

1. Zur Problematik der Feststellung einer Anpassungsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls (fehlende haftungsausfüllende Kausalität).
2. Es ist in einem medizinischen Gutachten als Mangel zu bewerten, wenn in diesem die Angaben des Klägers übernommen worden sind, ohne sie mit seinen Darstellungen gegenüber anderen Gutachtern kritisch abzugleichen oder auch in Bezug zu aktenkundigen Behandlungsunterlagen zu setzen.

§ 56 SGB VII

Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 15.10.2009 – L 22 U 155/08 –
Bestätigung des Urteils des SG Berlin vom 14.05.2007 – S 25 U 322/03 –

Streitig war die Gewährung einer höheren MdE nach einem Arbeitsunfall des Klägers. Auf dem Heimweg von der Arbeitsstätte war der Kläger bei Glatteis ausgerutscht und auf die linke Schulter gefallen (Prellungen, Schulterdistorsion). Später aufgetretene psychische Störungen („schwere depressive Verstimmung“) führte der Kläger auf den Arbeitsunfall zurück und begehrte deshalb die Gewährung einer höheren Rente nach einer MdE von 50 v.H. Problematisch war sowohl die Feststellung der **psychischen Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.25)** selbst wie die Verursachung durch das Unfallereignis (**haftungsausfüllende Kausalität**).

Das LSG hat einen höheren Rentenanspruch abgelehnt. Insbesondere könnten keine Gesundheitsstörungen auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-) Ursache zurückgeführt werden. In dieser Frage hatte sich der Senat mit **widersprechenden Aussagen verschiedener medizinischer Gutachten** auseinanderzusetzen. Bei den Gutachten, die einen Ursachenzusammenhang dieser (angeblichen) Störungen mit dem Arbeitsunfall bejahten, beanstandete der Senat insbesondere, diese Gutachten litten daran, dass die Gutachterinnen ihren Überlegungen Angaben des Klägers ihnen gegenüber zugrunde gelegt hätten, ohne sie mit seinen Darstellungen gegenüber den übrigen Gutachtern kritisch abzugleichen oder auch in Bezug zu aktenkundigen Behandlungsunterlagen zu setzen.

Nach Ansicht anderer Gutachter, denen das Gericht folgte, war dagegen ein **Kausalzusammenhang** mit dem Arbeitsunfall **zu verneinen**. So sei der Arbeitsunfall nach dem aktuellen medizinischen Erkenntnisstand schon allgemein nicht geeignet gewesen, die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen hervorzurufen. Auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet lägen keine Unfallfolgen vor, die messbare funktionelle Einschränkungen hervorbringen würden. Wesentliche Ursache der Anpassungsstörung seien, so einer dieser Gutachter, **unfallunabhängige Sekundärereignisse**. Danach sei das Störungsbild auf den Unmut und die Enttäuschung über tatsächliche bzw. angebliche Fehlbehandlung durch Gutachter und die Unfallversicherung auf dem Boden einer „disponierenden Persönlichkeitsakzentuierung“ zurückzuführen.

Anmerkung: Siehe zu dem Thema „**Anpassungsstörung**“ auch den Aufsatz von Foerster „Die psychoreaktiven Störungen“; Hinweis zu dem Aufsatz in dieser Ausgabe von UVR auf S. 249.

Das **Landessozialgericht Berlin-Brandenburg** hat mit **Urteil vom 15.10.2009 – L 22 U 155/08 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

Im Streit ist die Gewährung einer höheren als der dem Kläger bewilligten Rente für die Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1997.

Der 1948 geborene Kläger war von seiner damaligen Arbeitsstätte (Ph AG Vertriebszentrum Berlin) auf dem Weg nach Hause, als er aufgrund von Glatteis ausrutschte und auf die linke Schulter fiel. Der Kläger arbeitete seinerzeit als Kommissioniererin in einem pharmazeutischen Großhandelsbetrieb.

In dem H-Arzt-Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. Dr. Z, bei dem der Kläger am 22. Dezember 1997 eingetroffen war, wird eine Thoraxprellung links, eine Schulterdistorsion links, eine Prellung der Brustwirbelsäule, traumatische Blockierungen als Diagnose angeführt.

Im Nachschaubericht der Ärztin für Chirurgie Dr. F vom 17. März 1998 wird als Befund eine endgradige schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken Schultergelenks, Minderung der groben Kraft als Befund erhoben.

Im Bericht vom 05. Juni 1998 teilten Dres. L, Hund A der Beklagten mit, in der Abschlussuntersuchung am 05. Juni 1998 habe der Kläger kaum noch Schmerzen angegeben. Eine nennenswerte Bewegungseinschränkung im Bereich der linken Schulter lasse sich nicht ausmessen. Auf Wunsch des Klägers werde dieser ab Montag, den 08. Juni 1998 in seinem Beruf als Kommissionierer in seinem alten Betrieb wieder voll arbeiten.

Am 27. November 1998 war im St. Krankenhaus eine diagnostische Schulterarthroskopie erfolgt. Nach der operativen Behandlung im St. G-Krankenhaus erachtete der Arzt für Chirurgie Dr. B im Nachschaubericht vom 07. Dezember 1998 den Kläger für 8 bis 12 Wochen voraussichtlich arbeitsunfähig. Im Bericht am 25. Februar 1999 teilte Dr. B anlässlich des Tages der Nachuntersuchung vom 25. Februar 1999 u. a. mit: "Erwähnenswert ist eine erhebliche reaktive, depressive Verstimmung des Patienten. Wegen der depressiven Verstimmung will der Patient in den nächsten Tagen einen Psychiater aufsuchen. "

Die Fachärztin für Psychiatrie Dr. W teilte der Beklagten im Bericht vom 24. September 1999 mit, beim Kläger bestehe ein schweres depressives Syndrom, das reaktiv auf den erlittenen Arbeitsunfall bzw. dessen Folgen, das heiße die Einschränkung der Schulterbeweglichkeit und die Schmerzen zurückzuführen sei.

Nach Einholung eines Gutachtens durch Dr. D (Unfallchirurgischen Klinik der DRK-Kliniken W vom 20. Oktober 2000 mit radiologischem Zusatzgutachten von Dr. E vom 06. März 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger eine Rente auf unbestimmte Zeit mit Bescheid vom 23. November 2000. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1997 wurden anerkannt:

Engpasssyndrom am linken Schultergelenk mit deutlicher Bewegungseinschränkung, Minderung der groben Kraft und Herabsetzung der Gebrauchs- und Belastungsfähigkeit der linken Schulter nach schwerer Schulterprellung links.

Im Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 23. November 2000 wies er darauf hin, die psychischen Erkrankungsfolgen des Unfalls seien nicht hinreichend berücksichtigt worden.

Nach einem Aktenvermerk über ein Telefonat des Sachbearbeiters der Beklagten mit Frau Dr. W wurde eine Belastungserprobung ab 02. April 2001 abgebrochen aus Anlass eines Bandscheibenvorfalls. Mit psychischen Belastungen sei der Kläger zurechtgekommen.

Die Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytikerin, Dr. L, erstattete "ein tiefenpsychologisches- psychotraumatologisches Gutachten" am 11. Juli 2002 im Verwaltungsverfahren. Sie diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten ergänzt um Probleme mit medizinischen Betreuungsmöglichkeiten und sonstiger Gesundheitsbetreuung. Die MdE aufgrund der psychischen Erkrankung betrage 30 v. H.

