

L 2 U 378/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Landshut (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 17/09

Datum

18.05.2011

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 378/11

Datum

27.02.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Gesundheitsschaden, der Voraussetzungen für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ist, kann auch in stecknadelgroßen Einstichen von Dornen bestehen.

I. Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 18. Mai 2011 aufgehoben und unter Abänderung des Bescheides der Beklagten am 24. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2008 festgestellt, dass das Ereignis vom 26. Oktober 2006 ein Arbeitsunfall war.

II. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

III. Die Beklagte trägt ein Viertel der außergerichtlichen Kosten des Klägers beider Rechtszüge.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob das Ereignis vom 26.10.2006 als entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall im Sinne des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) anzuerkennen ist und welche Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen anzuerkennen sind.

Der 1950 geborene Kläger leidet seit 1991 an einem behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus. Bereits im Alter von 36 Jahren erlitt er einen Herzinfarkt.

Im Jahr 2003 entwickelte sich aufgrund einer "Bagatelverletzung an der linken Fußsohle" (so Entlassungsbrief des Klinikums D.-P. vom 15.09.2003) eine beginnende Phlegmone am linken Fuß mit Lymphadenitis, die einen stationären Aufenthalt im Klinikum D. vom 11.09. bis zum 15.09.2003 erforderte und durch eine anschließende monatelange Behandlung wieder eingedämmt werden konnte. Der Kläger behauptet, Anlass sei keine Bagatelverletzung, sondern ein Splitter im Fuß gewesen.

Am 26.10.2006 ereignete sich das streitgegenständliche Unfallereignis: Der Kläger besichtigte im Rahmen einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme des Landkreises D., bei der er als Bauvorarbeiter tätig war, zusammen mit dem ersten Bürgermeister der Gemeinde I., A. Z., einen zu sanierenden Wanderweg. Dabei stolperte er und geriet mit den linken Fuß in dorniges Gestrüpp. Nach seiner eigenen Aussage und nach Aussage des Bürgermeisters Z. zog er sich dabei kleine Einstiche zu. Eine Unfallanzeige erfolgte zunächst nicht, der Kläger hielt die Verletzung auch nicht für behandlungsbedürftig.

Der Kläger übte die ihm im Rahmen einer AB-Maßnahme vom 26.10.2006 bis 30.11.2006 zugeteilte Tätigkeit weiterhin aus. Er beanspruchte lediglich vom 13.11.2006 bis 17.11.2006 Erholungsurlaub.

Etwa Mitte November litt der Kläger nach seinen eigenen Angaben unter erhöhter Temperatur und Abgeschlagenheit; um die Einstichstellen im Bereich des linken Knöchels entwickelte sich ein "pelziger Belag" (so Klageschrift) bzw. eine "verschorfte Stelle" (so die eigene Aussage

des Klägers nach dem Gutachten des Dr. L. vom 09.11.2007).

Am 28.11.2006 zeigte sich plötzlich eine 1-Euro-Stück-große, bräunliche, dann schwarz werdende Hautveränderung am linken Außenknöchel. Am 01.12.2006 stellte sich der Kläger deswegen im Klinikum D. vor und wurde dort stationär aufgenommen. Als Aufnahmebefund zeigte sich laut Entlassungsbrief vom 18.12.2006 eine trockene Gangrän am linken Außenknöchel mit einer Ausdehnung von ca. 5 x 4 cm. Die Umgebung der Gangrän war gerötet in einem Durchmesser von ca. 10 cm. Anamnestisch hatte der Kläger angegeben, sich wahrscheinlich vor ca. 3 Wochen den Fuß links angeschlagen und sich dabei eine Schürfung über dem Außenknöchel zugezogen zu haben, seit dem Vortag leide er an einer zunehmenden Rötung und Überwärmung. Als Diagnosen wurden u. a. eine große Außenknöchelnekrose links mit Phlegmone, Diabetes mellitus und diabetischer Polyneuropathie festgestellt. Am 08.12.2006 erfolgte eine Wundrevision, mit großflächiger Abtragung und Vakuumverband-Anlage. Dabei wurden perioperative Abstriche entnommen, deren Analyse eine Kontamination der Wunde mit Staphylococcus aureus ergab, der antibiotisch behandelt wurde. Am 18.12.2006 wurde der Kläger auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat entlassen.

