

L 6 U 2247/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 5 U 3073/02
Datum
06.05.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2247/04
Datum
04.05.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 6. Mai 2004 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund des Unfallereignisses vom 20. Juni 2001.

Die 1945 geborene Klägerin teilte der Beklagten am 25. März 2002 mit, sie habe am 20. Juni 2001 einen Wegeunfall erlitten und bat um Einleitung eines Feststellungsverfahrens. Die Klägerin trug vor, sie sei auf dem Weg zu einer Bushaltestelle gestürzt und habe dabei ihren linken Vorderfuß nach oben abgelenkt und ihr linkes Knie blutig aufgeschlagen. Wegen ihrer vorbestehenden Neuropathie habe sie zunächst den Schmerz im Knie stärker als den Schmerz im Fußbereich gespürt. Als der linke Mittelfuß angeschwollen sei, habe sie am 22. Juni 2001 ihren Hausarzt Dr. R. und nach erfolgter Überweisung am 27. Juni 2001 den Orthopäden W. aufgesucht. Nach Anfertigung von Röntgenaufnahmen sei ihr Lymphdrainage viermal wöchentlich verordnet worden. Bis Ende Juli 2001 hätten sich zeitweise sehr starke stechende Schmerzen im Mittelfußbereich und ein ausgeprägter Fersensporn entwickelt. Daraufhin seien weitere Röntgenbilder angefertigt worden. Sodann habe sie sich beim Gefäßchirurgen Dr. S. vorgestellt, welcher Kontrastmittel-Aufnahmen der Venen verordnet habe, die am 30. August 2001 im Solitude-Zentrum angefertigt worden seien. Da sich zu diesem Zeitpunkt sowohl Dr. S. als auch der Orthopäde W. im Urlaub befunden hätten und auch sie selbst bis zum 3. Oktober 2001 im Urlaub gewesen sei, habe sie erst am 10. Oktober 2001 Dr. S. wieder aufsuchen können. Dort seien weitere Röntgenbilder angefertigt worden und sei ihr geraten worden, den linken Fuß nicht mehr zu belasten. Am 18. Oktober 2001 sei ein Szintigramm beider Füße und des ganzen Körpers angefertigt worden. Am 29. und 31. Oktober 2001 habe sie sich bei Dr. G. und Dr. T. in der Unfallchirurgie des L. Klinikums vorgestellt. Nach weiteren Vorstellungen am 7. und 12. November 2001 bei Dr. H. in der Orthopädischen B.-Klinik S. habe sie sich am 26. November 2001 in der Technischen Orthopädie der Universitätsklinik M. durch Dr. F. untersuchen lassen, wo auch weitere Aufnahmen angefertigt worden seien. Nach strenger Bettruhe sei sie am 11. Januar 2002 in der Universitätsklinik M. stationär aufgenommen worden. Die neuerlich angefertigten Röntgenaufnahmen hätten gezeigt, dass eine operative Maßnahme nicht notwendig sei. Nach Versorgung mit einem orthopädischen Maßschuh und Durchführung therapeutischer Maßnahmen im Rollstuhl und mit Gehstützen sei sie am 16. Februar 2002 aus der stationären Behandlung entlassen worden.