Frau Dr. L führte zur Kausalität aus, es sei aus ihrer Sicht weniger ergiebig zu klären, welchen Anteil die prätraumatischen Risikofaktoren an der Ursache der jetzigen psychischen Erkrankung hätten. Dies könne erst in einem längeren diagnostischen Prozess geklärt werden, wie er z. B. im Rahmen einer stationären Behandlung möglich sei. Das Komplizierte bei der Kausalitätsfrage liege eher darin, dass praktisch zur gleichen Zeit 2 Ereignisse aufgetreten seien, die den Kläger stark verunsicherten, worin nur eines in die BG-Zuständigkeit falle. Sollte sie gefragt werden, welches der beiden Verlustereignisse sie für das wesentlichere halte, würde sie vorsichtig einschätzen, dass dies die Schulterverletzung sei. Nach Eingang des Gutachtens holte die Beklagte eine Stellungnahme des Durchgangsarztes und Chirurgen Dr. T ein, der in seiner Stellungnahme vom 26. August 2002 die Einholung einer Stellungnahme von Dr. H anriet.

Dr. H erstellte eine "fachärztliche Stellungnahme" nach Aktenlage im Auftrag der Beklagten am 14. September 2002 und wies darauf hin, dass die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung überhaupt nicht erfüllt seien. Er meinte, dass die von der Gutachterin beschriebenen Symptome nicht Unfallfolgen seien, sondern bereits in ähnlicher Weise bestanden hätten.

In Absprache mit dem Kläger holte die Beklagte nach Aktenlage eine neurologisch-psychiatrische Stellungnahme des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B ein, die dieser am 16. März 2003 abgab. Er gelangte zu der Beurteilung, auf nervenärztlichem Sektor bestehe im Wesentlichen eine depressive Symptomatik mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Das vorgelegte Gutachten mache deutlich, dass hier eine latente Schadensanlage vorliege. Es sei hier ganz eindeutig die primäre Persönlichkeit, die die alles überragende Ursache der weiteren Entwicklung gewesen sei. Nur so erkläre sich das hier auffallende Bild, dass aus einer zunächst als geringfügig imponierenden Verletzung ein sich zunehmend aufgeblähtes Bild aus Schmerz und psychischer Symptomatik entwickelt habe. Die Unfallfolgen lägen ausschließlich auf chirurgischem Sektor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 23. Mai 2003 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 23. November 2000 zurück.

Mit der am 05. Juni 2003 beim Sozialgericht (SG) Berlin eingegangenen Klage verfolgte der Kläger sein Begehren weiter, neben den Bewegungseinschränkungen der Schulter als Unfallfolge auch eine schwere depressive Verstimmung festzustellen und ihm eine höhere

Rente, und zwar nach einer MdE um 50 v. H. zu bewilligen. Zur Begründung bezog er sich auf das ärztliche Attest von Frau Dr. W vom 16. Januar 2001 und auf das Gutachten von Dr. L. Auch Dr. B gehe davon aus, dass der Arbeitsunfall auslösendes Moment für die Krankheit sein könne.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 23. November 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Mai 2003 insoweit aufzuheben, als die Gewährung einer Verletztenrente von mehr als 20 v. H. abgelehnt wird und die Beklagte zu verurteilen, ihm als Folge des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1997 eine Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG holte eine Epikrise der St. H Kliniken B vom 08. Februar 2001 ein, wonach sich der Kläger in der Zeit vom 07. Dezember 2000 bis 18. Dezember 2000 dort in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hat. Diagnostiziert wurde: akute Belastungsreaktion (ICD-10 F 43.0), V. a. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F. 43.21), V. a. Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.9). Anlass war der Aufnahmewunsch des Klägers, der am Vorabend bei einer Familienfeier unter Alkoholkonsum in Streit mit seinen Geschwistern geraten war und den Drang verspürt habe, seine Schwester, seinen Bruder und sich selbst umzubringen.

Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A erstattete am 19. Januar 2005 ein Gutachten nach psychiatrischer und Exploration und Untersuchung des Klägers am 17. Januar 2005. Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Störung von Affekt, Sozialverhalten und Schmerzverarbeitung (ICD-10: F 43.2), die ihre Ursache in unfallunabhängigen Sekundärereignissen habe.

Die psychiatrische Gutachterin der Beklagten beschreibe in ungewöhnlich extensiver und detaillierter Weise eine weitgehend identische Entwicklung und Symptomatik, bewerte sie im Rahmen einer hochspekulativen Interpretation die Pathogenese anders, indem sie trotz der Schilderung der Primärpersönlichkeit und ihrer Auffälligkeiten und der Abhängigkeit der späteren Symptomatik von Verlust (Partnerin, Mutter) überraschenderweise die Schulterverletzung als wesentlich für die weitere Störungsprogredienz ansehe, ohne zu berücksichtigen, dass die psychopathologische Symptomatik keineswegs mit dem Verletzungsereignis, sondern vielmehr erst später eingesetzt habe und ausgeübt sei.

Der Kläger überreichte dazu eine Stellungnahme von Frau Dr. W vom 22. Mai 2005. Sie verweist darauf, dass die Annahme einer prämorbidem "emotional-instabilen Persönlichkeitsakzentuierung", die Dr. A letztlich als Ursache für die seelische Symptomatik ansehe, hypothetisch und nicht belegbar sei. Dass die Partnerbeziehung des Klägers gescheitert sei, sei nicht die Ursache, sondern Folge seiner Persönlichkeitsveränderung. Dr. A nahm am 29. März 2005 dazu Stellung.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattete die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. H vom 12. Februar 2007 ein neurologisch-

psychiatrisches Sachverständigengutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 09. Februar 2007. Nach ihrer Beurteilung besteht beim Kläger eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten als Folge des Wegeunfalls vom 19. Dezember 1997. Dafür spreche, dass eine so genannte Schadensanlage in der aktuellen Untersuchung nicht habe belegt werden können im Sinne eines konkurrierenden Kausalzusammenhangs. Auch dass die krankhaften Störungen erstmals im Februar 1999 dokumentiert seien, spreche nicht gegen einen Kausalzusammenhang. Die psychischen Reaktionen seien als psychische Fehlverarbeitung des komplizierten Krankheitsverlaufs mit unklarer Prognose nach erfolgter apparativer Therapie entstanden zu einem Zeitpunkt, als dem Kläger klar geworden sei, dass es zu bleibenden körperlichen Einschränkungen kommen werde und er nicht im nahen zeitlichen Zusammenhang seine Arbeit wieder aufnehmen könne. Damit sei eine entscheidende Lebensveränderung für den Kläger eingetreten, die den Beginn der Anpassungsstörung initiiert habe. Zu diesem Zeitpunkt habe er eine unauffällige Lebensbewährung gezeigt, er sei beruflich und sozial integriert und sportlich aktiv gewesen. Eine nervenärztliche oder psychologische Behandlung habe vor dem Unfall nicht bestanden. Seit Eintreten der unfallbedingten psychischen Gesundheitsstörungen seien keine weiteren Störungen eingetreten. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen hätten im Verlauf Verbesserungen gezeigt. Es bestünden keine Schlafstörungen, keine Suizidalität. Die Stimmungslage sei nicht mehr durchgehend zum depressiven Pol hin verschoben. Der Kläger zeige Bewältigungsstrategien, in dem er sich wieder Zukunftsziele setze und auch an sportlichen Interessen anknüpfe. Die MdE beurteilte sie mit 40 v. H. auf psychiatrischem Fachgebiet. Im Gegensatz zu Frau Dr. L könne sie prätraumatische Risikofaktoren nicht eruieren. Die Erkrankung der Mutter sei 10 Jahre vor ihrem Tod bekannt gewesen. Als die stationäre Aufnahme im November 1997 erfolgt sei, habe sie nur noch 33 kg Körpergewicht gehabt. Dem Kläger sei bewusst gewesen zu diesem Zeitpunkt, dass sie das Krankenhaus nicht mehr lebend verlassen werde. Nach eigenen Angaben habe er nach ihrem Tod im Februar 1998 ca. 4 bis 8 Wochen getrauert. Der Beginn der psychischen Störung sei erst nach der ersten Operation dokumentiert. Seit der Operation seien 10 kg Gewichtsverlust, Magengeschwüre, depressive Entwicklung bis zur Suizidalität eingetreten.

