

L 3 U 297/09

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 25 U 1031/08

Datum

14.09.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 297/09

Datum

13.12.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 14. September 2009 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Feststellung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Oktober 2004.

Die 1953 geborene Klägerin befand sich vom 12. Oktober 2004 bis zum 09. November 2004 im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Strandklinik O in B. Laut der Unfallanzeige vom 28. Oktober 2004 stolperte sie am 27. Oktober 2004 während eines ärztlich empfohlenen Spaziergangs nach Verlassen eines Geschäftes in B über einen Bürgersteig und erlitt ein Supinationstrauma des linken oberen Sprunggelenks (OSG) mit Sturz. Die im Städtischen Krankenhaus Wam selben Tag gefertigten (gehaltenen) Röntgenaufnahmen des linken Sprunggelenks erbrachten keinen Frakturnachweis, zeigten jedoch einen Talusvorschub rechts von 3,5 mm und links von 7 mm. Außerdem wurden eine Schwellung und Druckschmerz über dem lateralen Malleolus festgestellt. Es wurde eine Außenbandteiltraktur links diagnostiziert und eine Aircast-Bandage für sechs Wochen, zur Entlastung Unterarm-Gehstützen, Hochlagerung sowie analgetische Maßnahmen verordnet. Die weitere Behandlung erfolgte zunächst im Rahmen der stationären Reha-Maßnahme, nach deren Beendigung durch den Chirurgen Dr. B. Dieser verordnete weiterhin u. a. physiotherapeutische Maßnahmen. Aufgrund anhaltender Belastungsbeschwerden veranlasste dieser eine MRT-Untersuchung des linken OSG am 06. Januar 2005, bei der u. a. ein deutlich posttraumatisch degenerativ/reparativ strukturverändertes Ligamentum (Lig.) fibulotalare anterius und Ligamentum fibulocalcaneare ohne Zeichen der ligamentären Diskontinuität, initiale Arthrosezeichen im OSG sowie eine Flüssigkeitsvermehrung längs der Sehnenscheide des Musculus (M.) flexor hallucis longus wie bei Tendovaginitis und ein mögliches Ganglion festgestellt wurden. Verletzungen der Knochen oder des Knorpels wurden ausgeschlossen.

Am 04. April 2005 stellte sich die Klägerin bei Dr. T in der Unfallbehandlungsstelle der Berufsgenossenschaften B e. V. (UBS) vor. Dort gab sie u. a. an, bereits 1981 eine Distorsionsverletzung des linken Sprunggelenks erlitten zu haben. Dr. T sah u. a. ausgeheilte Rupturen des Lig. fibulotalare anterius und des Lig. fibulocalcaneare, eine ausgeprägte Tendovaginitis der Peronealsehnen, endgradige schmerzhaftes Bewegungseinschränkungen des linken OSG, eine geringgradige Atrophie der linken Unterschenkelmuskulatur und eine mäßiggradige Belastungsminderung des linken OSG als unfallbedingt an und empfahl weiter Physiotherapie, physikalische Behandlungsmaßnahmen sowie die Versorgung mit einer Abrollsohle (fachchirurgische Stellungnahme vom 07. April 2009). Im weiteren Verlauf kam es zu einer Besserung, bis dann im September 2005 von der Klägerin ohne zusätzliches Trauma eine erneute Hämatombildung am linken Außenknöchel mit Schwellung und Schmerzzunahme, Schmerzausstrahlungen in die linke laterale Wade und in den linken lateralen Oberschenkel beklagt wurden. Am 28. Oktober 2005 stellte sich die Klägerin erneut bei Dr. T vor (fachchirurgische Stellungnahme vom 30. Dezember 2005). Der Stellungnahme lag eine schriftliche Geschehensdarstellung der Klägerin vom 22. Dezember 2005 zugrunde, nach der sie plötzlich zuerst mit dem rechten Hacken weggerutscht, dann nach unten gekracht sei, danach sofort auch das linke Bein gleichfalls in die Leere gestoßen und äußerst schmerzhaft auf die Betonplatten gestoßen sei. Bei dem Versuch, sich weiter auf den Beinen zu halten, sei sie mit dem linken Fuß umgeknickt und unter Verdrehung des linken Beines und Drehung des ganzen Körpers um ca. 180° auf das rechte Kniegelenk gefallen. Am 28. Oktober 2005 erstellte gehaltene Aufnahmen des linken OSG zeigten ein unauffälliges Gelenk. Die laterale Aufklappbarkeit war mit 4° links und 2° rechts im physiologischen Bereich. Ein von Dr. T veranlasstes MRT des linken Sprunggelenks vom 04. Januar 2006 zeigte ein Hygrom der Sehnenscheide des M. flexor hallucis longus sowie initiale degenerative Veränderungen im Bereich der gesamten Fußwurzel. Ansonsten stellten sich Gelenk und insbesondere die Bänder unauffällig dar (Befund vom 04. Januar 2006). In einer weiteren fachchirurgischen Stellungnahme vom 17. Januar 2006 empfahl Dr. T weitere Behandlungsmaßnahmen einschließlich Physiotherapie, analgetisch-antiphlogistischer Medikation, Gangschulung und schuhtechnischen Maßnahmen.