Im weiteren Verlauf wurde der Kläger erneut am 08.02.2007 im Klinikum D. stationär aufgenommen. Bei fortgeschrittener Infektion des Sprunggelenks mit Osteomyelitis des Talus erfolgten eine Resektion desselben sowie eine Arthrodese mittels Fixateur externe. Nach gebesserten Wundverhältnissen wurde der Kläger am 29.03.2007 in die ambulante Betreuung entlassen.

Erst am 04.04.2007 erstattete der Landkreis D. Unfallanzeige.

Im Zeitraum vom 19.04.2007 bis zum 22.04.2007 fand eine weitere stationäre Behandlung im Klinikum D. statt, in deren Rahmen eine operative Korrektur einer deutlichen Fehlstellung mit Medialisierung der distalen Tibia durchgeführt wurde.

Mit Schreiben vom 18.06.2007 forderte die Beklagten vom Chefarzt der Unfallchirurgie des Klinikums D., Prof. Dr. S., die Behandlungsunterlagen an und fragte, warum bislang keine Berichterstattung an die Unfallversicherung erfolgt war; es wurde mitgeteilt, dass der Kläger die Aufenthalte im Klinikum D. auf einen Unfall vom 26.10.2006, der näher beschrieben wurde, zurückführe. Prof. Dr. S. teilte mit Schreiben vom 06.07.2007 mit, dass der Kläger um den 26.10.2006 herum niemals in der berufsgenossenschaftlichen Ambulanz gewesen sei und auch später kein Unfallereignis geltend gemacht habe. Um einen Zusammenhang der Beschwerden mit dem angeschuldigten Ereignis herzustellen, müsste es zu einer massiven Infektion mit zurückbleibenden infizierten Fremdkörpern gekommen sein. Dies hätte schon in den ersten Tagen nach dem Unfallereignis zu erheblichen Schmerzen, Schwellungen und Entzündungszuständen führen müssen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe seiner Meinung nach nicht bestanden, da es sich um eine Diabetesfolge gehandelt habe.

Die von der Beklagten befragte Gemeinschaftspraxis G./N./K. teilte am 12.02.2007 mit, dass sich der Kläger erstmals am 23.11.2006 vorgestellt habe. Der Kläger sollte damals zur Schulung und Hypertonieeinstellung kommen. Er sei aber erst wieder am 19.12.2006 erneut in die Praxis gekommen. Damals habe der Patient berichtet, dass er eine Verletzung am linken Knöchel mit Entzündung, Vereiterung und Nekrose gehabt habe, die im Krankenhaus behandelt worden sei.

Vom 07.08.2007 bis zum 27.08.2007 befand sich der Kläger im Bezirksklinikum M. in stationärer Behandlung zur Klärung einer rasch progredienten sensiblen axonalen Neuropathie. Im weiteren Verlauf wurde der Kläger in der A. Klinik C-Stadt mit einer massiven Charcot-Arthropathie im linken Sprunggelenksbereich bei insulinpflichtigem Diabetes mit Polyneuropathie ab 29.10.2007 stationär behandelt. Am 30.10.2007 erfolgte eine Unterschenkelamputation links. Anschließend befand sich der Kläger in den S. Kliniken S. vom 31.01.2008 bis 05.03.2008 in stationärer Anschlussbehandlung.

