L 6 U 1229/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 1301/12
Datum
19.02.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1229/13
Datum
28.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Februar 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1959 geborene Kläger ist in Kroatien aufgewachsen und 1969 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist. Er ist gelernter Zimmermann und Schreiner. In diesen Berufen ist er nach der in den 1970er Jahren absolvierten Ausbildung bis 1983 beschäftigt gewesen. Anschließend war er für zwei Jahre im Trockenbau tätig. Von 1985 bis 1987 arbeitete er für verschiedene kleinere Küchenstudios, bevor er sich im Treppenbau selbstständig machte, wobei er als Subunternehmer tätig war. Ab Mai 2007 arbeitete er als Lagerist bei der V. GmbH in Bietigheim, einem Großhandel für Dachbaustoffe. Diese teilte der Beklagten mit Unfallanzeige vom 11. Oktober 2010 mit, der Kläger habe am 29. September 2010 gegen 16 Uhr nach einer mit Dachsteinen beladenen Palette gegriffen, damit sie nicht umkippe. Dabei habe sich dessen linker Arm verdreht, wodurch es zu einer Schulterverletzung gekommen sei. Hätte er nicht zugegriffen, wäre ihm die Palette auf die Füße gefallen.

Die Arbeit hatte der Kläger etwa eine Stunde später beendet und am Montag, 4. Oktober 2010 den Facharzt für Chirurgie B. aufgesucht. Nach dessen ärztlicher Unfallmeldung waren die Gelenkkonturen unauffällig, bei schmerzhafter Bewegungseinschränkung der linken Schulter oberhalb der Horizontalen mit lokaler Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der anterolateralen Kapsel mit Schmerzausstrahlung in den Oberarm. Anamnestisch habe noch ein Zustand nach einem Sturz auf die linke Schulter vor etwa fünfzehn Jahren bestanden. Die röntgenologische Untersuchung der linken Schulter habe bei regelrechter Artikulation keinen Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung erbracht. Er habe zu einer lokal und systemisch antiphlogistischen Behandlung mit entsprechender Kühlung und Schonung geraten. Über eine Nachuntersuchung am 15. Oktober 2010 berichtete er, es seien keine sichtbaren Verletzungs- oder Entzündungszeichen zu erkennen gewesen. Die Gelenkkonturen seien unauffällig gewesen. Es habe eine anhaltende schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken Armes oberhalb der Horizontalen bestanden.

Wegen einer beim Kläger wohl bestehenden Agoraphobie konnte am 21. Oktober 2010 kein Magnetresonanztomogramm (MRT) der linken Schulter erstellt werden. Dieses fertigte schließlich der Radiologe Dr. W. am 27. Oktober 2010 in einem offenen Magnetresonanztomographen an. Er führte hierzu aus, es seien ein subakromiales Impingementsyndrom und Zeichen einer vermutlich älteren inkompletten Ruptur der Supraspinatussehne, eine geringe Bursitis subacromialis-subdeltoidea und eine Bursitis subcoracoidea, ein kleiner, vermutlich frischer Einriss der Subscapularissehne anterior-inferior, eine vermutlich ältere Ruptur beziehungsweise zentrale Partialruptur der langen Bizepssehne, eine initiale Omarthrose sowie ein minimaler Gelenkerguss zu erkennen gewesen. Wegen der gut abgrenzbaren kurzen und der schlecht abgrenzbaren lange Bizepssehne nehme er in Bezug auf Letztere einen Zustand nach älterer Ruptur oder Partialruptur an.

Der Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe, Prof. Dr. H., berichtete nach ambulanten Untersuchungen des Klägers am 26. Oktober 2010 und zwei Tage später, nach dem MRT sei eine frische Läsion der Subscapularissehne links zu sehen gewesen, bei einer eher älteren Läsion der Supraspinatussehne links. Dies müsse histologisch abgeklärt werden. Er diagnostizierte ein sekundäres Impingementsyndrom (ICD-10 M75.4) bei einer Ruptur der Supraspinatussehne (ICD-10 M75.1) unklaren Alters links, einen kleinen, vermutlich frischen Riss der Subscapularissehne links und eine älteren Partialruptur der langen

Bizepssehne links.

Am 21. Februar 2011 stellte sich der Kläger in der Schultersprechstunde der Berufsgenossenschaftlichen (BG-)Unfallklinik in Ludwigshafen vor. Nach dem Krankheitsbericht des Leiters der Sektion für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Dr. St.-F., wurden der Verdacht auf eine traumatische Läsion der Subscapularissehne und eine beginnende Cuff-Arthropathie, jeweils im linken Schultergelenk, diagnostiziert. Der Kläger habe berichtet, Ende September 2010 während der Arbeit einen Stapel mit Ziegelsteinen beim Umkippen mit voll gespanntem linken Arm abgefangen zu haben. Im Bereich des linken Schultergelenkes sei sofort ein starker Schmerz aufgetreten. Bei der von ihm veranlassten röntgenologischen Untersuchung des linken Schultergelenkes habe sich kein Anhalt für eine frische knöcherne Läsion gezeigt. Es habe ein deutlicher Hochstand des Humeruskopfes mit beginnender Neogelenkbildung im Bereich des Acromion bestanden. Die Veränderung sei vereinbar mit einer beginnenden Cuff-Arthropathie. Der glenohumerale Gelenkspalt sei noch darstellbar gewesen, jedoch deutlich vermindert (2 mm). Aufgrund der ihm gegenüber beschriebenen Unfallentstehung sehe er die Verletzung im Bereich des Subscapularismuskels als Unfallfolge an, da es sich um einen adäquaten Unfallmechanismus bei bereits sicherlich schwer vorgeschädigtem Schultergelenk gehandelt habe.

Nach der Auskunft des Klägers vom 3. Mai 2011 griff er, um das Umkippen einer mit Dachsteinen beladenen Palette zu verhindern, mit dem linken Arm darunter. Dabei habe er einen starken, stechenden Schmerz in der linken Schulter verspürt.

Nach dem Vorerkrankungsverzeichnis der DAK (heute: DAK-Gesundheit), wo der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert war, bestand wegen Schulterläsionen bereits im Jahre 2008 Arbeitsunfähigkeit vom 21. Januar bis 1. Februar und 4. bis 15. Februar.

Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden Dr. K., Leitender Arzt der Abteilung für berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerungen der BG-Unfallklinik in Ludwigshafen von Juni 2011 war der abgelaufene Unfallmechanismus geeignet, einen Schaden am Subscapularismuskel zu verursachen. Die Stabilität des Schultergelenkes sei wegen des Vorschadens aber sicherlich bereits reduziert gewesen, so dass der Muskel besonders unter Stress gekommen sei.

Bei Dr. K. stellte sich der Kläger am 13. Juli 2011 in der Sondersprechstunde vor. Hierüber berichtete er, dieser habe ihm gegenüber angegeben, dass er im Bereich der linken Schulter keine wesentlichen Schmerzen mehr habe und diese gut bewegen könne. Im Vordergrund habe noch ein Kraftdefizit gestanden. Die Weichteile an den Schultern seien reizlos gewesen. Aktiv und passiv sei die Anteversion bis 180°, die Innenrotation bis 90° und die Außenrotation bis 35° möglich gewesen. Die Armkraft sei noch etwas gemindert gewesen. Überkopftätigkeiten seien kraftbedingt nur eingeschränkt möglich gewesen. Er diagnostizierte ein Kraftdefizit bei einem Zustand nach Rotatorenmanschettenschaden und unfallunabhängigem Rotatorenmanschettenschaden an der linken Schulter.