Im Rahmen der Heilverlaufs kontrolle stellte sich die Klägerin am 03. September und 24. September 2007 in der Fußsprechstunde der UBS bei Dr. A und Dr. V vor (Berichte vom 03. September und 24. September 2007). Diese veranlassten eine neurologische Untersuchung durch Dr. D B am 19. Juli 2007, bei der dieser pathologisch erniedrigte Amplituden des evozierten Muskelantwortpotentials des Nervus (N.) peroneus profundus und des sensiblen Nervenreaktionspotentials des N. peroneus superficialis feststellte und diesen Befund am ehesten vereinbar hielt mit einer defekt geheilten N. peroneus communis Läsion links im Bereich des Fibulaköpfchens, so dass davon auszugehen sei, dass es im Rahmen des Unfalls vom 27. Oktober 2004 gleichzeitig zu einer leichten Dehnungs- oder Druckläsion des N. peroneus gekommen sei. Die Restläsion sei jedoch gering und erkläre nur einen Teil der geklagten Beschwerden. Das darüber hinaus von Dr. A veranlasste MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 14. September 2007 schloss eine Irritation neuronaler Strukturen aus. Die Klägerin hatte sich ferner am 22. September 2007 bei der Fachärztin für psychotherapeutische Medizin E vorgestellt, die in ihrem Attest vom selben Tag eine psychosomatische Ursache der Beschwerden ausschloss. Letztlich konnten Dr. A und Dr. V keinen definitiven Ursachenzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall herstellen, so dass ein chirurgisches Zusammenhangsgutachten der Prof. Dr. E/Dr. F/Dr. M in die Wege geleitet wurde. In dem Gutachten vom 07. Dezember 2007 (Untersuchung der Klägerin am 28. November 2007) gelangten diese zu dem Schluss, dass keine Unfallfolgen mehr vorlägen. Sie hielten es i. Ü. nicht für erwiesen, dass die Klägerin bei dem Unfall eine Ruptur des Lig. fibulotalare anterius sowie des Lig. fibulocalcaneare erlitten habe.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23. April 2008 die Erbringung von Leistungen der Heilbehandlung aus Anlass des Versicherungsfalles vom 27. Oktober 2004 mit sofortiger Wirkung ab. Als Folgen des Versicherungsfalles wurden anerkannt: "Folgenlos ausgeheiltes Verdrehtrauma des linken Sprunggelenks". Nicht als Folgen des Versicherungsfalles wurden anerkannt: "Neurophysiologisch nachgewiesene Defektheilung nach Verletzung des N. peroneus communis linkes Sprunggelenk, nachgewiesene Arthrose im Bereich des linken OSG, Tendovaginitis im Bereich der Sehnenscheide des M. flexor hallucis longus, Ganglion im Bereich des linken Sprunggelenks, Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Fußaußenkante und der 2. sowie der 3. Zehe links bei Prolapsleiden". In ihrem Widerspruch wies die Klägerin darauf hin, dass sie vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich des linken Beins gehabt habe und schilderte den Unfallhergang erneut: "Bei zügigem Lauf bin ich mit dem linken Bein ca. 8-10 cm ins Leere getreten () und dabei gleichzeitig mit dem rechten Hacken von der Kante abgerutscht (hier ungebremst ins Leere gelaufen). Beim Fallen nach vorn und dem Versuch - durch Wiederauftreten mit dem linken Bein -, einen Sturz zu vermeiden, war indes der Schmerz so groß, dass ich nach links vorne stürzte und das Bein nach dem Aufprall unter meinem Körper seitlich weg rutschte und ich vornüber mit dem rechten Knie aufschlug. Es war mit, als ob im Unterbauch etwas zerriss, gleichzeitig wurde mir so übel, dass ich mich beinahe übergeben hätte. () Eine Frau brachte mir meine Brille und gemeinsam mit einer weiteren HelferIn zog sie mich hoch und setzte mich auf einen aus dem Sportgeschäft gebrachten Stuhl." Die Beklagte veranlasste eine ergänzende Stellungnahme der Prof. Dr. E/Dr. M vom 05. August 2008, in welcher diese bei ihrer Auffassung verblieben. In der Folge wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 01. Oktober 2008 zurück.

