

L 3 U 149/12 ZVW

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Gießen (HES)

Aktenzeichen

S 3 U 88/05

Datum

03.07.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 149/12 ZVW

Datum

21.06.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 3. Juli 2008 aufgehoben und die Klage im vollen Umfang abgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob der Kläger unter einer depressiven Erkrankung als Arbeitsunfallfolge leidet, die die Beklagte verpflichtet, ihm ab 19. Juli 1997 Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 v.H. zu gewähren.

Der 1967 geborene Kläger erlitt am 13. Januar 1997 als Gepäckabfertiger der seinerzeitigen D. D-Stadt AG einen Arbeitsunfall, als er zwischen einen Gepäckcontainer-Anhänger und einen Containertransporter geriet und sich dabei eine Quetschung des dritten Fingers der linken Hand und des linken Kniegelenks zuzog. Die Erstversorgung erfolgte zunächst in der D-Klinik. Von dort aus wurde der Kläger an den Durchgangsarzt und Chirurgen Dr. E. in E-Stadt überwiesen. Bei der dortigen Untersuchung, ca. eine Stunde nach dem Unfall, wurde im Bereich des linken Kniegelenks eine Schwellung ohne Hautverletzung festgestellt sowie ein Druckschmerz auf der Außenseite entlang des Außenbandes ohne Gelenkerguss. Der Bandapparat wurde als intakt befundet. Die Röntgenuntersuchung ergab keine frischen knöchernen Verletzungen. Es wurde eine Quetschung des linken dritten Fingers und des linken Kniegelenkes diagnostiziert und eine voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit bis zum 17. Januar 1997 attestiert. Am 17. Januar 1997 stellte sich der Kläger im Kreiskrankenhaus G-Stadt bei dem Chefarzt der chirurgischen Abteilung Prof. Dr. F. vor. Dieser teilte in einem Durchgangsarztbericht vom 22. Januar 1997 mit, es habe sich am proximalen Unterschenkel sowie am distalen Oberschenkel ein Hämatom medial und lateral gefunden. Es bestünden Schmerzen bei der Innen- und Außenrotation im Bereich der Prellmarken. Durchblutung und Motorik seien intakt. Der Kläger klagte über Parästhesien. Die Sensibilität sei intakt. Eine Nachuntersuchung erfolgte am 20. Januar 1997. Dabei wurde das Hämatom als wenig ausgebildet und intracutan in Resorption befindlich beschrieben. Die sonographische Untersuchung ergab keinen Erguss und keine Einblutung. Es bestanden lokal Parästhesien. Weil der Kläger am 29. Januar 1997 bei der Nachuntersuchung noch über Parästhesien klagte, wurde eine konsiliarische neurologische Untersuchung bei dem Neurologen Dr. G. in G-Stadt veranlasst. Dieser teilte in seinem Bericht vom 3. Februar 1997 über die Untersuchung vom 31. Januar 1997 mit, der Nervus peroneus sei im Bereich des Fibulaköpfchens deutlich verstärkt druckempfindlich. Bei Betastung träten Dysästhesien im Versorgungsgebiet dieses Nervens auf. Bei der Einzelmuskelpprüfung bestünden in beiden Beinen keine Paresen. Der Gang sei schmerzbedingt hinkend. Dr. G. diagnostizierte einen Zustand nach Kontusion des linken Unterschenkels mit relativ harmloser Druckschädigung des Nervus peroneus im Bereich des Fibulaköpfchens. Am 10. Februar 1997 stellte sich der Kläger erneut bei Prof. Dr. F. vor. Es wurde noch ein Resthämatom und eine gleichbleibende Parästhesie bei freier Beweglichkeit des Kniegelenkes diagnostiziert. Der Kläger klagte über Schmerzen und ein Knacken retropatellar und gab bei Bewegung Schmerzen an. Prof. Dr. F. veranlasste eine kernspintomographische Untersuchung, bei der sich am 14. Februar 1997 ein Weichteilödem über dem Fibulaköpfchen fand, ein Kniebinnenschaden wurde ausgeschlossen. Bei der Nachuntersuchung am 21. Februar 1997 wurde die Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. März 1997 verlängert. Am 5. März 1997 wurden persistierende Hämatome am linken Kniegelenk und linken Unterschenkel beschrieben, sonographisch fand sich kein pathologischer Befund. Am 14. und 17. März 1997 gab der Kläger an, es tue noch weh. Es wurde eine noch alte Hämatomverfärbung festgestellt. Der Einbeinstand, Hacken- und Zehenballengang waren seitengleich. Der Kläger gab an, er könne noch nicht arbeiten. Es erfolgten krankengymnastische Übungsbehandlungen. Am 24. März 1997 stellte sich der Kläger noch leicht hinkend und mit einem Lokalbefund mit Hämatomverfärbung erneut bei Prof. Dr. F. vor, der im Bereich des Knies keinen pathologischen Befund und keine Fluktuation erheben konnte. Die Sonographie und die Röntgenkontrolluntersuchung des Knies mit dem Oberschenkel waren weiterhin

ohne Befund.

Prof. Dr. F. überwies den Kläger in die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main (BGU). Dort wurde der Kläger am 3. April 1997 unfallchirurgisch und neurologisch untersucht. Unfallchirurgisch wurde eine deutlich durchgehende Muskelminderung des linken Beines festgestellt. Die Beweglichkeit der Kniegelenke war seitengleich frei. Röntgenologisch zeigte sich bei der Untersuchung beider Kniegelenke links eine vermehrte subchondrale Sklerosierung der lateralen Facette und eine normale Weite des Gelenkspaltes. Beidseits wurde eine Dysplasie der Kniescheibe vom Typ Wiberg III-IV diagnostiziert. Dr. H. stellte bei der neurologischen Untersuchung eine ganz geringfügige Schwäche der Fußhebung und Zehenhebung sowie eine leichte sensible Störungen am Fußrücken und geringgradig an der Unterschenkelaußenseite fest. Dr. H. diagnostizierte aufgrund der Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeiten eine nicht sehr ausgeprägte periphere Nervenschädigung des Nervus peroneus, die er hinsichtlich der Prognose als günstig bewertete. Es wurde zum 14. April 1997 eine stationäre Aufnahme in der BGU vorgesehen, um ein intensives krankengymnastisches sowie ergotherapeutisches Übungsprogramm durchführen zu können. Diesen Termin konnte der Kläger aus privaten Gründen nicht wahrnehmen. Die stationäre Behandlung fand vom 22. Mai bis 30. Mai 1997 statt, in deren Rahmen der Kläger erneut von Dr. H. untersucht wurde. Nach wie vor bestand bei im Normbereich liegender motorischer Nervenleitgeschwindigkeit eine deutliche distale Überleitungsverzögerung bei nadelmyelographisch nur geringfügigen Schädigungszeichen. Dr. H. äußerte die Auffassung, dem Befund komme keine wesentliche funktionelle Bedeutung zu. Er empfahl eine Nachkontrolle, falls es im weiteren Verlauf zu einer Zunahme subjektiver Beschwerden oder Missempfindungen komme. Während der klinischen Behandlung gab der Kläger an, er verspüre bei Überstreckung des Knies ein Knackphänomen. Dies wurde klinisch als Subluxation der Kniescheibe gewertet, ohne funktionelle oder therapeutische Konsequenz. Insbesondere wurde eine Kniespiegelung nicht für notwendig erachtet, weil hiervon keine Änderung des Befundes zu erwarten sei. Während des stationären Aufenthaltes wurde der Berufshelfer eingeschaltet und eine Belastungserprobung ab dem 9. Juni 1997 eingeleitet. Der Abschluss des Heilverfahrens wurde für den 7. Juli 1997 ins Auge gefasst.

Laut Bericht des Oberarztes J. vom 2. Juni 1997 stellte sich der Kläger in der chirurgischen Abteilung des Sankt Josefs Krankenhauses in C-Stadt an diesem Tag vor mit der Fragestellung, ob er am 9. dieses Monats den von der BGU vorgeschlagenen Arbeitsversuch beginnen könne. Subjektiv klagte er über Beschwerden nach längerer Belastung und einem Reiben und Knacken beim Durchstrecken des linken Kniegelenkes. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine Fußheberschwäche, insbesondere der Großzehe links. Das Kniegelenk zeigte keinen Erguss, der Bandapparat war stabil. Über dem lateralen Patellarand fand sich eine stark druckdolente Resistenz, die einer unfallunabhängigen retropatellaren Arthrose zugeordnet wurde. Beim Durchstrecken des linken Kniegelenkes wurde ein tastbares Schnappen der Beugesehne über die laterale Tibiakante festgestellt. Insoweit wurde ein Unfallzusammenhang als möglich erachtet. Der Beklagten wurde empfohlen, eine weitere Abklärung in der BGU, "wo auch alle Voruntersuchungen durchgeführt wurden", vornehmen zu lassen. Des Weiteren wurde die Auffassung geäußert, dass dem Arbeitsversuch des Klägers jedoch nichts im Wege stehe. Am 18. Juni 1997 stellte sich der Kläger "auf Veranlassung des Sankt Josefs Krankenhauses" in der Ambulanz der BGU vor. Er gab an, die Fußheberschwäche habe sich nicht wesentlich gebessert, er habe jedoch erhebliche Beschwerden im linken Kniegelenk, insbesondere beim Durchstrecken sei immer ein Knacken verspürbar. Im Befundbericht vom 20. Juni 1997 wird seitens der BGU hierzu mitgeteilt, beim Durchstrecken des linken Kniegelenkes sei deutlich ein Knacken hörbar. Dabei scheine die Kniescheibe über ein Hindernis zu schnappen. Bezüglich der Quetschung vom 13. Januar 1997 sei ein Arbeitsversuch nunmehr durchführbar. Da nun unfallunabhängig eine erhebliche Beschwerdesymptomatik bestehe, solle auf einen Arbeitsversuch im Rahmen einer Belastungserprobung verzichtet werden. Das Heilverfahren sei somit zu beenden. Dem Kläger sei empfohlen worden, eine Arthroskopie des linken Kniegelenkes zulasten der zuständigen Krankenkasse durchführen zu lassen. Der Kläger habe den Wunsch geäußert, diesen Eingriff in C-Stadt durchführen zu lassen. Diagnostiziert wurde eine unfallunabhängige Retropatellararthrose des linken Knies.