Im Auftrag der Beklagten erstattete Prof. Dr. H. nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 11. Oktober 2011 ein so genanntes "Erstes Rentengutachten". Bei diesem liege eine traumatische Läsion der Subscapularissehne im linken Schultergelenk mit sekundärem Impingementsyndrom (ICD-10 S46.0) vor. Die Arbeit habe der Kläger nach dem Unfallereignis sofort beendet. Am Folgetag habe er sich nach einem gescheiterten Arbeitsversuch bei dem Facharzt für Chirurgie B. vorgestellt. Im MRT hätten sich ein frischer Einriss der Subscapularissehne bei subacromialem Impingementsyndrom und Zeichen einer vermutlich älteren inkompletten Ruptur der Supraspinatussehne gezeigt. Zum Zeitpunkt seiner gutachterlichen Untersuchung hätten noch anhaltende Probleme bei Überkopfarbeiten mit dem linken Arm, ein anhaltender Kraftverlust in dieser Gliedmaße, wobei kaum eine Sprudelflasche gestreckt vom Körper habe weggehalten werden können, anhaltende krampfartige Oberarmschmerzen links sowie eine anhaltende Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter, weswegen im Alltag nur erschwert Jacken oder Hemden angezogen werden könnten, vorgelegen. Schwerere Gegenstände hätten zwar mit gestrecktem Arm bis zur Hüfte herangezogen und gehalten werden können, schwere Gewichte seien jedoch nicht darüber hinaus hochzustemmen gewesen. Die Schulterkontur sei als seitengleich festgestellt worden. Bei Adipositas sei keine Atrophie erkennbar gewesen. Es habe ein hoher schmerzhafter Bogen links vorgelegen. Der Nackengriff sei links nur mit Ausweichbewegungen möglich gewesen. Der Schürzengriff links sei bis zur Höhe der linken Gesäßhälfte gelungen, rechts habe die Hand auf Höhe des Lendenwirbelkörpers L4/5 platziert werden können. Links sei der 0°-Abduktionstest nicht und der 90°-Abduktionstest demgegenüber deutlich schmerzhaft und positiv gewesen. Der Palm-up-Test links sei ebenfalls positiv gewesen. Es seien jeweils ein deutlicher Druckschmerz über dem distalen Bizepssehnenansatz am Ellenbogen sowie über dem Coracoid und dem ventralen Humerus geäußert worden. Der Lift-off-Test links sei nicht möglich gewesen. Es hätten sich trockene Handflächen beidseits gezeigt. Die Handflächen seien seitengleich verhornt, aber nicht verschwielt gewesen. Die Daumen-Kleinfinger-Probe sei möglich gewesen. Als wesentliche Folgen des Ereignisses vom 29. September 2010 hätten sich messtechnisch folgende Differenzen nachweisen lassen: die aktive Abduktion links um 20°, bei einer möglichen Vorhebung bis 160°, die Anteversion links um 10° und die Außenrotation links um 20°. Kernspintomographisch habe sich eine Teilruptur der Subscapularissehne objektivieren lassen. Radiologisch habe ein Hochstand des Humeruskopfes, der bislang ohne wesentliche Arthrosezeichen einhergegangen sei, festgestellt werden können. Die Unfallfolgen hätten zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 vom Hundert (v. H.) vom 29. September 2010 bis 18. Juli 2011 und anschließend bis 18. Juli 2012 von 20 v. H. geführt. Danach und bis zur Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfallereignis werde die MdE voraussichtlich ebenfalls 20 v. H. betragen.

Nach dem Bericht des Rehaberaters der Beklagten H. beklagte der Kläger bei einer Unterredung am 23. November 2011 noch erhebliche Schmerzen und Beschwerden am linken Oberarm. Zudem habe er auf eine sichtbare Muskelvorwölbung hingewiesen.

In der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dezember 2011 teilte Dr. K. die Auffassung von Prof. Dr. H. in Bezug auf die Unfallfolgen und die Höhe der MdE nicht. Wegen des Vorschadens könne jeweils nur ein Teil der festgestellten Funktionseinschränkungen auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Der Hochstand des Humeruskopfes, die hieraus resultierende Impingementsymptomatik und der Riss der langen Bizepssehne seien Folgen des Supraspinatusschadens. Zudem habe bereits eine Omarthrose vorgelegen. Die MdE sei aber selbst unter Berücksichtigung aller von Prof. Dr. H. aufgeführten Funktionseinschränkungen nur mit einer MdE von 10 v. H. zu bewerten.

Der Ärztliche Leiter des Ambulanten Zentrums für Rehabilitation und Prävention Am Entenfang GmbH in Karlsruhe, Dr. H., berichtete nach einer Aufnahmeuntersuchung am 6. Dezember 2011 und nach der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme des Klägers zwischen dem 2. und 17. Januar 2012 über dessen Arbeitsversuch in einem Steinmetzbetrieb im Oktober oder November 2011, der bereits nach kurzer Zeit wegen verstärkter Schulterschmerzen links wieder habe beendet werden müssen. Im Vergleich zur Aufnahmeuntersuchung habe sich die

Beweglichkeit im linken Schultergelenk etwas verbessert gehabt. Der Kraftgrad sei links mit "4" festgestellt worden, insoweit habe sich die Kraftminderung tendenziell verbessert gehabt. Die Schwellung der Streckseite des linken Oberarmes sei weniger ausgeprägt, jedoch noch vorhanden gewesen. Die Streckung gegen Widerstand im Bereich des Ellenbogens sei in der Kraft, die bei "4" bis "5" gelegen habe, reduziert gewesen; aktuell sei sie nur geringfügig schmerzprovozierend gewesen. Die Beweglichkeit im linken Schultergelenk sei nach der Neutral-0-Methode für die Extension/Flexion links mit 30-0-160° festgestellt worden. Die Abduktion links habe bis 130° vorgenommen werden können. Bei anliegendem linken Arm hätten die Außenrotation 30° und die Innenrotation 70° betragen. Der Nackengriff sei dem Kläger links möglich gewesen. Der Schürzengriff sei rechts mehr als links eingeschränkt gewesen, die linke Hand habe den Bereich der unteren Lendenwirbelsäule erreicht. Nach der Rehabilitationsmaßnahme sei es zu einer Verbesserung der Beweglichkeit im linken Schultergelenk und zu einer Kraftsteigerung links gekommen. Der Kläger habe während der Maßnahme weder Analgetika noch Antirheumatika eingenommen. Von bleibenden Funktionseinschränkungen auch im Bereich des linken Schultergelenkes müsse jedoch ausgegangen werden.

Zwischenzeitlich hatte die Beklagte wegen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010 ein Recht des Klägers auf Rente mit Bescheid vom 22. Dezember 2011 abgelehnt, nachdem Verletztengeld bis 15. Juli 2011 gezahlt worden war. Der Arbeitsunfall habe zu einer Zerrung der linken Schulter mit Teilriss der unter dem Schulterblatt verlaufenden Sehne geführt. Ein Teil der leichtgradigen Bewegungseinschränkung der Schulter sei daher unfallbedingt. Unabhängig davon lägen degenerative Veränderungen der weiteren Strukturen der linken Rotatorenmanschette mit röntgenologisch nachweisbaren Veränderungen und einem Riss der langen Bizepssehne vor. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 2. März 2012 zurückgewiesen.