Mit ihrer hiergegen gerichteten Klage vor dem Sozialgericht Berlin (SG) hat die Klägerin geltend gemacht, die persistierende Tendovaginitis der Sehnenscheiden des M. flexor hallucis longus, die Defektheilung nach Verletzung des N. peroneus communis linkes Bein im Bereich des Fibulaköpfchens, die Ergussbildung im linken OSG, die schmerzhaften Bewegungseinschränkungen des linken OSG, die mit tiefer gelegenen Gewebestrukturen verbackene Hauteinziehung über den Peronealsehnen kurz oberhalb des linken Außenknöchels, die mäßige Belastungsminderung des linken OSG, die Plantarfasziitis und Flüssigkeitsansammlung am Ansatz der Achillessehne am Calcaneus links, die leichtgradige Atrophie der Unterschenkelmuskulatur und die Weichteilschwellung am linken Außenknöchel seien Unfallfolgen. Sie habe bei dem Sturz eine großflächige Prellung der linken Ober- und Unterschenkelmuskulatur erlitten.

Das SG hat den Orthopäden Dr. W-R mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Gutachtens betraut. In seinem am 25. März 2009 nach einer Untersuchung der Klägerin vom 24. März 2009 fertig gestellten Gutachten hat dieser folgende Gesundheitsstörungen im Bereich der unteren Gliedmaßen festgestellt: • Zustand nach Außenbanddistorsion linkes OSG, narbig und stabil verheilt • Neigung zur Tendovaginitis im Bereich der Sehnenscheide des M. flexor hallucis longus/Peronealmuskulatur • Initiale Abnutzungszeichen im Bereich des linken OSG • Chronisches S1-Wurzelsyndrom mit leichtgradiger Abschwächung des Fußhebers links/Sensibilitätsstörungen. Keine der genannten Veränderungen sei mit genügender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallgeschehen vom 27. Oktober 2004 zurückzuführen. Selbst die in dem ersten MRT dargestellte Veränderung am Außenband hätte auch durch eine frühere Verletzung verursacht werden können. Es sei nicht gesichert, dass es durch die angeschuldigte Umknickverletzung zu einer substantiellen Verletzung des Außenbandapparates am linken OSG gekommen sei. Selbst wenn man dies unterstelle, so belege die Tomographie im Januar 2005, dass eine Instabilität durch Diskontinuität des Bandapparates sich nicht ausgebildet habe. Die ein Jahr später vorgenommene Kontrolluntersuchung (MRT vom 04. Januar 2006) bekräftige dies. Begleitverletzungen hätten bereits durch das erste MRT ausgeschlossen werden können. Als einziges mögliches Unfallkorrelat hätten sich in den Bildern Flüssigkeitsansammlungen in der Sehnenscheide des M. flexor hallucis longus gefunden, was dem Krankheitsbild einer Sehnenscheidenentzündung (Tendovaginitis) entspreche. Das subjektive Krankheitsbild der Klägerin sei trotz jahrelanger Physiotherapie von Therapieresistenz geprägt, wobei gravierende pathologische Veränderungen auch im MRT vom September 2007 hätten ausgeschlossen werden können. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den bildgebenden Dokumenten und den subjektiven Beschwerden. Soweit Dr. D B postuliert habe, dass die von ihm festgestellten Veränderungen des N. peroneus communis möglicherweise auf den Unfall zurückzuführen seien, halte er dies für ein hypothetisches Konstrukt; im Übrigen sei der zeitliche Abstand zwischen dieser neurologischen Untersuchung und dem Unfallgeschehen beträchtlich, so dass ohne Brückensymptome nicht auf die mögliche Ursache zurückgeschlossen werden könne. Hinweise für eine frühe neurologische Problematik bestünden nicht. Eine sekundäre Nervenreizung durch Dehnung und Druck Monate nach dem eigentlichen Unfallgeschehen sei nicht plausibel zu machen. Die jetzt vorgetragenen Missempfindungen und Gefühlsstörungen des linken Beins und die eventuell damit verbundene Fußheberschwäche seien das Resultat einer chronischen S1-Wurzelveränderung bei Bandscheibendegeneration der unteren LWS. Die Behandlungsbedürftigkeit nach einer Außenbandläsion betrage längstens 12 Wochen.

