L 10 U 5564/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 16 U 24/13
Datum
28.11.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 5564/13
Datum
25.02.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Verletztengeld und die Erstattung sowie die zukünftige Übernahme von Kosten für Heilbehandlungen, deren Notwendigkeit der Kläger auf einen im Jahr 1989 erlittenen Arbeitsunfall zurückführt, streitig.

Der am 1949 geborene Kläger erlitt am 25.09.1989 einen Arbeitsunfall, bei dem seine rechte Hand unter einer Palette gequetscht wurde. Ausweislich des Durchgangsarztberichts waren die Mittelgelenke, Grundglieder und Grundgelenke des zweiten bis vierten Fingers rechts druckschmerzhaft angeschwollen; eine knöcherne Verletzung lag nicht vor. Diagnostiziert wurde eine Quetschung der rechten Hand (Durchgangsarztbericht vom 26.09.1989, Bl. 2 VerwA). Nachdem es als Folge dieser Quetschung zu einer Nagelwallentzündung am rechten Mittelfinger kam, wurde der Nagel am 12.10.1989 entfernt (Nachschaubericht vom 12.10.1989, Bl. 6 VerwA) und die aufgetretene Entzündung am Mittelgelenk antibiotisch behandelt (Krankheitsbericht vom 26.01.1990, Bl. 9 VerwA). Der Kläger war deshalb bis zum 07.01.1990 arbeitsunfähig krankgeschrieben. Vor dem Hintergrund des vom Kläger gestellten Rentenantrags wurde er in der handchirurgischen Abteilung der Universitätsklinik Heidelberg untersucht, wobei die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) für die Unfallfolgen vom 08.01. bis 30.04.1990 auf 20 vom Hundert (v.H.) eingeschätzt wurde. Gestützt hierauf gewährte die Beklagte dem Kläger für den genannten Zeitraum eine vorläufige Rente nach einer MdE um 20 v.H. und anerkannte als Unfallfolgen im Bereich der rechten Hand eine minimale Kapselschwellung und endgradige Bewegungseinschränkung des Mittelfingermittelgelenks sowie eine Minderung der groben Kraft (Bescheid vom 19.12.1999, Widerspruchsbescheid vom 26.04.1991). Die dagegen mit dem Ziel, die Verletztenrente auch über den 30.04.1990 hinaus zu erhalten, geführte Klage (S 7 U 794/91) blieb nach Einholung von Gutachten (orthopädisches Gutachten von Dr. S:: Untersuchung im Januar 1992, Bewegungsbehinderung der dreigliedrigen Finger, Schwäche der groben Kraft und des Spitzgriffs, seit 01.05.1990 MdE 10 v.H.; nervenärztliches Gutachten Dr. W.: Untersuchung im September 1992, Sensibilitätsstörungen, insbes. auf dem Handrücken, MdE 10 v.H., Gesamt-MdE 15 v.H.; Anerkennung von Sensibilitätsstörungen der rechten Hand als weitere Unfallfolge in der mündlichen Verhandlung) ebenso erfolglos wie die zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhobene Berufung (L 7 U 147/93), mit der der Kläger nunmehr u.a. auch noch die Gewährung von Verletztengeld über den 07.01.1990 hinaus begehrte. Auch die Nichtzulassungsbeschwerde zum Bundessozialgericht (2 BU 13/94) blieb ohne Erfolg.

Den zuvor geltend gemachten Verletztengeldanspruch über den 07.01.1990 hinaus, lehnte die Beklagte mit weiterem Bescheid vom 09.02.1993 ab (Bl. 164 VerwA). Den dagegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 07.03.1995 als unzulässig zurück. Die hiergegen zum Sozialgericht Chemnitz (S 4 U 54/95) erhobene Klage wurde mit Gerichtsbescheid vom 13.10.2000 abgewiesen. Vorausgegangen waren vergebliche Versuche, die aktuelle Anschrift des zwischenzeitlich verzogenen Klägers zu ermitteln. Die später eingelegte Berufung wurde vom Sächsischen Landessozialgericht mit Urteil vom 20.09.2012, L 2 U 135/11 wegen des verfristeten Widerspruchs zurückgewiesen.

