bei nahezu freier Beweglichkeit in der Abduktion/Anteversion sowie Außenrotation weitgehend abgeklungen waren, ist daher überzeugend. Nach Ende der stationären Behandlung des Klägers vom 27.06. bis 19.07.2006 in der BG-Klinik T. war eine Schmerzreduktion, eine Verbesserung der Beweglichkeit sowie eine Verbesserung von Kraft, Koordination und Ausdauer erreicht worden. Erst jetzt ergab eine am 21.06.2006 erneut durchgeführte Kernspintomographie eine Ansatztendopathie der Subscapularissehne (Entlassungsbericht der BG-Klinik T. vom 01.08.2006). Die nach dieser MRT angenommene Teilruptur der Supraspinatussehne bestätigte sich bei der arthroskopischen Operation am 13.09.2006 nicht. Der intraoperative Befund ergab eine unauffällige Rotatorenmanschette, jedoch eine massive Bursitis subacromialis (Entlassungsbericht der S. Klinik S. vom 15.09.2006 und Operationsbericht vom 14.09.2006), was zur Bursektomie und Denervierung des Akromioklavikulargelenks in der S. Klinik S. im September 2006 führte. Gleichwohl kam es zu erneuter Bursitis mit massiver Flüssigkeitsansammlung, wie dies im Januar 2007 in der BG-Klinik M. diagnostiziert worden ist (Zwischenbericht vom 24.01.2007).

Unter Berücksichtigung dieses Verlaufs ist für die vom Kläger durchgehend geklagten Schmerzen nach den nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. Bü. jedenfalls für den Zeitraum nach April 2006 die unfallbedingte Schulterprellung nicht mehr ursächlich. Prof. Dr. Bü. weist darauf hin, dass die Angaben des Klägers über massive belastungsabhängige Schmerzen und über eine deutliche Funktionsminderung des rechten Arms mit den medizinischen Befunden nicht ganz in Einklang zu bringen waren, weil sowohl neurologisch als auch unfallchirurgisch keinerlei Kraftminderung und am 18.04.2007 (Zeitpunkt der Untersuchung) keinerlei schonungsbedingte Muskelverschmächtigung am rechten Oberarm mehr festzustellen waren. Die Oberarmmuskulatur war seitengleich ausgebildet. Auch die vom Kläger bei der Untersuchung von Prof. Dr. Bü. geklagten Kribbelparästhesien am rechten Arm und eine ausstrahlende Wirkung auf die Halswirbelsäule konnten neurologisch nicht objektiviert werden. Für den Senat ist daher die Folgerung von Prof. Dr. Bü. überzeugend, dass die fortbestehende Beschwerdesymptomatik nach April 2006 ganz überwiegend auf unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen, wie die intermittierend auftretende Tendopathie der Sehnen der Rotatorenmanschette und die Bursitis, zurückzuführen ist. Diese sind nicht Folgen aus der unfallbedingt aktivierten AC-Gelenksarthrose, da aus den zeitnah zum Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen hervorgeht, dass die diagnostizierte Arthrose keinen raumfordernden Effekt auf den subacromialen Raum hatte. Mit der ursprünglich wieder weitgehend hergestellten Bewegungsfähigkeit der rechten Schulter ab April 2006 waren nach der überzeugenden Beurteilung von Prof. Dr. Bü. die Folgen der durch den Unfall aktivierten AC-Gelenksarthrose ebenfalls abgeklungen.

Anknüpfungstatsachen dafür, dass die danach diagnostizierten Gesundheitsstörungen des rechten Schultergelenks noch auf den Unfall im Dezember 2005 zurückzuführen sind, sind nicht nachgewiesen. Der Senat teilt die Auffassung von Prof. Dr. Bü. , dass die AC-Gelenksarthrose unfallvorbestehend war, denn sie wurde erstmals im MRT vom 10.01.2006 als geringe hypertrophe Akromioklavikulargelenkarthrose beschrieben, was infolge des kurzen zeitlichen Abstands zum Unfall und eines fehlenden Nachweises einer Substanzverletzung den Unfall als Entstehungsursache unwahrscheinlich macht. Diese Auffassung von Prof. Dr. Bü. haben Dr. He. /Dr. Schn. in ihrer Stellungnahme vom 18.09.2006 bestätigt. Auch in dem von Dr. Kl. zitierten Gutachen von Dr. Mei. vom 04.05.2007 wird vom radiologischen Nachweis degenerativer Veränderungen des AC-Gelenks ausgegangen. Die gegenteilige Einschätzung von Dr. Kl. , der Unfall habe die Arthrose verursacht, ist unter diesen Gesichtspunkten nicht überzeugend. Sofern daher eine Progredienz der AC-Gelenksarthrose beschrieben wird, ist dies dem schicksalhaften Verlauf der athrotischen Veränderungen zuzurechnen und nicht dem Unfallereignis.