Hiergegen hat der Kläger am 3. April 2012 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben.

Das SG hat Dr. M. mit der Erstattung eines orthopädischen Sachverständigengutachtens beauftragt. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung am 9. Oktober 2012 ist dieser zu der Auffassung gelangt, dass die Zusammenhangsdurchtrennung der Sehne des Unterschulterblattmuskels, dem Subscapularismuskel, unfallbedingt entstanden sei. Dies sei zunächst aus dem Ereignisablauf abzuleiten. Nach seiner Kenntnis habe der Kläger den Arm innenrotiert und an den Körper angelegt gehabt, um eine umfallende Palette von unten zu greifen und diese dann teilweise durch Außenrotation des Armes im Schultergelenk und unter Einsatz des Oberkörpers von sich weggedrückt. Dadurch sei die Sehnenmuskeleinheit des Unterschulterblattmuskels, der ein Innenrotator des Schultergelenkes sei, aktiv maximal angespannt gewesen, wobei der Kläger aktiv eine Außenrotationsbewegung durchgeführt habe. Eine traumabedingte Ruptur dieser Sehne sei daher wahrscheinlich. Hinweise für eine traumatische Genese liefere auch das MRT der linken Schulter. Daraus ergebe sich eine frische Ruptur, Signalanhebungen im Sinne degenerativer Veränderungen fehlten oder seien nur geringfügig vorhanden. Weiter habe sich kein so genanntes "Bone bruise", also eine Flüssigkeitsansammlung im Knochen an der Sehnenansatzstelle, darstellen lassen. Ohnehin seien nach der Fachliteratur über 70 % der Rupturen der Subscapularissehne traumatisch bedingt. Darüber hinaus ergäben sich aus dem MRT Signalveränderungen der Supraspinatussehne (Übergrätenmuskel) und der Infraspinatussehne (Untergrätenmuskel) mit Teilrupturen. Die Signalveränderungen sprächen für degenerative Veränderungen dieser Sehne, also für so genannte "Texturstörungen". Durch die Teilruptur der Supraspinatussehne sei es im Wesentlichen zu einer Verschmälerung des Subakromialraumes gekommen, da die Sehnen der Rotatorenmanschette, insbesondere die Supraspinatussehne, für die Depression des Oberarmkopfes im Schultergelenk verantwortlich seien. Durch den Funktionsverlust dieser Sehne rücke der Oberarmkopf infolge des Muskelzuges der Deltamuskulatur nach oben, weshalb sich der subakromiale Gleitraum des Oberarmkopfes verschmälere. Dies führe zu einem Anstoßen der Weichteile des Oberarmkopfes unter dem knöchernen Schulterdach im Sinne eines Impingements. Daher sei einerseits eine traumatische Zusammenhangsdurchtrennung der Subscapularissehne aufgetreten, andererseits habe jedoch ein degenerativer Vorschaden vorgelegen, der an der jetzigen Funktionsstörung zumindest teilweise beteiligt sei, und der sich durch das Trauma manifestiert habe. Die wesentliche Teilursache der jetzigen Symptomatik sei aber der Subscapularissehne zuzuordnen und somit unfallbedingt. Nach der unfallmedizinischen Literatur sei das Ausmaß der Armvorwärtshebung, die Flexion im Schultergelenk, der Maßstab für die Bewertung der MdE. Danach sei eine solche von 20 v. H. bei einer Flexion bis 90° gegeben, 10 v. H. seien bei einer möglichen Anteversion bis 120° angemessen. Der Kläger habe die Beugung bis 160° vornehmen können, so dass an sich eine MdE von unter 10 v. H. begründet sei. Würden zusätzlich die Impingementsymptomatik und die deutliche Muskelminderung des linken Armes, welche teilweise als durch den Unfall bedingt anzusehen seien, berücksichtigt, sei eine MdE von 10 v. H. angemessen, aber auch ausreichend. Bei den von Prof. Dr. H. gemessenen Werten nach der Neutral-0-Methode für die Beweglichkeit des linken Schultergelenkes sei die Einschätzung einer MdE von 20 v. H. unrealistisch und entspräche nicht den Tabellenwerten der unfallmedizinischen Literatur.

Im erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger noch einen Bericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. Ch. von Februar 2013 vorgelegt, wonach sein Allgemeinzustand schlecht sei. Er leide unter extremen Schlafproblemen, sei traurig und niedergeschlagen. Er sei zudem antriebslos und leide unter starken Konzentrationsproblemen und Kopfschmerzen. Er sei sehr depressiv und habe oft Suizidgedanken. Deswegen sei er bei ihr zur Gesprächstherapie in Behandlung. Eine Mitbehandlung bei einem Psychologen habe sie ihm vorgeschlagen. Er sei sehr in sich gekehrt und könne am täglichen Leben nicht mehr voll aufmerksam teilnehmen.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Februar 2013 abgewiesen. Gemessen an der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) und dem Gesamtergebnis des Verfahrens sei die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass die Folgen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010 keine rentenberechtigende MdE von 20 v. H. begründeten.

Hiergegen hat der Kläger am 19. März 2013 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) Berufung eingelegt.

Nach einer nichtöffentlichen Sitzung beim LSG am 23. Juli 2013 hat der Kläger einen Bericht von Dr. Ch. von August 2013 vorgelegt, wonach seine schweren Depressionen auf den Arbeitsunfall vom 29. September 2010 zurückzuführen seien. Weiter ist ausgeführt, der Kläger leide seither unter sehr stark anhaltenden chronischen Schmerzen der Schulter, welche aufgrund der Stärke und Häufigkeit zu Depressionen geführt hätten. Er habe seinen Job verloren, weshalb sich diese Gesundheitsstörung zunehmend verschlechtert habe.

Der Kläger hat des Weiteren eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. B. von März 2013 übersandt, welche dieser im Verfahren vor dem SG zur Feststellung eines Rechts auf Erwerbsminderungsrente (Az. S 5 R 4551/12) abgegeben hat. Danach habe die seelisch-nervliche Anspannung des Klägers von Oktober 2011 bis März 2012 zugenommen. Dieses

Rentenverfahren ist vor dem SG erfolglos verlaufen, das Berufungsverfahren ist noch beim LSG anhängig (Az. L 9 R 2938/14).

Nach einer auf Veranlassung des Senats im Oktober 2013 eingegangenen schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Ch. hat der Kläger an starken Depressionen mit Antriebslosigkeit und Schlafstörungen gelitten. Es bestünden immer wieder Suizidgedanken. Er sei schon mit vielen Medikamenten behandelt worden, welche allerdings jeweils keine hinreichende Wirkung gezeigt hätten. Aktuell sei der Kläger mit Cipralex, 10 mg eingestellt worden. Er sei von einem Psychologen intensiv betreut worden. Die schweren Depressionen und Schmerzen seien auf den Arbeitsunfall vom 29. September 2010 zurückzuführen. Seither leide er an sehr stark anhaltenden Schmerzen der Schulter, welche aufgrund der Stärke und Häufigkeit zu diesen extremen Depressionen geführt hätten. Er habe seinen Job verloren, weshalb sich die Erkrankung zunehmend verschlechtert habe. Hinzu kämen große Existenzängste.