Im September 2011 wandte sich der Kläger, zunächst vertreten durch seine Tochter, mit zahlreichen Schreiben an die Beklagte und machte geltend, seit 1990 an der durch den Unfall verletzten rechten Hand intensiv medizinisch behandelt worden und auch weiterhin behandlungsbedürftig zu sein. Die Kosten hierfür seien von der Beklagten zu tragen. Hierzu legte er in Kopie insbesondere Rechnungen, Quittungen, Rezepte sowie Bescheinigungen bzw. Bestätigungen vor, in denen Behandlungen, jedoch nicht deren Gründe, dokumentiert sind. Die Vorlage einer von der Beklagten angeforderten Lebensbescheinigung lehnte er ebenso ab wie die geforderten aussagekräftigen

ärztlichen Unterlagen bzw. eine Erklärung über die Entbindung der behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht (vgl. Gesprächsnotiz vom 19.03.2013, Bl. 706/707 VerwA). Auch erklärte er sich ausdrücklich nicht damit einverstanden, dass Ärzte und Therapeuten in F. , wo er zwischenzeitlich wohnte, Berichte über ihn herausgeben (vgl. Gesprächsnotiz vom 28.11.2012, Bl. 645 VerwA).

Im Januar 2013 beantragte der Kläger beim Sozialgericht Mannheim (SG) den Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit der er die Erstattung der seit 1990 entstandenen Kosten für Behandlungen der rechten Hand und insbesondere die Übernehme der Kosten für die am 18.03.2013 vorgesehene vierte Operation und die dadurch anfallenden weiteren Kosten begehrte. Der Kläger blieb sowohl im Antrags- als auch im Beschwerdeverfahren erfolglos (S 16 U 4/13 ER, Beschluss vom 12.03.2013; L 1 U 1593/13 ER, Beschluss vom 13.05.2013). Auch mit mehreren weiteren entsprechenden Anträgen blieb der Kläger erfolglos (verbundene Verfahren S 16 U 1482/13 ER, S 16 U 1628/13 ER, S 16 U 1949/13 ER und S 16 U 1951/13 ER, Beschluss vom 05.07.2013 sowie L 3 U 3076/13 ER-B, Beschluss vom 19.09.2013; S 16 U 2949/13 ER, Beschluss vom 26.11.2013 sowie L 10 U 82/14 B, Beschluss vom 19.09.2014; zuletzt: L 10 U 4162/15 ER, Beschluss vom 23.10.2015 sowie L 10 U 4696/15 ER und L 10 U 4860/15 ER, Beschlüsse vom 17.12.2015).

Ausgangspunkt des vorliegenden Verfahrens ist die vom Kläger beim SG neben dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zugleich am 02.01.2013 erhobene Untätigkeits- und Leistungsklage (S 16 U 24/13), mit der er Verletztengeld für die im einzelnen aufgeführten Zeiträume seit März 1990 und zuletzt seit 23.01.2012 bis auf weiteres (vgl. Bl. 2/3 SG-Akte) sowie die Erstattung von sämtlichen, ihm von 1990 bis 2012 entstandenen Kosten (insbesondere Arztkosten, Physiotherapie, Medikamente, Fahrtkosten) geltend gemacht hat. Diese hat er mit Schriftsatz vom 18.03.2013 im Einzelnen aufgelistet (Bl. 43/51) und im weiteren Verfahren ergänzt. Im Rahmen der vom SG am 05.07.2013 durchgeführten nichtöffentlichen Sitzung ist mit den Beteiligten u.a. erörtert worden, dass zur Prüfung des geltend gemachten Anspruchs weitere medizinische Sachaufklärung erforderlich ist, was erfordert, dass der Kläger insbesondere die ihn behandelnden Ärzte konkret benennt und diese von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbindet. Diesbezüglich hat sich der Kläger nicht weiter geäußert und auch keine Entbindungserklärung vorgelegt.