Zur Klärung der Zusammenhangsfrage erstellte Dr. L. (Orthopäde, Unfallchirurg; A. Klinik C-Stadt) am 09.11.2007 im Auftrag des Beklagten ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung. Der Sachverständige wies darauf hin, dass die Stichverletzung im Außenknöchelbereich nicht die Hauptursache, sondern nur eine Nebenursache sei für einen Prozess, der durch das Vorliegen des Diabetes mellitus bzw. der wahrscheinlich bereits vorliegenden Polyneuropathie zu einem progredienten Verlauf führte. Ohne den Faktor der diabetischen Polyneuropathie, die im Oktober 2007 bereits in massiver Form im Bereich der unteren Extremitäten, links stärker als rechts, vorgelegen habe, wäre es nach dem ersten stationären Aufenthalt im Dezember 2006 mit Wundrevision, Nekroseabtragung und Vakuumverband sicherlich zur Abheilung gekommen. Anamnestisch wird der Kläger auf Seite 3 des Gutachtens dahingehend wiedergegeben, dass sich in den Wochen nach dem Unfall eine "verschorfte Stelle am Außenknöchel" ausgebildet habe, die sich vergrößert und nach mehr als vier Wochen zum ersten Arztbesuch gezwungen habe. Ergänzend hierzu führte Dr. L. in seiner Stellungnahme vom 12.12.2007 aus, dass zum Auftreten einer Phlegmone bzw. Infektion am menschlichen Körper im Allgemeinen eine Hautarrosion bzw. Verletzung der Haut gehöre, durch die Keime entsprechend eintreten und eine Infektion auslösen könnten. Als einziges bekanntes Ereignis sei das Ausrutschen des Klägers mit Verletzung im Außenknöchelbereich an dornigem Gestrüpp bekannt. Dies sei somit als Auslöser für die o. g. Erkrankung anzusehen.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme durch Dr. B. holte die Beklagte ein weiteres Gutachten zur Klärung der Zusammenhangsfrage von Prof. Dr. E. (Unfallchirurg, Unfallkrankenhaus B-Stadt) ein. Dieser stellte in seinem Gutachten vom 22.04.2008 fest, dass die Möglichkeit der Entwicklung eines tiefen Infekts im Sinne eines Erysipels oder einer Phlegmone nach oberflächlicher Hautverletzung generell bestehe. Diese Komplikationen würden sich jedoch in der Regel wenige Tage nach stattgehabter Verletzung entwickeln und unmittelbar zu einer ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit führen. Im Falle des Klägers sei erst ab 28.11.2006 die Entwicklung einer Hautnekrose am Außenknöchel mit nachfolgendem tiefen Infekt bis zur Osteomyelitis des Talus beschrieben worden. Diese drastische Entwicklung sei ohne zeitlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 26.10.2006 eingetreten und im Wesentlichen durch das Vorliegen des Diabetes mellitus verursacht. In der Anamnese werden die Angaben des Klägers dahingehend wiedergegeben, dass die Einstiche vom 26.10.2006 im weiteren Verlauf unauffällig gewesen seien; ab dem 28.11.2006 habe sich plötzlich eine 1-Euro-Stück-große, bräunliche, dann schwarz werdende Hautveränderung am Außenknöchel gezeigt.

Der Beklagte lehnte nach Einholung einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. B. mit Bescheid vom 24.07.2008 die Anerkennung des Ereignisses vom 26.10.2006 als Versicherungsfall ab. In den Gründen heißt es, die ab 01.12.2006 zur Behandlungsbedürftigkeit führende Erkrankung sei nicht auf das Ereignis vom 26.10.2006 zurückzuführen. Den dagegen eingelegten

Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2008 als unbegründet zurück.

Mit der am 16.01.2009 vor dem Sozialgericht (SG) Landshut erhobenen Klage hat der Kläger weiterhin die Anerkennung des Ereignisses vom 26.10.2006 als Arbeitsunfall verfolgt. Der beschriebene, beim Kläger festzustellende Gesundheitsschaden beruhe im Wesentlichen nicht auf der Diabetes-mellitus-Erkrankung, sondern auf dem Ereignis vom 26.10.2006.

Zur Aufklärung des Sachverhaltes hat das Gericht Röntgenbilder und Befundberichte von den Dres. D. (Internistin) und S. (Allgemeinärztin) eingeholt sowie die Akte des Landesamtes für Soziales und Versorgung, Potsdam und die Akten des Beklagten beigezogen.

Zwischenzeitlich befand sich der Kläger erneut vom 16.09.2008 bis 14.10.2008 in stationärer Behandlung in der A. Klinik C-Stadt. Hier wurde ein diabetisches Fußsyndrom rechts mit infiziertem Großzehenulcus mit Osteomyelitis im Großzehenendglied rechts festgestellt und eine Großzehen-Teilamputation im Grundglied rechts am 26.09.2008 vorgenommen. Vom 09.07.2009 bis 16.07.2009 wurde der Kläger u. a. wegen insulinabhängigen Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie und diabetischer Angiopathie im V. Klinikum S. erneut stationär behandelt.