Die Beklagte holte den Befundbericht des Orthopäden W. vom 15. April 2002 ein, in welchem dieser mitteilte, er habe am 27. Juni 2001 ein Lymphödem beider Unterschenkel bei Zustand nach Erysipel, Senk-Spreizfuß beidseits, eine Metatarsalgie rechts und einen Fersensporn links diagnostiziert. Angaben zu einem Unfallgeschehen habe die Klägerin erstmals am 22. Februar 2002 gemacht. Auf Anfrage der Beklagten wurde vonseiten des Arbeitgebers der Klägerin am 13. Mai 2002 telefonisch mitgeteilt, die Klägerin habe erstmals am 27. Februar 2002 Mitteilung von dem Unfallereignis gemacht. Sodann holte die Beklagte den Krankheitsbericht des Allgemeinarztes Dr. R. vom 15. Mai 2002 ein. Dort wurde u. a. ausgeführt, die Klägerin habe am 22. Juni 2001 berichtet, sie spüre "seit 2 Wochen" ein Stechen im linken Fuß mit Schwellneigung und sei am 20. Juni 2001 gestürzt. Beigefügt waren die Arztbriefe von Dr. S. vom 29. November 2001 und Dr. H./Ass.-Arzt Sch. vom 17. April 2002, jeweils vom Universitätsklinikum M. ... Im Arztbrief vom 29. November 2001 wurde berichtet, die Röntgenuntersuchung habe im Bereich des linken Fußes eine massive Destruktion des Fußwurzelknochens und der proximalen Mittelfußknochen im Sinne einer diabetischen neuropathischen Osteoarthropathie Typ II bis III nach Sanders und einen unauffälligen Skelettstatus des rechten Fußes ergeben. Im Arztbrief vom 17. April 2002 wurde auf Wunsch der Klägerin auf den zeitlichen Zusammenhang des Sturzes vom 20. Juni 2001 mit den in der Folgezeit aufgetretenen Symptomen der Osteoarthropathie hingewiesen.

In dem von ihr im Mai 2002 ausgefüllten Fragebogen teilte die Klägerin u. a. mit, sie habe nach dem Sturz täglich trotz Schmerzen im linken

Fuß bis zum 17. Oktober 2001 weiter gearbeitet.

Mit Bescheid vom 1. August 2002 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 20. Juni 2001 als Arbeitsunfall und lehnte einen Rentenanspruch ab. Zur Begründung führte die Beklagte aus, die entzündlichen Veränderungen der Fußwurzelknochen links seien nicht durch den Unfall entstanden, sondern beruhten auf den Folgen des vorbestehenden Diabetes mellitus Typ II. Frische unfallbedingte Verletzungen seien vom behandelnden Orthopäden nicht festgestellt worden. Gegenüber den behandelnden Ärzten habe die Klägerin ferner angegeben, bereits mehrere Monate vor dem Unfall unter beidseitigen Fußbeschwerden gelitten zu haben. Darüber hinaus seien Art und Schwere des Unfallhergangs nicht geeignet, die beschriebenen Schäden, insbesondere im linken Fuß, hervorzurufen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 3. September 2002 Widerspruch. Vorgetragen wurde, der Orthopäde W. habe eine unrichtige Diagnose gestellt. Ohne den Unfall wäre es nicht zu den nun bestehenden Verletzungsfolgen am linken Fuß gekommen. Die vom Orthopäden W. am 27. Juni 2001 angefertigten Röntgenaufnahmen hätten bereits feine Haarrisse, die durch den Unfall ausgelöst worden seien, gezeigt. Erst durch diese Haarrisse sei es zu der weiteren Destruktion der Mittelfußknochen aufgrund der ständigen Körperbelastung gekommen. Außerdem habe sie am 22. Juni 2001 gegenüber Dr. R. erklärt, sie habe erst seit zwei Tagen und nicht bereits seit zwei Wochen ein Stechen im linken Fuß. Vor dem Unfallereignis habe die Klägerin keinerlei Probleme gehabt. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 24. Oktober 2002 zurück. Bei einem Diabetes mellitus handle es sich um eine Krankheit, die ihrer Natur nach zu Komplikationen, insbesondere auch zu Neuropathie und Arthropathie neige. Dieser Krankheitsverlauf könne durch jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis bewirkt werden. Besonderer äußerer Einwirkungen bedürfe es hierzu nicht. Rechtlich wesentlich für den Schaden am linken Fuß sei das Grundleiden und nicht das Unfallereignis.