Zu den vom Kläger in dem Verfahren S 16 U 1628/13 ER zwischenzeitlich vorgelegten Operationsberichten (Berichte vom 23.01.2012 und 18.03.2013, Bl. 12, 14 SG-Akte = Bl. 829, Übersetzung Bl. 828 bzw. Bl. 831, Übersetzung Bl. 830 VerwA), nach denen an der rechten Hand im Jahr 2012 ein "Springfinger" und im Jahr 2013 ein Morbus Dupuytren behandelt worden waren, hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. S.-F. eingeholt, der einen Unfallzusammenhang verneint hat, weil es sich bei einem Morbus Dupuytren nicht um eine posttraumatische Diagnose handele und die operative Versorgung eines "Springfingers" im Jahr 2012 nicht einer im Jahr 1989 erlittenen Fingerquetschung zugeordnet werden könne (Bl. 882 VerwA). Mit Bescheid vom 08.08.2013 hat es die Beklagte sodann abgelehnt, wegen der vorgebrachten Beschwerden an der rechten Hand Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren und dementsprechend die vom Kläger gestellten Anträge auf Zahlung von Verletztengeld sowie Übernahme von Behandlungskosten und Rentenversicherungsbeiträgen abgelehnt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, nach den vorgelegten ärztlichen Berichten sei ein Morbus Dupuytren behandelt worden, wobei es sich nicht um eine posttraumatische Diagnose handele, sondern um Beschwerden degenerativer Natur. Ergänzend hat sie im Widerspruchsbescheid vom 02.10.2013 ausgeführt, dass die vorgelegten Rezepte und Rechnungen, denen medizinische Befundberichte nicht beigefügt wurden, nicht belegten, auf Grund welcher Ursache die Behandlungen notwendig geworden sind. Die Einholung von Berichten sei verweigert und die behandelnden Ärzte seien nicht von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden worden.

Seine Klage hat der Kläger sodann mit dem Ziel weiter geführt, die Beklagte zur Gewährung von Verletztengeld, einschließlich Rentenversicherungsbeiträgen, in den von ihm näher bezeichneten Zeiträumen seit 08.01.1990 sowie zur Zahlung der ihm entstandenen Behandlungskosten wegen des Arbeitsunfalls vom 25.09.1989 zu verurteilen. Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 28.11.2013 und der Begründung abgewiesen, soweit zuletzt Beschwerden im Bereich der rechten Hand behandelt worden seien, habe es sich - wie aus den vorgelegten Unterlagen ersichtlich - um die Folgen eines sog. Morbus Dupuytren gehandelt, der degenerativer Natur sei, so dass sich ein Zusammenhang mit dem angeschuldigten Unfall nicht herstellen lasse. Auch zwischen dem Unfallereignis und den weiteren in der Vergangenheit behandelten Beschwerden lasse sich kein Zusammenhang herstellen. Ermittlungen seien insoweit weder durch die Beklagte noch das Gericht möglich, da der Kläger trotz mehrfacher Hinweise und Bemühungen die behandelnden Ärzte nicht von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden habe.

Am 27.12.2013 hat der Kläger dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Er hat sich ausführlich zu den Vorgängen in den 90er Jahren im Zusammenhang mit seinem Unfall geäußert und dargelegt, weshalb er die bisher ergangenen Entscheidungen für rechtswidrig erachte. Er hat in seiner Berufungsschrift vom 23.12.2013, Seite 2 und 3 im Einzelnen die Zeiträume aufgelistet, in denen er unfallbedingt arbeitsunfähig gewesen sei. Zuletzt hat er durch seinen Bevollmächtigten geltend gemacht, seit 26.09.1989 arbeitsunfähig krankgeschrieben zu sein, weshalb er durchgehend bis heute und auf Weiteres Anspruch auf Verletztengeld habe. Nachdem die letzte Begutachtung mehr als 20 Jahre zurückliege und nicht auszuschließen sei, dass weitere Unfallfolgen aufgetreten sind bzw. die Unfallfolgen sich verschlechtert haben und deshalb Anspruch auf eine Rente bestehe, seien, falls die vorgelegten Unterlagen entgegen seiner Auffassung nicht ausreichen sollten, weitere medizinische Ermittlungen notwendig. Er hat zahlreiche weitere Unterlagen vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 28.11.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 08.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2013 zu verurteilen, ihm Verletztengeld ab 08.01.1990 entsprechend den in der Berufungsschrift vom 23.12.2013, Seite 2 im Einzelnen aufgelisteten Zeiträumen und ab 01.01.2013 zu gewähren, dementsprechend Rentenversicherungsbeiträge an die Deutsche Rentenversicherung Bund abzuführen sowie ihm sämtliche wegen der Behandlung von Unfallfolgen entstandenen Behandlungskosten zu erstatten und zukünftig anfallende Kosten zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Akten beider Rechtszüge und der Prozessakten der aufgeführten weiteren Verfahren verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet in seiner üblichen Besetzung. Soweit der Kläger den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht L. und die Berichterstatterin, Richterin am Landessozialgericht B., erneut - mit E-Mail vom 04.01.2016: "Dritter Befangenheitsantrag" (abgelegt unter L 10 SF 77/16 AB) - wegen Befangenheit ablehnt, ist dies bereits aus formellen Gründen unzulässig. Denn dieses (erneute) Ablehnungsgesuch ist nicht in der erforderlichen Schriftform angebracht.