Das SG hat die Klage gestützt auf das Gutachten des Dr. W-R durch Gerichtsbescheid vom 14. September 2009 abgewiesen.

Gegen den am 02. Oktober 2009 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 14. September 2009 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) eingegangene Berufung der Klägerin, mit der sie ihr erstinstanzliches Begehren fortführt. Sie rügt das Gutachten des Dr. W-R als unzureichend und trägt ergänzend vor, sie habe nach ihrer eigenen Wahrnehmung bei dem Unfall eine Prellung und Stauchung des linken Fußes, eine Zerrung und Verdrehung des linken Beins und eine Prellung des rechten Kniegelenks erlitten. Bei der ersten Physiotherapie habe sie Schwellungen am Fußinnen- und Außenknöchel, Schmerzen im Sprunggelenk, linke Fußaußenkante, seitlich die Fußaußenkante bis in den mittleren Oberschenkel, teilweise bis zur Spitze der Hüfte, einen flächigen Rest-Bluterguss seitlich Schienbein bis

zu Wade, eine starke Verhärtung von der oberen Wade durch die Kniekehle bis zur Oberschenkelmitte an der Beintrückseite sowie laut der Physiotherapeutin eine starke neurale Mitbeteiligung gehabt. Sie legt u. a. einen MRT-Befund des linken Kniegelenks vom 22. Juni 2009 vor. Schließlich stellt sie unter Einreichung einer Unfallmeldung vom 12. Oktober 1981 klar, dass sie am 06. Oktober 1981 entgegen ihrer Erinnerung eine Zerrung des rechten Knöchels und nicht des linken Knöchels erlitten habe.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 14. September 2009 aufzuheben sowie den Bescheid der Beklagten vom 23. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01. Oktober 2008 abzuändern und festzustellen, dass die auf Seite 2 und 3 zu Pkt. 1 bis 9 der Klageschrift vom 03. November 2008 genannten Erkrankungen sowie eine chondrolabrale Läsion des linken Hüftgelenks Folgen des Unfalls vom 27. Oktober 2004 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