Hiergegen erhob die Klägerin am 21. November 2002 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Das SG holte zunächst die sachverständige Zeugenaukunft von Prof. Dr. W./Dr. K. vom Universitätsklinikum M. vom 21. Februar 2003 ein. Dort wurde ausgeführt, ein akuter oder auch chronischer Schub der diabetisch-neuropathischen Osteoarthropathie könne durch äußere Einflüsse, zu denen Operationen, Infektionen oder Bagatelverletzungen zählten, ausgelöst werden, aber auch ohne erkennbare äußere Auslöser auftreten. Unmittelbar nach dem Unfallereignis im Röntgenbild sichtbare Veränderungen seien nicht zwingend erforderlich, da selbige erst mit einer Latenz von 10-14 Tagen auftreten könnten. Der von der Klägerin geschilderte Verlauf sei durchaus typisch für die Entstehung einer diabetisch-neuropathischen Osteoarthropathie infolge einer Verletzung. Es bestehe daher die Wahrscheinlichkeit, dass das Leiden durch den Unfall manifest geworden sei. Der Erkrankungsprozess sei noch nicht abgeschlossen, sodass fortgesetzte Arbeitsunfähigkeit bestehe.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung des Gutachtens des Internisten und Endokrinologen Prof. Dr. H., Chefarzt des Diabetes Zentrums B. M., vom 11. Juli 2003. Dem Gutachten waren die Arztbriefe des Radiologen Dr. M. vom 19. Januar 2001 über ein am 17. Januar 2001 angefertigtes Computertomogramm der Lendenwirbelsäule, des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 23. Januar 2001 (Diagnose: Polyneuropathie), von Prof. Dr. J./Dr. K./Dr. T., Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Klinikums L., vom 20. Mai 1999 über einen dortigen stationären Aufenthalt der Klägerin vom 9. bis zum 15. April 1999 (Diagnose: Mal perforans bei diabetischem Fuß) und der diesbezügliche Sofortbefund des Dr. D. vom 9. April 1999 beigelegt. Prof. Dr. H. führte in seinem Gutachten aus, bei der Klägerin liege ein Diabetes mellitus Typ II, eine distal sensible Polyneuropathie, eine Osteoarthropathie links im chronischen Stadium (Charcot-Fuß), ein diabetisches Fußsyndrom mit kleiner oberflächlicher Druckläsion D 2 links und Dickleibigkeit vor. Denkbar seien in der Regel unbemerkt vorliegende Mikrotraumen, die eine akute Osteoarthropathie in einem vorgeschädigten Polyneuropathie-Fuß hervorrufen könnten oder auch spontan auftretende Charcot-Veränderungen im Rahmen von Alltagsbelastungen. Vorbedingung auch hier sei eine Vorschädigung durch eine Polyneuropathie jeglicher Genese, die zu einer veränderten Sensibilität, Statik und daraus folgenden dauerhaften Fehlbelastung in der betroffenen unteren Extremität führe. Das Trauma vom 20. Juni 2001 sei mit hinreichender Sicherheit die Ursache für den Charcot-Fuß, der sich durch die vorbekannte Polyneuropathie entwickelt habe. Ein akuter Charcot-Fuß zeichne sich dadurch aus, dass in den ersten zwei bis drei Wochen nach Erkrankungsbeginn röntgenologisch keine Zeichen einer Knochendestruktion sichtbar würden, worin sich die nicht unerhebliche Rate der nicht gestellten korrekten Diagnose zu diesem frühen Stadium erkläre. In den bei dem Orthopäden W. am 27. Juni 2001 angefertigten Röntgenaufnahmen der Füße zeigten sich keine röntgenologischen Veränderungen im Sinn einer Charcot-Deformität. Das bedeute, dass eine chronische, schon vorbestandene Charcot-Veränderung oder andersartige röntgenologisch erkennbare Knochendestruktion zu diesem Zeitpunkt nicht vorgelegen habe. Erst die am 31. August 2001 im Rahmen der weiteren Abklärung während einer Phlebographie angefertigten Röntgenbilder hätten dann deutliche Knochenveränderungen des linken Fußes mit erstmaliger Diagnosestellung einer Charcot-Deformität gezeigt. Typischerweise gingen den röntgenologischen Veränderungen eine klinisch erkennbare Entzündungsreaktion mit Schwellung, Rötung und Überwärmung des betroffenen Fußes voraus. Aufgrund der vorhandenen Empfindungslosigkeit im Bereich der unteren Extremität werde der Schmerz selten bemerkt. Dies erkläre, warum der verletzte Fuß weiter belastet und somit die Knochendestruktion weiter vorangetrieben werde. Dies führe zu einer weiteren Verschlechterung bzw. wirke einem Stabilisierungsprozess entgegen. Ohne das Unfallereignis sei die Entwicklung zum akuten Charcot-Fuß zu diesem Zeitpunkt unwahrscheinlich gewesen. Nicht jeder Patient mit distal sensibler Polyneuropathie entwickle in seinem Leben einen Charcot-Fuß, obgleich durch die vorbestehende Nervenschädigung dieselben schädigenden Mechanismen wirkten wie bei einem Patienten, der von einem Charcot-Fuß betroffen werde. Warum der eine bei gleichen oder ähnlichen Voraussetzungen eine Osteoarthropathie entwickle und der andere nicht, sei nicht geklärt. Es lasse sich nicht sagen, zu welcher der beiden Gruppen die Klägerin gehört hätte, wäre nicht der Unfall mit extremer Fehl-Belastung aufgetreten. Die Klägerin hätte zwar zeitlebens ein erhöhtes Risiko gehabt, eine Osteoarthropathie zu bekommen, aber denkbar und durchaus realistisch wäre die Möglichkeit gewesen, dass sie niemals eine solche erlitten hätte. Die Tatsache einer seit zwölf Jahren erkannten Diabetes-Erkrankung und einer vorliegenden Polyneuropathie rechtfertige nicht den Schluss, dass eine Osteoarthropathie unumgänglich und zwangsläufig im Rahmen dieser Grunderkrankungen auftreten müsse. Bei etwa 30% bis 50% aller Diabetiker sei nach 25 Jahren Diabetesdauer eine Polyneuropathie nachweisbar. Ca. 10% der Typ II-Diabetiker habe eine manifeste Polyneuropathie schon bei Diagnosestellung. Nur etwa 16% aller Diabetiker entwickle einen Charcot-Fuß. Nur bei etwa 9% bis 13% aller Diabetiker mit einem diabetischen Fußsyndrom handle es sich um eine Neuro-Arthropathie. Insgesamt zählte die Charcot-Deformität zu den selteneren Komplikationen, obgleich die ursächliche Polyneuropathie eine der häufigsten sei. Zur Frage der Dauer der Arbeitsunfähigkeit führte der Sachverständige aus, das Ausheilen des akuten Charcot-Fußes mit Stabilisierung der Frakturen und Knochenfragmente dauere mindestens ein halbes Jahr bei adäquater Therapie. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage wenigstens 30 vom Hundert (v. H.).

