

L 8 U 52/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 9 U 4899/12

Datum

12.11.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 52/16

Datum

16.12.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 12.11.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob dem Kläger gegen die Beklagte ein Anspruch auf Feststellung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 12.09.2011 zusteht.

Der 1969 geborene Kläger war zum Zeitpunkt des Unfalles bei einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten abhängig versicherungspflichtig beschäftigt. Im Rahmen seiner Beschäftigung beaufsichtigte er zwei Maschinen. Beim Hinübergehen von einer Maschine zur anderen rutschte er am 12.09.2011 gegen 2:30 bzw. 3:00 Uhr auf öligem Boden aus und knickte mit dem rechten Fuß um (zur Unfallanzeige vom 27.09.2011 vgl. Blatt 4 der Beklagtenakte; zu den Ausführungen des Klägers im Fragebogen vom 13.10.2011 vgl. Blatt 11/12 der Beklagtenakte).

Am 20.09.2011 suchte der Kläger aufgrund anhaltender Schmerzen den Durchgangsarzt Dr. A. auf (D-Arzt-Bericht vom 20.09.2011, Blatt 1 der Beklagtenakte), der nach einer Röntgenuntersuchung ohne wegweisenden Befund ein Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks diagnostizierte und wegen des Verdachts auf eine osteochondrale Läsion (Verletzung von Knochen und Knorpel) eine kernspintomografische Untersuchung veranlasste. Diese fand am 20.09.2011 in der radiologischen Praxis Dr. N. und Partner statt (zum Bericht vgl. Blatt 3 der Beklagtenakte). In diesem Befundbericht wurde ein umschriebenes Knochenmarködem der medialen Talus(Sprungbein)schulter festgestellt, differenzialdiagnostisch eine Kontusion mit beginnender Osteochondrosis dissecans (OD, Absterben begrenzter Bezirke im Knochen-Knorpelbereich).

Der Kläger wurde durch Dr. A. konservativ behandelt und bis zum 13.10.2011 arbeitsunfähig geschrieben (zum Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse mhplus und den AU-Bescheinigungen vgl. Blatt 19/24 der Beklagtenakte). Am 13.12.2011 stellte sich der Kläger wegen erneut zunehmender Beschwerden wieder bei Dr. A. vor (D-Arztbericht vom 13.12.2011, Blatt 27 der Beklagtenakte; zum Ergebnis der Kernspintomographie vom 23.12.2011 vgl. Blatt 32/33 der Beklagtenakte). Im D-Arztbericht vom 18.01.2012 (Blatt 36/37 der Beklagtenakte) teilte Dr. A. dann eine Osteochondrosis dissecans medialer Talus rechts mit.

Nachdem der radiologische Beratungsarzt Dr. B. (Stellungnahme vom 03.02.2012, Blatt 62/63 der Beklagtenakte) ausgeführt hatte, dass sich bereits bei der ersten Untersuchung des Sprunggelenks eine Woche nach dem Unfall eine Osteochondrosis dissecans im Bereich der Talusrolle medial gezeigt habe, sei die verstrichene Zeit zwischen dem Unfall und der Untersuchung zu kurz um diesen Befund unfallbedingt erklären zu können und Dr. A. in seinem Bericht vom 07.02.2012 (Blatt 59 der Beklagtenakte) ein frei bewegliches Sprunggelenk, jedoch eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Sprungbeins an der Innenseite mit Belastungsschmerzen und eine Vorstellung des Klägers in der orthopädischen Klinik des Ortenauklinikums Offenburg-Gengenbach mitgeteilt hatte, teilte die Beklagte mit Bescheid vom 08.02.2012 (Blatt 54, 66 der Beklagtenakte) dem Kläger mit, die Kosten für die medizinische Behandlung würden ab dem 14.10.2011 nicht mehr übernommen, weil zwischen dem Unfallereignis vom 12.09.2011 und der Krankheit von da an kein Ursachenzusammenhang mehr bestehe. Der Arbeitsunfall habe lediglich zu einer Zerrung des rechten oberen Sprunggelenks geführt, die mittlerweile folgenlos ausgeheilt sei. Die Osteochondrosis dissecans des rechten Sprungbeins müsse bereits vor dem Unfallereignis bestanden haben, da die verstrichene Zeit zwischen dem Unfall und der kernspintomografischen Untersuchung für die Ausbildung einer solchen Knochennekrose deutlich zu kurz sei.