Nach § 60 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 44 Abs. 1 der Zivilprozessordnung ist das Ablehnungsgesuch bei dem Gericht anzubringen, dem der Richter angehört, also schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle zu erklären (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage, § 60 Rdnr. 11b). Bei einer elektronischen Übermittlung von Dokumenten sind gemäß § 65a SGG bestimmte, im Einzelnen aufgeführte Qualitätsstandards einzuhalten (z.B. Verwendung einer qualifizierten elektronischen Signatur). Damit ist es nicht möglich, durch einfache E-Mail prozessual wirksame Erklärungen abzugeben (vgl. Keller, a.a.O., § 90 Rdnr. 5b m.w.N.). Das am Ende des Antrages angekündigte Original mit Unterschrift liegt bis heute nicht vor.

Die gemäß § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den §§ 143, 144 SGG statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Rechtstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 08.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2013, mit dem die Beklagte es abgelehnt hat, dem Kläger wegen den Folgen des Arbeitsunfalls vom 25.09.1989 (weiteres) Verletztengeld, d.h. auch für Zeiträume nach dem 07.01.1990, zu zahlen und hierfür an den Rentenversicherungsträger Rentenversicherungsbeiträge zu entrichten sowie von ihm aufgewendete Kosten für Heilbehandlung zu erstatten. Zwar hat die Beklagte die genannten Bescheide erst nach Klageerhebung am 02.01.2013 erlassen, jedoch hat der Kläger die zunächst erhobene Untätigkeitsklage im Wege der Klageänderung, die gemäß § 99 Abs. 1 SGG sachdienlich gewesen ist, zulässiger Weise als Anfechtungs- und Leistungsklage weitergeführt.

Diese Klage hat das SG hingegen zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 08.08.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.10.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Dem Kläger steht im Zeitraum nach dem 07.01.1990 Verletztengeld nicht zu. Entsprechend besteht für die Beklagte auch keine Verpflichtung zur Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen an den kontoführenden Rentenversicherungsträger. Gleichermaßen hat der Kläger auch keinen Anspruch auf Erstattung von Kosten, die ihm im Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen im Bereich seiner rechten Hand entstanden sind.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs auf Verletztengeld ist § 45 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach wird Verletztengeld - soweit hier von Interesse - dann erbracht, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist (unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) und unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen hatte.

Einem derartigen Anspruch steht für die Zeit nach dem 07.01.1990 bis Anfang Februar 1993 bereits der einen solchen Anspruch ablehnende bestandskräftige (§ 77 SGG) Bescheid vom 09.02.1993 entgegen. In den angefochtenen Bescheiden ist über diese Bestandskraft bzw. deren Durchbrechung (vgl. § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X -) nicht entschieden. Hierzu bestand auch angesichts der gemäß § 44 Abs. 4 SGB X geltenden, längst abgelaufenen Ausschlussfrist von vier Jahren kein Anlass. Im Übrigen, also für die Zeit nach der bestandskräftigen Ablehnung eines Anspruches auf Verletztengeld, fehlt es am Nachwies der Voraussetzungen eines solchen Anspruchs.

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.

Für diesen ursächlichen Zusammenhang gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, B 2 U 27/04 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 15). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Arbeitsunfähigkeiten voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob die Arbeitsunfähigkeit auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für die Arbeitsunfähigkeit schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für die Arbeitsunfähigkeit wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit), die als Unfallfolge geltend gemachte Gesundheitsstörung und die Arbeitsunfähigkeit erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 30.04.1985, 2 RU 43/84 in SozR 2200 § 555a Nr. 1). Hingegen genügt hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung (haftungsbegründende Kausalität), der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung (haftungsausfüllende Kausalität) sowie der Erkrankung und der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 30.04.1985, a.a.O.); das bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalls mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, B 2 U 47/98 R in SozR 3-1300 § 48 Nr. 67; Urteil vom 02.05.2001, B 2 U 16/00 R in SozR 3-2200 § 551 Nr. 16). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, 2/9b RU

28/87 in SozR 2200 § 548 Nr. 91). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, 2 RU 31/90 in SozR 3-2200 § 548 Nr. 11).