Am 25. Juni 1997 stellte sich der Kläger in der Klinik für Unfallchirurgie der Justus-Liebig-Universität in C-Stadt vor. Im Durchgangsarztbericht des Prof. Dr. Dr. K. wird hierzu mitgeteilt: "Vom Verlauf her scheint nunmehr eine Kniegelenksarthroskopie links doch notwendig zu sein. Nachdem die durch den primär behandelnden D-Arzt Dr. L. (Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Sankt Josefs Krankenhauses) eingeleitete Arbeitserprobung als fehlgeschlagen zu gelten hat." Bei der klinischen Untersuchung wurde ein Reiben links retropatellar festgestellt. Es wurde der Verdacht auf eine retropatellar einliegende Knorpelknochenflake geäußert. Weiter wurde mitgeteilt, dass eine stationäre Aufnahme zur Arthroskopie vereinbart worden sei und weiter angemerkt: "Der Patient bleibt in primär D-ärztlicher Behandlung bei Herrn Dr. L., Sankt Josefs Krankenhaus, C-Stadt." Mit Bericht vom 22. Juli 1997, eingegangen bei der Beklagten am 8. August 1997, teilte Prof. Dr. Dr. K. der Beklagten mit, die diagnostische Arthroskopie des linken Kniegelenkes habe am 17. Juli 1997 stattgefunden. Dabei habe sich ein degenerativer drittgradiger Knorpelschaden im Bereich der medialen Patellafacette des linken Knies gefunden. Ein Hinweis für ein Knorpelknochenflake oder freien Gelenkkörper habe sich nicht ergeben. Die Beklagte teilte der AOK mit Schreiben vom 26. August 1997 mit, nach dem Bericht der BGU vom 20. Juni 1997 ende das besondere Heilverfahren und danach auch die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mit dem 18. Juni 1997. Die weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit gehe zulasten einer unfallunabhängigen Retropatellararthrose des linken Knies. Mit gleichem Schreiben bat die Beklagte Prof. Dr. Dr. K. die besondere Heilbehandlung abbrechen und die Behandlung zulasten der Krankenkasse durchzuführen. Seitens der BGU sei die Arthroskopie aufgrund einer unfallunabhängigen Retropatellararthrose des linken Knies empfohlen worden. Dem Kläger wurde mit Schreiben vom 26. August 1997 mitgeteilt, dass beabsichtigt sei, über das Bestehen unfallbedingter Folgeschäden ein Gutachten einzuholen. Er wurde gebeten, von drei benannten Gutachtern einen zu benennen.

Am 13. August 1997 berichtete die Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums C-Stadt der Beklagten über eine Vorstellung des Klägers an diesem Tag. Es wurde ausgeführt, der Kläger sei ambulant von Dr. L., katholisches Krankenhaus in C-Stadt, behandelt worden. Weiterhin habe er sich bei einem Orthopäden vorgestellt, dessen Namen er nicht nennen wolle. Er beklage weiterhin Schmerzen im linken Kniegelenk und berichte von Blockierungserscheinungen bei maximaler Streckstellung des linken Kniegelenkes. Er könne ein Knacken produzieren, welches ihn sehr beunruhige. Mehrere Ärzte hätten ihm gesagt, dass in der Kniekehle etwas nicht in Ordnung sei und Beugesehen hin- und herspringen und aufgrund dessen noch einmal von hinten operiert werden müssten. Über den Befund wurde mitgeteilt: Die Arthroskopiekanäle seien reizarm, es bestehe kein intraartikulärer Erguss, keine Überwärmung des Kniegelenkes. Die Bänder seien stabil. Die Streckung und Beugung seien frei. Der Kläger spanne allerdings dann bei der passiven Untersuchung deutlich dagegen. Im Vergleich zu rechts bestehe eine mäßige Großzeheheberschwäche links, aber auch eine verminderte Kraft bei der Streckung der Großzehe nach plantar. Sensibilitätsausfälle seien nicht vorhanden. Es bestehe ein deutlicher Patellaverschiebe- und anpressschmerz. Im Stehen provoziere der Kläger beim Durchdrücken des linken Kniegelenkes ein Knacken. Druckschmerz bestehe beugeseitig sowohl lateral als auch medial. Die Beklagte wurde gebeten, eine erneute Einbestellung des Klägers in die BGU zu veranlassen.

Zum jetzigen Zeitpunkt liege keine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß vor, eine Belastungserprobung könne initiiert werden. Ob der retropatellare Knorpelschaden traumatischer Genese sei, müsse durch ein Zusammenhangsgutachten geklärt werden. Der Arzt für Orthopädie Dr. M. unterrichtete die Beklagte mit Schreiben vom 16. September 1997, dass ihn der Kläger am 5. August 1997 aufgesucht habe und über Schmerzen im linken Kniegelenk geklagt habe, die er auf einen am 13. Januar 1997 erlittenen Unfall zurückführe. Er habe den Kläger nicht behandelt, sondern ihn an die behandelnden Ärzte des Sankt Josefs Krankenhauses in C-Stadt verwiesen. Am 18. August 1997 stellte sich der Kläger auf Veranlassung des "chirurgischen Durchgangsarztes" in der Abteilung Neurochirurgie-Neurotraumatologie der BGU Frankfurt am Main vor. Er gab an, die Beschwerden im Bereich des linken Knies seien nicht besser geworden, er habe jetzt häufiger "Aussetzer" im Bereich des linken Beines, wobei der Fuß einschlafe und manchmal das Bein im Kniegelenk wegknicke. Seine Arbeit bei der D.abfertigung könne er mit diesen Beschwerden keinesfalls wieder aufnehmen. Bei der Untersuchung zeigte der Kläger im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen eine deutlichere Peroneusparese links mit erheblichem Seitenunterschied bezüglich der maximal erreichbaren Extension, der linke Fuß blieb gegenüber dem rechten deutlich zurück, auch der maximale Kraftgrad war links erheblich herabgesetzt. Sensible Defizite bestanden im peripheren Peroneusversorgungsgebiet nicht, der Kläger gab allerdings an, dass es intermittierend immer wieder zu Parästhesien mit Kribbelmissempfindungen komme. Wegen des sich verschlechternd darstellenden Befundes wurde "nun doch an eine Neurolyse-Operation des Nervus peroneus gedacht". Es wurde eine stationäre Aufnahme für den 26. August 1997 vereinbart. Zunächst sollte eine EMG-Kontrolle durchgeführt werden. Diese Kontrolluntersuchung führte Dr. H. am 27. August 1997 durch. Bei dieser klinischen Untersuchung klagte der Kläger vor allem über eine Einschränkung der Kniegelenksbeweglichkeit und ein Knacken im Knie. Eine eindeutige Parese der Fußhebung und Zehenhebung war nicht nachzuweisen, auch sensible Störungen sicherer Art waren nicht festzustellen. Bei den Neurometrie- und Elektromyographie-Untersuchungen zeigte sich ein normales Bild bei der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit, der distalen Überleitungszeit und der Nademyelographie. Zeichen einer neurogenen Schädigung des Nervus peroneus links zeigten sich nicht mehr. Dr. H. gelangte zu der Beurteilung, eine relevante Peroneusläsion sei auszuschließen, eine Neurolyseoperation sei nicht zu diskutieren. Der Kläger wurde am 4. September 1997 aus stationärer Behandlung als arbeitsunfähig entlassen. Neurochirurgischerseits wurde die Auffassung geäußert, dass die über den 19. Juni 1997 hinaus bestehende Arbeitsunfähigkeit rechtlich wesentlich tellursächlich auf den Unfallfolgezustand zurückzuführen sei. Zur weiteren Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit sollte nach einer nochmaligen Untersuchung des Klägers Stellung genommen werden. Die Beklagte teilte diesen Sachverhalt sowohl der AOK als auch dem Kläger mit. Gleichzeitig wurde dem Kläger am 9. Oktober 1997 mitgeteilt, dass eine nochmalige Untersuchung in der BGU veranlasst worden sei. Über diese Untersuchungen am 29. Oktober 1997 und den letzten stationären Aufenthalt in der BGU wurde seitens der Neurochirurgen (Bericht vom 29. Oktober 1997) und der Unfallchirurgen (Berichte vom 29. und 30. Oktober 1997) berichtet. Im neurochirurgischen Bericht wurde mitgeteilt, unter der Diagnose "Zustand nach Kniegelenksquetschung linksseitig mit nicht mehr relevanter Läsion des Nervus peroneus gleichseitig" hätten sich keine Indikationen zu einer unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen operativen Intervention ergeben. Der Kläger sei mit einer Empfehlung zur Fortführung der krankengymnastischen Übungsbehandlungen in der arbeitsfreien Zeit arbeitsunfähig mit einer ab dem 8. September 1997 eingeleiteten Belastungserprobung entlassen worden. Jetzt berichte der Kläger, dass er sich zwischenzeitlich bei mehreren Ärzten vorgestellt habe und ihm unter anderem zur operativen Versorgung des linken Kniegelenkes geraten worden sei, so dass er seine Belastungserprobung ab dem 8. September 1997 nicht begonnen habe. Aus neurochirurgischer Sicht ergeben sich weiterhin keine Indikationen zur operativen Intervention im Sinne einer Neurolyse. Jedoch sei der Kläger, nicht zuletzt aufgrund seines Hinweises auf mögliche rechtliche Schritte, Dr. N., Unfallchirurg der BGU, zur wiederholten Überprüfung der Frage nach einer operativen Versorgung auf unfallchirurgischem Fachgebiet vorgestellt worden. In den unfallchirurgischen Berichten wurde mitgeteilt, aufgrund der von dem Kläger geklagten fortbestehenden Bewegungsschmerzen im linken Kniegelenk mit fraglich "schnappender Beugesehne" seien wiederholte unfallchirurgische Untersuchungen des Klägers sowie eine weitere röntgenologische und kernspinresonanz-tomographische Diagnostik während des stationären Aufenthaltes veranlasst worden. Unter Verwertung der klinischen und technischen Befunde habe sich keine therapeutische Konsequenz auf unfallchirurgischem Fachgebiet ergeben, so dass zu einer Fortsetzung der krankengymnastischen Übungsbehandlungen und weiteren muskelkräftigenden Maßnahmen geraten worden sei. Der Kläger sei in die weitere durchgangsärztliche Betreuung durch Dr. J., Sankt Josefs Krankenhaus in C-Stadt, entlassen worden. Anlässlich der ambulanten Vorstellung am 23. Oktober 1997 habe der Kläger über Schmerzen im linken Kniegelenk, weiterhin bestehende Blockierungserscheinungen und ein Knacken, das ihn sehr beunruhige, geklagt. Er habe angegeben, dass ihm von mehreren Orthopäden mitgeteilt worden sei, dass in der Kniekehle etwas nicht in Ordnung sei, wobei die Sehnen hin- und herspringen würden. Es wurde eine deutliche Muskelminderung des linken Oberschenkels und eine leicht verstrichene Kniegelenkskontur diagnostiziert. Aktiv zeigte sich eine Bewegungsfähigkeit bis zur 90°Position in der Beugung, während passiv diese Bewegung mühelos verbessert werden konnte. Die Fortsetzung der krankengymnastischen Übungsbehandlungen, der Ergotherapie und des Muskelaufbautrainings wurden für notwendig erachtet. "Um die Genese des Knackens wie der Einklemmungserscheinungen nachweisen zu können" solle eine Kontrollarthroskopie vorgenommen werden. Der Kläger wünsche diesen Eingriff in einer nicht näher genannten orthopädischen Klinik vornehmen zu lassen. Eine stationäre Aufnahme in der BGU werde von ihm abgelehnt.