Nachdem der Kläger mitgeteilt hat, einen Termin bei dem Psychologen Dr. G. Mitte September 2013 aus Schamgefühl nicht wahrgenommen zu haben, sich aber nun in die Behandlung von Dr. K. begeben zu wollen, ist dieser Facharzt für Neurologie und Psychiatrie ebenfalls als sachverständiger Zeuge befragt worden. Nach seinen schriftlichen Ausführungen von Februar 2014 hat sich der Kläger seit Ende November 2013 bis aktuell bei ihm in ambulanter Behandlung befunden. Bei den Untersuchungen habe sich ein ausgeprägtes depressives Syndrom herausgestellt, teilweise agitiert mit erheblichen Angststörungen. Deswegen habe er eine agitierte Depression diagnostiziert. Der Kläger sei zunächst mit Valdoxan und Paroxetin behandelt worden, derzeit werde ihm Sertralin verabreicht. Die Diagnose einer reaktiven Depression wegen des Arbeitsunfalls könne unterstellt werden.

Das LSG hat daraufhin den Chefarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik I des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden, Prof. Dr. Sch., mit der Erstattung eines psychiatrischen Sachverständigengutachtens beauftragt. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 10. November 2014 hat dieser eine dysthyme Störung (ICD-10 F34.1) diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörung sei indes nicht mit Wahrscheinlichkeit in wesentlicher Weise durch den Arbeitsunfall vom 29. September 2010 verursacht oder verschlimmert worden. Eine unfallbedingte MdE auf seinem Fachgebiet sei nicht festzustellen gewesen. Mangels strukturierter psychopathologischer Befunddarstellung und mangels Bezugnahme auf ein wissenschaftlich anerkanntes Klassifikationssystems könne nicht klar erkannt werden, welche Gesundheitsstörungen in welchem Schweregrad Dr. K. mit der klinisch-umgangssprachlich durchaus geläufigen Formulierung "agitierte Depression" konkret meine. Bei der von ihm durchgeführten gutachterlichen Untersuchung habe jedenfalls ein "ausgeprägtes depressives Syndrom" nicht festgestellt werden können. Sowohl bei strukturierter Fremdbeurteilung mittels der Hamilton-Depression-Scale als auch bei der psychopathologisch strukturierten Befunderhebung sei nur eine leichtgradige Depressivität zur Darstellung gekommen. Die von Dr. K. festgestellten "erheblichen Angststörungen" begründeten jedenfalls nicht die Diagnose einer spezifischen Angststörung, eine solche Diagnose sei von diesem auch nicht gestellt worden. Bei seiner gutachterlichen Untersuchung sei eine solche Störung nicht nachzuweisen gewesen. Nachvollziehbar seien die zukunfts-gerichteten Ängste des Klägers, die sich aus der prekären wirtschaftlichen Situation ergäben. Eine spezifische Gesundheitsstörung, etwa in Form einer generalisierten Angst- oder Panikstörung oder Ähnliches, folgten hieraus jedoch nicht. Auch seien die Kriterien für eine phobische Störung nicht erfüllt gewesen. Aus den gleichen Gründen könne den Ausführungen von Dr. Ch. in ihrer schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage nicht gefolgt werden.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist der Klinikdirektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin des Städtischen Klinikums Karlsruhe, Prof. Dr. B., ebenfalls mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt worden. Nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 22. Oktober 2015 hat dieser eine chronifizierte mittelgradige depressive Symptomatik (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Weiterhin habe eine gleichzeitig bestehende Angstsymptomatik bestanden, die formal die Kriterien einer Angststörung erreicht habe. Zudem sei eine somatoforme Störung festgestellt worden. Bei gleichzeitigem Auftreten müsse jedoch vorsichtig verfahren werden. Weiterhin habe sich eine deutliche Persönlichkeitsumformung gezeigt. Für ihn ergebe sich darüber hinaus das in der wissenschaftlichen Literatur kritisch diskutierte Krankheitsbild einer posttraumatischen Verbitterungsstörung, welches jedoch mit der Diagnose einer mittelgradig chronifizierten, therapeutisch schwer, also nicht allein durch medikamentöse Behandlung zugänglichen depressiven Episode beschreibbar sei. Die Kausalität zum Unfallereignis vom 29. September 2010 sei gegeben, da sich nach der Aktenlage eine tendenzielle Verschlechterung des Gesundheitszustandes herauslesen lasse und dies auch dem Untersuchungseindruck entsprochen habe. Hinzuweisen sei gleichwohl auf die immer bei einer klinischen Untersuchung bestehende Unsicherheit. Es sei davon auszugehen, dass unmittelbar nach dem Unfallereignis keine relevante traumabezogene Symptomatik im Sinne einer direkt aus dem Unfallgeschehen abzuleitenden Störung vorgeherrscht habe. Diese habe auch aktuell nicht objektiviert werden können. Im nicht erfolgreich erlebten Rekonvaleszenzprozess habe sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelt, die erstmals in den Akten als "seelisch nervliche Anspannung" für März 2012, einschließlich der beschriebenen Behandlung von Schlafstörungen, dokumentiert sei. Später sei mehrfach von "schwerer depressiver Störung" berichtet worden, die zumindest wegen der rudimentären Befundschilderungen nur als mäßiggradig depressive Störung gewertet werden könne. In der Zusammenschau der Befunde ergebe sich nach der Aktenlage und seiner gutachterlichen Untersuchung, dass der Kläger vor dem Unfallereignis über viele Jahre ohne wesentliche Beeinträchtigung habe arbeiten können und sich durch den Unfall die subjektiv empfundene Wiederherstellbarkeit des Gesundheitszustandes entscheidend geändert habe. Eine vollständige Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit sei nicht erfolgt und habe dadurch zu zunehmender Verbitterung und Entstehung der chronischen Depression geführt. Das vom Kläger erlittene Unfallereignis und der nachfolgende Rekonvaleszenzprozess seien durchaus geeignet gewesen, eine chronische Depression auszulösen. Bei aller Unsicherheit, die bei einem Gutachter bestehen müsse, sei zu konstatieren, dass aufgrund der über 50 Jahre bestehenden relativen psychischen Gesundheit des Klägers eine hinreichende Kausalitätsbeteiligung gesehen werden könne. Depressionen seien zwar multifaktoriell verursachte Erkrankungen. Es könnten somit genetische Konstellationen, aber auch psychoreaktive Auslöser und prädisponierende Faktoren ursächlich sein. In der Exploration habe sich indes nur andeutungsweise eine schwierige Situation in der Kindheit des Klägers durch die wohl sehr schwierige Beziehung zum alkoholkranken Vater und emotionale Vernachlässigung durch die Mutter gezeigt. Daraus müsse jedoch nicht zwingend eine Depression entstehen. Nach der aktuellen wissenschaftlichen Literatur entwickelten deutlich mehr Menschen mit dramatischer Kindheit keine entsprechende affektive Störung. Wegen der retrospektiven Beurteilung und der Scham des Klägers, über die Symptomatik zu sprechen, habe die Kausalität auch nicht etabliert werden können. Eine Einschätzung der MdE könne im Moment nur sehr schwer erfolgen, da der Kläger aktuell arbeitsunfähig sei. Weiterhin werde zwar eine nach der nationalen Versorgungsleitlinie anerkannte suffiziente Therapie hinsichtlich der depressiven Episode durchgeführt, nicht jedoch eine spezifische Behandlung bei chronifizierter Depression. Diese sei dem Kläger nach eigenen Angaben mehrfach nahegelegt worden. Er habe sich jedoch aus nicht eigenbegründbarer Motivation nicht dazu entschließen können, habe also dementsprechend nicht an seiner Gesundung mitgewirkt. Würde der aktuell bestehende Gesundheitszustand berücksichtigt, ergäbe sich hieraus eine MdE von mindestens 40 v. H. Tatsache sei jedoch, dass Depressionen, auch im

Rahmen eines eher chronischen Verlaufes, erst nach suffizienter klinischer Behandlung beurteilt werden sollten.