Unter Anwendung dieser Maßstäbe ist schon nicht festzustellen, ob der Kläger in der von ihm geltend gemachten Zeit arbeitsunfähig war. Damit bleibt gleichzeitig auch offen, ob die behauptete Arbeitsunfähigkeit rechtlich wesentlich auf durch den Unfall verursachte Gesundheitsstörungen zurückzuführen war.

Für den Zeitraum bis zu der am 23.01.2012 wegen eines "Springfingers" durchgeführten Operation ist bereits nicht ersichtlich, welche konkreten Gesundheitsstörungen die behauptete Zeit der Arbeitsunfähigkeit verursacht haben sollen. Insoweit bieten die vorgelegten Unterlagen (insbes. Lohnabrechnungen, Belege für Überweisungen von Behandlungskosten, Quittungen über geleistete Zahlungen, Rezepte für Medikamente, Apothekenrechnungen für Medikamente, Bestätigungen über erfolgte Arztbesuche, Rechnungen für nicht näher bezeichnete medizinische Leistungen, Bestätigungen des früheren Arbeitgebers über die Verpflichtung der Beklagte für Folgen des Unfalls vom 25.09.1989 einzustehen) auch nicht ansatzweise Anhaltspunkte dafür, welche konkreten Beschwerden den Kläger hinderten seine letzte berufliche Tätigkeit bzw. eine zwischenzeitlich anderweitig aufgenommene Tätigkeit auszuüben und Anlass waren, einen Arzt aufzusuchen. Ohne Kenntnis der Beschwerdezustände, derentwegen der Kläger ärztliche Hilfe in Anspruch nahm, und der von ärztlicher Seite erhobenen Befunde bzw. der daraufhin gestellten Diagnosen ist nicht feststellbar, ob die beklagten Beeinträchtigungen überhaupt zu Arbeitsunfähigkeit führten und damit erst recht nicht, ob für die Arbeitsunfähigkeit rechtlich wesentlich gerade Unfallfolgen verantwortlich waren. Die bloße Behauptung des Klägers, die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit seit 1990 seien auf Beschwerden im Bereich der rechten Hand zurückzuführen, die wiederum als Folge des im Jahre 1989 erlittenen Arbeitsunfalls aufgetreten seien, genügt insoweit nicht. Hieran ändert auch der Umstand nichts, dass die vom Kläger im Jahre 1989 erlittene Verletzung nicht folgenlos ausheilte, sondern vielmehr Unfallfolgen verblieben sind, die die Beklagte als solche auch feststellte, und den vom Kläger vorgelegten Unterlagen durchaus entnommen werden kann, dass er sich in ärztlicher Behandlung befand. Denn für sich genommen lässt dies weder auf das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit schließen, noch - Arbeitsunfähigkeit unterstellt - auf einen rechtlich wesentlichen Zusammenhang mit Unfallfolgen.

Ermittlungen zur Aufklärung der den behaupteten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zu Grunde liegenden Gesundheitsstörungen sind dem Senat - ebenso wie zuvor schon der Beklagten und dem SG - nicht möglich. Denn der Kläger hat die von ihm in dem maßgeblichen Zeitraum wegen Unfallfolgen in Anspruch genommenen Ärzte nicht konkret benannt und diese insbesondere auch nicht von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbunden. Damit ist der Senat nicht in die Lage versetzt, zur weiteren Sachaufklärung die behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen zu den von ihnen erhobenen Befunden zu befragen. Ohne Kenntnis über die in den maßgeblichen Zeiträumen beim Kläger vorhanden gewesenen Gesundheitsstörungen ist - wie bereits ausgeführt - jedoch weder festzustellen, ob die entsprechenden Erkrankungen zu Arbeitsunfähigkeit führten, noch ob diese wesentlich auf Unfallfolgen beruhte. Auch die Hinzuziehung eines Sachverständigen, wie vom Kläger im Berufungsverfahren zuletzt angeregt, hilft insoweit nicht weiter. Denn im Rahmen einer gutachtlichen Untersuchung kann der Sachverständige zwar den aktuellen Beschwerdezustand erheben, jedoch keine Feststellungen in Bezug auf weit in der Vergangenheit vorhanden gewesene Beschwerdezustände treffen. Deren Kenntnis ist für die Beurteilung der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit seit 1990 jedoch zwingend erforderlich. Der Nachteil dieser Nichterweislichkeit einer anspruchsbegründenden Tatsache geht nach dem bereits dargelegten Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Klägers.