Am 28. November 1997 wurden seitens der Beklagten zwei mit dem Kläger geführte Telefongespräche in einem Gesprächsvermerk wie folgt festgehalten: "Er habe wegen eventueller Behandlungsfehler durch BGU anwaltliche Vertretung. Zurzeit Behandlung durch Dr. M., Orthopäde, M-Stadt. Kein zugelassener D-Arzt! Verletzten auf eingeschränkte Auswahl wegen D-Arzt-Verfahren und Mitwirkungspflichten hingewiesen. Setzt sich mit Dr. M. wegen Berichterstattung an uns in Verbindung. Dieser befürworte OP entgegen BGU. Möchte sich zunächst mit Anwalt besprechen, um dann w. Hv. (weiteres Heilverfahren) in Absprache mit uns festzulegen." "Zusätzlich zu Bl. 146 in Behandlung bei Prof. Dr. O. Uni-Klinik Marburg. Dort erstelltes Privatgutachten wird in Kopie übersandt. Info an Ärzte, dass wir zuständiger Kostenträger." Der Kläger übersandte daraufhin an die Beklagte einen an Dr. M. gerichteten Arztbrief des Prof. Dr. O., Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Marburg, vom 10. November 1997. Wegen der diagnostizierten retropatellaren Beschwerden bei arthroskopisch nachgewiesenem drittgradigem Knorpelschaden der medialen Patellafacette wurde vorgeschlagen, zunächst Negativabsätze zu verordnen und bei Beschwerdepersistenz eine Indikation zur Anbohrung retropatellar gesehen. Die Beklagte nahm in einem Schreiben an Dr. M. vom 30. Dezember 1997 Bezug auf die Angaben des Klägers und bat um einen ausführlichen Bericht. Insoweit wurde eine Honorierung entsprechend der GOÄ in Aussicht gestellt, verbunden mit dem Hinweis, dass sich der Kläger in durchgangsärztlicher Behandlung befinde und eine Kostenzusicherung für von Dr. M. eventuell durchgeführter Behandlung deshalb nicht erteilt werden könne. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass es in der gesetzlichen Unfallversicherung keine freie Arztwahl gebe. Dr. M. teilte mit Schreiben vom 7. Januar 1998 die von ihm erhobenen Befunde mit und gab an, der Kläger habe ihn erstmals am 5. August 1997 aufgesucht. Nach Aussage des Klägers sei die Behandlung im BG-Krankenhaus Frankfurt am Main und im Sankt Josefs Krankenhaus in C-Stadt sowie der Universitätsklinik C-Stadt abgeschlossen. Wegen der Beschwerdesymptomatik bei auffälligem Lokalbefund habe er dem Kläger die Vorstellung zur weiteren Abklärung in der Orthopädischen Universitätsklinik in Marburg empfohlen.

Am 24. Dezember 1997 ging ein H-Arzt-Bericht der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dres. P. und Q. bei der Beklagten ein. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass sich der Kläger dort am 16. Dezember 1997 vorgestellt hatte. Berichtet wird über den Arbeitsunfall des Klägers. Als unfallabhängig wird ein Zustand nach Distorsion des linken Kniegelenkes, eine schwere Oberschenkel-Muskelminderung und ein chondropathisches Reizknie diagnostiziert. Im "Ergänzungsbericht bei Verdacht auf Kniebinnenschaden" wird unter Behandlungsvorschlag ausgeführt, dass zur Klärung der Diagnose oder des ursächlichen Zusammenhangs als weitere Maßnahme eine Arthroskopie für erforderlich gehalten werde, die im Januar 1998 in der Orthopädischen Universitätsklinik Marburg vorgesehen sei.

Prof. Dr. O., Universitätsklinik Marburg, teilte der Beklagten mit Schreiben vom 13. Dezember 1997 mit, hinsichtlich des gesicherten drittgradigen Knorpelschadens der medialen Patellafacetten sei dem Kläger wegen nicht erfolgreicher konservativer Therapie trotz der eingeschränkten Erfolgsaussichten nun zur arthroskopischen Untersuchung des Knies mit retropatellarer Anbohrung und gegebenenfalls bei großflächiger Knorpelschädigung auch zu einer Patella-tangential-Osteotomie geraten worden. Der Kläger sei mehrfach über die sehr eingeschränkten Erfolgsaussichten dieser Maßnahmen aufgeklärt worden. Letztlich bleibe ihm jedoch keine andere Wahl. Im Gegensatz zu der, von dem Patienten mitgeteilten, "Meinung der BG", werde bei dem Kläger ein unfallbedingtes Geschehen für wahrscheinlich erachtet, da der Kläger bis zum Unfall vollkommen beschwerdefrei gewesen sei und sogar habe Marathon laufen können. Eine Chondromalazie könne sowohl von einem traumatischen als auch degenerativen Geschehen herrühren. Die Ansprüche des Klägers sollten daher gewahrt bleiben und eine endgültige Entscheidung per Zusammenhangsgutachten nach der durchgeführten OP hergestellt werden. Auf Einweisung des Orthopäden Dr. M. erfolgte am 15. Januar 1998 die stationäre Aufnahme in der Orthopädischen Universitätsklinik Marburg. Die Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit retrograder Patellaanbohrung erfolgte am 16. Januar 1998. Nachdem die AOK mit Schreiben vom 4. Februar 1998 die Übernahme dieser Krankenhauskosten gegenüber der Uniklinik Marburg abgelehnt hatte, stellte die Klinik am 13. Februar 1998 einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten. Die Beklagte übernahm die Kosten, machte jedoch vorsorglich gegenüber der AOK mit Schreiben vom 5. März 1998 diesbezüglich einen Erstattungsanspruch geltend.

Ende Februar 1998 rutschte der Kläger beim Krückenlaufen mit einer Krücke ab und verspürte ein Reißen im linken Schultergelenk. In der Orthopädischen Universitätsklinik Marburg wurde anlässlich der Nachuntersuchung am 25. Februar 1998 kein Anhalt für eine Rotatorenmanschettenruptur gefunden. Nach einer Kernspintomographie am 10. März 1998 wurde der Verdacht auf eine Teilruptur der Supraspinatussehne geäußert und der Kläger von seinem Hausarzt in die Klinik für Unfallchirurgie der Justus-Liebig-Universität C-Stadt überwiesen. Dort erfolgte während eines stationären Aufenthaltes vom 25. bis 28. Juni 1998 eine arthroskopische Untersuchung der linken Schulter, die den Verdacht auf eine Teilruptur der Supraspinatussehne nicht bestätigte. Am 29. Mai 1998 führte der Orthopäde Dr. Q. aufgrund einer Überweisung durch den Hausarzt eine dritte Arthroskopie während eines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus R. in C-Stadt durch. Dabei wurde ein Laterales Release (= Operation bei der die stabilisierenden Bänder der Kapsel an der Außenseite (lateral) des Kniegelenkes getrennt (release) werden, wodurch die Kniescheibe sich zur Innenseite verlagert) am linken Kniegelenk durchgeführt. Einen diesbezüglichen Bericht vom 4. Juni 1998 sandte Dr. Q. an den Hausarzt des Klägers.

Am 29. Juli 1998 erstattete Prof. Dr. O. im Auftrag der Beklagten ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage aufgrund einer Untersuchung des Klägers vom gleichen Tage. Prof. Dr. O. diagnostizierte als unfallabhängige Erkrankungen eine posttraumatisch aktivierte Retropatellararthrose des linken Kniegelenkes, eine posttraumatische Insertionstendopathie des Musculus supraspinatus links und eine reaktive Depression. Prof. Dr. O. äußert die Auffassung, die Arthroskopien des Knies bzw. des Schultergelenkes im Mai und Juni 1998 seien unnötig gewesen. Der dritte arthroskopische Eingriff in das linke Kniegelenk habe erwartungsgemäß nicht zu einer Minderung der Beschwerdesymptomatik geführt, es sei im Gegenteil zu einer wesentlichen Verschlechterung gegenüber dem 25. Februar 1998 gekommen. Es läge nun eine aktivierte Gonarthrose vor. Die aktive Beugung sei nur bis etwa 40° möglich. Seit März 1998 sei infolge der starken Schmerzhaftigkeit des linken Kniegelenkes und der weitgehenden Immobilisierung eine reaktive Depression aufgetreten. Die MdE betrage 20 v.H.

Der Kläger wurde ab dem 14. Juli 1998 bei der Krankenkasse ausgesteuert. Im Anschluss erhielt er Arbeitslosengeld. Die Beklagte gewährte dem Kläger durch Bescheid vom 8. September 1998 einen Vorschuss auf die voraussichtlich zu zahlende Verletztenrente. Weitere Vorschüsse folgten. Mit Schreiben vom 4. Februar 1999 wurde die AOK aufgefordert, unter Anrechnung des erbrachten Leistungsvorschusses dem Kläger über den 13. Juli 1998 hinaus Verletztenrenten zu zahlen. Diese Zahlungen erfolgten bis zum 30. September 2002.