Am 13.07.2010 hat Dr. L. (Internistin) im Auftrag des SG ein Gutachten nach Aktenlage zur Klärung der Zusammenhangsfrage erstellt. Die Sachverständige hat im Ergebnis einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 26.10.2006 und der erstmals am 01.12.2006 festgestellten Phlegmone am linken Außenknöchel nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit herstellen können. Nach ihrer Auffassung sei für die Entstehung der Phlegmone und der sich in der Folge entwickelten Komplikationen der seit 1991 bekannte Diabetes mellitus ursächlich. Die Sachverständige bemängelt bereits, dass über die Art und die Lage der angeblichen Einstiche vom 26.10.2006 keinerlei Angaben vorlägen. Eine Verursachung durch Pflanzengifte scheide aus, weil es entsprechende Pflanzen im Bayerischen Wald nicht gebe. Infrage komme lediglich eine Kontamination der verletzten Haut durch Mikroorganismen. Eine Infektion mit Staphylokokkus aureus, der beim Kläger nachgewiesen wurde, entwickle sich in der Regel zwischen dem zweiten und dem vierten Tag, eine Inkubationszeit von zwei bis drei Wochen setze Brückensymptome für eine Anerkennung als Arbeitsunfall voraus. Zwischen dem 26.10.2006 und dem 01.12.2006 hätten aber 36 Tage, also mehr als 7 Wochen gelegen, so dass ein ursächlicher Zusammenhang unwahrscheinlich sei, zumal eine zunehmende Rötung anamnestisch erst ab dem Vortag der Aufnahme ins Krankenhaus angegeben worden sei. Der Kläger habe ein diabetisches Fußsyndrom, das auch schon im Jahr 2003 am linken Fuß zu einer beginnenden Phlegmone mit Lymphadenitis geführt habe, die stationär behandelt werden musste. Auch am nicht verletzten rechten Fuß bestehe das diabetische Fußsyndrom und habe dort bei infiziertem Großzehenulcus mit Osteomyelitis im Großzehengrundgelenk zu einer Großzehenteilamputation im Jahr 2008 geführt.

Auf die Stellungnahmen des Bevollmächtigten des Klägers vom 12.08.2010 und 19.10.2010 hin hat die Sachverständige am 22.11.2010 ergänzend ausgeführt, dass die am 01.12.2006 erstmals diagnostizierte Gangrän eindeutig durch das Bakterium, den Eitererreger Staphylokokkus aureus, verursacht worden sei. Auch eine Vergiftung durch giftige Pflanzen oder Pilze hätte zeitnahe Symptome verursacht, die eine umgehende ärztliche Behandlung erfordert hätten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen den am 26.10.2006 erlittenen Stichverletzungen und der am 01.12.2010 erstmals diagnostizierten Nekrosezone bei Nachweis von Staphylokokkus aureus sei unwahrscheinlich (Stellungnahme vom 22.11.2010). Der Bevollmächtigte des Klägers hat hierzu mit Schreiben vom 21.02.2011 weitere Fragen aufgeworfen. In der Stellungnahme vom 22.03.2011 hat Dr. L. ihre bisherige Bewertung bekräftigt.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt, unter Aufhebung des Bescheides vom 24.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2008 festzustellen, dass das Ereignis vom 26.10.2006 als Arbeitsunfall anzuerkennen ist.

Das SG hat mit Urteil vom 18.05.2011 (Az. [S 9 U 17/09](#)) die Klage gegen den Bescheid vom 24.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2008 abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Die am 01.10.2006 festgestellten Gesundheitsstörungen seien nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 26.10.2006 zurückzuführen. Zur Begründung hat es auf die Gutachten des Prof. Dr. E. und der Sachverständigen Dr. L. verwiesen.

Der Kläger hat gegen das Urteil, das ihm am 18.07.2011 zugestellt worden ist, am 18.08.2011 Berufung eingelegt.

In seiner Berufungsbegründung hat der Kläger die Vernehmung der bereits in erster Instanz benannten Zeuginnen - nämlich seiner Ehefrau, seiner Tochter und seiner Schwester - zum Beweis der Behauptung, dass er seit mindestens 14 Tagen vor Beginn des Krankenhausaufenthalts an erhöhter Temperatur und Abgeschlagenheit sowie einem pelzigen Belag am linken Außenknöchel gelitten habe, beantragt. Damit lägen ausreichend "Brückensymptome" vor, die eine Verbindung zwischen dem Unfall vom 26.10.2006 und der ab dem 01.12.2006 behandelten Erkrankungen herstellen könnten. Es sei ihm nicht anzulasten, dass er wegen dieser Symptome nicht sofort zum Arzt gegangen sei, weil er sie "als gestandener Mann" nicht für gravierend gehalten habe. Dass die anfangs oberflächliche Infektion nur aufgrund der Prädisposition des Klägers durch Diabetes mellitus mit Polyneuropathie zu der schweren Infektion des Fußes geführt habe, schließe den Versicherungsschutz nicht aus, weil jeder in der gesetzlichen Unfallversicherung in dem Gesundheitszustand geschützt sei, in dem er sich zum Zeitpunkt des Unfalls befinde.