In Bezug auf die geltend gemachte durchgehende Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der operativen Behandlung vom 23.01.2012 ergibt sich im Ergebnis nichts anderes, weshalb auf die obigen Darlegungen verwiesen wird. Allerdings ist davon auszugehen ist, dass der Kläger in unmittelbarem Zusammenhang mit der operativen Behandlung vom 23.01.2012 - und ebenso auch jener vom 18.03.2013 - arbeitsunfähig war, wie dies zwangsläufig bei Durchführung einer operativen Behandlung im allgemeinen der Fall ist. Jedoch ist insoweit wiederum nicht feststellbar, dass diese Arbeitsunfähigkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit Unfallfolgen steht. Denn die vom Kläger insoweit vorgelegten Operationsberichte, die als zu Grunde liegende Diagnosen einen "Springfinger" bzw. einen Morbus Dupuytren ausweisen, deuten nicht darauf hin, dass - wie Dr. S.-F. dargelegt hat - Unfallfolgen behandelt wurden. Vielmehr handelt es sich bei einem Morbus Dupuytren um eine Erkrankung degenerativer Natur, die ebenso wie der behandelte "Springfinger" - entgegen der Ansicht des Klägers - nicht deshalb zwanglos mit dem mehr als 20 Jahre zuvor erlittenen Trauma in einen hinreichend wahrscheinlichen Ursachenzusammenhang gebracht werden kann, nur weil gleichermaßen die rechte Hand betroffen ist. Insoweit teilt der Senat die Einschätzung der Beklagten, die auf Grund der insoweit vorliegenden, nur eingeschränkt vorhandenen medizinischen Unterlagen gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. S.-F. einen Unfallzusammenhang verneint hat. Aus den oben dargelegten Gründen sind weitere Erkenntnisse insoweit auch nicht zu erreichen.

Mangels Zusammenhang des operierten Morbus Dupuytren mit Unfallfolgen lässt sich ein Verletztengeldanspruch des Klägers damit auch nicht mit der vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Bescheinigung der Dr. Kleinklaus vom 20.07.2013 begründen, wonach der Kläger in Folge der Operation vom 18.03.2013 wegen Dysthäsie seiner rechten Hand mit Steifigkeit des Mittelfingers seine Arbeit auf unbestimmte Zeit nicht wieder aufnehmen könne. Gleiches gilt in Bezug auf die im zeitlichen Zusammenhang mit der im Januar 2012 erfolgten Operation des "Springfingers" vorgelegte Bescheinigung.

Nach alledem steht dem Kläger Verletztengeld nicht zu. Damit ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen im Hinblick auf diese Leistung ablehnte. Denn Voraussetzung für eine Versicherungspflicht insoweit ist u.a. Bezug von Verletztengeld (§ 3 Satz 1 Nr. 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

Auch in Bezug auf die geltend gemachten Behandlungskosten kann das Begehren des Klägers keinen Erfolg haben.

Soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten begehrt, sämtliche zukünftig wegen des in Rede stehenden Arbeitsunfalls anfallenden Heilbehandlungskosten zu tragen, ist die Berufung schon deshalb unbegründet, weil die hierauf gerichtete Klage unzulässig gewesen ist. Denn die generelle Verpflichtung der Beklagten, im Wege der Sachleistung die Kosten zu tragen, die für erforderliche Behandlungen wegen Unfallfolgen entstehen, ergibt sich bereits unmittelbar aus dem Gesetz (vgl. §§ 26 ff. SGB VII) und bedarf keiner gerichtlichen Entscheidung.

Der Kläger hat schließlich auch keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten, ihm in der Vergangenheit im Zusammenhang mit

Behandlungsmaßnahmen entstandenen Kosten. Der insoweit geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch steht dem Kläger nicht zu. Zum einen liegen bereits nicht die formellen Voraussetzungen für einen entsprechenden Kostenerstattungsanspruch vor und zum anderen ist nicht festzustellen, dass die vom Kläger geltend gemachten Aufwendungen wegen Behandlungen von Folgen des am 26.09.1989 erlittenen Arbeitsunfalls im Bereich der rechten Hand notwendig wurden.

Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung findet im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren § 13 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) statt (vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2000, B 2 U 12/99 R in SozR 3-2200 § 267 Nr. 3). Danach kommt eine Kostenerstattung in der gesetzlichen Unfallversicherung für eine selbst beschaffte Leistung, d.h. unter Nichteinhaltung des primären Beschaffungswegs als Sach- oder Dienstleistung, nur dann in Betracht, wenn die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Kostenerstattung hat den Zweck, die Versicherten so zu stellen, wie sie bei Erbringung der Sach- oder Dienstleistung stehen würden. Sie erfasst daher nur Kosten, die dem Versicherten bei systemischer Leistungserbringung nicht entstanden wären.

Nach Eintritt eines Versicherungsfalls hat der Unfallversicherungsträger gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Die dabei vom Unfallversicherungsträger zu erbringende Heilbehandlung umfasst gemäß § 27 Abs. 1 SGB VII u.a. die ärztliche Behandlung (Nr. 2), die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (Nr. 4) und die Behandlung in Krankenhäusern (Nr. 6). Hierbei wiederum umfasst die - grundsätzlich von Ärzten zu erbringende - ärztliche Behandlung die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist. Soweit bei der ärztlichen Behandlung Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich sind, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden (vgl. § 28 Abs. 1 und 2 SGB VII). Arznei- und Verbandmittel sind alle ärztlich verordneten, zur ärztlichen Behandlung erforderlichen Mittel (§ 29 Abs. 1 SGB VII). Heilmittel sind alle ärztlich verordneten Dienstleistungen, die einem Heilzweck dienen oder einen Heilerfolg sichern und nur von entsprechend ausgebildeten Personen erbracht werden dürfen, wobei hierzu insbesondere Maßnahmen der physikalischen Therapie gehören (§ 30 SGB VII). Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus wird erbracht, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden kann (§ 33 SGB VII).

Der Senat geht davon aus, dass den vom Kläger zur Erstattung geltend gemachten Kosten im Wesentlichen Leistungen der Heilbehandlung in diesem Sinne zu Grunde liegen. Allerdings erfüllt der Kläger die dargelegten Anspruchsvoraussetzungen für die bis September 2011 entstandenen Kosten allein schon deshalb nicht, weil nicht ersichtlich ist, dass es sich bei den zugrunde liegenden Maßnahmen im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V um unaufschiebbare Leistungen handelte und die Beklagte es im Sinne der 2. Alternative vor Inanspruchnahme dieser Leistungen durch den Kläger auch nicht ablehnte, diese als Sachleistung zu erbringen. So wandte sich der Kläger erstmals im September 2011 mit dem Begehren an die Beklagte, die ihm in der Vergangenheit entstandenen Behandlungskosten zu erstatten. Damit scheidet aber der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen einer ablehnenden Entscheidung der Beklagten einerseits und der hierdurch bei dem Kläger andererseits hervorgerufenen Kostenbelastung bereits von vornherein aus. Denn der Kläger nahm die in Rede stehenden Leistungen in Anspruch, ohne sich vorher überhaupt mit der Beklagten ins Benehmen zu setzen.

Nichts anderes gilt für die Kosten, die dem Kläger nachfolgend bis Januar 2013 entstanden sind. Denn obwohl der Kläger im September 2011 mit der Beklagten Kontakt wegen der ihm in der Vergangenheit entstandenen Kosten aufnahm, nahm er weiterhin entsprechende Leistungen in Anspruch, für die er wiederum Kostenerstattung beantragte und verlangte lediglich ganz allgemein auch die ihm zukünftig wegen Unfallfolgen noch entstehenden Kosten zu übernehmen. Die Gewährung konkreter Sachleistungen über die die Beklagte eine Entscheidung hätte treffen können, beantragte er bis Januar 2013 gleichermaßen nicht. Auch in diesem Zeitraum konnte die beim Kläger entstandene Kostenbelastung damit von vornherein schon nicht in ursächlichem Zusammenhang mit einer ablehnenden Entscheidung der Beklagten stehen. Soweit der Kläger in Bezug auf die anstehende und schließlich im Januar 2012 durchgeführte Operation des "Springfingers" sinngemäß eine Übernahme der Kosten schon im September 2011 begehrte, fehlt es ebenfalls an einer vorangehenden ablehnenden Entscheidung der Beklagten. Dafür, dass es sich um eine unaufschiebbare Operation handelte, gibt es keine Hinweise. Im Übrigen könnte - wie oben dargelegt - in Bezug auf den "Springfinger" auch das Vorliegen einer Unfallfolge nicht bejaht werden.