Ab März 1998 befand sich der Kläger unter der Diagnose einer chronifizierten schweren Depression in therapeutischer Behandlung bei der Diplom-Psychologin S. Ab April 1998 erfolgte eine Behandlung wegen einer "neurotischen Depression" bei dem Psychiater Dr. C. Zur Behandlung des Klägers teilte die Diplom-Psychologin S. in einem Schreiben vom 15. November 1998 mit, auslösend für die schwere Depression seien starke Beschwerden am linken Knie gewesen, die von Seiten der BG Unfallklinik vollkommen falsch eingeschätzt worden seien. Der Kläger sei ständig krankgeschrieben gewesen, sein Hausarzt Dr. T. habe ihm eine explizite Untersuchung bei Dr. M. empfohlen, der ihn in die Uniklinik Marburg verwiesen habe. Die BG Unfallklinik habe dem Patienten zuvor gesagt, dass sein Knie "in Ordnung sei". In Marburg sei jedoch klar geworden, dass eine Operation dringend nötig gewesen sei. Hinzu gekommen sei, dass aufgrund der Kniegelenksbeschwerden dem Kläger seitens der Unfallchirurgie der Universität Marburg vorgeschlagen worden sei, eventuell ein künstliches Kniegelenk als chirurgische Maßnahme in Anspruch nehmen zu müssen. Diese von ärztlicher Seite als "letzte Möglichkeit" in Erwägung gezogene Maßnahme habe zu einer Verschlimmerung der Depression geführt. Die Fehleinschätzung der Krankheitsumstände der Chirurgie C-Stadt sei als Covariable der depressiven Erkrankung auch von ärztlicher Seite deklariert. Beispielhaft nannte die Psychologin Angaben des Klägers auf einem Fragebogen: "Egal was ich angefangen habe, es ist immer in die Hose gegangen. Ob das mit dem Bäcker und dem Asthma war, die Umschulung, es hat alles nichts gebracht auch wenn ich darauf keinen Einfluss hatte (Asthma, Unfall). Auch die Arbeit bei der D.abfertigung kann ich nicht mehr machen, sagen die Gutachter in Marburg." Vom 8. September 1998 bis zum 3. Oktober 1998 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Burghofklinik in Bad Nauheim. Diagnostiziert wurde eine Angstneurose mit Panikattacken sowie Störung der Impulskontrolle. Laut Arztbrief der Klinik vom 12. Oktober 1998 hatte der Kläger angegeben, er leide seit 5-6 Jahren an Panikattacken und Angstanfällen. Ferner sei er an seinem letzten Arbeitsplatz manchmal derart angespannt gewesen, dass er sich selbst verletzt habe. Während dieses stationären Aufenthaltes erlitt der Kläger erstmals einen epileptischen Krampfanfall, bei dem er sich eine Oberarmkopf-Impressionsfraktur nach erstmaliger Schulterluxation links zuzog. Es folgten zwei weitere Krampfanfälle im Oktober und November 1998. Bei einem dieser Anfälle zog sich der Kläger auch eine Verletzung der rechten Schulter zu. Als Ursache der Krampfanfälle wurde eine angeborene Hirnfehlbildung diagnostiziert.

Am 4. Dezember 1998 wurde der Kläger im Auftrag seiner privaten Unfallversicherung von dem Unfallchirurgen Prof. Dr. U. untersucht. Laut Gutachten vom 16. Dezember 1998 gab der Kläger zum Behandlungsverlauf an, er habe damals bei der Untersuchung in der BG Klinik "Krachgeräusche" im linken Kniegelenk gehabt. Er sei nur geröntgt worden. Eine Spiegelung sei nicht gemacht worden, das sei ein Behandlungsfehler gewesen, wie schon vorher auch in G-Stadt. Sein Hausarzt habe ihn dann im Juli 1997 in die Unfallklinik der Universität C-Stadt geschickt, da von der BG-Klinik schon im Mai 1997 eine Arbeits- und Belastungsproben angeordnet gewesen sei, die er jedoch nicht habe machen können. In der Orthopädie in C-Stadt sei bei der Spiegelung im Juli 1997 ein Knochenschaden an der Kniescheibe festgestellt worden, der durch den Unfall verursacht sei. Nachfolgend sei er wieder in der BG-Klinik gewesen, wo nur Gymnastik im Wasser gemacht worden sei. Über den Orthopäden Dr. M. sei er dann in die orthopädische Klinik nach Marburg überwiesen worden. Dort sei im Januar 1998 eine Anbohrung der hinteren Kniescheibengelenksfläche durchgeführt worden. Weil sich die Beschwerden durch diesen Eingriff nicht gebessert hätten, sei von Dr. Q. ein so genanntes Laterales Release durchgeführt worden. Prof. Dr. U. gelangte zu der Beurteilung, Residuen der Nervenschädigung des Wadenbeinnervens seien nicht feststellbar. Seines Erachtens bestünden keine Bedenken, die Veränderungen im linken Kniegelenk als Folge des Unfallereignisses vom 13. Januar 1997 zu bewerten. Nicht nachvollziehbar sei, aufgrund welcher Befunde sich die Beweglichkeit des linken Kniegelenkes nach den Eingriffen im Januar 1998 und Mai 1998 so verändert habe, dass eine wesentliche Kniegelenksbewegungsbehinderung eingetreten sei, die eine Beugung des Kniegelenkes nur noch um 90° zulasse. Bei der erstmaligen Vorstellung in der Orthopädischen Universitätsklinik Marburg am 23. Oktober 1997 sei eine Beweglichkeit des linken Kniegelenkes von 0-0-120° möglich gewesen. Zu dem damaligen Zeitpunkt im Herbst 1997 hätten lediglich Druckschmerzen am medialen und lateralen Kniescheibenrand sowie ein leichter Schiebeschmerz bestanden. Der jetzige Untersuchungsbefund sei klinisch ein völlig anderer. Es bestehe eine wesentliche Weichteilversmähmung des linken Oberschenkels sowie eine ausgeprägte schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit des linken Kniegelenkes sowie eine wesentliche Streck- und Beugebehinderung.

Der leitende Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Städtischen Klinikum Fulda, Dr. V., erstattete am 12. Januar 1999 im Auftrag der Beklagten ein fachpsychiatrisches Zusatzgutachten. Darin maß er dem Unfallereignis eine richtunggebende Bedeutung für die Entwicklung der psychischen Symptomatik zu, welche er als mittelschwere bis schwere Depression im Sinne einer chronischen Belastungsreaktion bezeichnete. Der Kläger sei im Verlauf der Behandlung mit recht unterschiedlichen ärztlichen Meinungen und Handlungsstilen konfrontiert worden, habe sich als Patient im Rahmen der Behandlung missachtet und missverstanden gefühlt. In zeitlicher Folge sei es dann zu einem depressiven Bild mit Schuldzuweisung an die meisten der ihn behandelnden Ärzte und Arztwechsel bei unzureichendem Vertrauen in diese gekommen. Dabei habe der Kläger subjektiv das Empfinden gehabt, als Simulant zu gelten und hierdurch eine erhebliche Kränkung erfahren. Aufgrund der Schwere der Depressivität, die trotz einer ambulanten und auch stationären psychotherapeutischen Intervention keine Besserung zeige, müsse auf psychiatrischem Fachgebiet die MdE mit 30 v.H. angesetzt werden.

Vom 16. Februar 1999 bis 1. April 1999 hielt sich der Kläger erneut stationär in der Burghof-Klinik auf. Im Bericht wird ausgeführt, es sei diesmal deutlich geworden, dass sich der Patient aufgrund seiner gesundheitlichen und beruflichen Perspektive existenziell bedroht fühle, wobei er diese Ängste auf die Außenwelt projiziere und teilweise agiere.

Vom 24. bis 31. Mai und 5. bis 7. Juni 1999 hielt sich der Kläger aufgrund einer Behandlung durch die Orthopäden P. und Q. wegen einer "Chondromalacia Patellae" im Krankenhaus R. auf. Während dieses Aufenthaltes erfolgte am 25. Mai 1999 erneut eine Arthroskopie. Kostenübernahmeantrag und Rechnung wurden an die AOK gesandt. Am 29. Juni 1999 stellte sich der Kläger zunächst bei dem Orthopäden Dr. W. und danach in der Ambulanz der Orthopädischen Klinik der Universität in C-Stadt vor. Es wurde einer Arthrofibrose nach Kniegelenksinfekt (Enterokokkos faecalis) links diagnostiziert. Dem Bericht der Orthopädischen Klinik zufolge kam es im postoperativen Verlauf der Arthroskopie zu einer Schwellung im Bereich des linken Kniegelenkes und dem Austreten seröser Flüssigkeit aus einem Fistelgang. Am 25. Juni 1999 und 13. Juli 1999 erfolgten arthroskopische Sechs-porta-Synovektomien mit Anlage einer Saug-Spül-Drainage. Am 20. Juli 1999 wurde der Kläger aus stationärer Behandlung entlassen.

Eine weitere Begutachtung erfolgte durch den Neurologen und Psychiater Dr. X., der ebenso wie Dr. V. von der vorgegebenen Prämisse ausging, dass die im linken Kniegelenk vorhandenen Beschwerden sämtlich unfallbedingt seien (vgl. Schreiben der Beklagten an Dr. X., Bl. 512 der Verwaltungsakte). Dr. X. gelangte in seinem Gutachten vom 25. August 1999 zu der Beurteilung, bei dem Kläger sei es zu einer Anpassungsstörung mit ängstlicher und depressiver Reaktion sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf der Grundlage einer narzisstisch-depressiven Persönlichkeitsstruktur gekommen. Die maßgebliche Belastung ergebe sich für den Kläger daraus, dass er Ängste entwickelt habe, seinen Körper durch die unfallbedingte Verletzung nicht mehr so verwerten zu können wie früher und seine alte Arbeit nicht mehr ausüben zu können. Eigene Gefühle der Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit seien von dem Kläger unter anderem auf die behandelnden Ärzte projiziert worden, die ihm durch die falsche Behandlung seine Chancen für die Zukunft genommen hätten. Daneben habe sich eine Selbstwertproblematik entwickelt. Der Kläger habe das Gefühl, dass sein Leben so keinen Sinn mehr mache. Ein Teil der vorliegenden Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Entwicklung in der Form seelischer Störungen, Angst- und Panikattacken, Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie Gefühle der Nutz- und Wertlosigkeit seien unfallunabhängig. Die unfallabhängigen psychischen Störungen sowie die unfallbedingte anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Bereich des linken Kniegelenkes und die damit verbundenen erheblichen schmerzbedingten Funktionseinschränkungen und Einschränkungen der Funktion des gesamten linken Beines bedingten eine MdE von 30 v.H.