Die Beklagte legte die gutachterlichen Stellungnahmen der sie beratenden Prof. Dr. B./Dr. B. von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik M. vom 1. September und 14. Oktober 2003 vor. Prof. Dr. H. habe das Charakteristikum einer unwesentlichen Teilursache - unwesentlich deshalb, weil sie in ihrer Bedeutung weit hinter die wesentliche Bedingung, nämlich die diabetische Neuropathie, zurücktrete - beschrieben.

Das Unfallereignis und die vorbestehende diabetische Polyneuropathie seien nicht gleichwertige Ursachen. Eine Gleichwertigkeit könnte nur dann diskutiert werden, wenn nachgewiesen werden könnte, dass am Unfalltag tatsächlich eine Knochenbruchverletzung am linken Fuß eingetreten sei. Auf den Röntgenaufnahmen des linken Fußes vom 27. Juni 2001 seien Knochenbruchverletzungen nicht dargestellt. Man finde jedoch Veränderungen an den Gelenklinien in der sog. Lisfranc'schen Gelenklinie zwischen der Basis der Mittelfußknochen II bis IV. Die Röntgenaufnahmen des linken Fußes im seitlichen Strahlengang vom 30. August 2001 zeigten Knochenneubildungen an der Streckseite des Mittelfußes im Bereich der sog. Lisfranc'schen Gelenklinie. Die Chopart'sche Gelenklinie zwischen dem Fersenbein und dem Sprungbein einerseits, sowie dem Fußkahnbein und dem Würfelbein andererseits liege nicht vor. Nachdem eine Verletzung des linken Fußes röntgenologisch nicht nachgewiesen werden könne, sei der Vorgang vom 20. Juni 2001 die Gelegenheit gewesen, anlässlich der eine diabetische Erkrankung des linken Fußes erneut und dann nachhaltig mit Krankheitsmerkmalen zutage getreten sei. Wesentlich könne eine Teilursache nur dann sein, wenn sie mindestens 1/3 aller zu berücksichtigenden Umstände ausmache. Nachdem eine Verletzung des linken Fußes durch das Unfallereignis nicht nachgewiesen und nirgendwo dokumentiert sei, könne der mögliche Anteil des Ereignisses am Zustandekommen des Charkot-Fußes nur unter 1/10 angesiedelt werden. Das Ereignis vom 20. Juni 2001 sei eine unwesentliche Teilursache, wenn nicht gar nur eine Gelegenheitsbedingung gewesen, die zufällig mit der Entstehung einer diabetischen Osteoarthropathie, wie sie bei 2/3 aller Fälle auch ohne äußeres Ereignis eintrete, zusammengetroffen sei. Nachdem eine Verletzung des linken Fußes nicht erwiesen sei, sei es wahrscheinlich, dass die diabetische Osteoarthropathie auch ohne das genannte Ereignis zu etwa derselben Zeit und auch in demselben Ausmaß aufgetreten wäre.