Dr. A nahm zu dem Gutachten am 02. April 2007 Stellung.

Mit Urteil vom 14. Mai 2007 wies das SG die Klage ab. Ein haftungsausfüllender Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem festgestellten psychiatrischen Schadensbild sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Es bestünden vielmehr Zweifel, dass das Ereignis vom 19. Dezember 1997 die rechtlich-wesentliche Ursache für die psychiatrischen Beschwerden des Klägers sei. Dabei stütze sich das Gericht vor allem auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. A

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 23. Mai 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 07. Juni 2007 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers. Zur Begründung wurde insbesondere vorgetragen, die Entscheidung hätte auf die gutachterliche Stellungnahme von Frau Dr. H gestützt werden müssen. Der Kläger habe sich unmittelbar nach dem Unfall konzentriert, möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess zu gelangen. Die frustrierenden Ergebnisse hätten zu einem totalen sozialen Rückzug, mangelndem Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Unruhe und Angstzuständen, Platzangst und Schweißausbrüchen und Suizid-Gedanken geführt. Zudem habe der Kläger bei Herrn Dr. A maximal 30 Minuten Zeit gehabt, sich zu äußern. Er

sei ihm häufig ins Wort gefallen. Bei der Begutachtung habe er auch kein einziges Wort über seine verstorbene Mutter geäußert.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. Mai 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 23. November 2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Mai 2003 insoweit aufzuheben, als die Gewährung einer Rente nach einer MdE um mehr als 20 v. H. abgelehnt wird und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger als Folge des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1997 eine Rente nach einer MdE um 50 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte verteidigt die angefochtenen Entscheidungen.

Aufgrund der Beweisanordnung vom 14. August 2007 erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. M am 04. Februar 2008 ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom selben Tage. Er gelangte zu der Beurteilung, dass beim Kläger auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet keine Unfallfolgen vor lägen, die messbare funktionelle Einschränkungen hervorbringen würden.

Der Arbeitsunfall sei nach dem aktuellen medizinischem Erkenntnisstand allgemein nicht geeignet, die bei dem Kläger vorliegenden Gesundheitsstörungen hervorzurufen.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht mit ausreichender Sicherheit stellen. Eine vor bestehende seelische Störung/Persönlichkeitsstörung lasse sich im genauen Ausmaß und im genauen Gewicht ihrer ursächlichen Bedeutung nach nicht sicher feststellen. Die festzustellenden psychischen Störungen seien erst mit größerem zeitlichem Abstand zum Unfall eingetreten, eine Vorerkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet sei durch den Unfall als wesentliche Ursache nicht verschlimmert worden. Eine klinisch manifeste psychiatrische Vorerkrankung sei vor dem Ereignis vom 19. Dezember 1997 nicht zu belegen. Bewusstseinnähe wunschbedingte Vorstellungen könnten nicht ausgeschlossen werden, da sich bei seiner Untersuchung insbesondere bei der körperlichen Untersuchung mehrfach Hinweise auf Aggravation ergeben hätten. Es liege eine Persönlichkeitsakzentuierung vor, dies sei aber keine klinische Diagnose. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nicht erfüllt.

Bei dem Kläger liegen nach seiner Beurteilung folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen vor:

1. Somatoforme Störung (ICD-10 F 45), 2. Angst und depressive Störung, gemischt, (ICD-10 F 41.2) mit leichten phobischen Ängsten (ICD-10 F.40).

Der Gutachter verneinte einen Unfallbezug schon aufgrund des zeitlichen Abstandes zwischen dem Unfall im Jahr 1997 und dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden im Jahr 2000 ohne jede Brückensymptomatik und ohne jeden nachgewiesenen organischen Unfallschaden. Klinisch imponierten die körperlichen Beschwerden als deutlich psychisch überlagert um einen unbewussten Teil und einen bewussten Teil. Der unbewusste Teil ent-

spreche einer somatoformen Störung, die sich teils in Schmerzen am Bewegungsapparat und als Kopfschmerz äußere (anhaltende somatoforme Schmerzstörung), teils in funktionellen Magen-Darm-Symptomen, die unter Stress auftreten (somatoforme autonome Funktionsstörung), wie sie dort anlässlich des ersten verschobenen Untersuchungstermins deutlich geworden sei. Unter dem Ursachengesichtspunkt seien die festgestellten seelischen Leiden wie folgt zu bewerten: Tatsächlich mache der Kläger gar keine psychischen Unfallfolgen im engeren Sinne geltend, sondern er bleibe in seiner Schilderung ausgesprochen diffus. Er nenne schließlich nur Konzentrationsschwierigkeiten und wiederum Schmerzen. Nach dem heutigen Befund sei die Konzentration jedoch nicht wesentlich gemindert und der Kläger wirke auch nicht erkennbar durch Schmerzen beeinträchtigt. Lediglich die Alpträume, die unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sein sollten und jetzt noch etwa 5 bis 6 Mal im Jahr angegeben würden, ließen inhaltlich noch teilweise einen Unfallbezug erkennen. Eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung ergebe sich daraus jedoch nicht.

Hinsichtlich der Stellungnahme von Frau Dr. W äußerte Dr. M, dass sie sich nicht auf Befunde sondern auf subjektive Angaben des Klägers stütze. Der Unfallzusammenhang werde nicht über einen Befund und nicht über spezifische inhaltliche Auffälligkeiten etwa im Erleben des Klägers hergestellt, sondern an sich darüber, dass vor dem Unfall keine psychische Krankheit manifest vorhanden gewesen sei. Dies sei nicht hinreichend.

Der Kläger überreichte eine Stellungnahme der Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W vom 29. April 2008. Insbesondere meinte diese, die von Dr. M beschriebene unterschwellig aggressive Stimmung und herabgesetzten Impulskontrolle seien als Symptom der nach dem Unfall beginnenden psychischen Erkrankung zu sehen. Die Symptomatik könne nicht auf den Tod der Mutter zurückgeführt werden. Im Rahmen der Behandlung habe sich zu keinem Zeitpunkt ein Anhalt für die von Dr. M beschriebenen Aggravationstendenzen ergeben.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 SGG erstattete die Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. T am 15. April 2009 ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 21. März 2009. Sie diagnostizierte u. a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD F 33.1. Sie meinte, die Reihenfolge der Ereignisse lasse keinen Zweifel daran zu, dass die Krankheitsentwicklung durch den Wegeunfall ihren Anfang genommen habe. Durch den Sturz habe er sich so verletzt, dass er seine Arbeit in dem Arzneimittellager in gewohnter Weise und zur allgemeinen Zufriedenheit nicht mehr habe durchführen können. Außerdem habe er unter beständigen Schmerzen und einer auch im Privatleben lästigen Bewegungseinschränkung des linken Arms gelitten. Eine vor bestehende seelische Störung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung im Gewicht ihrer ursächlichen Bedeutung lasse sich nicht feststellen. Beim Kläger bestehe keine pathologische Persönlichkeitsstruktur.

Dr. M nahm zu dem Gutachten am 30. Juni 2009 Stellung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakten zum Geschäftszeichen (4 Bände) und den der Gerichtsakten.

Entscheidungsgründe

Die zulässige und im Übrigen statthafte Berufung ist unbegründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine höhere Rente wegen der Folgen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls.