Zur Frage, ob die Knorpelveränderungen an der linken Kniescheibenrückfläche ursächlich auf den Unfall vom 13. Januar 1997 zurückzuführen seien und bis zu welchem Zeitpunkt unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, holte die Beklagte eine Stellungnahme ihres Beratungsarztes Dr. Y., BGU Frankfurt am Main, ein. Der Chirurg und Unfallchirurg Dr. Y. gelangte in seiner Stellungnahme nach Aktenlage vom 12. August 2002 zu der Beurteilung, der Knorpelschaden an der linken Kniescheibenrückfläche sei nicht rechtlich wesentlich auf die unfallbedingte Gewalteinwirkung mit Quetschung an der Innen- und Außenseite des linken Kniegelenkes zurückzuführen. Gegen die Vermutung des Prof. Dr. O., es läge ein bisher nicht erkannter unfallbedingter Knorpelschaden vor, sprächen auch die Ergebnisse der durchgeführten Kernspintuntersuchungen und der Behandlungsverlauf, wonach eine funktionelle Beeinträchtigung im linken Kniegelenk unmittelbar nach dem Unfall nicht vorgelegen habe, wie sie bei einer von Prof. Dr. O. angenommenen Verletzung habe vorliegen müssen. Ab Anfang Juli 1997 hätten keine Unfallfolgen bzw. keine unfallbedingten Funktionsstörungen mehr vorgelegen.

Mit Bescheid vom 27. September 2002 lehnte die Beklagte unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des Dr. Y. die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung über den 18. Juli 1997 hinaus ab. Den hiergegen erhobenen Widerspruch des Klägers wies die Beklagte nach weiterer beratungsärztlicher Stellungnahme des Dr. Y. und einer Stellungnahme des Prof. Dr. U., der nach Sichtung

weiterer Unterlagen – insbesondere des kernspintomographischen Befundes vom 14. Februar 1997 und einer Analyse des Unfallhergangs – ebenfalls den Kausalzusammenhang verneinte, durch Widerspruchsbescheid vom 11. März 2005 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat hiergegen am 13. April 2005 beim Sozialgericht Gießen Klage erhoben.

Das Sozialgericht hat zunächst auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG – ein orthopädisches Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Z. vom 15. August 2006 eingeholt. Die Sachverständige ist zu der Beurteilung gelangt, die nach dem Unfall angefertigten Röntgenbilder sowie die Art des Unfalls sprächen gegen die Entstehung einer posttraumatischen Retropatellararthrose.

Am 30. Mai 2007 hat der Neurologe und Psychiater Prof. Dr. BB., bei dem sich der Kläger auch in Behandlung befunden hat, ein Gutachten ebenfalls nach [§ 109 SGG](#) erstattet. Der Sachverständige zitiert den Kläger wie folgt: "Da ich das Vertrauen in die BG-Klinik Frankfurt verloren hatte und neuerdings Knackgeräusche bei der Beugung des linken Beins im Kniegelenk verspürte, habe ich mich an die Unfallklinik der Uni C-Stadt gewandt, dort wurde im Juli auf mein Drängen hin eine Arthroskopie des linken Knies durchgeführt und Knorpelveränderungen an der linken Kniescheibe festgestellt. Da ich aufgrund des Verhaltens von Herrn Dr. N. von der BG-Klinik Frankfurt den Eindruck bekam, die helfen mir doch nicht, obwohl das Bein weiterhin geschwollen war und Geräusche machte und in der Uniklinik C-Stadt eine Schädigung der Kniescheibe als Ursache für das Knack-Geräusch nachgewiesen worden war, habe ich einen Anwalt eingeschaltet. Außerdem habe ich noch andere Fachärzte befragt, denn ich war völlig verunsichert: Dr. M. (M-Stadt), Dr. L. (katholisches Krankenhaus C-Stadt), die Orthopädische Klinik der Uni Marburg, Dr. Q. (G-Stadt). Da die Schmerzen nicht besser werden wollten, habe ich mich im Januar 1998 in stationäre Behandlung in die Orthopädische Klinik der Uni Marburg begeben; dort wurde wieder eine Arthroskopie des linken Kniegelenks durchgeführt. Da ich immer noch mit zwei Krücken laufen musste, weil ich das linke Bein nicht belasten konnte, bin ich im Februar 98 zu Hause auf der Treppe ausgerutscht und habe mich mit dem linken Arm am Geländer abzufangen versucht, seitdem bekam ich Schmerzen in der linken Schulter. Nun hätte ich nicht nur Schmerzen im linken Knie, sondern auch in der linken Schulter und konnte dadurch noch schlechter mit meinen Krücken laufen. Ich konnte einfach nicht mehr und habe mir Hilfe bei der Psychotherapeutin (Frau D. P. S.) in M-Stadt geholt Am 13.7.98 wurde ich von der AOK ausgesteuert und auch das Verletztengeld wurde am 14.7.98 eingestellt. Ich bekam große Angst vor der Zukunft, ich sah meine Felle wegschwimmen. Ich hatte den Eindruck, die machen mit dir, was sie wollen und hatte erstmals Suizidgedanken." Prof. Dr. BB. diagnostizierte als Unfallfolgen eine angstgefärbte schwere Depression, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die sich aus einer Kausalgie infolge der Nervenquetschung im Bereich des linken Knies entwickelt habe sowie eine posttraumatische Verbitterungsstörung. Eine bei dem Kläger bestehende Epilepsie mit begleitender Schultergelenksschädigung beidseits sei durch den Arbeitsunfall im Sinne der Verschlimmerung entstanden. Insgesamt bestehe eine MdE von 60 v.H.

Das Sozialgericht hat von dem leitenden Abteilungsarzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd Dr. CC. ein Gutachten vom 8. Februar 2008 eingeholt. Der Sachverständige ist zu der Beurteilung gelangt, das von Prof. Dr. BB. angenommene chronische regionale Schmerzsyndrom (CRPS) infolge der Nervenquetschung des linken Knies habe bei dem Kläger nachweislich der ärztlicherseits erhobenen Befunde nicht vorgelegen. Der Kläger leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1). Diese Diagnose rechtfertige sich aus dem Vorliegen der typischen Symptome depressive Stimmung, Interessenverlust und erhöhter Ermüdbarkeit in Kombination mit den weiteren Symptomen Antriebsminderung, Zukunftsangst, Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl und sozialer Rückzug. Die depressive Störung sei nach der im Sozialrecht geltenden Theorie der wesentlichen Bedingungen im Sinne der Verschlimmerung durch den Arbeitsunfall vom 13. Januar 1997 verursacht worden. Dem Kläger sei es nicht gelungen, den Arbeitsunfall und seine Folgen adäquat zu verarbeiten. Die besondere Persönlichkeitsstruktur des Klägers disponiere ihn zu einer psychischen Fehlverarbeitung des Unfallgeschehens. Für die aktuelle Verschlimmerung einer latenten depressiven Neurose, die dann in die vorliegende chronifizierte depressive Störung gemündet sei, seien der Arbeitsunfall, die anschließenden Behandlungen und die Folgen aber unersetzlich. Entscheidend für die Entwicklung der Depression sei weniger das Unfallereignis selbst, als die nachfolgende Behandlung und das Fortbestehen physischer Einschränkungen. Widersprüchliche Auffassungen bezüglich Art, Umfang und Ursache der Kniegelenksschädigung und bezüglich zu ergreifender Maßnahmen durch die verschiedenen Kliniken und ambulanten Behandler und möglicherweise unnötige Eingriffe hätten zu einer tiefen Verunsicherung des Klägers und zu körperlichen Folgeschäden geführt. Die unfallbedingte depressive Störung sei mit einer MdE von 30 v.H. zu bewerten.

Das Sozialgericht hat dem Begehren des Klägers, ihm unter Anerkennung einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Beines, der Gefahr der Luxationen beider Schultergelenke, einer Epilepsie sowie einer angstgefärbten Depression mit posttraumatischer Verbitterungsstörung als Arbeitsunfallfolgen Verletztenrente nach einer MdE von 60 v.H. ab 19. Juli 1997 zu gewähren, nur teilweise stattgegeben. Es hat die Beklagte am 3. Juli 2008 verurteilt, dem Kläger unter Anerkennung einer mittelgradigen depressiven Störung als Folge des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 1997 ab 19. Juli 1997 Verletztenrente nach einer MdE von 30 v.H. zu gewähren. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Das Sozialgericht ist in seiner Begründung der Beurteilung des Dr. CC. gefolgt.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 14. August 2008 zugestellte Urteil am 22. August 2008 beim Hessischen Landessozialgericht (Landessozialgericht) – Az.: [L 6 U 166/08](#) – Berufung eingelegt.

Das Landessozialgericht hat von dem stellvertretenden ärztlichen Direktor der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Marburg Dr. DD. ein weiteres Gutachten vom 9. November 2009 eingeholt. Dr. DD. hat bei dem Kläger als Hauptdiagnose nach der Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 eine mittelgradige depressive Episode mit chronischem Verlauf (F33.1) sowie als Nebendiagnose eine Angststörung (ICD-10 F40.9) festgestellt. Die chronifizierte mittelgradige Depression stehe in ursächlichem Zusammenhang mit den Folgen des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 1997. Vorbestehende und aktenmäßig dokumentierte psychische Störungen hätten demgegenüber ein geringes Ausmaß und seien jeweils nur kurzzeitig behandlungsbedürftig gewesen. Es habe auch keine tiefergehenden Einbrüche im sozialen Leben des Klägers gegeben. Zwar habe sich nicht alles nach seinen ursprünglichen Wünschen und Plänen gerichtet. Allerdings habe er ein recht zufriedenes und unauffälliges Leben ohne größere psychische Störungen führen können. Zur Zeit des Unfalls habe bei dem Kläger eine familiäre Aufbruchsituation in positivem Sinne und eine insgesamt eher positive Arbeitssituation geherrscht. In dieser Situation habe ihn der Unfall getroffen und mit ihm dann in der Folge iatrogene Schädigungen durch Fehldiagnosen usw., die ohne den Unfall nicht zustande gekommen wären. Erst in der Folge des Unfalls und des sich anschließenden (unglücklichen) Behandlungsverlauf sei es zu der Depression gekommen. In Übereinstimmung mit dem Vorgutachter Dr. CC. sei die MdE insgesamt auf 40 v.H. für beide psychische Störungen anzusetzen, so dass nach Abzug von 10 v.H. wegen der unfallunabhängig einzuschätzenden Angststörung eine dauerhafte MdE von 30 v.H. verbleibe.