Der Kläger erhob hiergegen am 23.02.2012 (Blatt 78 der Beklagtenakte) Widerspruch. Die Sprunggelenksverletzung rechts sei nicht folgenlos ausgeheilt. Schon 2011 sei der Verdacht einer Osteochondrosis dissecans diagnostiziert worden. Sofern die Knochennekrose bereits vorhanden gewesen sei, sei sie durch den Unfall verschlimmert worden (Blatt 81 der Beklagtenakte).

Die unfallchirurgische Beratungsärztin Dr. K. (Stellungnahme vom 24.11.2012, Blatt 84 der Beklagtenakte) führte aus, neben der Zerrung seien in der Kernspintomographie Zeichen einer Teilruptur des Außenbandes des oberen Sprunggelenks zu erkennen, die unfallbedingt seien. Arbeitsunfähigkeit könne für 2 bis 4 Wochen und eine Behandlungsbedürftigkeit bis zu 3 Monaten anerkannt werden. Die erneuten Beschwerden korrespondierten mit der Osteochondrosis dissecans und nicht mehr mit der Außenbandverletzung und seien unfallunabhängig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 06.09.2012 (Blatt 88/91 der Beklagtenakte) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück.

Der Kläger hat am 05.10.2012 beim Sozialgericht (SG) Freiburg Klage erhoben. Er habe Anspruch auf die Feststellung, dass die Knochennekrose (Osteochondrosis dissecans) des rechten Sprungbeins Folge des Arbeitsunfalles vom 12.09.2011 sei. Ohne den Arbeitsunfall hätte er die Knochennekrose nicht erlitten.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Physikalisch und Rehabilitative Medizin, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Chefarzt der Rheintalklinik, Dr. G ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 21.06.2013 (Blatt 34/59 der SG-Akte) u.a. ausgeführt, das Umknicktrauma des rechten oberen Sprunggelenks habe zu einer Kontusion im Bereich des medialen Sprunggelenks geführt, was zu einem Knochenmarködem i.S.e. beginnenden Osteochondrosis dissecans geführt habe. Andere Ursachen für das Knochenmarködem seien nicht ersichtlich. Arbeitsunfähigkeit habe ab 21.12.2011 für ca. fünf Monate vorgelegen.

Hiergegen hat die Beklagte mit Schreiben vom 24.01.2014 (Blatt 75/96 der SG-Akte) die beratungsärztliche Stellungnahme der Dr. H. vom 30.10.2013 und 13.12.2013 vorgelegt. Danach spreche der Unfallhergang, der Erstbericht, der Beschwerdeverlauf und die klinische Initialsymptomatik gegen ein unfallbedingtes, rein kontusionsbedingtes Knochenödem als Unfallfolge. Außerdem hat sie eine fachradiologische beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. D. vom 14.10.2013, 26.11.2013 und 04.12.2012 vorgelegt, der davon ausgeht, dass zum unfallnahen MRT-Untersuchungszeitpunkt noch kein Vollbild einer Osteochondrosis dissecans vorgelegen habe. Die Befundkonstellation sei jedoch typisch für ein Initialstadium einer Osteochondrosis dissecans. Auch bei der MRT-Kontrolle am 16.03.2012 liege noch kein Vollbild einer Osteochondrosis dissecans vor. Der Verlauf sei jedoch als Konsolidierung zu verstehen und unterstütze eine zeitliche Zuordnung des Verletzungsbildes zu einem Unfallereignis vom 12.09.2011. Das Knochenmarködem sei aber nicht rein kontusionsbedingt erklärbar, sondern bereits zu einem früheren Zeitpunkt entstanden.

Nachdem der Gutachter Dr. G. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 01.04.2014 (Blatt 99/100 der SG-Akte) an seiner Einschätzung festgehalten hat, hat das SG Beweis erhoben durch Einholung eines radiologischen Gutachtens nach Aktenlage beim Ärztlichen Direktor der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie am Klinikum S. - Katharinenhospital - Prof. Dr. R ... Dieser hat in seinem Gutachten vom 23.12.2014 (Blatt 110/127 der SG-Akte) ausgeführt, es sei möglich, dass die Osteochondrosis dissecans auf das Trauma zurückzuführen sei.