Hiervon ausgehend ist die Zusammenhangsbeurteilung von Dr. Ba. , Dr. Kl. und Dr. Ku. nicht überzeugend. Der Senat vertieft nicht die Frage, ob die von Dr. Ba. diagnostizierte untypische CRPS dem gegenwärtigen Stand der herrschenden wissenschaftlichen Meinung entspricht, was als Maßstab der Beurteilung des Senats zugrundezulegen ist (vgl. BSG, Urteile vom 09.05.2006 a.a.O.).

Im Zusammenhang mit den unfallbedingten Beschwerden sind von den behandelnden Unfallchirurgen keine Symptome erhoben worden, die eine CRPS Typ I-Diagnose indiziert hätten. Die von Dr. Ba. beschriebenen Symptome einer Atrophie von Gliedmaßenabschnitten, Durchblutungsstörungen, Ödeme, Hautveränderung, verstärktes Nagelwachstum und Behaarung sowie eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit wie Hyperalgesie oder Allodynie sind nicht dokumentiert. Die Unterstellung von Dr. Ba. , eine solche Symptomatik könne leicht übersehen werden, weshalb die unter den Einwirkungen des Unfalls aufgetretene Schmerzstörung nicht erkannt und verspätet behandelt worden sei, ist unter den gegebenen Umständen wenig wahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der von erfahrenen Unfallchirurgen, wie Prof. Dr. H. und Prof. Dr. W. , behandelte Kläger die unter den früheren Bezeichnungen "Morbus Sudeck", "Dystrophie", "Algodystrophie" und "sympathische Reflexdystrophie" (vergl. die Beschreibung im Gutachten von Dr. Ba.) erfassten Krankheitsbilder, die jetzt mit einer CRPS umschrieben werden, nicht aufwies. Insbesondere in der umfassenden Befundbeschreibung der BG-Klinik T. in deren Bericht vom 21.06.2006 und nach Abschluss der stationären Behandlung im Entlassungsbericht vom 01.08.2006 werden unter Wiedergabe der vom Kläger geklagten Gefühlsstörungen an den Fingern D1 bis D4 der rechten Hand – nach Befund der S. Klinik S. vom 06.06.2006 wurden Parästhesien geklagt – neuropathologische Befunde ausdrücklich verneint. Nachdem Dr. He. /Dr. Schn. eine Diskrepanz der nach intensiver Physiotherapie erreichten Beweglichkeit im rechten Schultergelenk zu den noch geklagten Beschwerden in ihrem Zwischenbericht vom 27.04.2006 beschrieben und deshalb eine sofortige Vorstellung bei Prof. Dr. W. in der BG-Klinik T. empfohlen haben, wurde auch dort eine Schmerztherapie durchgeführt (vergl. u.a. Entlassungsbericht der BG-Klinik T. vom 01.08.2006), weshalb davon auszugehen ist, dass Symptome einer CRPS erfasst worden wären, hätten sie vorgelegen.