Die Beklagte hat hierzu gestützt auf eine Stellungnahme ihres ärztlichen Beraters Dr. EE. geltend gemacht, der Sachverständige habe nicht hinreichend berücksichtigt, dass der Kläger in unmittelbarer Folge des Arbeitsunfalls lediglich geringfügige Quetschungen erlitten habe und diesbezüglich auch in der Folge keine medizinische Fehlbehandlung zu verzeichnen sei. Demgegenüber leide der Kläger an einer Vielzahl von weitaus gravierenderen unfallunabhängigen Erkrankungen, deren Bedeutung für die Entstehung der psychischen Erkrankung von den Sachverständigen nicht hinreichend gewürdigt worden sei. Es sei auch nicht berücksichtigt worden, dass auch der fehlende zeitliche Zusammenhang gegen die Kausalzuordnung spreche. Die erste Behandlung auf psychiatrischem Gebiet sei 9 Monate nach dem Unfall und damit nach Abschluss der Heilbehandlung der unfallbedingten körperlichen Verletzungen erfolgt.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. Juli 2010 hat der Sachverständige Dr. DD. hierzu ausgeführt, es habe wesentlich zur Entstehung der depressiven Störung bei dem Kläger geführt, dass dieser mit der Bearbeitung widersprüchlicher medizinischer Aussagen und Operationsindikationen überfordert und demgegenüber hilflos ausgeliefert gewesen sei. Aus diesem Grunde sei es nicht entscheidend, dass der Unfall zunächst nur zu geringen somatischen Verletzungen geführt habe. Auch die zuvor im Jahr 1991 festgestellte leichte ängstlich depressive Neurose sei für die Entwicklung der depressiven Störung nicht bedeutsam. Wesentliche Auslöser der diagnostizierten depressiven Störung seien demgegenüber der Arbeitsunfall und die sich anschließenden therapeutischen Vorgehensweisen, die für den Kläger nicht überschaubar gewesen seien und zu einer tiefgreifenden Verunsicherung geführt hätten.

Die Beklagte hat hierzu geltend gemacht, nach dem 15. Juli 1997 seien keine unfallbedingten Behandlungen des Klägers erfolgt. Wenn danach keine Unfallfolgen mehr vorlagen, könnten auch die zeitlich danach liegenden Behandlungsintervalle nicht mehr dem Unfallereignis zugeordnet werden. Das von dem Kläger nach dem 15. Juli 1997 praktizierte "Ärztchopping" mit insgesamt sechs arthroskopischen Operationen stehe in keinem Zusammenhang mit den Folgen des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 1997.

Das Landessozialgericht hat der Berufung der Beklagten mit Urteil vom 26. September 2011 insoweit stattgegeben, als die Verletztenrente erst am 1. März 1998 beginne und sie im Übrigen zurückgewiesen. Bei dem Kläger liege eine dauerhafte psychische Erkrankung im Sinne einer chronifizierten depressiven Episode vor. Diese sei in "rechtlich- wesentlichem Umfang" durch den Verlauf der Heilbehandlung der unmittelbaren körperlichen Verletzungen aufgrund des Arbeitsunfalls verursacht worden. Die Heilbehandlung sei zwar rückwirkend betrachtet durch erhebliche degenerative Vorschäden bedingt gewesen. Für die Zurechnung mittelbarer Unfallfolgen komme es aber nicht darauf an, dass die Maßnahmen der Heilbehandlung von der Beklagten angeordnet worden seien. Vielmehr reichte es für die Zurechnung im Rahmen des [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) aus, wenn der Unfallversicherungsträger oder der ihm rechtlich zuzuordnende Durchgangsarzt bei seinem Handeln den objektivierbaren Anschein oder den Rechtsschein gesetzt habe, dass die Behandlung oder Untersuchung zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder zur Untersuchung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordnet werde und der Versicherte der Auffassung sein könne, dass die Heilbehandlung geeignet sei, die Unfallfolgen zu bessern oder zu beseitigen.

Die Beklagte hat gegen das Urteil die von dem Landessozialgericht zugelassene Revision eingelegt. Das BSG hat durch Urteil vom 15. Mai 2012 das Urteil des HLSG vom 26. September 2011 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Der Senat könne auf der Grundlage des LSG-Urteils nicht entscheiden, ob und gegebenenfalls welche psychischen Gesundheitsstörungen gemäß [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) unmittelbar durch den Arbeitsunfall wesentlich verursacht worden seien oder ob und gegebenenfalls welche psychischen Gesundheitsstörungen als mittelbare Unfallfolgen im Sinne des [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) festzustellen seien. Es könne auch nicht abschließend beurteilt werden, ob ein Anspruch auf Verletztenrente i.S.d. [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) bestehe.

Im fortgeführten Verfahren wurden von dem Facharzt für Psychiatrie Dr. C., der den Kläger behandelt, ein Befundbericht sowie dessen ärztliche Unterlagen beigezogen. Darin enthalten ist ein Entlassungsbericht der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums C-Stadt und Marburg vom 3. April 2013.

Die Beklagte hat den Ablauf der Heilbehandlung und das Verhalten des Klägers in dieser Beziehung ausführlich aus ihrer Sicht dargestellt. Sie hat die Auffassung geäußert, der weitere Behandlungsverlauf vom 15. bzw. 19. Juli 1997 bis März 1998 – dem Beginn der psychischen Erkrankung des Klägers – sei allenfalls zu geringen Teilen in ihren Verantwortungsbereich gefallen. Zudem seien keinerlei Gesichtspunkte erkennbar, die als Ursache für eine Erkrankung auf psychologisch-psychiatrischem Gebiet herangezogen werden könnten. Insbesondere seien Behandlungsfehler nicht bekannt geworden. Die Gewährung von Heilbehandlung selbst durch Sozialversicherungsträger und die Durchführung von Untersuchungen bzw. Begutachtungen zur Abgrenzung der Leistungspflicht ([§ 62 SGB I](#)) könnten schon für sich genommen nicht als schädigende Einwirkung angesehen werden, zumal auf die Heilbehandlung ein Rechtsanspruch bestehe. Beachtlich sei auch, dass eine Garantie für den Erfolg von Heilbehandlungsmaßnahmen nicht bestehen könne. Es sei jedenfalls nicht der Behandlung der Erkrankung geschuldet, wenn der Kläger trotz Behandlung der unfallunabhängigen pathologischen Veränderungen im linken Knie etwaig noch Beschwerden gehabt habe. Im Übrigen sei objektiv neben der anlagebedingten Erkrankung oder Veranlagung auf psychiatrischem Gebiet nicht ein belegbarer Gesichtspunkt ersichtlich, der die Verursachung der Erkrankung des Klägers durch das Unfallereignis oder durch die sich anschließende Heilbehandlung begründen könne.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 3. Juli 2008 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakte und die zum Verfahren beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Auf die Berufung war das erstinstanzliche Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 3. Juli 2008 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen. Denn der Kläger hat wegen des Arbeitsunfalls vom 13. Januar 1997 keinen Anspruch auf Verletztenrente nach [§ 56 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), weil die bei dem Kläger diagnostizierte psychische Störung in Form einer Depression weder unmittelbar noch mittelbar durch den Arbeitsunfall des Klägers

vom 13. Januar 1997 verursacht wurde.

Der Sachverständige Dr. DD. hat für den Senat überzeugend bei dem Kläger wegen des chronischen Verlaufs der psychischen Erkrankung nach den Diagnosekriterien ICD-10-GM Version 2009 F 33.1 (ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation) eine mittelgradige depressive Episode mit chronischem Verlauf diagnostiziert. Bei einer depressiven Episode (F 32) leidet der Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, er reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen Symptomen" begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anfall und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (so die Definition im ICD-10-GM Version 2009). Eine mittelgradige depressive Episode (F 32.1), wie sie schon von Dr. CC. diagnostiziert worden war, setzt voraus, dass gewöhnlich vier oder mehr der oben genannten Symptome vorhanden sind und der betroffene Patient große Schwierigkeiten hat, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden gekennzeichnet ist, wobei die gegenwärtige Episode mittelgradig ist (F 32.1), wird als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode bezeichnet (so F 33.1). Die aktuelle Version aus dem Jahre 2016 des ICD-10-GM hat diese Definitionen und Bezeichnungen beibehalten.