In vom Senat veranlassten ergänzenden Stellungnahmen vom 15. Februar 2010 und 11. Juni 2010 hat Dr. W-R keinen Anlass gesehen, von seiner bisherigen gutachterlichen Beurteilung abzuweichen.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat den Facharzt für Orthopädie Dr. S mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Sachverständigengutachtens betraut. In seinem am 12. Juli / 12. Dezember 2011 fertig gestellten Gutachten ist dieser nach Untersuchungen der Klägerin am 08. März 2011 und 30. November 2011 zu folgenden Diagnosen gelangt: • Fußheberschwäche links und Sensibilitätsstörung Fußaußenkante links • Schädigung des N. peroneus communis links • Chronische Sehnenscheidenentzündungen des M. flexor hallucis longus und der Peronealsehnen im Außenknöchelbereich links • Chondrolabrale Läsion linkes Hüftgelenk bei Dysplasie des Kopf-Hals-Übergangs vom CAM-Typ • Funktionsstörung in Flexion, Innen- und Außenrotation des linken Hüftgelenks bei muskulären Funktionsstörungen der hüftübergreifenden Muskulatur • Bursitis trochanterica links und Ansatzendinopathie des Tractus iliobtibialis links • Zustand nach Ruptur des Lig. fibulotalare anterius und des Lig. fibulocalcaneare links • Klinisch nicht-symptomatische degenerative Innenmeniskushinterhornläsion links • Klinisch nicht-symptomatische degenerative Innenmeniskushinterhornläsion rechts • Bandscheibenprotrusion LWK 4/5 und Reizsyndrom S1 (Erstdiagnose 1995) mit seitdem bestehender Schwäche der Fußhebung, Dysästhesien Fußaußenrand und Beschwerden Dig. 3-5 • Mittelgradige arthrotische Veränderungen des linken OSG. Die Fußheberschwäche links mit Sensibilitätsstörung Fußaußenkante links, die Schädigung des N. peroneus communis links und die chronischen Sehnenscheidenentzündungen des M. flexor hallucis longus sowie der Peronealsehnen im Außenknöchelbereich links seien zumindest teilsächlich wesentlich auf den Unfall vom 27. Oktober 2004 zurückzuführen. Hierzu sei eine neurologische Begutachtung zu empfehlen, um abzugrenzen, welche Funktionsstörungen durch die vorbestehende Schädigung der LWS und welche durch die von Dr. D B festgestellte Schädigung des N. peroneus communis bedingt seien. Die Läsion des N. peroneus communis habe zu einer Störung der Abrollbewegung des Fußes und konsekutiven Funktionsstörung des OSG sowie der Peronealsehnen und -muskeln geführt, welche sich in Form einer Entzündung der Sehnen klinisch zeige. Diese lasse sich mit orthetischen Hilfsmitteln erfolgreich therapieren. Es sei im Übrigen nicht zutreffend, dass eine Peroneusläsion vor allem Folge eines Hochenergetraumas sei. Häufigste Ursachen seien vielmehr Druckläsionen wie bei langem Knien, direktem Anprall, fehlender Polsterung von das Kniegelenk übergreifenden Orthesen/Gipsverbänden oder Einblutungen infolge von Oberschenkelverletzungen. Es sei anhand der in W festgestellten vermehrten Aufklappbarkeit und des MRT-Befundes vom Januar 2005 auch davon auszugehen, dass der Unfall zu einer Läsion des Lig. fibulotalare anterius und Lig. fibulocalcaneare geführt habe. Diese Verletzung sei jedoch komplett strukturell und ohne Instabilität verheilt. Weder die Gesundheitsstörungen im Bereich des linken Hüftgelenks noch diejenigen im Bereich beider Kniegelenke noch die Arthrose im linken OSG seien ursächlich auf den Unfall zurückzuführen, denn es handele sich um degenerative Veränderungen.

Die Beklagte hat sich auf eine fachchirurgische Stellungnahme der Prof. Dr. E/Dr. M vom 10. November 2011 bezogen, in welcher diese eine primäre komplette Rupturierung der beiden Außenbänder nach wie vor für nicht gesichert halten. Darüber hinaus haben sie darauf hingewiesen, dass nicht erkennbar sei, wie es hier zu einer Druckläsion des N. peroneus communis gekommen sein solle. Die Klägerin sei nach ihrem Vortrag mit dem rechten Kniegelenk und nicht mit dem linken Kniegelenk aufgeprallt. Die von der Klägerin getragene Aircast-Schiene habe oberhalb der Sprunggabel geendet und sei insofern nicht geeignet gewesen, einen Druckschaden des N. peroneus communis zu verursachen. Verletzungsfolgen im Bereich des Oberschenkels seien ebenfalls nicht dokumentiert.