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist ausschließlich die Zahlung einer Rente aus Anlass des anerkannten Arbeitsunfalls mit Bescheid vom 23. November 2000, obgleich im Widerspruchsbescheid vom 23. Mai 2003 nicht nur der Widerspruch gegen den Bescheid vom 23. November 2000, sondern auch der "mit angefochtene Verwaltungsakt vom 06. Dezember 2002 zurück gewiesen wurde (Ablehnung des Anspruchs auf weitere psychologische Heilbehandlung). Hinsichtlich letzterem hat der Kläger keine Klage erhoben.

Die anerkannten Arbeitsunfallfolgen: Engpasssyndrom am linken Schultergelenk mit deutlicher Bewegungseinschränkung, Minderung der groben Kraft und Herabsetzung der Gebrauchs- und Belastungsfähigkeit der linken Schulter nach Schulterprellung links-rechtfertigen keine höhere MdE als eine solche um 20 v. H. Der Kläger hat dies auch weder im Verwaltungs- noch im Gerichtsverfahren ausdrücklich geltend gemacht.

Soweit zuletzt die Gutachterin Dr. T anlässlich ihrer Untersuchung eine schmerzhaftige Bewegungseinschränkung im linken Schulter-Arm-Gelenk festgestellt hat, wobei der linke Arm nicht über 90 Grad gehoben werden konnte, ist die MdE weiterhin mit 20 v. H. gerechtfertigt.

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 in Anlehnung an die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)).

Die Bemessung des Grades der MdE wird vom Bundessozialgericht (BSG) als Tatsachenfeststellung gewertet, die das Gericht gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG Urteil vom 02. Mai 2001 – B 2 U 24/00 R – SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S. 36 m.w.N.). Dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG SozR 3-2200 § 581 Nr. 8, S. 36 m.w.N.). Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22, 23; BSGE 82, 212 = SozR 3-2200 § 581 Nr. 5). Die zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem unfallversicherungsrechtlichen und unfallversicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG Urteil vom 22. Juni 2004 – B 2 U 14/03 – SozR 4-2700 § 56 Nr. 1).

Dementsprechende Erfahrungswerte, wie sie beispielhaft bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, Unfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 604 angegeben werden, sehen bei einer Bewegungsseinschränkung (Vorhebung bis 90°) eine MdE um 20 v. H. vor.

Nach diesen orientierenden Angaben ist eine MdE über 20 v. H. für die anerkannten Gesundheitsstörungen auch nicht gerechtfertigt nach dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung durch Dr. M. Für eine Verschlechterung der anerkannten Gesundheitsstörungen bot insbesondere die Untersuchung durch Dr. M keine Anhaltspunkte. Im Hinblick auf die Schulter hat Dr. M die aktenkundigen Befunde verglichen. Der Gutachter gelangte zur Beurteilung, dass eine wesentliche Veränderung nicht eingetreten ist. An der linken Schulter wurde von ihm beim Auskleiden zwar eine starke Bewegungseinschränkung demonstriert, allerdings bestand dieser beim Ankleiden nicht mehr. Der Kläger zog seinen Pullover problemlos mit beidseitig bis 180 Grad erhobenen Armen über den Kopf, den Wechsel aus der sitzenden in die liegende Körperposition vollzog ohne Schwierigkeiten. Es gab keinen Hinweis auf besondere Schonung der linken oberen Extremität. Zwar gab der Kläger eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk mit einer Einschränkung der Bewegung nach vorne und zur Seite auf jeweils 80° an, bei Spontanbeweglichkeit war sie hingegen uneingeschränkt.

Weitere Gesundheitsstörungen sind auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-)Ursache nicht hinreichend wahrscheinlich zurück zuführen.

Zur Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Folge eines Versicherungsfalls muss zwischen dem Unfallereignis und den geltend gemachten Unfallfolgen ein Ursachenzusammenhang nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel. Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Im Sozialrecht erfolgt diese Unterscheidung und Zurechnung nach der Theorie der wesentlichen Bedingung. Nach dieser werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs zum Gesundheitsschaden abgeleitet werden.

Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung als Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Ursachen geben, sozialrechtlich ist allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannten Ursachen wesentlich und damit Ursache im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar

naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und somit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. (Nur) für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Schadensanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen.

Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache bzw. dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Prüfung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Es geht dabei nicht um die Ablösung der für das Sozialrecht kennzeichnenden individualisierenden und konkretisierenden Kausalitätsbetrachtung durch einen generalisierenden, besondere Umstände des Einzelfalls außer Betracht lassenden Maßstab, sondern um die Bekräftigung des allgemeinen beweisrechtlichen Grundsatzes, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss.

Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so, wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte ist so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen: Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, die reine Möglichkeit genügt nicht (zu allem vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, B 2 U 1/05 R, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2007, 242 ff., 244).

Nach diesen Maßstäben, die der Senat zugrunde legt, lässt sich weder im körperlichen Bereich noch auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet eine Gesundheitsstörung als Arbeitsunfallfolge feststellen.

Im Bereich der Schulter-Nackermuskulatur hat Dr. keine wesentlichen muskulären Verspannungen festgestellt. In der gesamten Wirbelsäule gab es keine Druck- oder Klopf-schmerzangabe, Bückschmerzangabe oder sonstige funktionell bedeutsame Bewegungseinschränkung. Bei der Untersuchung wurde eine starke Bewegungseinschränkung in der Halswirbelsäule bei Drehung rechts etwa 30° behauptet, diese stand jedoch in starkem Widerspruch zu der beobachtbaren unauffälligen Spontanbeweglichkeit, bei der auch größere Drehungen nach rechts ausgeführt wurden. Die Muskulatur der oberen und unteren Extremitäten war hinsichtlich Ernährung, Spannung und Kraftentfaltung unauffällig. Die rechte Schulter war in der Beweglichkeit nicht eingeschränkt. In beiden Schultergelenken bei Bewegung war kein tastbares Knirschen im Gelenk. Schürz- und Nackengriff war beid-seits auch links problemlos ausführbar. Der Gang war unauffällig, raumgreifend mit aus-reichender Armmittbewegung auch nach der Untersuchung bei Nachbeobachtung außer-halb einer der längeren Gehsteige auf der Straße. Der Gutachter teilte mit, dass schmerz-bedingtes Verhalten oder Korrekturbewegungen oder Schmerzäußerungen nach der zwei-stündigen Exploration nicht zu beobachten waren.

Die vom Kläger berichteten Einschränkungen an der Wirbelsäule waren zum einen nicht so ausgeprägt wie beim Kläger vorgebracht. Zum anderen waren sie aggravatorisch über-lagert. Zudem konnte der Gutachter keinen Unfallbezug herstellen schon aufgrund des zeitlichen Abstandes zwischen dem Unfall im Jahr 1997 und dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden im Jahr 2000 ohne jede Brückensymptomatik und ohne jeden nachge-wiesenen organischen Unfallschaden.

Insofern sind nach der Beurteilung von Dr., der der Senat insoweit folgt, Kopfschmerzen, die vom Kläger ursächlich in einem zeitlichen Beginn auf die Beschwerden der Halswirbel-säule bezogen werden, als Unfallfolgen nicht plausibel zu machen. Der Kopf ist bei dem Unfall weder verletzt worden, noch fanden sich nach Auswertung durch den Gutachter weder in den Akten oder in der Schilderung des Klägers Hinweise auf ein Schädelhirn-trauma oder eine Nervenwurzelstörung.

Auch ein angegebener Tinnitus zeigte weder funktionelle Auswirkungen noch einen er-kennbaren Unfallbezug.