Grundlage einer psychiatrischen Begutachtung sei eine sorgsame Befunderhebung, wie er sie vorgenommen habe. Er habe eine mehrstündige Exploration durchgeführt, unter Einbeziehung standardisierter und normierter Testverfahren. In den in den Akten enthaltenen ärztlichen Befundberichten, woraus sich mitunter eine deutlich stärker beeinträchtigende Depression ergebe, fänden sich indes lediglich Bewertungen von Zustandsbildern. Da jeweils keine entsprechenden zugrundeliegenden Befunde zur Verfügung stünden, könne nur konstatiert werden, dass sowohl die erfolgte standardisierte und auf Psychometrie basierende Befunderhebung als auch die diagnostische Einschätzung zu einer anderen Bewertung geführt habe. Nach dem Gutachten von Prof. Dr. Sch. habe sich nach dessen standardisierter Befunderhebung, die nach seiner Einschätzung durch die dysphorisch-aggressive Haltung des Klägers beeinträchtigt gewesen sei, ein leichtgradiges depressives Zustandsbild gezeigt; gleichwohl sei nur eine Dysthymie diagnostiziert worden. Er habe demgegenüber eine mindestens mittelgradige chronifizierte Gesundheitsstörung erkannt. Die vom Kläger bei der von ihm durchgeführten gutachterlichen Untersuchung sehr deutlich geschilderte depressive Kernsymptomatik, die durch die vorwerfende feindliche Haltung sehr schwer zu explorieren gewesen sei, sei von Prof. Dr. Sch. nicht gesehen worden. Diese zu objektivieren habe mehrere genauere Nachfragen seinerseits erfordert, da der Kläger auf jede Frage, welche die bei ihm tatsächlich vorhandene depressive Kernsymptomatik der Antriebsstörung und Freudlosigkeit berührt habe, mit erheblich vorwerfender Haltung reagiert und diese erst nach mehrfachem Nachfragen zugegeben habe. Ob die von Prof. Dr. Sch. vorgenommene Einstufung einer Dysthymie wegen des doch signifikanten Befundes in der Hamilton-Skala im Sinne einer depressiven Episode vollständig schlüssig sei, könne in Zweifel gezogen werden. Möglicherweise sichere er sich selbst noch mehr wissenschaftlich ab, indem er auf eine umfangreichere Psychometrie zurückgreife und seine Untersuchung wohl verbesserte Rahmenbedingungen biete. Hierdurch werde eine differenziertere und qualitative, symptombezogene Exploration ermöglicht. Schlussendlich sei es indes nicht auszuschließen, dass sich die Symptomatik bei den jeweiligen Untersuchungen verschieden dargestellt habe.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, der Sachverständige Prof. Dr. B. untermauere eine MdE von 20 v. H. ab Mitte Juli 2011, ab dem Jahre 2012 sogar eine solche von mindestens 40 v. H. Ihm könne nicht der Vorwurf gemacht werden, seine Rentenansprüche weiterhin intensiv zu verfolgen. Das sei sein gutes Recht. Jegliche Anspielungen der Beklagten auf eine eventuelle Simulation weise er entschieden zurück. Der fehlende Nachweis von Antidepressiva in seinem Blut bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. E. im Rentenverfahren sei darauf zurückzuführen, dass er zu jener Zeit mehrere Tage die Medikamente nicht eingenommen habe, da eine Umstellung auf ein neues Präparat erfolgt sei. Ohnehin sei, ob der dortigen Begutachtungssituation fraglich, ob ihr Gutachten überhaupt berücksichtigt werden könne. Bis zu dem Unfallereignis am 29. September 2010 sei er durchgängig berufstätig gewesen. Er habe weder nennenswerte Beschwerden im Bereich der linken Schulter gehabt noch sei er jemals in psychiatrischer Behandlung gewesen. Aus welchem Grund sich seine Kindheit erst nach dem Unfall auf seine Psyche habe auswirken sollen, erschließe sich ihm nicht. Die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien erst aufgetreten, als er die linke gar nicht mehr habe einsetzen können. Er habe dann versucht, sämtliche Arbeiten mit der rechten Hand auszuführen. Die bei ihm vorhandenen Erkrankungen Diabetes mellitus und Bluthochdruck seien erst nach dem Unfallereignis zum Vorschein gekommen.

Er beantragt,

unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. Februar 2013 und des Bescheides vom 22. Dezember 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. März 2012 die Beklagte zu verurteilen, bei ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010 eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 vom Hundert ab 19. Juli 2011 und 40 vom Hundert ab 1. Januar 2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die von Prof. Dr. B. angenommene posttraumatische Verbitterungsstörung könne nicht als Unfallfolge zugrunde gelegt werden, da es sich hierbei um keine Diagnose handele, die einem anerkannten Diagnoseklassifikationssystem zugeordnet werden könne. Anders als bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. B. habe der Sachverständige Prof. Dr. Sch. bei seiner Begutachtung etwa zehn Monate zuvor kein ausgeprägtes depressives Syndrom, sondern lediglich eine leichtgradige Depressivität feststellen können. Prof. Dr. B. habe zwar keinen Anhalt für eine Simulation gefunden, die Aggravation sei indes nicht verneint worden. Er habe es zu Unrecht unterlassen, ein Medikamentenscreening durchzuführen. Dies habe sich indes aufgedrängt, nachdem sich bei der auf Veranlassung der Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung veranlassten Begutachtung durch Dr. E. kein Hinweis auf die Einnahme von Antidepressiva gezeigt habe. Nicht unberücksichtigt bleiben könne, dass der Kläger schon mindestens drei Begutachtungen auf psychiatrischem Fachgebiet durchlaufen habe, weshalb er einzelne Testverfahren infolge der wiederholten Anwendung kenne. Daher seien seine Antworten bei weiterhin intensiv verfolgtem Rentenbegehren möglicherweise relativierend einzuordnen. Hierauf gehe Prof. Dr. B. kaum ein. Allein dessen Hinweis darauf, dass ein Training der Instrumente, also wohl der Testverfahren, wegen des Ausbildungsstandes des Klägers nicht möglich erscheine, sei keine hinreichende Begründung. Als nicht versicherte Alternativursachen seien neben der schwierigen Situation in der Kindheit auch der schlecht eingestellte Bluthochdruck und der offensichtlich noch schlechter eingestellte Diabetes mellitus als dauerhafte, sowohl die Lebensqualität als auch die Lebenserwartung erheblich herabsetzende Faktoren für das Auftreten einer Depression nicht außer Acht zu lassen. Zudem habe der Kläger seine selbstständige Tätigkeit im Jahre 2007 wohl wegen beruflicher Überforderung aufgeben müssen. Auch dies könne nicht ohne Folgen auf das psychische Befinden gewesen sein. Als Belastungsfaktor käme möglicherweise noch die Pflege der Schwiegereltern in Betracht. Jedenfalls hätten all diese Faktoren von Prof. Dr. B. im Rahmen seiner Ausführungen zur Kausalität näher beleuchtet werden müssen, zumal er selbst auf die multifaktorielle Verursachung von Depressionen hingewiesen habe. Demgegenüber habe er sich wegen nicht versicherter Mitursachen lediglich auf die schwierige Kindheit des Klägers beschränkt, die er schließlich als nur andeutungsweise explorierbar und damit für ihn offensichtlich als bedeutungslos eingestuft habe. In diesem Punkt habe Prof. Dr. Sch. wesentlich gründlicher gearbeitet. Möglicherweise sei die Depression auch auf den sonstigen, zweifelsfrei nicht unfallbedingt bestehenden Gesundheitszustand zurückzuführen, weswegen ein Grad der Behinderung von 70 festgestellt worden sei. Die Ausprägungen müssten also recht massiv gewesen sein, da insoweit weder die Unfallfolgen noch der psychische Formenkreis enthalten seien. Gegen einen Zusammenhang der depressiven Erkrankung mit dem Unfallereignis spreche auch, dass der Kläger danach zeitweise schmerzfrei gewesen sei und sich die Schmerzsituation insgesamt gebessert beziehungsweise auf der rechten Seite deutlich drastischer