Die Beklagte hat u.a. eine beratungsärztliche Stellungnahmen von Dr. H. vom 28.05.2015 (Blatt 138/140 der SG-Akte) vorgelegt und mit Schreiben vom 17.6.2015 (Blatt 135/136 der SG-Akte) sich bereit erklärt, ein Ödem in der Umgebung des vorderen Anteils des Außenbandes und eine geringe Flüssigkeitsansammlung im oberen Sprunggelenk als weitere Unfallfolgen anzuerkennen. Der Kläger hat dieses Teilanerkennnis in der mündlichen Verhandlung vom 12.11.2015 angenommen (Blatt 153 RS der SG-Akte) und beantragt festzustellen, dass auch die Gesundheitsstörung Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenks Folge des Arbeitsunfalls vom 12.09.2011 ist, hilfsweise festzustellen, dass es sich bei der Gesundheitsstörung Distorsionstrauma rechtes Sprunggelenk mit Kontusion der medialen Talusschulter und Ausbildung eines Knochenmarködems wie bei beginnender Osteochondrosis dissecans mit belastungs- und bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik eine Folge des Unfalls vom 12.09.2011 ist.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 12.11.2015 abgewiesen. Zwar habe Dr. G. die Diagnose einer Osteochondrosis dissecans noch verneint. Er sei stattdessen davon ausgegangen, dass sich der Kläger bei dem Arbeitsunfall ein Distorsionstrauma des rechten Sprunggelenks mit Kontusion der medialen Talusschulter zugezogen und sich in der Folge radiologisch ein Knochenmarködem "wie bei beginnender OD" gezeigt habe, ohne dass diese Diagnose bestätigt werden könne. Diese Beurteilung sei durch die weitere Sachverhaltsaufklärung widerlegt. Dr. H. und Prof. Dr. D. hätten ein reines Kontusionsödem bezweifelt, da die Radiologen einen Sklerosesaum der medialen Talusschulter, d.h. eine erkennbare Grenzzone zwischen dem umliegenden Knochen und einem radiologisch wie bei einer beginnenden Osteochondrosis dissecans veränderten Bereich beschrieben hätten. Gegen ein traumatisches Kontusionsödem spreche, dass wahrscheinlich kein erhebliches Trauma stattgefunden habe, weil der Kläger nach dem Vorfall noch acht Tage weitergearbeitet habe und danach klinisch lediglich eine geringe Schwellung bei stabilem Bandapparat festgestellt worden sei. Prof. Dr. R. schließlich habe nachvollziehbar dargelegt, dass auf den ersten MRT-Bildern zunächst lediglich ein Knochenmarksödem angrenzend an die mediale Talusschulter sichtbar gewesen sei, das den Verdacht auf ein frühes Stadium einer Osteochondrosis dissecans bei Sklerose innerhalb des unscharf begrenzten Knochenmarksödems gerechtfertigt habe. Im Verlauf habe sich jedoch eine deutliche Zunahme der Intensität des Knochenmarksödems und eine deutliche Demarkierung des Osteochondrosis dissecans -Herds im Bereich der medialen Talusschulter gezeigt. Dies begründe die Diagnose einer Osteochondrosis dissecans, welche offenbar von den behandelnden Ärzten Dr. A. und Dr. E. in Kenntnis des Erkrankungsverlaufs geteilt werde. Ein Ursachenzusammenhang zwischen dem verfahrensgegenständlichen Arbeitsunfall und der Osteochondrosis dissecans könne aber nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Selbst Prof. Dr. R. führe aus, dass die Osteochondrosis dissecans lediglich möglicherweise auf das Trauma zurückzuführen sei; die bloße Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs genüge jedoch nach den Beweismaßstäben der gesetzlichen Unfallversicherung nicht. Soweit Dr. G. ausführe, dass zwar wohl kein erhebliches Trauma vorgelegen habe, jedoch auch leichtere Traumata zu einer Osteochondrosis dissecans führen "können" und auch die beginnende Sklerose nicht ausreiche, das Trauma als Ursache "auszuschließen", ergebe sich hieraus ebenfalls lediglich die Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs, nicht aber die für die Feststellung als Unfallfolge erforderliche Wahrscheinlichkeit. Als wahrscheinliche Unfallfolge anzuerkennen sei lediglich ein Ödem im Verlauf des vorderen Anteils des Außenbands und eine