Die Klägerin legte das Ergebnis der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht der Landesärztekammer Baden-Württemberg (Dr. jur. N./Prof. Dr. Sch./ Prof. Dr. G.) vom 3. September 2003 vor, worin ein ärztlicher Behandlungsfehler durch den Orthopäden W. festgestellt wurde. U. a. wurde ausgeführt, die am 27. Juni 2001 durchgeführten und beurteilten Röntgenaufnahmen hätten im Bereich der linksseitigen Tarsometatarsalgelenke teils osteolytische und teils osteoplastische Veränderungen mit Fragmentierungen gezeigt. Diese Befunde ließen lediglich zwei Differenzialdiagnosen zu, nämlich die einer Osteomyelitis der Fußwurzel oder die einer neuropathischen Osteoarthropathie (Charcot-Gelenk). Darin liege ein ärztlicher Behandlungsfehler, der auch insoweit zu einem Gesundheitsschaden der Klägerin geführt habe, als diese zunächst bei fortbestehenden Schmerzen ohne die erforderliche Therapie geblieben sei. Damit sei zumindest bis zu der am 30. August 2001 durch den Radiologen Dr. W. festgestellten ausgeprägten osteolytischen Destruktion am linken Fuß eine zeitliche Verzögerung in der Behandlung mit Schmerzen und Befundprogress eingetreten. Mit der gebotenen Sicherheit könne aber nicht festgestellt werden, dass ein früherer Behandlungsbeginn, wie er vom Orthopäden W. im Anschluss an die Untersuchung vom 27. Juni 2001 hätte eingeleitet werden können, zu einem günstigeren Endergebnis geführt hätte.

Das SG holte die ergänzende Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 22. Dezember 2003 ein, in welcher dieser ausführte, die Nachbefundung durch Prof. Dr. G. im Rahmen der Tätigkeit in der Gutachterkommission habe gezeigt, dass zumindest sieben Tage nach dem Trauma knöcherne Verletzungen nachweisbar gewesen seien.

Mit Urteil vom 6. Mai 2004 stellte das SG fest, dass die bei der Klägerin bestehende Osteoarthropathie Folge des Unfalls vom 20. Juni 2001 sei und verurteilte die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 1. August 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Oktober 2002, der Klägerin Verletztengeld und eine Verletztenrente in Höhe von 30 v. H. einer Vollrente zu zahlen. Das SG stützte sich auf das Gutachten von Prof. Dr. H. und die Ausführungen der Gutachterkommission für Fragen der ärztlichen Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Das streitgegenständliche Unfallereignis habe die Osteoarthropathie der Klägerin überwiegend verursacht.