Diese bei dem Kläger bestehende mittelgradige depressive Störung steht nicht mit dem beim Arbeitsunfall vom 13. Januar 1997 eingetretenen Erstschaaden in unmittelbarem und rechtlich wesentlichen Ursachenzusammenhang. Der Kläger hat bei dem Ereignis vom 13. Januar 1997 am Endglied des dritten Fingers links eine kleine Verletzung erlitten und eine seitliche Quetschung des linken Kniegelenkes. Die seitliche Prellung und Quetschung des linken Kniegelenkes führte zu einer Irritation des Wadenbeinnervens und damit verbundenen Gefühlsstörungen. Die neurometrisch-elektromyographische Nachuntersuchung durch Dr. H. am 27. August 1997 ergab keine Zeichen einer neurogenen Schädigung. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die unfallbedingte diskrete distale Peroneusläsion zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestand. Gegen den Kausalzusammenhang zwischen den bei dem Unfall erlittenen Verletzungen und den im Februar/März 1998 aufgetretenen Depressionen spricht daher schon der fehlende zeitliche Zusammenhang. Auch deuten die Angaben des Klägers gegenüber den ihn untersuchenden Ärzten und gegenüber der Dipl.-Psychologin S. nicht darauf hin, dass die bei dem Arbeitsunfall erlittene Wadenbeinschädigung und die damit verbundenen Gefühlsstörungen ihn psychisch anhaltend beunruhigt und belastet haben. Die Auffassung des Prof. Dr. BB., bei dem Kläger habe sich in Folge der Quetschung des Nervus-peroneus ein CRPS vom Typ II entwickelt, ist nicht haltbar. Diesbezüglich haben sowohl Dr. CC. in seinem Gutachten vom 8. Februar 2008 als auch der Beratungsarzt der Beklagten Dr. EE. in seiner Stellungnahme vom 21. November 2007 ausführlich dargelegt und begründet, dass das Vorliegen eines CRPS nicht nachgewiesen ist. Eine chronisch verlaufende mittelgradige depressive Episode kann folglich nicht als unmittelbare Folge des Arbeitsunfalls festgestellt werden. Diese psychische Störung kann dem Versicherungsfall vom 13. Januar 1997 auch nicht nach [§ 11 SGB VII](#) als mittelbare Unfallfolge zugerechnet werden. Nach [§ 11 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalles auch solche Gesundheitsschäden oder der Tod eines Versicherten, die durch die Durchführung einer Heilbehandlung nach dem SGB VII oder durch Maßnahmen wesentlich verursacht wurden, welche zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordnet wurden. Diese Vorschrift regelt, dass auch solche Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht werden, dem Versicherungsfall rechtlich zugeordnet werden. Diese mittelbaren Folgen müssen anders als nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) - nicht durch den Gesundheitserstschaaden verursacht worden sein (so die Ausführungen im Urteil des BSG vom 15. Mai 2012 [B 2 U 31/11 R](#) - juris). Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - juris - und der in diesem Verfahren ergangenen Entscheidung vom 15. Mai 2012) kommt es bei den beiden Zurechnungstatbeständen des [§ 11 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB VII](#) nicht zwingend darauf an, ob ein Versicherungsfall "objektiv" vorlag oder ein Heilbehandlungsanspruch "wirklich" nach materiellem Recht bestand. "Die Durchführung einer Heilbehandlung im Sinne des [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) liegt vor, wenn der Träger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte Heilbehandlungsmaßnahme nach den [§§ 26 ff. SGB VII](#) (nicht notwendig durch Verwaltungsakt in Schriftform) bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen (diagnostischen oder therapeutischen) Maßnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der Maßnahme des Trägers gemäß den Anordnungen der Ärzte und ihres Hilfspersonals teilnimmt. Auch hier beruht die gesetzliche Zurechnung auf der grundsätzlich pflichtigen Teilnahme des Versicherten an einer vom Unfallversicherungsträger (oder diesem zurechenbar) bewilligten oder angesetzten Maßnahme. Insbesondere kommt es rechtlich nicht darauf an, ob die Bewilligung oder Ansetzung der Heilbehandlungsmaßnahme durch den Träger objektiv rechtmäßig war oder ob objektiv ein Anspruch auf Heilbehandlung bestand. Die Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles im Sinne des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) umfasst sinngemäß auch die Aufklärung von Unfallfolgen im engeren Sinne. Dieser Zurechnungstatbestand setzt ausdrücklich nicht voraus, dass überhaupt ein Versicherungsfall objektiv vorliegt. Die Zurechnung erfolgt allein aufgrund der grundsätzlich pflichtigen Teilnahme des Versicherten an einer vom Träger zur Sachverhaltsaufklärung angeordneten (nicht notwendig ärztlichen) Untersuchung. Die durch die Teilnahme wesentlich verursachten Gesundheitsschäden werden letztlich dem Versicherungsträger zugerechnet, der für die Aufklärung des behaupteten Unfallherganges und zur Entscheidung über das Vorliegen/Nichtvorliegen eines Versicherungsfalles und von Unfallfolgen verbandszuständig ist. Es kommt also grundsätzlich nur darauf an, ob eine solche Untersuchung gegenüber dem Versicherten angeordnet wurde und er an ihr teilgenommen und wesentlich dadurch Gesundheitsschäden erlitten hat." (so BSG im Urteil vom 5. Juli 2011 [a.a.O.](#))

Es kommt nicht darauf an, ob objektiv, aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters, die Voraussetzung eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge im engeren Sinne wirklich vorlagen. Erforderlich ist nur, dass der Träger die Maßnahmen gegenüber dem Versicherten in der Annahme des Vorliegens oder der Aufklärungsbedürftigkeit des Sachverhalts eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge im engeren Sinne veranlasst hat. Für die Frage, ob eine derartige Durchführung einer gegenüber dem Versicherten angeordneten Maßnahme vorliegt, an die er grundsätzlich pflichtig teilnehmen muss, reicht die bloße irrige Vorstellung des Versicherten, er nehme an einer solchen Maßnahme teil, nicht aus. Entscheidend ist vielmehr, ob der Träger (durch sein Organ) oder seine Leistungserbringer dem Versicherten den Eindruck vermittelt hat, es solle eine solche Maßnahme des Unfallversicherungsträgers durchgeführt werden, an der er teilnehmen solle. Ausreichend ist, wenn der Träger oder seine Leistungserbringer für den Versicherten den Anschein gesetzt haben, es solle eine solche unfallversicherungsrechtliche Maßnahme durchgeführt werden. Das ist der Fall, wenn ein an Treu und Glauben orientierter Versicherter an der Stelle des konkret Betroffenen die Erklärungen und Verhaltensweisen der auf Seiten des Trägers tätig gewordenen Personen als Aufforderung zur Teilnahme an einer vom Unfallversicherungsträger gewollten Maßnahme verstehen

durfte (so BSG im Urteil vom 5. Juli 2011, [a.a.O.](#)).

In Bezug auf die ärztliche Heilbehandlung und Untersuchung wird als Ursache bzw. Auslöser für die hier als Gesundheitsschaden von dem Kläger geltend gemachte depressive Erkrankung seitens der gehörten psychiatrischen Sachverständigen folgendes genannt:

- Die Konfrontation mit unterschiedlichen ärztlichen Meinungen und Handlungsstilen (Dr. V.);
 - Widersprüchliche Auffassung bezüglich Art, Umfang und Ursache der Kniegelenksschädigung und bezüglich der zur ergreifenden Maßnahmen (Dr. CC.);
 - Hilflosigkeit und tiefe Verunsicherung gegenüber widersprüchlichen medizinischen Aussagen und Operationsindikationen (Dr. DD.);
 - Fehldiagnosen (Dr. DD.);
 - Tiefe Verunsicherung des Klägers und körperliche Folgeschäden durch möglicherweise unnötige Eingriffe (Dr. CC.).
- Vom 6. Senat des Landessozialgerichts wird der Behandlungsverlauf als Odyssee durch vielfältige Diagnosen und Behandlungsansätze auf orthopädisch-chirurgischem und neurologisch-neuro-chirurgischem Gebiet bezeichnet.

Bezüglich all dieser Sachverhalte ist ein Zurechnungstatbestand nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 3 SGB VII](#) nicht erfüllt:

Eine erste durchgehende berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung des Klägers erfolgte vom Unfalltag bis zum 18. Juni 1997. Untersucht wurde der Kläger am Unfalltag durch den Durchgangsarzt Dr. E. in der Nähe seines Arbeitsplatzes und danach von dem Durchgangsarzt in der Nähe seines Wohnortes Prof. Dr. F. im Kreiskrankenhaus G-Stadt. Im Auftrag des Prof. Dr. F. wurde der Kläger konsiliarisch von dem Neurologen Dr. G. in G-Stadt untersucht. Als unfallbedingte Gesundheitsstörungen wurden aufgrund klinischer, röntgenologischer, sonographischer und neurologischer Untersuchungen am linken Kniegelenk eine Quetschung und eine "relativ harmlose Druckschädigung des Nervus Peroneus im Bereich des Fibulaköpfchen" diagnostiziert. Nachdem der Kläger am 10. Februar 1997 gegenüber Prof. Dr. F. über Schmerzen im linken Knie und ein Knacken retropatellar geklagt hatte, veranlasste dieser am 14. Februar 1997 eine kernspintomographische Untersuchung, die ein Weichteilödem über dem Fibulaköpfchen zeigte und anhand der ein Kniebinnenschaden ausgeschlossen wurde. Der MRT-Befund bestätigte die zuvor gestellte Diagnose. Als Heilbehandlungsmaßnahmen erfolgten krankengymnastische Übungsbehandlungen. Weil sich die Beschwerden des Klägers nach dessen Angaben nicht wie erwartet besserten, überwies der Durchgangsarzt Prof. Dr. F. den Kläger in die BGU Frankfurt am Main. Dort wurde nach weiteren klinischen, röntgenologischen und neurologischen Untersuchungen die zuvor gestellte Diagnose bestätigt. Als unfallunabhängig wurde eine Kniescheibenfehlform (Dysplasie) beidseits vom Typ Wiberg III - IV diagnostiziert und das von dem Kläger beschriebene Knackphänomen als Subluxation der Kniescheibe, ohne funktionelle oder therapeutische Konsequenz, gewertet. Eine operative Maßnahme in Form einer Kniespiegelung wurde für nicht notwendig erachtet, weil hiervon eine Änderung des Befundes nicht zu erwarten sei. Ebenso wie Prof. Dr. F. wurde seitens der BGU eine Physiotherapie als Heilbehandlung für sinnvoll erachtet, die während eines stationären Aufenthaltes im Mai intensiviert durchgeführt wurde. Vor Beginn der von der BGU ins Auge gefassten Belastungserprobung hatte der Kläger offensichtlich Zweifel an deren Durchführbarkeit und stellte sich in der chirurgischen Abteilung des St. Josefs Krankenhauses in C-Stadt vor. Dort wurde von dem Oberarzt Dr. J. eine unfallunabhängige retropatellare Arthrose diagnostiziert. Wegen eines tastbaren Schnappens der Beugesehne über die laterale Tibiakante verwies er den Kläger an die BGU zur weiteren Abklärung, weil dort alle Voruntersuchungen durchgeführt worden waren. Der Kläger stellte sich daraufhin am 8. Juni 1997 wieder in der BGU vor. Die von dem Kläger geklagte Beschwerdesymptomatik im linken Kniegelenk, insbesondere im Bereich der Kniescheibe, wurde als unfallunabhängige Beschwerdesymptomatik beurteilt, es wurde ebenso wie von Dr. J. eine unfallunabhängige Retropatellararthrose diagnostiziert. Wegen der unfallbedingten Quetschung wurden weitere Maßnahmen - wie eine Kniespiegelung - nicht für notwendig erachtet und das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren beendet. Während des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens vom Unfalltag bis zum 18. Juni 1997 erhielt der Kläger von den ihn behandelnden daran beteiligten Ärzten weder widersprüchliche Informationen hinsichtlich der zur Aufklärung des Sachverhalts notwendigen Maßnahmen noch eine widersprüchliche Aufklärung und Information zu den Unfallfolgen ([§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#)). Auch die zur Behandlung der Unfallfolgen zu ergreifenden Maßnahmen der Heilbehandlung ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) wurden von den Behandlern übereinstimmend beurteilt. Es ist nicht ersichtlich, dass die durchgeführten Untersuchungen zur Aufklärung des Sachverhalts oder die zur Behandlung durchgeführten Maßnahmen der Krankengymnastik und Ergotherapie unnötig oder in anderer Weise fehlerhaft waren.