Flüssigkeitsansammlung im oberen Sprunggelenk. Diesem Ermittlungsergebnis habe die Beklagte durch das vom Kläger angenommene Teilanerkenntnis hinreichend Rechnung getragen. Der Hilfsantrag sei ebenfalls unbegründet. Bei den Diagnosen "Distorsionstrauma rechtes Sprunggelenk mit Kontusion der medialen Talusschulter und Ausbildung eines Knochenmarködems wie bei beginnender Osteochondrosis dissecans mit belastungs- und bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik" handle es sich lediglich um die Alternativdiagnose, die für Dr. G. aufgrund seiner Annahme erforderlich geworden seien, eine Osteochondrosis dissecans liege nicht vor. Sie komme daher nicht mehr in Betracht, nachdem eine unfallunabhängige Osteochondrosis dissecans festgestellt sei.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 08.12.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 07.01.2016 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Gesundheitsstörung Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenkes sei Folge seines Arbeitsunfalls vom 12.09.2011. Die vorliegende Gesundheitsstörung sei auf den Arbeitsunfall vom 12.09.2011 zurückzuführen. Ausweislich der vorliegenden Gutachten sei mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die festgestellte, streitgegenständliche Gesundheitsstörung auf seinen Arbeitsunfall zurückzuführen sei. Insbesondere habe er in der mündlichen Verhandlung angegeben, sich direkt nach dem Arbeitsunfall in ärztliche Behandlung begeben zu haben. Die ärztlichen Gutachten gingen dagegen davon aus, dass er zunächst acht Tage weitergearbeitet habe. Dies sei nicht richtig. Diesem Vortrag hätte weiter nachgegangen werden müssen. Im Übrigen lägen keine anderen Ursachen für die vorliegende Gesundheitsstörung vor. Dies spreche ebenfalls dafür, dass die Gesundheitsstörung auf den Arbeitsunfall zurückzuführen sei.

Der Kläger beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 12.11.2015 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 08.02.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 06.09.2012 festzustellen, dass auch die Gesundheitsstörung Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenkes Folge seines Arbeitsunfalls vom 12.09.2011 ist, hilfsweise festzustellen, dass es sich bei der Gesundheitsstörung Distorsionstrauma rechtes Sprunggelenks mit Kontusion der medialen Talusschulter und Ausbildung eines Knochenmarködems wie bei beginnender Osteochondrosis dissecans mit belastungs- und bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik um eine Folge seines Arbeitsunfalls vom 12.09.2011 handelt.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Berufung entgegengetreten und hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Der Kläger hat mit Schreiben vom 01.02.2016 (Blatt 13/14 der Senatsakte) mitgeteilt, dass sich der Arbeitsunfall am 12.09.2011 gegen Ende der Nachtschicht, die von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr gedauert habe, ereignet habe. Am 13.09.2011 und 14.09.2011 habe er Freischicht gehabt, also an diesen Tagen nicht gearbeitet. Am 15.09.2011 habe er Frühschicht (6.00 Uhr-14.00 Uhr) gehabt. Am 16.09.2011 habe er ebenfalls Frühschicht gehabt und zeitnah nach Beginn der Frühschicht die Betriebsärztin wegen starker Schmerzen im Fuß aufgesucht. Diese sei nicht da gewesen. Es sei lediglich die Arzthelferin da gewesen. Diese habe ihm Schmerzsalbe verabreicht. Außerdem sollte er eine Orthese tragen. Nach dem Besuch bei der Betriebsärztin habe er gegen 11.00 Uhr die Arbeitsstätte verlassen und sich nach Hause begeben. Am 17.09.2011 habe er Urlaub gehabt. Am 18.09.2011 sei er arbeitsunfähig krankgeschrieben worden.

Der Senat hat Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des Teamleiters des Klägers bei seinem Arbeitgeber, M. G., als Zeugen. Dieser hat in seiner Antwort vom 11.02.2016 (Blatt 16 der Senatsakte) u.a. mitgeteilt, er selbst habe in der Zeit vom 12.09.2011 bis 16.09.2011 Urlaub gehabt und könne zum Unfall keine Angaben machen. Auch andere Zeugen gebe es nicht. Am 26.09.2011 sei der Unfall vom Produktionsleiter, Herrn N., an die Arbeitssicherheit gemeldet worden. Der Kläger habe am 16.09.2011 den werksärztlichen Dienst aufgesucht, da er Schmerzen im Bein gehabt habe. Der Krankenschwester habe er mitgeteilt, dass er umgeknickt sei. Auf die Frage der Krankenschwester wo, sei er die Antwort schuldig geblieben. Der Kläger habe ab 12.09.2011 folgende Schichtzeiten gehabt: 12.09.2011 Nachtschicht, 13.09.2011 und 14.09.2011 Freischicht, 15.09.2011 Frühschicht, 16.09.2011 Frühschicht. An diesem Tag habe der Kläger die Arbeit vorzeitig beendet um 11:19 anstatt um 14:00 Uhr.