Soweit Frau Dr. T ein HWS- Syndrom ICD M50.3, eine Lumboischialgie ICD M 54.4, Asthma bronchiale, Katzenhaarallergie, gastritische Beschwerden, stressbedingte Di-arrhoen, Tinnitus diagnostiziert werden, sind diese Gesundheitsstörungen nach den o. g. Maßstäben nicht auf den Unfall als wesentliche Ursache zurückzuführen. Die Gutachterin bleibt eine überzeugende Begründung schuldig.

Auch Gesundheitsstörungen auf psychiatrisch-neurologischem Fachgebiet lassen sich nach den o. g. Maßstäben nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall als wesentliche (Mit-) ursache auf den o. g. Maßstäben zurückführen. Keines der vorlie-genden Gutachten hat dies überzeugend begründet.

Soweit Frau Dr. L im Gutachten eine Anpassungsstörung diagnostiziert und auf den Arbeitsunfall als wesentliche Ursache zurückgeführt hat, überzeugt das Gutachten den Senat nicht.

Sie diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten ICD 10: F 43.25 ergänzt um Probleme mit medizinischen Betreuungsmöglichkeiten und sonstiger Gesundheitsbetreuung ICD 10: Z 75 "auf dem Boden folgender Ursachen:

a) traumatischer Verlust der Beweglichkeit durch die plötzliche körperliche Verletzung und die langdauernde schmerzhafte Bewegungseinschränkung, b) Verlust eines wichtigen sozialen Objekts (Tod der Mutter) kurz nach der Schulterverletzung, c) eine als ignorant erlebte einseitig aufs körperlich-chirurgisch fokussierte ärztliche Betreuung auf Seiten der BG d) eine durch a, b und c bedingte basale Verunsicherung reaktualisierte frühere Traumata/Konflikte am ehesten aus der Kindheit und Jugend, möglicherweise im Zusammenhang mit einem Hyperaktivitäts-Syndrom.

Die Gutachterin hat deutlich gemacht, dass es "Ursachenbündel" für die von ihr angenommene und durch nichts überzeugend belegte "Reaktualisierung früherer Traumata/Konflikte" gibt. Allerdings sind früherer Traumata/Konflikte bereits nicht zur Überzeugung des Senats zweifelsfrei nachgewiesen. Soweit die Sachverständige eine Beurteilung derart vorgenommen hat, die Hauptursache sei die Schulterverletzung, hat sie auch dies nicht überzeugend begründet. Hingegen hat sie darauf hingewiesen, erst in einem längeren diagnostischen Prozess beispielsweise im Rahmen einer stationären Behandlung sei es möglich, zu klären, welchen Anteil die prätraumatischen Risikofaktoren an der Ursache der jetzigen psychischen Erkrankung hätten.

So führte sie aus: "Es ist aus meiner Sicht bei Herrn W. weniger ergiebig zu erklären, welchen Anteil die prätraumatischen Risikofaktoren an der Ursache der jetzigen psychischen Erkrankung haben. Dies könnte erst in einem längeren diagnostischen Prozess geklärt werden wie er z.B. im Rahmen einer stationären Behandlung. Das komplizierte bei der Kausalitätsfrage liegt eher darin, dass praktisch zur gleichen Zeit zwei Ereignisse aufgetreten sind, die den Patienten stark verunsicherten, wovon nur eines in die BG-Zuständigkeit fällt.

Sollten sie mich fragen, welches der beiden Verlustereignisse ich für das wesentlichere halte, Hierin wird die bei der Gutachterin selbst bestehende Unsicherheit deutlich.

Der Senat nimmt hinsichtlich der weiteren Beurteilung dieses Gutachtens Bezug auf die Äußerungen von Dr. A, der zu dem Gutachten von Frau Dr. L ausführt, dass die Gutachterin im Rahmen einer hochspekulativen Interpretation die Pathogenese anders beurteile als er. Überraschenderweise beurteile sie die Schulterverletzung als wesentlich für die weitere Störungsprogredienz, ohne zu berücksichtigen, dass die psychopathologische Symptomatik keineswegs aus dem Unfallereignis, sondern vielmehr erst später einsetzte. Außerdem verwende sie immer wieder den Begriff des psychischen Traumas, ohne diese im Sinne der ICD zu spezifizieren.

Das Gutachten von Dr. B begründet im Ergebnis keinen Kausalzusammenhang zwischen Arbeitsunfall und Gesundheitsstörungen, sodass dieses Gutachten dem Kläger nicht zum Erfolg verhilft.

Auch das Gutachten von Dr. A verhilft dem Kläger nicht zum Erfolg. Er beurteilt Umstände aus dem nicht versicherten Bereich als wesentlich für die vorliegenden Störungen auf seinem Fachgebiet. Nach der Beurteilung dieses Sachverständigen liegt eine Anpassungsstörung (ICD -10: F 43.25) beim Kläger vor, die nicht auf den streitgegenständlichen Unfall zurückzuführen ist. Auch eine Verschlimmerung eines vor bestehenden Leidens ist danach nicht erfolgt. Er führt die wesentliche Ursache der psychischen Störung auf unfallunabhängige Sekundärereignisse zurück. Vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsakzentuierung, die nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei, handele es sich nicht um die wesentliche Verschlimmerung eines unfallunabhängigen Leidens. Das Störungsbild sei auf den Unmut und die Enttäuschung über tatsächliche bzw. angebliche Fehlbehandlung durch Gutachter und die Unfallversicherung auf dem Boden einer disponierenden Persönlichkeitsakzentuierung zurückzuführen. Diese Faktoren seien die wesentliche Ursache der jetzigen Störung, die sich sekundär im Sinne einer Verschiebung der Wesensgrundlage manifestiert habe. Durch den schleppenden Heilungsprozess und den Verlust einer inneren Ordnung durch die Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall sei es zu einem primär persönlich bedingten psychopathologischen Symptom bzw. Verhaltensauffälligkeiten gekommen mit vermehrter Reizbarkeit, vorübergehender depressiver Stimmungslage und zunehmender Vorwürflichkeit. Der Höhepunkt einer Entwicklung aufgrund zunehmender Enttäuschung und Unzufriedenheit und Verunsicherung sei im Jahre 1999 erreicht. Seither sei der Kläger verbittert aufgrund der Vielzahl von Enttäuschungen und fehlgeschlagenen Behandlungen. Für die Genese bzw. Kausalität dieser Entwicklung mit Auftreten psychopathologischer Symptomatik dürfe entscheidend sein, dass sich die Lebensgefährtin nach 7 Jahren im Jahr 1998 von ihm getrennt habe und im Jahre 1999 der Versuch einer Versöhnung fehlgeschlagen sei. Entscheidend im Sinne der wesentlichen Bedingung für die Destabilisierung seien die privaten Verhältnisse und Enttäuschung, Ärger und Misstrauen den verantwortlichen Ärzten, Gutachtern und Behörden gegenüber. Die primäre Persönlichkeitsstruktur mit ihren Anfälligkeiten bilde den Hintergrund für die spätere Störungsentwicklung, weil die zwar vom Unfallereignis 1997 ausgelöst, nicht jedoch begründet sei. Bei der Analyse des Krankheitsverlaufs nach dem Unfall zeige sich, dass es zunächst zu einer gewissen Besserung der unfallbedingten Schulterverletzung gekommen sei. Im Laufe des Jahres 1999 jedoch komme eine Entwicklung in Gang, die nach einer Kulmination in den Jahren 1999/2000 bis heute anhalte und als partiell therapieresistente Anpassungsstörung mit Störungen des Affektes, des Sozialverhaltens und der Schmerzverarbeitung (ICD-10: F43.25) zu bezeichnen sei und im Wesentlichen, das heiße im Sinne des sozialrechtlichen Konstrukts der wesentlichen Bedingung auf das Ende der 7-jährigen Partnerschaft des Klägers 1998, den Tod der Mutter, schließlich auch noch auf einen fehlgeschlagenen Versöhnungsversuch mit der vormaligen Partnerin zurück zu führen sei. Der Kläger bezeichne diese Zeit als eine der schwierigsten im gesamten Krankheitsverlauf. Hinzu komme die zunehmende subjektive Gewissheit des Klägers, dass er von den behandelnden Ärzten und Gutachtern falsch behandelt bzw. beurteilt und von der Unfallversicherung unzureichend betreut worden sei. Die psychopathologische Symptomatik und ihre Therapieresistenzen seien also ganz überwiegend begründet mit der Frustration und der Enttäuschung über den Verlust der Partnerin und die gleichzeitige und sich weiter steigende Gewissheit von Ärzten, Gutachtern der BG im Stich gelassen worden zu sein. Ein fehlgeschlagener Arbeitsversuch konsolidiere diese tiefe Enttäuschung und Frustration mit der konsekutiven Chronifizierung von Affektstörungen, Schmerzen und einer generellen Vorwurfshaltung, bei dem ein bemerkenswertes Missverhältnis zur Schwere des Unfallereignisses und seinen somatischen Folgen bestehe.