Soweit bei der Untersuchung durch Dr. Ba. und Dr. Kl. beim Kläger eine Allodynie, eine ausgeprägte Funktionsstörung des rechten Armes mit Kraftverlust und eine Schultermuskelatrophie rechts mit throphischen Störungen der rechten Hand diagnostiziert und bei ausgeprägter Schmerzangabe daher eine – untypische – CRPS Typ I bejaht wird, ist diese Schmerzerkrankung erst für einen Zeitraum nach April 2006 bzw. Juni 2006 gesichert. Die Erkrankung ist daher erst in einem Zeitraum aufgetreten, als keine Unfallfolgen mehr vorlagen. Die ab diesem Zeitpunkt aufgetretene Schmerzsymptomatik mit Ausweitung auf andere Körperregionen, was nach Dr. Ba. unter dem Krankheitsbild der CRPS Typ I zu erwarten ist, beruht auf den nicht unfallbedingten Sehnen- und Schleimbeutelentzündungen der rechten Schulter, die wiederholte arthroskopische Interventionen erforderten. Wenn auch einige Behandlungsmaßnahmen der Diagnosesicherung dienten und damit einen Unfallzusammenhang abklären sollten, so waren jedoch die bei den Eingriffen durchgeführten therapeutischen Maßnahmen (Bursektomie und Denervierung des Akromioklavikulargelenks) auf die Behandlung unfallunabhängiger Gesundheitsstörungen gerichtet, weshalb die auf der Behandlung beruhende Arbeitsunfähigkeit und Schmerzsymptomatik ebenso wenig unfallbedingt sind, wie die direkt auf diese Gesundheitsstörungen zurückzuführende, gleichermaßen geartete Beschwerdepersistenz.

Wenn Dr. Ba. nach der von ihr dargelegten Wissenschaftstheorie zur Pathogenese einer chronischen Schmerzerkrankung davon ausgeht, dass unter Mitwirkung weiterer Bedingungen ein akuter Schmerz sich - über kontrovers diskutierte Bedingungsgefüge - zur einer Schmerzerkrankung entwickelt, so ist nach dem oben Dargelegten bereits die naturwissenschaftliche-philosophische Kausalität des Unfalls im Sinne der Bedingungstheorie fraglich, denn wenn die unfallbedingt aufgetretenen Schmerzen entfielen, wäre die zu einem späteren Zeitpunkt zu diagnostizierende Schmerzerkrankung (CRPS und somatoforme Schmerzstörung) immer noch kausal auf die unfallunabhängigen Erkrankungen und erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen. Diese Beurteilung ist auch nicht durch die von Dr. Kl. dargelegten Kausalitätsketten widerlegt. Entgegen seiner Auffassung, die er in der von Dr. Ba. mitgezeichneten Gutachtensergänzung vom 25.01.2010 wiederholte, ist die Schultereckgelenksarthrose rechts nicht durch das Unfalltrauma verursacht worden, wie oben ausgeführt. Die unfallbedingte Aktivierung der vorbestehenden Arthrose ist nach den überzeugenden Beurteilung von Prof. Dr. Bü. im April 2006 beendet gewesen. Selbst Dr. Kl. geht von intermittierend aktivierter Gelenksarthrose (Seite 55 seines Gutachtens) aus. Die von Dr. Kl. angenommene Arthritis, die seiner Ansicht nach durch die zunehmende depressive Verstimmung des Klägers bei vorbestehender Dysthymia und psychosozialer Belastungssituation im Sinne der Schmerzerkrankung getriggert wurde, war nach April 2006, spätestens nach Juni 2006 somit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen, sondern war nach den abgeklungenen Beschwerden im April 2006 schicksalhaftes Rezidiv der vorbestehenden Arthrose. Dies gilt auch für die von Dr. Kl. beschriebene Kausalkette über eine fehlende Belastung und massive Schmerzen mit Entwicklung zur frozen shoulder hin zur Bursitis subacromialis. Objektiv war im April/Juni 2006 eine weitgehende Beweglichkeit der rechten Schulter wieder vorhanden mit Flexion bis 140° und Abduktion bis 130° (Entlassungsbericht der BG-Klinik T. vom 01.08.2006). Die Diagnose einer (beginnenden) frozen shoulder wird im Zwischenbericht der S. Klinik S. vom 15.11.2006 erstmals gestellt, nachdem bereits zuvor eine Bursitis subacromialis diagnostiziert und im September eine Bursektomie durchgeführt worden war. Eine frozen shoulder kann daher schwerlich eine Bursitis ausgelöst haben. Das schmerzhafte Impingementsyndrom als weitere Bedingung für die Entwicklung und Unterhaltung einer Schmerzerkrankung ist auch nach Dr. Kl. keine Unfallfolge.