Der Kläger (Blatt 17 der Senatsakte) hat mitgeteilt, von Dr. A. ab 18.09.201 arbeitsunfähig geschrieben worden zu sein.

Der Senat hat des Weiteren Beweis erhoben durch schriftliche Befragung des den Kläger behandelnden Arztes Dr. A. und der Betriebsärztin Dr. W. als sachverständige Zeugen. Wegen des Inhalts und Ergebnisses dieser Beweisaufnahme wird auf Blatt 30/35 und 36/40 der Senatsakte Bezug genommen. Der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Sportmedizin und D-Arzt Dr. A. hat dem Senat mit Schreiben vom 07.06.2016 u.a. mitgeteilt, der Kläger habe sich am 20.09., 22.09., 06.10., 13.12., 16.12.2011, am 02.01., 23.01., 06.02., 16.02., 01.03., 22.03., 19.04., 16.05. und 18.06.2012, wo die Behandlung abgeschlossen worden sei, sowie am 30.07. und 10.09.2015 vorgestellt. In der MRT-Untersuchung vom 23.12.2011 könne ein deutliches Knochenödem im Bereich des Sprungbeines festgestellt werden, jedoch keine Bandverletzung. Da die Schmerzen nicht innerhalb der gewohnten Zeit (4-6 Wochen) abgeklungen seien, sei am 23.12.2011 nochmals ein MRT mit Kontrastmittel veranlasst worden. Hier sehe man eine deutliche Zunahme des Knochenödemes (Bone bruises) im Bereich des Sprungbeines im Bereich der Innenseite. Es habe der Verdacht auf eine Osteochondrosis dissecans rechts bestanden. Eine Kontrolluntersuchung des MRT mit Kontrastmittel sei am 16.03.2012 durchgeführt worden; hier sehe man eine deutliche Besserung mit Rückgang des Knochenödemes. Dies sei auch mit einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden einher gegangen. Der Kläger habe jedoch über 4 Monate entlasten müssen. Bei der Abschlusskontrolle am 18.06.2012 habe eine volle Beweglichkeit im Sprunggelenksbereich rechts bestanden. Die Diagnose laute schweres Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks mit osteochondraler Läsion im Bereich des Sprungbeines.

Die Betriebsärztin Dr. W. hat in ihrer schriftlichen Aussage vom 11.06.2016 u.a. angegeben, den Kläger seit dem 12.09.2011 zweimal persönlich gesprochen zu haben. Am 26.04.2012 habe er sich im Rahmen der Wiedereingliederung vorgestellt. Nach seinen Angaben habe eine Osteochondrosis dissecans am rechten Fuß vorgelegen. Der Kläger habe gemeint, er könne wieder eine Tätigkeit ausüben, die den Fuß nicht zu sehr belaste. Am 10.05.2012 habe er sich wieder vorgestellt. Die Tätigkeit sei möglich. Die Versorgung mit Einlagen in entsprechenden Sicherheitsschuhen sei über die Berufsgenossenschaft geklärt. Es sei geplant gewesen, dass der Kläger zwei Wochen 4 Stunden und ab dem 29.05. dann 6 Stunden arbeite. Folgende Kontakte mit den Betriebskrankenschwestern seien notiert: Konsultation - am 16.9.2012: Schmerzen lokalisiert rechtes obere Sprunggelenk Innenseite seit einer Woche. Er sei mit dem Fuß umgeknickt. Befunde: keine Schwellung, ab und zu Stiche bei langem Stehen Maßnahmen: Salben-Auftrag Voltaren Emulgel. Er habe eine eigene Bandage, deshalb wurde nur Voltaren Emulgel mitgegeben. - am 21.11.201: Hautschutzcreme ausgegeben - am 22. 5.2012: Hautschutzcreme ausgegeben -