Der Kläger und Berufungskläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 18.05.2011 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 24.07.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.12.2008 zu verurteilen, festzustellen, dass das Ausrutschen am 26.10.2006 ein Arbeitsunfall war.

Ferner beantragt er festzustellen, dass die Knochenmarksentzündung, die zur Amputation des Unterschenkels geführt hat, sowie die Polyneuropathie Folgen des Arbeitsunfalls sind.

Die Beklagte und Berufungsbeklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte des Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Berufung bedarf gemäß § 144 SGG keiner Zulassung.

Die Berufung des Klägers ist auch begründet. Zu Unrecht hat das SG die Klage, gerichtet auf Feststellung, dass das Ereignis vom 26.10.2006 ein Arbeitsunfall war, abgelehnt. Die auf diese Feststellung gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG und 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässig und auch begründet. Der Vorfall vom 26.10.2006, als der Kläger im Rahmen der bei der Beklagten versicherten ABM-Maßnahme ausrutschte, mit dem linken Fuß in ein Pflanzengestrüpp geriet und sich stecknadelgroße Einstiche am linken Fuß zuzog, stellte einen Arbeitsunfall im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB VII dar. Arbeitsunfälle sind gemäß § 8 Abs. 1 SGB VII Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit); Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Das Erfordernis des Gesundheitserstschadens, das Teil des Begriffs des Arbeitsunfalls ist, wurde bereits durch die stecknadelgroßen Einstiche durch Dornen erfüllt. Minimale Gesundheitsschäden reichen für den Begriff des Arbeitsunfalls aus. Die Beklagte sowie das SG haben für die Feststellung eines Arbeitsunfalls für erforderlich gehalten, dass die ab dem 01.12.2006 behandelten Gesundheitsstörungen noch auf das Ereignis zurückzuführen waren; insoweit handelt es sich jedoch nur um weitere Gesundheitsstörungen, die sich aus dem Erstscha den (Einstiche von Dornen) entwickelt haben könnten und deren Feststellung nach § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässig wäre, die aber im gesamten erstinstanzlichen Verfahren vom Kläger nicht beantragt worden ist und die auch nicht Gegenstand der erstinstanzlichen Entscheidung war. Für die Feststellung des Gesundheitserstschadens, der Voraussetzung eines Arbeitsunfalls ist, reichen aber die stecknadelgroßen Einstiche von Dornen aus. Der Senat hat keine Zweifel, dass sich der Vorfall am 26.10.2006 wie vom Kläger geschildert ereignet hat. Der erste Bürgermeister der Gemeinde I., der den Kläger begleitete, A. Z., hat mit Schreiben vom 18.06.2007 die Unfallschilderung des Klägers voll bestätigt. Auch seitens der Beklagten sind hiergegen keine Einwände vorgebracht worden.

Erstmals in der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht am 27.02.2013 hat der Kläger den Antrag gestellt, festzustellen, dass die Knochenmarksentzündung, die zur Amputation des Unterschenkels geführt hat, sowie die Polyneuropathie Folgen des Arbeitsunfalls sind. Dabei handelt es sich um eine Klageerweiterung, die sachdienlich und deshalb gemäß § 99 Abs. 1 SGG zuzulassen war. Die neu gestellten Anträge formulieren nämlich nur das eigentliche - wenn auch bislang nicht in korrekten Anträgen gekleidete - klägerische Anliegen, über das während des gesamten Prozesses bereits in der Sache gestritten und zudem auch Beweis erhoben worden war. Über die im Wege der Klageerweiterung im Berufungsverfahren erstmalig gestellten Anträge entscheidet das Berufungsgericht erstinstanzlich als Klage, da es diesbezüglich an einer Entscheidung des SG fehlt, die Gegenstand einer Berufung sein könnte. Die auf die Feststellung von Gesundheitsstörungen als Folgen eines Arbeitsunfalls gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 und § 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG zulässig. Ein Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren wurde auch diesbezüglich durchgeführt, da man die angefochtenen Bescheide unter Einbeziehung ihrer Begründungen so zu interpretieren sind, dass sie auch die Ablehnung der Anerkennung der begehrten Unfallfolgen umfassten.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Es lässt sich weder feststellen, dass die Knochenmarksentzündung, die zur Amputation des Unterschenkels geführt hat, noch dass die Polyneuropathie Folgen des Arbeitsunfalls vom 26.10.2006 waren.