Darüber hinaus stünden nach dem vom Senat festgestellten Beschwerdeverlauf die Schmerzerkrankungen in Form einer CRPS und somatoformen Schmerzstörung, die im Gutachten von Dr. Ba. als Unfallfolgen eingestuft sind, nicht in einem wesentlichen Unfallzusammenhang, auch wenn zu Gunsten des Klägers die naturwissenschaftliche-philosophische Kausalität des Unfalls unterstellt würde. Die Beurteilung der Wesentlichkeit einer Ursache ist die wertende Entscheidung über eine Rechtsfrage, die der Senat aufgrund der von den Sachverständigen vermittelten Befunde trifft. Die vom medizinischen Sachverständigen vorgenommene Bewertung der Wesentlichkeit eines Ursachenfaktors ist daher lediglich ein Anhaltspunkt, da die Beantwortung der Rechtsfrage allein dem Senat obliegt.

Nach der Beurteilung im psychologischen Zusatzgutachten von Dr. Ku. wird die anhaltende somatoforme Schmerzstörung des Klägers (ICD-10 F 45.4) darauf zurückgeführt, dass der Kläger bereits vor dem Unfall körperlich und psychisch vorbelastet war, aus seiner Biografie mit massiver emotionaler Belastung schon in der Kindheit sich eine erhöhte psychische Vulnerabilität ergibt, er seit Jahren über anhaltende Schmerzen und Missempfindungen klagt, die fehlende körperliche und psychische Belastbarkeit zur Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Kompensation mit Angst vor einem sozialen Abstieg führte sowie zur Entwicklung einer klinisch relevanten Depression, sich das soziale Umfeld veränderte mit Rückzug und familiärer Belastung (z.B. Burnout-Syndrom der Ehefrau), wodurch andererseits der Kläger Zuwendung und Unterstützung durch die Ehefrau erfährt und intensive medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen kann. Bei diesem Bedingungsgefüge kommt den anfänglichen Schmerzen und der Arbeitsunfähigkeit durch die unfallbedingte Schulterprellung, die sich nur bis April 2006 ausgewirkt haben können, nur die Wertigkeit als "Auslöser" zu, die durch die nachfolgende Beschwerdeentwicklung aufgrund der unfallunabhängigen Erkrankungen am rechten Schultergelenk vollständig in den Hintergrund gedrängt wird. Die hieran anknüpfenden zusätzlichen Bedingungen mit Verstärkung der depressiven Verstimmung bei außerdem bestehender familiärer Belastung und ein etwaiger "Krankheitsgewinn" sind unfallfremde Ursachenfaktoren, die den unfallbedingten "Auslösemechanismus" vollständig überlagern. Entgegen der Bewertung durch Dr. Ba. und Dr. Kl. ist eine verspätet einsetzende Schmerztherapie als zusätzlicher Triggerpunkt/Faktor nicht nachgewiesen, wie oben ausgeführt. Eine etwaige Kränkung des Klägers durch das Verhalten des Arbeitgebers, der die von den Durchgangsärzten empfohlene berufliche Wiedereingliederung nicht genehmigte, hat im Vergleich zu den übrigen Faktoren keinen hohen Stellenwert, wäre aber im Übrigen auch nicht auf den Unfall beziehbar, da die der Wiedereingliederung zu Grunde liegende Arbeitsunfähigkeit durch die Behandlung der Bursitis und der Tendopathie verursacht wurde.

Die von Dr. Ba. außerdem als Unfallfolge bejahte Depression ist nach den gutachtlichen Ausführungen vorliegend eine Begleitsymptomatik der diagnostizierten Schmerzerkrankungen, weshalb sie zur Überzeugung des Senats nicht im Zusammenhang mit dem Unfall steht. Eine depressive Verstimmung in Form einer Dysthymia lag bereits vor dem Unfall vor. Dass der Kläger bereits 7 Tage nach dem Unfall am 19.12.2005 die neurologisch/psychiatrische Praxis Dr. R. und Kollegen aufgesucht hatte, belegt nicht die von Dr. Ba. angenommene unfallbedingte Verschlimmerung der vorbestehenden Dysthemie. Abgesehen davon, dass zu diesem Zeitpunkt nur eine Schulterprellung und Handgelenksprellung diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 26.12.2005 bescheinigt worden war (Nachschaubericht von Dr. He. /Dr. Schn. vom 14.12.2005), weshalb etwaige Ängste des Klägers über einen Arbeitsplatzverlust zu diesem Zeitpunkt einer tatsächlichen Grundlage entbehrten, entspricht dieses Verhalten lediglich der von Dr. Ku. beschriebenen unfallvorbestehenden erhöhten psychischen Vulnerabilität des ängstlichen Klägers.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-06-13