Erstmals im Januar 2013 hat der Kläger dann einen Antrag auf die Übernahme von Behandlungskosten gestellt, und zwar für die Kosten der am 18.03.2013 vorgesehenen Operation. Auch insoweit ist allerdings ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Ablehnung der beantragten Leistung und der beim Kläger entstandenen Kostenlast zu verneinen. Denn die Beklagten hat über diesen Antrag erst mit Bescheid vom 08.08.2013 eine Entscheidung getroffen, mithin zu einem Zeitpunkt, zu dem der Kläger die Operation bereits auf eigene Kosten durchgeführt hatte. Damit käme ein Kostenerstattungsanspruch in Bezug auf die durch diese Behandlung entstandenen Kosten nur dann in Betracht, wenn es sich bei der in Rede stehenden Operation um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V gehandelt hätte.

Der Senat kann dahingestellt sein lassen, ob diese formelle Voraussetzung des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs insoweit erfüllt ist. Denn ein solcher Anspruch scheidet aus materiellen Gründen schon deshalb aus, weil nicht festzustellen ist, dass die Operation vom 18.03.2013 und die in diesem Zusammenhang notwendigen Behandlungen wegen Folgen des am 26.09.1989 erlittenen Unfalls notwendig war.

Eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit erfordert zum einen das Vorliegen eines Gesundheitsschadens sowie eines hierfür ursächlichen Unfallereignisses und zum anderen einen Kausalzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und der eingetretenen Behandlungsbedürftigkeit. Dabei gilt für den ursächlichen Zusammenhang wiederum die oben bereits dargestellte Theorie der wesentlichen Bedingung mit der Prüfung des naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhangs im ersten Schritt und der Prüfung in einem zweiten, wertenden Schritt, ob das versicherte Unfallereignis für die Behandlungsbedürftigkeit wesentlich war.

Wie oben bereits dargelegt, lässt sich in Bezug auf die in Rede stehende Operation vom 18.03.2013 aber gerade nicht feststellen, dass diese rechtlich wesentlich durch Unfallfolgen notwendig wurde. Vielmehr ist - wie ausgeführt - zwischen der operierten Erkrankung Morbus Dupuytren und der im Jahr 1989 erlittenen Fingerquetschung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gerade kein ursächlicher

Zusammenhang festzustellen. Damit scheitert der geltend gemachte Erstattungsanspruch für Kosten im Zusammenhang mit der Operation vom 18.03.2013 aus materiellen Gründen, ohne dass es darauf ankäme, ob der Kläger wegen der Dringlichkeit der operativen Behandlung berechtigt war, diese in Anspruch zu nehmen, ohne eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten.

Soweit der Kläger auch im vorliegenden Berufungsverfahren die Kosten für die nach seinen Angaben in den Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (s. insbesondere L 10 U 4162/15 ER: Antrag vom Oktober 2015) neu anstehende sechste Operation an seiner rechten Hand begehrt (oder auch die Übernahme der Behandlung als Sachleistung), ist dies unzulässig. Denn der Kläger hat insoweit noch keine Entscheidung der Beklagten herbeigeführt. Die angefochtenen Bescheide enthalten hierzu keine Regelung, weil zum Zeitpunkt ihres Erlasses (August 2013 bzw. Oktober 2013) diese Operation nicht anstand und die Beklagte somit hierüber auch nicht entscheiden konnte. Mangels Entscheidung der Beklagten aber ist eine Anfechtungs- und Leistungsklage unzulässig. Im Übrigen hat der Senat im Rahmen der Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung bereits entschieden (s. u.a. Beschluss vom 23.10.2015, L 10 U 4162/15 ER), dass keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Behandlungsbedarf für eine neu angeordnete sechste Operation auf Folgen des in Rede stehenden Arbeitsunfalls zurückzuführen ist, weil hierzu keine medizinischen Unterlagen vorliegen. Ermittlungen sind aus den bereits dargelegten Gründen nicht möglich.

Nach alledem kann die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-03-03