am 04.09. 2012: Hautschutzcreme ausgegeben - am 15.01.2013: Hautschutzcreme ausgegeben - am 29.04. 2013: Hautschutzcreme ausgegeben - am 14.01. 2014: Hautschutzcreme ausgegeben - am 03.03.2014: Hautschutzcreme ausgegeben Lediglich bei dem Kontakt am 16.09. 2011 habe der Kläger über Beschwerden geklagt. Diese hätten sich auf sein oberes Sprunggelenk bezogen und seien von der Betriebskrankenschwester sachgerecht betreut worden.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 18.07.2016 (Blatt 41 der Senatsakte) ausgeführt, dass nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 8. Auflage, Seite 640 f. nur ausnahmsweise ein geeignetes, unmittelbar oder mittelbar angreifendes, einmaliges Trauma als Ursache einer Osteochondrosis dissecans in Betracht komme, was jedoch bestimmte Voraussetzungen erfordere, so u.a. den sicheren Nachweis der erheblichen Gelenkverletzung und wenn im Unfallzeitpunkt Zeichen einer Osteochondrosis fehlten.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Blatt 42, 43 der Senatsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) zulässig aber unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 08.02.2012 in der Gestalt Widerspruchsbescheids vom 06.09.2012, dessen Abänderung und Feststellung weiterer gesundheitlicher Folgen des bereits von der Beklagten im genannten Bescheid anerkannten Arbeitsunfalles vom 12.09.2011 der Kläger begehrt. Im Bescheid vom 08.02.2012 ist im Betreff der Unfall vom 12.09.2011 korrekt angegeben, weshalb die Feststellung eines Arbeitsunfalls am "30.08.2011" wegen offenkundigen Versehens unschädlich ist. Im Widerspruchsbescheid vom 06.12.2012 wird zutreffend von einem festgestellten Arbeitsunfall vom 12.09.2012 ausgegangen. Der Senat konnte jedoch über die bereits im angefochtenen Bescheid festgestellten und zusätzlich im Teilerkenntnis vor dem SG anerkannten Folgen des – jedenfalls festgestellten – Unfalles vom 12.09.2011 hinaus keine weiteren Gesundheitsstörungen feststellen, die hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich auf diesem Unfallereignis beruhen.

Ob der Unfall am 12.09.2011, den niemand gesehen hatte und über den der Kläger auch keinem der Arbeitskollegen berichtet hatte und der bis zum 16.09.2011, wo der Kläger – trotz Nachfragen keine Angaben zum Unfallort gemacht hat – bei der Betriebskrankenschwester auf einen Unfall eine Woche (!) zuvor verwiesen hatte, eine medizinische Behandlung nicht erfordert hatte – eine ärztliche Behandlung hat der Kläger dann auch erst wieder später, nämlich am 20.09.2011, bei Dr. A. in Anspruch genommen –, tatsächlich als bei der Beklagten versicherter Unfall stattgefunden hat, musste der Senat nicht entscheiden, nachdem die Beklagte ein Unfallgeschehen am 12.09.2011 bereits als Arbeitsunfall anerkannt hatte.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte 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](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits(-erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits(-erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#), [B 2 U 40/05 R](#) = UV-Recht Aktuell 2006, 419-422, [B 2 U 26/04 R](#) = UV-Recht Aktuell 2006, 497-509, alle auch in juris).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. zuletzt BSG vom 12.04.2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [BSGE 94, 269](#) = [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#), jeweils RdNr 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72](#), 76).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adäquanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277](#), 280 = [SozR 2200 § 548 Nr. 91](#)) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfele (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden

insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, [a.a.O.](#)).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203](#), 209 = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285](#), 287 = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80](#), 83 = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) und [B 2 U 26/04 R](#) - a.a.O. m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachten Gesundheitsstörungen (Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenkes bzw. im Hilfsantrag Distorsionstrauma des rechten Sprunggelenks mit Kontusion der medialen Talussschulter und Ausbildung eines Knochenmarködems wie bei beginnender Osteochondrosis dissecans mit belastungs- und bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik) nicht vor.

Zwar konnte das SG mit den vorliegenden Gutachten das Bestehen einer Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenkes feststellen; dem schließt sich der Senat unter Bezugnahme auf die Ausführungen des SG an. Diese Gesundheitsstörung ist jedoch nicht hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich durch den Arbeitsunfall vom 12.09.2011 verursacht. Zwar hatte der Gutachter Dr. G. angegeben, mangels Anhaltspunkte für eine frühere Verletzung des Sprunggelenks bzw. -beins oder anlagebedingter Faktoren, sei Kausalität anzunehmen. Dem widerspricht jedoch, dass sich bereits am 20.09.2011 eine ältere Fraktur des Außenknöchels, mithin des von der Osteochondrosis dissecans des rechten Sprunggelenkes befallenen oberen Sprunggelenks, gezeigt hatte (MRT-Befund vom 20.09.2011, Blatt 3 der Beklagtenakte).