Soweit die Sachverständige Frau Dr. H eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten "im Sinne der erstmaligen Entstehung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 19. Dezember 1997 mit dem komplizierten Behandlungsverlauf" zurückführt, enthält dieses Gutachten ebenfalls keine überzeugende Begründung. Soweit die Gutachterin zur Beurteilung der Kausalität ausführt, für einen Kausalzusammenhang spreche, dass eine so genannte Schadensanlage in der aktuellen Untersuchung im Sinne eines konkurrierenden Kausalzusammenhangs nicht habe festgestellt werden können, folgt hieraus kein ausreichendes Begründungselement. Das Fehlen einer Schadensanlage bedeutetet nicht zwangsläufig, dass der Arbeitsunfall wesentliche Ursache der o. g. Maßstäbe im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung ist.

Soweit die Gutachterin darauf hinweist, die Störungen seien erstmals im Februar 1999 dokumentiert, dies spreche nicht gegen Kausalzusammenhang, führt sie hiermit keine Begründung für den Kausalzusammenhang an. Zudem ist eine Ursache auch dann nicht allein deswegen wesentlich, weil zeitliche Zusammenhänge bestehen.

Auch ist ihre Beurteilung auf einer nicht überzeugenden Grundlage erstellt worden. Erkennbar beschränkt sich die Gutachterin darauf, die Angaben des Klägers zu übernehmen, ohne diese mit Untersuchungsbefunden abzugleichen. So fehlt eine Auseinandersetzung der Gutachterin mit dem Bericht der St.-H-Kliniken B vom 08. Februar 2001, wo sich der Kläger 2000 zur stationären psychiatrischen Behandlung eingefunden hat und angegeben hat, den Drang verspürt zu haben, seine Schwester, seinen Bruder und dann sich selbst umzubringen. Sie unterlässt Nachfragen zu den Angaben des Klägers. Auch beschränkt sie sich auf den Hinweis, der erwachsene uneheliche Sohn des Klägers finde in der biografischen Schilderung keine Erwähnung, ohne dies zu beurteilen. Nicht nachvollziehbar ist, dass der Tod der Mutter und die vor dem Arbeitsunfall erfolgte Trennung von der Lebensgefährtin unberücksichtigt bleiben. Auch hier beschränkt sich die Gutachterin darauf, die ihr gegenüber erfolgten Angaben des Klägers zugrunde zu legen, ohne diese kritisch zu den übrigen Angaben des Klägers zu den weiteren Gutachtern in Beziehung zu setzen. Hingegen hätte sie Anlass gehabt, die Äußerung des Klägers zu würdigen, er hätte gern noch ein freundschaftliches Verhältnis zu seiner ehemaligen Lebensgefährtin aufrechterhalten, aber dazu sei es nicht gekommen.

Nicht nachvollziehbar ist die Beurteilung des Weiteren auch deshalb, weil die Gutachterin einen "weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund" erhoben hat, worauf Dr. A zu Recht verweist. Dies geschieht nachvollziehbar zu Recht, denn die Gutachterin berichtet wie folgt:

"Die Stimmungslage ist in der Untersuchungssituation etwas gedrückt. Eine tiefergehende Depressivität wird nicht spürbar. Der Antrieb ist ungestört. Affektiv ist Herr W gut schwingungsfähig. Sein Gedankengang ist nicht durchgehend formal geordnet. Zeitweise ist er weitschweifig in seiner Schilderung und mehrfach verliert er den Faden und fragt nach einer Zwischenfrage der Untersucherin und entsprechender Antwort nach, bei welchem Thema er war in seinen Schilderungen. Dennoch lässt er sich im Gespräch und in der Exploration immer wieder gut strukturieren. Inhaltlich ist der Gedankengang geordnet. Für Trugwahrnehmungen und/oder Halluzinationen finden sich kein Anhalt.

In der Gedächtnisleistung ergeben sich keine Störungen. Die Aufmerksamkeitsspanne kann über den gesamten Untersuchungszeitraum von 210 Minuten mit einer 5minütigen Pause gehalten werden. Herr W leidet unter keinen qualitativen oder quantitativen Be-

wusstseinsveränderungen. Die Orientierung ist zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person vollständig gegeben. Herr W ist in seiner Kritik-, Urteils- und Steuerungsfähigkeit sowie der Impulskontrolle nicht gestört. Eine Suizidalität besteht nicht. Es ergeben sich durchgehend weder Hinweise auf Aggravation noch für Simulation.

Emotionale Beziehungen bestehen zu seinen Geschwistern und einem Onkel. Herr W ist normal intelligent. Es finden sich keine Hinweise auf Demenz oder hirnorganische Leistungseinschränkungen. Im Vergleich zur prämorbid geschilderten Persönlichkeitsstruktur ergeben sich Hinweise für Wesensveränderungen im Sinne von leichter Reiz- und Erregbarkeit, geringer Frustrationstoleranz und affektiven Entgleisungen. Es bestehen keine Ich-Störungen. Es finden sich keine Hinweise für generalisierte pathologische Ängste und/oder entsprechendes Vermeidungsverhalten. Im Krankheitsverlauf ist es zu einem zunehmend regressivem Verhalten mit sozialem Rückzug auf dem Hintergrund von Störungen des Selbstwerterlebens gekommen. Mimik und Gestik wechseln im Untersuchungsverlauf und sind bei stärkerer affektiver Beteiligung sehr lebhaft. Herr Wittwer ist zum Teil introspektionsfähig und reflexiv. Auf neue und sich verändernde Situationen kann sich Herr W weniger gut einstellen und anpassen. Seine Lese- und Schreibgewandtheit ist ausreichend. In der Untersuchungssituation zeigte er gute sprachliche Möglichkeiten, um sich auszudrücken."