Schon während des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens hatte sich der Kläger wegen der Kniebeschwerden an seinen Hausarzt gewandt. Er war, wie sich seinen Angaben gegenüber Prof. Dr. U. und Prof. Dr. BB. entnehmen lässt, mit dem Verlauf des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens unzufrieden, weil er alle seine Beschwerden am linken Bein für unfallbedingt hielt und eine Kniegelenkspiegelung als notwendig erachtete und das Unterlassen einer solchen Untersuchung im Kreiskrankenhaus G Stadt und in der BGU als Behandlungsfehler ansah. Er ließ sich deshalb von seinem Hausarzt an die Unfallklinik der Universität C-Stadt überweisen. Nach Aussage des Klägers gegenüber Prof. Dr. BB. wurde dort auf sein "Drängen" hin eine Kniespiegelung durchgeführt. Der Befund (drittgradiger degenerativer Knorpelschaden) und das Ergebnis dieser am 17. Juli 1997 durchgeführten Arthroskopie bestätigten die während des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens gestellte Diagnose.

Am 26. August 1997 wurde der Kläger erneut in der BGU stationär aufgenommen. Er hatte bei der Nachuntersuchung in der Universitätsunfallklinik C-Stadt und einer daraufhin veranlassten klinischen Untersuchung am 18. August 1997 in der Neurochirurgie der BGU im Gegensatz zu den Voruntersuchungen nun Zeichen einer deutlichen Peroneus-Parese gezeigt. Die stationär von Dr. H. nochmals durchgeführte neurologische Untersuchung zeigte jedoch keine Zeichen einer Peroneusläsion. Eine wegen der am 18. August gezeigten Symptome in Erwägung gezogene Neurolyseoperation wurde deshalb als nicht diskutabel erachtet. Von den Neurochirurgen wurden die Unfallfolgen als teilsächlich für die bestehende Arbeitsunfähigkeit des Klägers erachtet. Es wurde eine Belastungserprobung ab dem 8. September 1997 vorgesehen. In der arbeitsfreien Zeit sollte der Kläger die krankengymnastischen Übungsbehandlungen fortführen. Seitens der Beklagten wurde eine Nachuntersuchung des Klägers in der BGU für Oktober veranlasst. Dies wurde dem Kläger mitgeteilt. Auch nach diesen Untersuchungen Ende Oktober 1997 wurden seitens der Neurochirurgen und der Unfallchirurgen keine Indikationen zu einer unfallchirurgischen oder neurochirurgischen operativen Intervention gesehen. Es wurde zur Fortsetzung der krankengymnastischen Übungsbehandlungen und weiteren muskelkräftigenden Maßnahmen geraten. Der Kläger wurde zur weiteren durchgangsarztlichen Betreuung an das St. Josefs Krankenhaus zu Dr. J. verwiesen.

Die von der BGU vorgesehene Belastungserprobung ab dem 8. September 1997 hatte der Kläger nicht begonnen, weil er sich - wie er den Ärzten in der BGU im Oktober 1997 mitteilte - zwischenzeitlich bei mehreren Ärzten vorgestellt hatte, die ihm unter anderem zur operativen Versorgung des linken Knies geraten hatten. Weil er sich seitens der BGU unzureichend untersucht und behandelt fühlte, schaltete er einen

Anwalt ein (so seine Angaben gegenüber Prof. Dr. BB.). Dem neurochirurgischen Bericht der BGU vom 29. Oktober 1997 ist zu entnehmen, dass der Kläger – aufgrund seines Hinweises auf mögliche rechtliche Schritte – zur wiederholten Überprüfung der Frage nach einer operativen Versorgung auf unfallchirurgischem Gebiet Dr. N. vorgestellt worden war. Obwohl dieser während des stationären Aufenthaltes im August weitere röntgenologische und kernspintomographische Diagnostik veranlasste und auswertete, hielt der Kläger die Auskunft, es ergäbe sich keine therapeutische Konsequenz auf unfallchirurgischem Fachgebiet, weiterhin für eine Fehlbeurteilung. Auch sah er, wie sich aus der Mitteilung der Dipl.-Psychologin S. in ihrem Schreiben vom 15. November 1998 ergibt, in der Interpretation des Arthroskopiebefundes der Unfallchirurgie des Universitätsklinikums C Stadt eine "Fehleinschätzung der Krankheitsumstände". Von seinem Hausarzt wurde ihm dann eine Untersuchung bei Dr. M. empfohlen, der ihn in die Universitätsklinik Marburg verwies (so die Schilderungen der Dipl.-Psychologin S.). Gegenüber der Beklagten gab der Kläger am 28. November 1997 in einem Telefonat an, dass Dr. M. entgegen der BGU eine Operation befürworte. Weiterhin teilte er telefonisch mit, dass er bei Prof. Dr. O. in der Uniklinik Marburg in Behandlung sei und dort ein Privatgutachten erstellt werden solle.

Bei genauer Betrachtung und Auswertung der von dem Kläger gegenüber mehreren Behandlern und Gutachtern gemachten Angaben wird deutlich, dass sich der Kläger bewusst an Ärzte außerhalb der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung gewandt hat, weil er Auskünfte und Beurteilungen sowie die Behandlung der Leistungserbringer der Beklagten nicht akzeptieren wollte. Er suchte Rat bei Ärzten außerhalb der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung, die allerdings mit dem Unfallgeschehen im Detail und den Vorbefunden nur begrenzt oder gar nicht vertraut waren. Dass er dabei auch Auskünfte und Beurteilungen erhielt, die mit denen der BGU und der Beurteilung der Beklagten nicht übereinstimmten, kann der Beklagten nicht angelastet werden. Dem Kläger war bewusst, dass die von ihm aufgesuchten Ärzte keine Organe oder Leistungserbringer der Beklagten sind. Der Kläger sah die am 16. Januar 1998 erfolgte Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit retrograder Patellaanbohrung nicht als diagnostische oder therapeutische Maßnahme an, zu der er gegenüber der Beklagten gem. §§ 62 oder 63 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) verpflichtet ist. Auch die Universitätsklinik Marburg führte diesen Eingriff nicht als berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung durch, denn die Klinik wandte sich wegen der Kostenübernahme zunächst nicht an die Beklagte, sondern an die Krankenkasse des Klägers. Erst nachdem diese die Kostenübernahme abgelehnt hatte, wurde die Rechnung an die Beklagte versandt, die die Rechnung zwar beglich, jedoch diesbezüglich gegenüber der AOK einen Erstattungsanspruch geltend machte. Auch Dr. Q. ist bei Durchführung der Arthroskopie am 29. Mai 1998 nicht als Leistungserbringer der Beklagten tätig geworden. Dr. Q. wurde offensichtlich aufgrund einer Überweisung des Hausarztes tätig, an diesen übersandte er auch seine Berichte.

Nach Überzeugung des Senats steht auch fest, dass weder die Beklagte noch ein der Beklagten rechtlich zuzuordnender Durchgangsarzt gegenüber dem Kläger den Anschein gesetzt haben, dass die weiteren nach Oktober 1997 erfolgten Untersuchungen und Behandlungen zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung gehören oder zur Untersuchung des Sachverhalts des Versicherungsfalls angeordnet wurden. Von dem Vorliegen eines solchen Sachverhalts ist der Kläger auch nicht – wie bereits dargelegt – ausgegangen.

Der Umstand, dass der Kläger in Bezug auf die Ursache seiner Beschwerden im linken Kniegelenk mit unterschiedlichen Meinungen konfrontiert war und hinsichtlich der diagnostischen Maßnahmen unterschiedliche Auffassungen bestanden, kann folglich der Beklagten nicht gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII zugeordnet werden. Da Gleiches auch für die Behandlung der Kniegelenksbeschwerden am 16. Januar 1998 im Rahmen einer Arthroskopie und die anschließend im Februar erlittene Zerrung der linken Schulter beim Krückenlaufen gilt, können die nach dem Eingriff und der Schulterzerrung bestehenden Schmerzen und die Immobilisation sowie die damit einhergehende psychische Dekompensation des Klägers nicht im Rahmen des § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII der Beklagten zugerechnet werden.

Soweit der Kläger die durchgangsarztliche Behandlung – insbesondere in der BGU Frankfurt am Main – als kränkend empfunden hat, weil er sich nicht ernst genommen, sich als Simulant behandelt fühlte, kann ein Kausalzusammenhang mit der erfolgten berufsgenossenschaftlichen Behandlung nicht hergestellt werden. Für diese subjektive Empfindung des Klägers lassen sich in den Berichten über die ärztliche Behandlung keine dieses Empfinden rechtfertigende Verhaltensweisen der Ärzte finden. Aufgrund der von dem Kläger geäußerten Beschwerden wurden ohne zeitliche Verzögerungen alle notwendigen und sinnvollen röntgenologischen, kernspintomographischen und neurologischen Untersuchungen veranlasst. Für dieses subjektive Empfinden des Klägers ist nicht die berufsgenossenschaftliche ärztliche Behandlung wesentlich ursächlich, sondern die in der Persönlichkeit des Klägers verankerte leicht kränkbare Wesensart mit dem Gefühl falsch und ungerecht behandelt zu werden, wie sie von Dr. CC. in seinem Gutachten und im Entlassungsbericht der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg und C-Stadt vom 3. April 2013 festgestellt wurde.

Auf die Berufung der Beklagten war folglich das erstinstanzliche Urteil aufzuheben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG, die über die Nichtzulassung der Revision aus § 160 SGG.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-06