Prof. Dr. R. hat in seinem Gutachten ausgeführt, dass aus radiologischer Sicht das Ödem in der Umgebung des vorderen Anteils des Außenbands mit einem am 12.09.2011 erlittenen Distorsionstrauma zu vereinbaren sei. Es sei auch möglich, dass die Osteochondrosis dissecans auf das Trauma zurückzuführen sei. Grds. könnten auch leichtere oder chronisch repetitive Traumen als Auslöser genügen. Laterale Läsionen zeigten einen Schermechanismus, wohingegen die medialen Traumata durch einen Kompressionsmechanismus in Torsion erklärt werden könnten. Die klassische mediale Osteochondrosis dissecans verlaufe in den Anfangsstadien symptomarm. Die Beschwerden imponierten stadiumabhängig als Reibegefühle, Heißlaufen oder Schmerzen nach längerer Belastung auf unebenem Grund. Typisch sei der plötzlich einschießende Schmerz bei Belastung, unspezifische Symptome seien die Gelenkschwellung, der Bewegungsschmerz und der lokale Druckschmerz am Talus. Prof. Dr. R. geht davon aus, dass vorliegend wohl kein erhebliches Trauma des oberen Sprunggelenks rechts vorgelegen habe. Dafür spreche, dass man in der MRT wenig Weichteilschwellung sehe und auch wenig Erguss. Im Kontrast dazu sehe man jedoch ein deutliches Knochenmarksödem, das im Verlauf an Intensität deutlich zunehme. Zur Theorie eines nicht erheblichen Traumas passe auch, dass der Kläger erst verzögert zum D-Arzt gegangen sei. Jedoch könnten grds. auch leichtere Traumen zu einer Osteochondrosis dissecans führen. Zusammenfassend sei es möglich, dass die Osteochondrosis dissecans auf das Trauma zurückzuführen sei, absolute Wahrscheinlichkeiten hierzu anzugeben sei allerdings nicht verlässlich möglich.

Damit beschreibt Prof. Dr. R. lediglich die Möglichkeit einer traumatisch bedingten Verursachung, was zur Begründung einer hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlichen Verursachung nicht genügt.

Gegen die Annahme einer Verursachung durch den Unfall am 12.09.2011 spricht nach Überzeugung des Senats, dass ein schweres Trauma nicht vorgelegen hatte. Zwar hat der Kläger den Unfall so beschrieben, dass er beim Gang von einer Maschine zur anderen ausgerutscht sei und dabei mit dem rechten Fuß umgeknickt sei. Ob es sich dabei um ein schweres Trauma handelt, lässt sich nicht grds. ausschließen. Doch spricht vor allem gegen ein schweres Trauma, dass am 20.09.2011 im MRT nur wenig Weichteilschwellung und auch nur wenig Erguss zu finden war. Dagegen spricht das deutliche Knochenmarksödem, das im Verlauf an Intensität deutlich zugenommen hatte, für ein schwereres Trauma. Dagegen spricht - mit Prof. Dr. R. - wiederum gegen ein schweres Trauma am 12.09.2011, dass der Kläger am Unfalltag in der Lage war, bis zur Beendigung der Schicht weiterzuarbeiten; auch hat er während der Schicht niemandem von dem Unfall oder von deswegen aufgetretenen Beschwerden erzählt. Dass der Kläger dann am 13.09.2011 und 14.09.2011 Freischicht und am 15.09.2011 Frühschicht gehabt hatte, und dennoch nicht zum Arzt ging, zeigt, dass die Beschwerden nicht besonders ausgeprägt gewesen waren. Eine Schwere des Traumas lässt sich auch nicht daraus ableiten, dass der Kläger bei der Vorsprache beim werksärztlichen Dienst am 16.09.2011 bereits eine Bandage dabei gehabt hatte. Waren die Beschwerden aber so gering, dass der Kläger - entgegen seinen Behauptungen im Berufungsverfahren - über eine Salbe und eine Bandage hinaus erst am 20.09.2011 einen Arzt aufsuchen und Behandlung in Anspruch benötigte, so konnte der Senat eine schwere traumatische Einwirkung nicht erkennen.