gezeigt habe. Schließlich habe der Kläger selbst darauf hingewirkt, dass die Behandlung Mitte Juli 2011 abgeschlossen worden sei. Der von Prof. Dr. B. beschriebene soziale Rückzug des Klägers könne auch darauf zurückzuführen sein, dass dieser bis aktuell nicht wieder dem ersten Arbeitsmarkt habe zugeführt werden können, was jedoch nicht auf die Folgen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010 zurückzuführen sei. Soweit Prof. Dr. B. angenommen habe, dass wegen der seiner Ansicht nach über 50 Jahre bestehenden relativen psychischen Gesundheit des Klägers eine hinreichende Kausalitätsbeteiligung gesehen werden könne, so stütze dies allenfalls die Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit ergebe sich deshalb noch nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist form- und fristgerecht (§ 151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft (§ 143, § 144 Abs. 1 SGG), aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 19. Februar 2013, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 22. Dezember 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. März 2012 wegen des Ereignisses vom 29. September 2010 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. verfolgt hat, abgewiesen worden ist.

Der Zulässigkeit des im Berufungsverfahren gestellten Leistungsantrages, mit dem der Kläger zuletzt die Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. ab 19. Juli 2011 und mindestens 40 v. H. ab 1. Januar 2012 verfolgt hat und über den nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung des Senats zu entscheiden ist (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34), steht nicht entgegen, dass der Kläger das Klageziel erstinstanzlich noch dahingehend formulierte, die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Rente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. ab 19. Juli 2011 zu gewähren. Im Berufungsverfahren ist der Klageantrag für die Zeit ab 1. Januar 2012 lediglich weiter konkretisiert worden, ohne dass überhaupt eine Erweiterung (§ 99 Abs. 3 Nr. 2, § 153 Abs. 1 SGG) vorgenommen worden ist. Die Klage ist jedoch unbegründet, da der Kläger wegen des Ereignisses vom 29. September 2010 keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente hat.

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII. Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente (§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren (§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - B 2 U 5/10 R -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R -, BSGE 93, 63).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - B 2 U 9/11 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von § 11 SGB VII, der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 16/11 R -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - B 2 U 9/11 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - B 2 U 9/11 R -, juris, Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - B 2 U 29/07 R -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 - B 2 U 2/11 R -, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R -, BSGE 96, 196) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - B 2 U 5/10 R -, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben führen die Folgen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010 ab dem vom Kläger begehrten Rentenbeginn am 19. Juli 2011 nicht zu einer MdE von 20 v. H., wie es vorliegend mangels eines von ihm angeführten noch sonst ersichtlichen Stützrententatbestandes Voraussetzung für einen Anspruch auf Gewährung einer Rente ist.

Am Unfalltag griff der Kläger während der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit als angestellter Lagerist und bei einer damit nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versicherten Verrichtung mit an seinem Körper angelegtem innenrotiertem linken Arm unter eine mit Dachsteinen beladene Palette, um deren Umkippen zu verhindern. Hierzu drückte er die sich in seine Richtung bewegende Ware durch Außenrotation des linken Armes im Schultergelenk und unter Einsatz seines Oberkörpers von sich weg. Dieser Unfallhergang steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der schriftlichen Angaben des Klägers gegenüber der Beklagten Anfang Mai 2011 und seiner Äußerungen gegenüber dem Sachverständigen Dr. M. bei dessen gutachterlicher Untersuchung im Oktober 2012, wie sie sich aus dem schriftlichen Gutachten ergeben, fest. Bei diesem Bewegungsvorgang ist, wie Dr. M. überzeugend ausgeführt hat, die Sehnenmuskeleinheit des Subscapularismuskels, der ein Innenrotator des Schultergelenks ist, aktiv maximal angespannt worden, wobei der Kläger gleichzeitig eine bewusste Außenrotationsbewegung durchgeführt hat. Hierbei ist es zu einer Einwirkung auf die Subscapularissehne und in der Folge bei dieser zu einem kleinen Einriss anterior-inferior gekommen. Dieser Gesundheitsschaden steht zur Überzeugung des Senats nach dem von Dr. W. etwa einen Monat nach dem Unfallereignis erstellten MRT fest, wie auch Dr. M. aus medizinischer Sicht herausgestellt hat. Des Weiteren liegt mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Einwirkung und dieser Gesundheitsstörung vor. Dr. M. hat sich für seine medizinische Einschätzung auf den von Dr. W. erhobenen kernspintomographischen Befund gestützt und schlüssig ausgeführt, dass dieser eine frische Ruptur beschreibt, Signalanhebungen, die auf degenerative Veränderungen hindeuten, allenfalls geringfügig erkennbar sind und ein Bone bruise als Ausdruck für Mikrofrakturen innerhalb des Knochens dargestellt ist. Die Einschätzung, wonach diese Verletzung im Bereich des Subscapularismuskels Folge des Ereignisses vom 29. September 2010 gewesen ist, haben auch Dr. St.-F. in seinem im Wege des Urkundenbeweises (§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO) verwerteten

Krankheitsbericht über eine Untersuchung des Klägers im Februar 2011, Dr. K. konkret in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von Juni 2011 und Prof. Dr. H. in seinem ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten geteilt. Mit dieser Verletzung hat sich zudem ein versichertes Risiko verwirklicht.