Hinsichtlich der Polyneuropathie ist bereits die Möglichkeit einer Verursachung durch den Unfall vom 26.10.2006 als äußerst fernliegend zu bezeichnen. Es gibt keine einzige gutachterliche oder sonstige ärztliche Äußerung diesbezüglich. Im Gegenteil, wird etwa von Dr. L. in seinem Gutachten vom 09.11.2007 festgestellt, dass der Kläger seit mehr als 20 Jahren Diabetiker mit einer diabetischen Polyneuropathie im Fußbereich sei. Polyneuropathie stellt eine klassische Komplikation im Zusammenhang mit Diabetes mellitus dar (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. A. 2010, S. 933).

Auch für die Knochenmarksentzündung fehlt die hinreichende Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit dem Unfall vom 26.10.2006. Zwar ist dem Kläger zuzugeben, dass er in der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Krankheitsanlagen geschützt ist, die er im Zeitpunkt des Unfalls aufweist. Deshalb kann die Wesentlichkeit einer Ursache nicht allein mit dem Argument verneint werden, dass der Diabetes mit Polyneuropathie die Haupt- und die oberflächlichen Einstiche nur die Nebenursache (so das Gutachten von Dr. L. vom 09.11.2007) dargestellt hätten. Denn wenn mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststünde, dass die Infektion mit Staphylokokkus aureus, die ab dem 28.11.2006 zu starken Symptomen geführt hat, über die am 26.10.2006 erlittenen Einstiche erfolgt ist (also durch Kontamination der Einstiche), so wäre diese Ursache auch dann wesentlich, wenn sie nur wegen der Vorbelastung durch Diabetes mellitus und Polyneuropathie zu so drastischen Folgen wie im Falle des Klägers führen konnte. Jedoch fehlt es schon an der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, dass die stecknadelgroßen Einstiche, die der Kläger am 26.10.2006 erlitten hat, die Eintrittspforte für die ab dem 28.11.2006 exazerbierte Infektion bildeten. Nach den übereinstimmenden Feststellungen in den Gutachten von Dr. E. und der Sachverständigen Dr. L. ist der zeitliche Zusammenhang hierfür über vier Wochen nach dem Unfallereignis zu groß. Die Ausbildung von Symptomen wäre schon nach zwei bis vier Tagen zu erwarten gewesen, bei einem Ausbruch nach zwei bis drei Wochen setzt die Zurückführung auf das Unfallereignis Brückensymptome voraus, die nicht vorlagen. In diesem Zusammenhang kann auch auf die Vernehmung der vom Kläger benannten Zeugen verzichtet werden, weil seine Behauptung, er habe spätestens zwei Wochen vor seinem Krankenhausaufenthalt an erhöhter Temperatur und Abgeschlagenheit sowie einem pelzigen Belag am linken Außenknöchel gelitten, als wahr unterstellt werden kann. Zum einen stellte die erhöhte Temperatur und Abgeschlagenheit ein völlig unspezifisches Symptom dar. Zum anderen bleiben auch bei Zugrundelegung dieser Behauptung die ersten drei Wochen nach dem Unfall - also die Zeit vom 26.10.2006 bis Mitte November 2006 - ohne Brückensymptome, was nicht ausreicht, um einen ursächlichen Zusammenhang als hinreichend wahrscheinlich zu begründen. Im Gegenteil, deckt sich diese Schilderung sogar mit den spontanen anamnestischen Angaben des Klägers im Klinikum D. am 01.12.2006, wonach er sich vermutlich "3 Wochen zuvor" den Fuß links angeschlagen und sich dabei eine "Schürfung" über dem Außenknöchel zugezogen habe. Den Vorfall vom 26.10.2006 erwähnte der Kläger dort nicht, insbesondere ist eine Schürfung nicht mit Einstichen von Dornen vergleichbar. Die gesamte Schilderung des Klägers macht also lediglich plausibel, dass es Anfang oder Mitte November nochmals zu einer oberflächlichen Verletzung des linken Außenknöchels gekommen ist, die dann möglicherweise zur Infektion geführt hat; ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Ereignis vom 26.10.2006 ist aber nicht zu begründen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-05-17