Zwar mögen bei einer Osteochondrosis dissecans die Beschwerden erst verzögert auftreten, doch wird in der unfallmedizinischen Literatur insoweit angenommen, dass die Beschwerden erst nach frühestens drei Wochen bemerkbar werden. So teilen Schönberger/Mehrtens/Valentin (Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, Seite 641) mit, dass für die Osteochondrosis dissecans als Ursachen Ernährungsstörungen, örtliche Überlastungen von Knorpel-Knochen-Abschnitten sowie endogene, endokrine, traumatische und infektiöse Einwirkungen erörtert werden. Ausnahmsweise könne ein geeignetes, unmittelbar oder mittelbar angreifendes, einmaliges Trauma die Ursache einer Osteochondrosis dissecans sein, wenn der sichere Nachweis der erheblichen Gelenkverletzung erbracht sei, die betreffende Stelle des Gelenkknorpels in einer Weise geschädigt wurde, die eine subchondrale Knochenschädigung zulasse (z. B. Schlag auf die Knie Scheibe bei gebeugtem Kniegelenk; falls ein unfallnahes Kernspintomogramm angefertigt sei, sei der Nachweis eines bone bruise zu fordern), im Unfallzeitpunkt Zeichen einer Osteochondrosis fehlten und die ersten Symptome nicht früher als drei Wochen und nicht später als ein Jahr nach dem Unfall aufgetreten seien; ein blutiger Gelenkerguss sei für die Beurteilung nicht richtungweisend, da er sich auch bei Spontanlösung und Spontaneinklemmungen einer Osteochondrosis dissecans darstelle. Sind beim Kläger aber schon innerhalb der ersten Tage nach dem Unfall Beschwerden aufgetreten, so spricht das eher gegen eine traumatische Verursachung. Insoweit weist Dr. H. in ihrer Stellungnahme vom 28.05.2015 in Übereinstimmung mit der zitierten unfallmedizinischen Literatur und daher für den Senat überzeugend darauf hin, dass eine durch ein geringfügiges Trauma bedingte Osteochondrosis dissecans der gängigen wissenschaftlich-medizinischen Lehrmeinung widerspricht. So geht auch Prof. Dr. H. in dem von der Beklagten vorgelegten Aufsatz "Begutachtung der Osteochondrosis

dissecans" (MedSach, 1/2015, Seite 111 ff., vgl. Blatt 141/147 der SG-Akte) bei der Osteochondrosis dissecans von einer anlagebedingten Erkrankung und nicht von einer (post-)traumatischen Gesundheitsstörung aus.

Damit bestehen neben einer bloß möglichen Verursachung der Osteochondrosis dissecans durch den/oder von den versicherten Ereignissen am 12.09.2011 noch weitere Ursachenmöglichkeiten, wie anlagebedingte Faktoren und/oder von den versicherten Ergebnissen am 12.09.2011 unabhängig aufgetretene Unfälle; die der Kläger zwar bestreitet, jedoch nicht auszuschließen sind, wie gerade die vorbestehende Fraktur des Außenknöchels des oberen Sprunggelenks zeigt. Unter Berücksichtigung dieser Umstände konnte der Senat der – nach Auffassung von Dr. G. vorliegenden, nach Auffassung von Prof. Dr. R. bloß möglichen, nach Auffassung von Dr. H. eher unwahrscheinlichen – Verursachung durch ein Trauma am 12.09.2011 keine hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentliche Ursächlichkeit für das Auftreten der Osteochondrosis dissecans beimessen. Der Senat konnte aber vor diesem Hintergrund auch nicht die Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung als hinreichend wahrscheinlich rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 12.09.2011 ansehen.

Dasselbe gilt auch im Hinblick auf die mit dem Hilfsantrag geltend gemachten Gesundheitsstörungen (Distorsionstrauma rechtes Sprunggelenks mit Kontusion der medialen Talussschulter und Ausbildung eines Knochenmarködems wie bei beginnender Osteochondrosis dissecans mit belastungs- und bewegungsabhängiger Beschwerdesymptomatik), wobei der Senat zu Gunsten des Klägers dahinstehen lässt, ob damit ein über das angenommene Anerkenntnis vom 17.06.2015 hinausgehendes, zulässiges Begehren verfolgt wird. Dieser Hilfsantrag war der Annahme des Gutachters Dr. G. geschuldet, der eine Osteochondrosis dissecans nicht feststellen konnte. Liegt aber eine solche Erkrankung vor, kann der Senat dem Hilfsantrag nicht folgen. War im Übrigen aber der Unfall vom 12.09.2011 nicht ursächlich für die Osteochondrosis dissecans, so kann er zugleich auch nicht ursächlich gewesen sein für die stattdessen von Dr. G. alternativ beschriebenen funktionell gleichgelagerten und mit dem Hilfsantrag geltend gemachten Gesundheitsstörungen.

Vor diesem Hintergrund war die Berufung des Klägers ohne Erfolg.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-01-16