Gegen das ihr am 19. Mai 2004 zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 8. Juni 2004 Berufung eingelegt. Sie hat das radiologische Zusammenhangsgutachten des Facharztes für Radiologie Dr. M., T.-Krankenhaus und St. H. Klinik GmbH, vom 25. Mai 2004 vorgelegt. Prof. Dr. M. hat ausgeführt, die Röntgendokumentation vom 27. Juni 2001 zeige das typische Bild einer sog. beginnenden diabetischen Osteoarthropathie der linken Fußseite. Auf sämtlichen vorliegenden Röntgenaufnahmen sei kein posttraumatisches Substrat im Sinne einer posttraumatisch gegebenen Knochenverletzung zu objektivieren. Das Unfallgeschehen habe also zu keiner Knochenverletzung geführt. Aufgrund der in den genannten Röntgenaufnahmen zu objektivierenden Indizien könne darüber hinaus sicher davon ausgegangen werden, dass die Osteoarthropathie bei der Klägerin schon am Unfalltage bestanden habe. Zumindest könne sehr sicher gesagt werden, dass sich die zu objektivierenden Sklerosierungstendenzen im Fußskelettbereich links mit entsprechender Dichtezunahme nicht erst innerhalb der sieben Tage zwischen Unfallgeschehen und Dokumentation der Erkrankung entwickelt hätten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Heilbronn vom 6. Mai 2004 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat die Bescheinigung von Dr. R. vom 18. November 2003 vorgelegt, wonach es ihm nicht mehr möglich sei, festzustellen, ob er am 22. Juni 2001 versehentlich "statt 2 Tage seit 2 Wochen dokumentiert" habe.

Der Senat hat zunächst die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. H. vom 16. Dezember 2004 eingeholt. Nach seiner Ansicht wäre die rasante Progression der Knochenzerstörung bzw. die akute Manifestation des Vollbildes des Charcot-Fußes zum damaligen Zeitpunkt ohne das auslösende Trauma nicht eingetreten. Die röntgenologisch festgestellten Veränderungen im Sinne einer vermehrten Sklerosierung und Knochendichteverminderung seien Ausdruck einer einwirkenden veränderten Knochenernährung und -belastung, nicht jedoch unabdingbar als Beginn einer eintretenden, rasant fortschreitenden, unaufhaltsamen Knochenszinterung mit Übergang ins klinische und radiologische Vollbild einer Osteoarthropathie zu werten. Ein auslösendes Trauma sei notwendig für das Auftreten dieser akuten Osteoarthropathie. Die schädigende Wirkung eines solchen Traumas bleibe oftmals röntgenologisch zwei bis drei Wochen ohne erkennbares Korrelat.

Die Beklagte hat die Stellungnahme von Prof. Dr. M. vom 27. Januar 2005 vorgelegt. Er hat nochmals darauf hingewiesen, auf den

Röntgenaufnahmen vom 27. Juni 2001 finde sich einzig und allein und beweisend die lehrbuchmäßig zu objektivierenden Indizien des sog. Initialbefundes einer diabetogenen Osteoarthropathie.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung des radiologischen Fachgutachtens von Prof. Dr. A., Ärztlicher Direktor am K.-Hospital Stuttgart, vom 3. Juni 2005. Der Sachverständige hat ausgeführt, die Aufnahmen vom 27. Juni 2001 zeigten diskrete Knochenstrukturveränderungen, die auf eine beginnende diabetogene Osteoarthropathie ohne Anhalt für eine traumatisch bedingte Knochenverletzung hinwiesen. Nebenbefundlich liege eine Arthrose im Metatarso-Phalangealgelenk I vor. Hierzu hat der Senat die weitere Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 27. Juli 2005 eingeholt. Er hat ausgeführt, es dürfe nicht der Schluss gezogen werden, dass bei Vorhandensein von minimalen knöchernen Veränderungen sich daraus zwingend und schicksalhaft die Entstehung einer Osteoarthropathie ergeben müsse. Bei 75% der Patienten mit Osteoarthropathie ließen sich röntgenologische Veränderungen beidseits nachweisen. Wenn eine Neigung zu Osteoarthropathie gegeben sei, dann somit an beiden Füßen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten und der Gerichtsakten beider Instanzen verweisen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist begründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung infolge des Unfallereignisses vom 20. Juni 2001.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]). Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d. h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSG, Urteil vom 4. August 1955 - [2 RU 62/54](#) - [BSGE 1, 174](#), 178; BSG, Urteil vom 14. November 1984 - [9b RU 38/84](#) - [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)).