Auch das Gutachten von Herrn Dr. M begründet keinen Kausalzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall bzw. dessen Folgen mit weiteren Gesundheitsstörungen auf seinem Fachgebiet. Danach liegen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet keine Unfallfolgen vor, die messbare funktionelle Einschränkungen hervorbringen würden. Klinisch imponierten die körperlichen Beschwerden als deutlich psychisch überlagert um einen unbewussten Teil und einen bewussten Teil. Der unbewusste Teil entspreche einer somatoformen Störung, die sich teils in Schmerzen am Bewegungsapparat und als Kopfschmerz äußere (anhaltende somatoforme Schmerzstörung), teils in funktionellen Magen-Darm-Symptomen, die unter Stress auftreten (somatoforme autonome Funktionsstörung), wie sie dort anlässlich des ersten verschobenen Untersuchungstermins deutlich geworden sei. Bei einer somatoformen Störung würden psychische Spannungen oder Konflikte als zu belastend abgespalten und könnten deshalb gegenüber einem bedeutsamen anderen nur unzureichend bewusst erlebt und sprachlich emotional nur ungenügend ausgedrückt werden. Sie würden stattdessen unbewusst in ein körperliches Symptom umgesetzt (konvertiert) bzw. als physiologische Begleitreaktion eines unbewussten Affektes subjektiv als Schmerz oder funktionale Störung erlebt. Dafür typisch sei ein so genannter histrionischer Verarbeitungsmodus, bei dem die Darstellung der Beschwerden weniger auf objektiven Einschränkungen beruhe als vielmehr auf den subjektiven Vorstellungen des Betroffenen, ein Phänomen, dass sich bei dem Kläger in typischer Weise bei seinen Angaben zur Gefühlsstörung am linken Oberschenkel und zum Vibrationsempfinden deutlich abzeichne. Diesem unbewussten und damit nicht bewusst steuerbaren Anteil trete dann noch der nachgewiesene aggravatorische Anteil der Beschwerdedarstellung hinzu. Unter dem Ursachengesichtspunkt seien die festgestellten seelischen Leiden wie folgt zu bewerten: Tatsächlich mache der Kläger gar keine psychischen Unfallfolgen im engeren Sinne geltend, sondern er bleibe in seiner Schilderung ausgesprochen diffus. Er nenne schließlich nur Konzentrationsschwierigkeiten und wiederum Schmerzen. Nach dem heutigen Befund sei die Konzentration jedoch nicht wesentlich gemindert und der Kläger wirke auch nicht erkennbar durch Schmerzen beeinträchtigt. Lediglich die Alpträume, die unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten sein sollten und jetzt noch etwa 5 bis 6 Mal im Jahr angegeben

würden, ließen inhaltlich noch teilweise einen Unfallbezug erkennen. Eine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung ergebe sich daraus jedoch nicht.

Für die herausgearbeiteten psychischen Beschwerdebilder führt der Gutachter aus, dass kein unmittelbarer zeitlicher Unfallbezug vorliegt. Es würden auch keine Brückensymptome benannt: Nach den Angaben des Klägers bestünden depressive Verstimmungen seit März 1999, die subjektiven Konzentrationsstörungen seit 2002, die phobisch getönten Ängste hätten 2001/2002 begonnen, über eine erste psychiatrische Behandlung werde ab September 1999 berichtet, also mehr als anderthalb Jahre nach dem Unfall. Dem Aktenauszug der AOK Berlin vom 19. August 2004 sei zu entnehmen, dass zwischen September 1991 und November 1998, also vor dem Unfall und zeitnah zum Unfallereignis keine Krankschreibung wegen psychischer Störungen dokumentiert sei. Die erste Krankschreibung aus psychischen Gründen sei im Dezember 2000 im St.-H Krankenhaus wegen akuter Belastungsreaktion und Anpassungsstörungen und später in 2002 und 2003 wegen sonstiger depressiver Episoden erfolgt. Gegen einen Unfallzusammenhang der psychischen Störungen - also der somatoformen Störung, der Angst und depressiven Störungen mit leichten phobischen Ängsten - sprächen folgende Gesichtspunkte:

1. alle berichteten psychischen Störungen treten erst mit größerem zeitlichen Abstand nach dem Unfallereignis auf, das früheste nach 1,5 Jahren;
2. das Fehlen von Brückensymptomen, also von Symptomen der festgestellten Störungen, die zumindest zeitweilig zwischen dem Unfallereignis und dem späteren Manifestwerden der Störung aufgetreten wären;
3. die grundsätzliche Ungeeignetheit des Unfalls vom Dezember 1997, die behaupteten psychischen Unfallfolgen auszulösen, da dieses Ereignis weder als besonders bedrohlich erlebt wurde noch nach dem "Schlüssel-Schloss-Prinzip" als sog. "zentrales traumatisches Situationsthema" (nach Fischer) ein früheres traumatisches Erlebnis aktiviert hätte;
4. das Vorliegen von weiteren belastenden Lebensereignissen, die grundsätzlich geeignet sind, die inzwischen aufgetretenen psychischen Störungen hervorzurufen, nämlich die zeitnah zum Unfall aufgetretene Trennung des Klägers aus seiner bisher längsten Partnerschaft und der Tod seiner Mutter sowie Schwierigkeiten mit den Geschwistern, die immerhin so ausgeprägt waren, dass sie im Dezember 2000 zu Suizidgedanken führten, die stationär behandlungsbedürftig wurden.

Nach allem lässt sich auch mit diesem Gutachten der Arbeitsunfall nicht als wesentliche (Mit-) Ursache von Gesundheitsstörungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet begründen.

Soweit Dr. T eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD F 33.1, Angst und depressive Störung gemischt ICD F 41.2 auf den Arbeitsunfall als wesentliche Ursache zurückführt, begründet sie dies nicht überzeugend. Soweit die Gutachterin "eine Verletzung des linken Schultergelenks, die "anhaltenden Schmerzen und anhaltender Bewegungseinschränkung", die durch konservative Behandlung und zwei Operationen nicht zu bessern sei, für geeignet erachtet, "einen Menschen, der sein Geld als Lagerverwalter und Lagerist verdient und davon abhängig ist", zu einer grundsätzlichen Verunsicherung zu führen", die sich in Zukunftsängsten, gesteigertem Stress und schließlich einer Depression auswachse, hat sie die lediglich die Eignung behauptet. Des Weiteren leidet auch dieses Gutachten daran, dass die Gutachterin ihren Überlegungen Angaben des Klägers ihr gegenüber zugrunde legte, ohne sie mit seinen Darstellungen gegenüber den übrigen Gutachtern kritisch abzugleichen oder auch in Bezug zu aktenkundigen Behandlungsunterlagen zu setzen.

Des Weiteren nimmt der Senat Bezug auf die von Dr. M geäußerte Kritik an diesem Gutachten. Er meint, im Gutachten Dr. T fehle eine Exploration des subjektiven Erlebens des Klägers zum Zeitpunkt des Unfallgeschehens, weil dies eine wichtige Voraussetzung zur Einschätzung späterer psychischer Unfallfolgen sei. Die Gutachterin treffe dazu keine Aussage, so dass in ihrem Gutachten die frühe Entwicklung und damit der unmittelbare Unfallbezug bei depressiven Störungen unklar blieben. Sie habe Angaben und Verhalten des Klägers nicht erkennbar auf Aggravation geprüft, sondern sie habe in ihrer Argumentation vollständig die Darstellung des Klägers übernommen.

Auch hat Dr. M zutreffender Weise darauf hingewiesen, dass die Gutachterin keine Prüfung auf konkurrierende Ursachen durchgeführt hat, die auch geeignet sein könnten, die später aufgetretenen psychischen Störungen hervorzurufen, nämlich die Trennung des Klägers der längsten Partnerschaft ab 1996, der Tod der Mutter im Februar 1998, also ebenfalls noch vor Beginn der Psychotherapie im September 1999 und Schwierigkeiten mit den Geschwistern, die immerhin so ausgeprägt gewesen seien, dass sie im Dezember 2000 zu Suizidgedanken führten, die stationär behandlungsbedürftig wurden.