Demgegenüber sind die mittels des MRT vom 27. Oktober 2010 objektivierten Gesundheitsstörungen der inkompletten Ruptur der Supraspinatussehne, des subakromialen Impingementsyndroms, der zentralen Partialruptur der langen Bizepssehne, der geringen Bursitis subacromialis-subdeltoidea, der Bursitis subcoracoidea und der initialen Omarthrose nicht Folgen des Arbeitsunfalls vom 29. September 2010, da sie bereits vor dem Unfall entstanden sind und sich hierdurch auch nicht wesentlich verschlimmert haben. Dr. M. hat überzeugend dargelegt, dass sich dem kernspintomographischen Befund Signalveränderungen der Supraspinatussehne (Übergrätenmuskel) und der Infraspinatussehne (Untergrätenmuskel) mit Teilrupturen entnehmen lassen. Diese Signalveränderungen sind ein Hinweis auf nicht traumatische, sondern verschleißbedingte Veränderungen der Supraspinatussehne. Durch die Teilruptur der Supraspinatussehne ist es im Wesentlichen zu einer Verschmälerung des Subakromialraumes gekommen, da die Sehnen der Rotatorenmanschette, insbesondere die Supraspinatussehne, für das Niederziehen des Oberarmkopfes im Schultergelenk verantwortlich sind. Durch den Funktionsverlust dieser Sehne ist der Oberarmkopf infolge des Muskelzuges der Deltamuskulatur nach oben gerückt, weshalb sich der subakromiale Gleitraum des Oberarmkopfes verschmälert hat. Dies hat zu einem Anstoßen der Weichteile des Oberarmkopfes unter dem knöchernen Schulterdach im Sinne eines Impingements geführt. Daher ist der Senat nach dem Sachverständigenbeweis überzeugt, dass es sich nicht um ein in Bezug auf die traumatische Läsion der Subscapularissehne im linken Schultergelenk sekundäres Impingementsyndrom handelt, wie Prof. Dr. H. angenommen hat, sondern um eine Funktionsstörung, die infolge der unfallunabhängigen Teilruptur der Supraspinatussehne entstanden ist. Daher ist auch der mit dem MRT nachgewiesene Hochstand des Humeruskopfes, woraufhin Dr. St.-F. wegen der von ihm erkannten Neogelenkbildung im Bereich des Schulterdaches eine Cuff-Arthropathie diagnostiziert hat, nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die Teilruptur der langen Bizepssehne im linken Schultergelenk ist nach dem MRT vom 27. Oktober 2010 schlecht abgrenzbar gewesen, was nach Dr. W. auf eine ältere, also vor dem Unfallereignis am 29. September 2010 eingetretene Einreißung hindeutet. Hiervon ist auch Prof. Dr. H. in seinem Bericht nach ambulanten Untersuchungen des Klägers am 26. Oktober 2010 und zwei Tage danach ausgegangen. Folglich sind sie für den Senat nachvollziehbar weder von ihm in seinem Gutachten noch von Dr. M. als Unfallfolgen angeführt worden. Anhaltspunkte dafür, dass die Schleimbeutelentzündungen und der Schultergelenksverschleiß Folgen des Ereignisses vom 29. September 2010 sind, liegen nach den medizinischen Unterlagen nicht vor, was auch keine der gehörten sachkundigen Personen behauptet hat.

Durch die Unfallfolgen im Bereich der linken Schulter ist es zu Funktionseinschränkungen gekommen, die nach Auffassung des Senats keine höhere MdE als 10 v. H. rechtfertigen. Die nach der unfallmedizinischen Literatur maßgeblichen, auf den Arbeitsunfall vom 29. September 2010 zurückzuführenden Funktionseinschränkungen im Bereich der oberen linken Gliedmaße bestehen ausschließlich wegen der geringen Bewegungseinschränkung der Schulter bei der Vorhebung sowie der Muskel- und geringen Kraftminderung im Arm. Wegen vielfältiger dreidimensionaler Bewegungseinschränkung ist die Schultervorhebung als Hauptkriterium zu werten. Der Raum zwischen der unbedeutenden Beeinträchtigung der Verletzung und der Vorhebungsbeeinträchtigung bei operativer Schulterversteifung wird zwischen einer MdE unter 10 v. H. bis 30 v. H. gegliedert; konkret ist bei einer Vorhebung bis 120° eine MdE von 10 v. H. vorgesehen, bei einer solchen lediglich bis 90° eine MdE von 20 v. H. (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 523). Nach dem Unfallereignis hat die Vorhebung mittels Messung nach der Neutral-0-Methode bei Dr. K. Mitte Juli 2011 bis 180° sowie anschließend bei der gutachterlichen Untersuchung bei Prof. Dr. H. Mitte Oktober 2011, während der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme bei Dr. H. im Januar 2012 und bei der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. M. Mitte Oktober 2012 jeweils bis 160° vorgenommen werden können. Die Muskelumfangsmessung durch Dr. M. hat eine Muskelminderung am linken Oberarm von 3 cm, am Ellenbogengelenk von 1 cm und am Unterarm von 2 cm ergeben. Der Kraftgrad ist von Dr. H. mit "4" festgestellt worden, was eine Bewegung gegen einen leichten Widerstand zulässt, also eine fast normale Kraft (Kraftgrad "5") bedeutet. Eine nur etwas verminderte Armkraft stellte bereits Dr. K. Mitte Juli 2011 in seiner Sondersprechstunde fest. Diese nach dem Unfallereignis aufgetretenen Funktionsbeeinträchtigungen lassen sich indes nicht in einen unfallbedingten und einen unfallunabhängigen Anteil trennen, wie Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von Dezember 2011 angenommen hat. Dies setzte voraus, dass beide Teile abgrenzbar sind, was im Übrigen auch für die Annahme einer Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsstörung durch ein Unfallereignis für den Vorschaden und den unfallbedingten Verschlimmerungsanteil gilt (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 26/04 R -, juris, Rz. 33). Eine solche Abgrenzung kann vorliegend nicht vorgenommen werden. So hat der Senat auch die Ausführungen von Dr. M. verstanden, wonach die wesentliche Teilursache der jetzigen Symptomatik der Subscapularissehne zuzuordnen sei. Soweit Prof. Dr. H. eine MdE von 20 v. H. für gerechtfertigt erachtet hat, fehlt es hierfür nach der unfallmedizinischen Literatur an einer hinreichenden Grundlage.

Zu weiteren Unfallfolgen, insbesondere auf psychiatrischem Fachgebiet, die geeignet wären, die MdE ab 19. Juli 2011 zu erhöhen, hat der Arbeitsunfall vom 29. September 2010 nicht geführt. Es ist schon fraglich, ob die erstmals seit November 2013 therapierte psychische Erkrankung überhaupt gesichert auf den drei Jahre zurückliegenden Arbeitsunfall zurückgeführt werden kann (vgl. dazu Urteil des Senats vom 22. Januar 2015 - L 6 U 5221/12 -, juris, Rz. 49, 52). Insofern ist die Aussage des insoweit fachfremden Arztes für Allgemeinmedizin Dr. B., der Kläger sei seit dem Unfall seelisch-nervlich angespannt gewesen, wenig aussagekräftig, vielmehr Ausdruck einer normalen psychischen Reaktion auf den Arbeitsplatzverlust. Gleiches gilt für die schon deswegen angreifbare Aussage der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. Ch. von Juli 2013, der Kläger leide an schweren starken Depressionen, die schon deswegen ersichtlich falsch ist, weil sie von der nachweislich unrichtigen Prämisse ausgeht, dass er sich schon damals bei einem Psychologen in intensiver Betreuung befand. Zwar scheidet eine "verzögerte" psychische Störung nicht allein deshalb aus, weil eine wahrnehmbare Symptomatik erst längere Zeit nach dem die Erkrankung auslösenden Initialereignis aufgetreten ist. Die lange Latenz gibt jedoch Anlass zur Prüfung, ob neben dem Initialereignis mitwirkende, danach entstandene Bedingungen allein wesentliche Ursache für die Entstehung der Symptomatik sein können (so auch Urteil des LSG Baden-Württemberg - L 8 U 2652/12 -, juris, Rz. 40, 43). Darauf und auf die mannigfachen psychosozialen Vorbelastungen hat auch der Sachverständige Prof. Dr. Sch. zutreffend hingewiesen. Letztlich konnte die Kausalitätsbeurteilung vorliegend indes offen bleiben. Denn zur Überzeugung des Senats steht nur fest, dass der Kläger an einer Dysthymia (ICD-10-GM-2016 F34.1) leidet, wie dies Prof. Dr. Sch. nach seiner gutachterlichen Untersuchung nachvollziehbar diagnostiziert hat. In der aktuellen Fassung des Diagnoseklassifikationssystems ICD-10 wird diese Gesundheitsstörung als eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-GM-2016 F33.-) zu erfüllen, umschrieben. Eine solche depressive Störung hat auch Prof. Dr. B. nicht diagnostiziert, stattdessen, verschlüsselt mit "F32.1", eine chronifizierte mittelgradige depressive Symptomatik. Hierfür hat er allerdings die Entwicklung einer depressiven Symptomatik zugrunde gelegt, die nicht durch einen fachärztlichen psychopathologischen Befund objektiviert ist. Deren erstmalige Beschreibung hat er in der Bewertung als "seelisch nervliche Anspannung" durch den Arzt für Allgemeinmedizin Dr. B.