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen allerdings nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - [HVBG-Info 2000, 2811](#)). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (BSG, Urteil vom 27. Oktober 1987 - [2 RU 35/87](#) - [BSGE 62, 220](#), 222; BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 - [B 2 U 18/00 R](#) - [HVBG-Info 2001, 1713](#)). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze stehen der Klägerin vorliegend keine Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Unfallereignisses vom 20. Juni 2001 zu.

Denn der Senat ist zu der Überzeugung gelangt, dass die bei der Klägerin diagnostizierte Osteoarthropathie links nach der Theorie von der wesentlichen Bedingung nicht auf das streitgegenständliche Unfallereignis, sondern auf die unfallunabhängige diabetische Neuropathie zurückzuführen ist und daher die haftungsausfüllende Kausalität nicht gegeben ist.

Der Senat stützt sich insoweit auf die Stellungnahmen von Prof. Dr. B./Dr. B. vom 1. September und 14. Oktober 2003, das Gutachten von Prof. Dr. M. vom 25. Mai 2004 und das Gutachten von Prof. Dr. A. vom 3. Juni 2005, wonach eine Auswertung der am 27. Juni 2001 angefertigten Röntgenbilder keinen Anhalt für eine traumatisch bedingte Knochenverletzung ergeben hat. Auch hat bereits der Orthopäde W. in seinem Befundbericht vom 15. April 2002 ausgeführt, röntgenologisch habe sich u. a. eine fächerförmige Aufspreizung der Metatarsalia beidseits ergeben. Die auf den am 27. Juni 2001 angefertigten Röntgenbildern dokumentierten Veränderungen stellen vielmehr Anzeichen einer nicht unfallbedingten beginnenden diabetogenen Osteoarthropathie dar. Auch insoweit besteht zwischen Prof. Dr. B./Dr. B., Prof. Dr. M. und Prof. Dr. A. Einigkeit. So hat Prof. Dr. A. insbesondere darauf hingewiesen, diese Röntgenbilder hätten das röntgenmorphologische Korrelat einer diabetogenen Osteoarthropathie in Form diskreter Strukturveränderungen vor allem im Bereich der Tarso-Metatarsalgelenke II bis IV gezeigt. Diese Bewertung findet ihre Bestätigung darin, dass die sich bereits im Juni 2001 andeutende Fragmentierung und Desintegration im Fußwurzel- und Mittelfußbereich sich weiter entwickelte, was sich aus den von den

Gutachtern/Sachverständigen ausgewerteten Röntgenbildern vom 30. August 2001 und 26. November 2001 ergibt. Etwas Anderes ergibt sich auch nicht aus der Entscheidung der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 3. September 2003. Denn Prof. Dr. G. bewertete die am 27. Juni 2001 angefertigten Röntgenbilder ebenfalls nicht im Sinne von traumatisch bedingten Frakturzeichen, sondern führte aus, es hätten sich im Bereich der linksseitigen Tarsometatarsalgelenke teils osteolytische und teils osteoplastische Veränderungen mit Fragmentierungen gezeigt. Diese Veränderungen führte Prof. Dr. G. entweder auf eine Osteomyelitis der Fußwurzel oder eine neuropathische Osteoarthropathie, nicht jedoch auf eine traumatisch bedingte Knochenverletzung zurück.