Zudem weist Dr. M darauf hin, dass im Vergleich zu seinem Gutachten jetzt stärkere depressive Symptome vom Kläger als Unfallfolge vorgebracht würden und von der Gutachterin beschrieben seien. Diese erreichten allerdings trotzdem kaum das Ausmaß der gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Die gleichzeitig von Frau Dr. T gestellte Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" widerspreche zudem ihrer ersten Diagnose, da damit definitionsgemäß eine leichte depressive Verstimmung gemeint sei, welche die Kriterien der depressiven Episode nicht erfüllten (ICD-10 F41.2: "Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden". Ähnliche Widersprüche beschreibe sie zur Konzentration, die gleichzeitig als gestört und ungestört beschrieben würden. Er verweist auf Blatt 321 der Gerichtsakte, wo die Gutachterin auf Seite 7 ihres Gutachtens ausgeführt hat: "Die Konzentration in Bezug auf Beantwortung und Fragen war ungestört". "In Bezug auf den Antrieb erschien Herr W. eher unkonzentriert, sprunghaft Das Bild einer agitierten Depression mit einer Angespanntheit, Ruhelosigkeit, die sich störend auf die Konzentration auswirkte, schwer oder nicht zu steuernde Erregungszustände, treten in milderer Form öfter auf."

Dr. weist darauf hin, zum Zeitpunkt seiner Untersuchung habe der Kläger depressive Störungen gar nicht als Unfallfolge geltend gemacht. Der Befund sei diesbezüglich auch weniger depressiv geprägt gewesen. Wollte man der Gutachterin auf der Befundebene dennoch folgen, wäre es zu einer Symptomausweitung gekommen. In diese Richtung wiesen auch weitere neu vom Kläger vorgebrachte Beschwerden, wie eine Stressinkontinenz und Gedächtnisstörungen. Diese Ausweitung spreche aber nun entschieden gegen einen Unfallzusammenhang, da eine solche Ausweitung gerade typisch sei für eine unfallunabhängige Veranlassung, zumal Art und Umfang der psychischen Beeinträchtigung beim Unfall für solche Spätfolgen nicht geeignet seien. Die geringfügigen unfallspezifischen psychischen Symptome wie Alpträume seien im Gegenteil rückläufig und würden von Frau Dr. T nicht einmal erwähnt.

Die sozialen Anpassungsstörungen des Klägers stammten vor allem aus dem privaten Bereich und hätten ausdrücklich vor dem Unfall bestanden, was im Gutachten von Frau Dr. T untergehe, wenn sie sie als zeitgleich bezeichne.

Insofern hat Dr. M überzeugende Kritik an dieser Beurteilung geübt, der sich der Senat anschließt.

Auch hinsichtlich der für den Kläger günstigen Atteste behandelnder Ärzte hat Dr. überzeugend Kritik geäußert, sodass auch diese zur Begründung des Anspruchs nicht geeignet sind.

Hinsichtlich der Äußerungen von Frau Dr. W äußerte Dr., dass sie sich nicht auf Befunde sondern auf subjektive Angaben des Klägers stützten. Die Ausweitung der Ursachen der seelischen Störungen nicht nur auf den Unfall, sondern einzig auf dessen allgemeine Folgen und für den Kläger subjektiv frustrierende Behandlungen, deren Ursachen ja nicht notwendigerweise bei den Behandlern lägen, ließen eine kausale Betrachtung kaum noch zu. Der Unfallzusammenhang werde nicht über einen Befund und nicht über spezifische inhaltliche Auffälligkeiten etwa im Erleben des Klägers hergestellt, sondern darüber, dass vor dem Unfall keine psychische Krankheit manifest vorhanden gewesen sei. Dies sei nicht hinreichend.

Die Auffassung der behandelnden Ärztin ist für den Senat auch deshalb nicht überzeugend, da sie heraushebt, die Partnerschaft sei infolge einer Persönlichkeitsveränderung des Klägers gescheitert. Jedoch teilt Dr. H mit, die letzte Liebesbeziehung zu einer Partnerin habe nach Aussage des Klägers im Oktober 1997, also bereits vor dem Unfall, geendet. Die Partnerin habe die Beziehung zwar immer wieder aufnehmen wollen, aber dem Kläger sei klar gewesen, dass er das nicht wolle.

Auch das Attest der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie W vom 15. Januar 2008 verhilft dem Kläger nicht zum Erfolg. Danach ist der Kläger unter den Diagnosen einer chronifizierten Depression und andauernden Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Am 14. Januar 2008 sei er aufgrund einer akuten Verschlechterung der Symptomatik im Rahmen einer Konfliktreaktion nicht in der Lage gewesen, den anberaumten emotional hoch besetzten Gutachtertermin wahrzunehmen. Im Vorfeld bereits eine erhebliche Anspannung und Akzentuierung der depressiven Grundstimmung vor dem Hintergrund eines familiären Konflikts aufgetreten. Die Symptomatik sei gekennzeichnet durch Überforderungs- und Versagensgefühle, inneren Druck und Unruhe bei ängstlich angespanntem Affekt sowie somatische Begleiterscheinungen (Herzrasen, Schweißausbrüche und das einer körperlichen Gefühl einer körperlichen Starre und Lähmung).

Dr. M beurteilt dies dahingehend, dass die genannte psychosomatische Reaktion belegte, dass auch unfallunabhängige Situationen beim Kläger zu überschießenden Reaktionen führten. Das Attest lasse den Verdacht aufkommen, dass der Kläger trotz seiner Nachfragen familiäre Konflikte bei der Begutachtung verschwiegen habe.

Die Gesamtschau aller Gutachten macht deutlich, dass die Gutachter jeweils die (unterschiedlichen) Angaben des Klägers ihnen gegenüber zugrunde legen, die er ihnen in der jeweiligen Begutachtung jeweils berichtet. So meint Frau Dr. H beispielsweise einen "Versöhnungsversuch", den Gutachter Dr. A anführt, habe es nicht gegeben. Als "Trauma-

ta/Konflikte" in der Kindheit und Jugend bezeichnete schwerwiegende Lebensereignisse hat der Kläger möglicherweise noch bei der Begutachtung im Verwaltungsverfahren und später nicht benannt bzw. negiert. Folgerichtig kommen die Gutachter schon deshalb zu unterschiedlichen Beurteilungen hinsichtlich seiner Persönlichkeit vor dem Unfall und hinsichtlich der anschließenden Entwicklung.

So ist eine verlässliche Beurteilung nicht gewährleistet und die Gutachten sind bereits aus diesem Grund mit Zweifeln behaftet. Entsprechend hat Dr. M seinen Eindruck geäußert, dass der Kläger sämtliche Beschwerden gezielt dem Unfallereignis zugeordnet und andere Möglichkeiten gar nicht mehr in Betracht gezogen habe. Ihm sei bekannt, dass belastende Lebensjahresereignisse ggf. als Auslöser seiner psychischen Beschwerden gewertet werden könnten und damit seinem Anliegen entgegenstünden. Auch sei er über die Interpretation über den Tod seiner Mutter in einigen Vorgutachten erfahren habe, nachhaltig verärgert. Insofern seien seine Ausführungen nicht mehr mit einer unverstellten Darstellung zu rechnen.

Der Senat hat in Anbetracht der unterschiedlichen gutachterlichen Beurteilungen Zweifel hinsichtlich der Feststellbarkeit einer vor dem Unfall bestandenen "Schadensanlage". Daher ist auch nicht feststellbar, dass eine solche richtunggebend verschlimmert wurde. Zudem ist nach allen Widersprüchlichkeiten der Arbeitsunfall auch ohne eine solche Schadensanlage nicht als wesentliche (Mit-)Ursache weiterer Gesundheitsstörungen feststellbar.

Nach allem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür (§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG) nicht vorliegen.