gesehen. Später sei mehrfach von einer schweren depressiven Störung berichtet worden. Dies hat er indes den Berichten und der schriftlichen sachverständigen Zeugenaussage der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. Ch., die ebenfalls nicht auf dem Fachgebiet der Psychiatrie tätig ist, entnommen, worin nach seiner eigenen Aussage lediglich Bewertungen von Zustandsbildern enthalten sind, ohne dass Dr. Ch. entsprechende zugrundeliegende Befunde angeführt hat. Soweit er wegen der von ihm so bezeichneten rudimentären Befundschilderungen eine abgestufte mäßiggradige depressive Störung angenommen hat, ist diese Vorgehensweise unzulässig. Demgegenüber hätte er von einer mangelnden Objektivierung ausgehen müssen. Mangels strukturierter psychopathologischer Befunddarstellung und mangels Bezugnahme auf ein wissenschaftlich anerkanntes Klassifikationssystems ist ferner unklar, welche Gesundheitsstörungen in welchem Schweregrad der sachverständige Zeuge Dr. K., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, mit der klinisch-umgangssprachlich, wenn auch nach Darlegung von Prof. Dr. Sch. durchaus geläufigen Formulierung "agitierte Depression" konkret gemeint hat. Bei dessen gutachterlicher Untersuchung hat ein "ausgeprägtes depressives Syndrom" jedenfalls nicht festgestellt werden können. Darüber hinaus haben beim Senat Zweifel nicht ausgeräumt werden können, ob Prof. Dr. B. in allen Bereichen überhaupt einen objektiven psychopathologischen Befund erhoben hat. So hat er ausgeführt, die vom Kläger sehr deutlich geschilderte depressive Kernsymptomatik zu objektivieren habe mehrere genauere Nachfragen seinerseits erfordert, da dieser auf jede Frage, welche die bei ihm tatsächlich vorhandene depressive Kernsymptomatik der Antriebsstörung und Freudlosigkeit berührt habe, mit erheblich vorwerfender Haltung reagiert und erst nach mehrfachem Nachfragen diese zugegeben habe. Eine unzulässige Suggestivbefragung kann hierbei nicht ausgeschlossen werden. Prof. Dr. B. hat die Diagnosestellung von Prof. Dr. Sch. zu Unrecht beanstandet. Das bezogen auf den gutachterlichen Untersuchungstermin festgestellte leichtgradige depressive Zustandsbild schließt nach den Diagnosekriterien der ICD-10-GM-2016 eine Dysthymia nicht aus. Hierzu bedarf es demgegenüber eines rezidivierenden Moments, was sich auch aus anderen medizinischen Befundunterlagen ergeben muss. Nach Auswertung solcher sich in den Akten befindlichen Dokumenten ist Prof. Dr. Sch. indes nicht zu diesem Schluss gekommen.

Unterstellt die Dysthymia, bei der nach Darlegung von Prof. Dr. Sch. grundsätzlich von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese auszugehen sei, weshalb vorliegend kein Ursachenzusammenhang angenommen werde, ist überhaupt Folge des Ereignisses vom 29. September 2010, führen die damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen zu keiner MdE von 10 v. H. Nach der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 156) ist eine Verstimmung, die nicht den Schweregrad einer leichten depressiven Episode erreicht, mit einer MdE bis 10 v. H. zu bewerten. Die beim Kläger wegen der Dysthymia bestehenden Funktionseinschränkungen rechtfertigen es nicht, diese obere Grenze zugrunde zu legen. So hat sich bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Sch. die depressive Verstimmung zwar in einer subdepressiv herabgeminderten Stimmungslage mit überwiegend dysphorischem Affekt und deutlichen Insuffiziengefühlen manifestiert gehabt. Zudem hat der Kläger verschiedene depressionsassoziierte Beschwerden wie Ein- und Durchschlafstörungen, Interessenreduktion, soziale Rückzugsneigung und Reizbarkeit angeführt. Demgegenüber ist der Antrieb situationsadäquat sowie das Ausdrucksverhalten affektkongruent und durchaus lebhaft gewesen. Formalgedankliche Störungen haben sich ebenso wenig gefunden wie klinisch manifeste kognitive Störungen. Hierdurch sind zwar Funktionsbehinderungen objektiviert, allerdings keine solchen, die bereits eine MdE von 10 v. H. stützten.

Teilweise und in unterschiedlicher Tiefe haben Prof. Dr. Sch. und Prof. Dr. B. zwar des Weiteren eine spezifische Angststörung, eine generalisierte Angst- oder Panikstörung, eine phobische Störung, eine somatoforme Störung, eine Persönlichkeitsumformung und eine posttraumatische Verbitterungsstörung thematisiert. Sofern sie überhaupt von deren Vorliegen ausgegangen sind, haben sie indes die Gesundheitsstörungen nicht in eines der gängigen Diagnosesysteme unter Verwendung der dortigen Schlüssel konkret eingeordnet (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - B 2 U 31/11 R -, juris, Rz. 18), weshalb sie sich bereits deshalb nicht als vorhandene Gesundheitsschäden haben nachvollziehen lassen.

Keine Unfallfolgen sind ein Diabetes mellitus Typ 2 oder eine Hypertonie. Den Diabetes mellitus Typ 2, den der Kläger auf den Arbeitsunfall vom 29. September 2010 zurückführt, hat Prof. Dr. H. in seinem Gutachten ausdrücklich als unfallunabhängige Erkrankung eingeordnet. Zudem hat der Kläger bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. Sch., in Widerspruch zu seinem Vorbringen im gerichtlichen Verfahren, wonach sie erst nach dem Unfallgeschehen zum Vorschein gekommen sei, angegeben, dass diese Gesundheitsstörung bei ihm 2001 festgestellt worden ist. Bei der Exploration durch Prof. Dr. B. hat er die Erstdiagnose dem Jahre 2000 zugeordnet. Ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist daher nicht gegeben. Den Bluthochdruck hat der Kläger gegenüber keinem dieser Sachverständigen angeführt, weshalb sich für den Senat weder ein Anhaltspunkt dafür ergeben hat, dass ein Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis besteht, noch dass hieraus überhaupt Funktionseinschränkungen resultiert haben.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-02-03