Doch selbst wenn man mit Prof. Dr. H. eine - auf den Röntgenbildern vom 27. Juni 2001 nicht erkennbare - unfallbedingte Fraktur im Sinne eines Mikrotraumas annehmen würde, so misst der Senat nicht einem solchen Mikrotrauma, sondern der mit der Diabeteserkrankung der Klägerin einhergehenden distal sensiblen Polyneuropathie als konkurrierender Krankheitsanlage eine überragende Bedeutung für das Entstehen der Osteoarthropathie zu. Diese Krankheitsanlage war so leicht ansprechbar, dass die naturwissenschaftlich denkbare Verursachung akuter Erscheinungen nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte. Die vorbestehende distal sensible Polyneuropathie ergibt sich aus den Arztbriefen von Dr. S. vom 29. November 2001 und Dr. H./Ass.-Arzt Sch. vom 17. April 2002, jeweils vom Universitätsklinikum M., dem Arztbrief von Dr. H. vom 23. Januar 2001 und dem Arztbrief von Prof. Dr. J./Dr. K./Dr. T. vom 20. Mai 1999. So wurde die Klägerin bereits im April 1999 wegen einem "diabetischen Fuß" stationär behandelt. Im Übrigen bestreitet auch Prof. Dr. H. das Vorhandensein einer vorbestehenden distal-sensiblen Polyneuropathie nicht. Er misst nach Überzeugung des Senats jedoch dem Unfall zu Unrecht eine wesentlich ursächliche Bedeutung für die Osteoarthropathie links zu. Nicht zielführend sind insoweit die Ausführungen von Prof. Dr. H., dass nur 16% aller Diabetiker einen Charkot-Fuß entwickelten. Denn vorliegend kommt es nicht darauf an, wie hoch für die Klägerin statistisch die Gefahr war, einen Charkot-Fuß zu entwickeln, sondern ob der bei der Klägerin aufgetretene Charkot-Fuß auf das konkrete Unfallereignis zurückzuführen ist. Dies ist nach den obigen Ausführungen gerade nicht der Fall. Denn bei dem Abknicken des Fußes handelt es sich um ein derart alltäglich vorkommendes Ereignis, dass es durch jedes andere Ereignis hätte ersetzt werden können, zumal sich - wie oben bereits dargestellt - röntgenologisch bereits vorbestehende Anzeichen einer beginnenden Osteoarthropathie links gezeigt haben.

Auch kommt dem Umstand, dass sich die Osteoarthropathie links maßgeblich dadurch entwickelt hat, dass die Klägerin ihren linken Fuß nach dem Unfallereignis infolge der vom Orthopäden W. falsch gestellten Diagnose nicht geschont, sondern weiter belastet hat, nicht eine derartige Relevanz zu, als dass man von einem ursächlichen Zusammenhang im Sinne einer mittelbaren Schädigung sprechen könnte. Zwar sind durch zur Feststellung oder Behandlung von Unfallfolgen durchgeführte ärztliche Eingriffe oder Falschbehandlungen hervorgerufene Gesundheitsstörungen mittelbare Schädigungs- oder Unfallfolgen (vgl. [§ 11 SGB VII](#)). Abzustellen ist jedoch stets auf die wesentliche sachliche Verbindung zwischen dem Arbeitsunfall und dem zur geltend gemachten Gesundheitsstörung führenden ärztlichen Eingriff. Eine mittelbare Unfallfolge ist daher nur anzunehmen, wenn die Gesundheitsstörungen durch einen Behandlungsfehler bei der Behandlung eines Arbeitsunfalles aufgetreten sind oder wenn die Eingriffe dazu gedient haben, Art, Umfang und Ausmaß von Unfallfolgen festzustellen (BSG, Urteil vom 4. November 1981 - [2 RU 39/80](#) - [SozR 2200 § 548 Nr. 59](#)). Auf den Fall der Klägerin übertragen bedeutet dies, dass mittelbare Unfallfolgen dann in Betracht kommen, wenn entweder die Fußschwellung, wegen welcher sich die Klägerin beim Orthopäden W. vorgestellt hat, eine Unfallfolge war oder aber die vom Orthopäden W. durchgeführte Behandlung das Ziel gehabt hat, festzustellen, ob weitere Unfallfolgen vorliegen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. Mai 2001 - [L 6 VS 8/00](#) -). Beides ist vorliegend indes nicht der Fall. Die Schwellung, deretwegen sich die Klägerin beim Orthopäden W. vorstellte, war nach der Theorie von der wesentlichen Bedingung nicht Folge des Sturzes, sondern Folge der unfallunabhängigen distal sensiblen Polyneuropathie und der damit einhergehenden beginnenden Osteoarthropathie links. Auch behandelte der Orthopäde W. die Klägerin nicht mit dem Ziel, weitere Unfallfolgen festzustellen.

Nach alledem hat die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen des Ereignisses vom 20. Juni 2001.

Auf die Berufung war daher das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-06-23