Der Senat hat anschließend den Facharzt für Neurologie Dr. B mit der Untersuchung der Klägerin und der Erstellung eines Gutachtens beauftragt, das dieser am 08. März 2010 fertig gestellt hat. Darin ist dieser zu dem Schluss gelangt, bei der Klägerin lägen auf neurologischem Fachgebiet keine Gesundheitsstörungen vor. Die eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich des linken Fußes sei nicht neurologischer Ursache. Hervorzuheben sei, dass in allen chirurgisch-orthopädischen Vorbefunden zu keinem Zeitpunkt eine auf das Innervationsgebiet des N. peroneus beziehbare sensible Störung beschrieben sei. Darüber hinaus werde zu keinem Zeitpunkt von einer Atrophie der vom N. peroneus innervierten Muskulatur gesprochen. Insbesondere die Befunde aus den Jahren 2004 und 2005 beschrieben noch ein im Wesentlichen unauffälliges Gangbild. Dies stehe in deutlicher Diskrepanz zum klinischen Untersuchungsbefund, wie er sich bei seiner eigenen Untersuchung und bei der des Dr. S gezeigt habe. Die Unterlagen ergäben zusammenfassend keinen überzeugenden Hinweis dafür, dass posttraumatisch 2005 eine Peroneusläsion bestanden haben könnte.

Auf Kritik der Klägerin an dem Gutachten und eine weitere detaillierte Sachverhaltsschilderung hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme des Dr. B vom 31. Juli 2012 eingeholt, in der dieser bei seiner Beurteilung verblieben ist.

Die Klägerin hat noch eine Kopie aus physiotherapeutischen Behandlungsunterlagen sowie MRT-Befunde des linken OSG vom 15. Mai 2012 und des linken Kniegelenks vom 18. September 2012 vorgelegt

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakte der

Beklagten, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 23. April 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01. Oktober 2008 ist rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht. Sie hat keinen Anspruch auf die Feststellung weiterer Unfallfolgen.

Die auf Feststellung weiterer Unfallfolgen gerichtete Klage ist gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 1 Nr. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 28. April 2004 – [B 2 U 21/03 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 24); ihr eignet das erforderliche Feststellungsinteresse gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 2 SGG](#). Nach der Systematik des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) sind in den Vorschriften, welche die Voraussetzungen der verschiedenen sozialen Rechte auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung regeln (z.B. [§§ 27 ff.](#) SGB VII (Heilbehandlung) und [§§ 45 ff.](#) SGB VII (Verletztengeld)), nur die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen einzelnen Arten von Leistungsrechten ausgestaltet. Demgegenüber sind die allgemeinen Rechtsvoraussetzungen, die für alle Leistungsrechte des SGB VII gleichermaßen gelten, nämlich die Regelungen über den Versicherungsfall und die ihm zuzurechnenden Unfallfolgen ([§§ 7 bis 13 i. V. m. §§ 2 bis 6 SGB VII](#)), vorab und einheitlich ausgestaltet. Ermächtigung und Anspruch betreffen daher auch die Entscheidung über jene Elemente des Anspruchs, die Grundlagen für jede aktuelle oder spätere Anspruchsentstehung gegen denselben Unfallversicherungsträger aufgrund eines bestimmten Versicherungsfalles sind. Zu den abstrakt feststellbaren Anspruchselementen gehören neben dem Versicherungsfall die (sog. unmittelbaren) Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich (und deshalb zurechenbar) spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles verursacht wurden. Der Feststellung, ob und welche Gesundheitsstörungen Folgen eines Versicherungsfalles sind, kommt eine über den einzelnen Leistungsanspruch hinausgehende rechtliche Bedeutung für den Träger und den Versicherten zu. Denn trotz unterschiedlicher Tatbestandsvoraussetzungen im Übrigen setzen, wie bereits ausgeführt, alle Leistungsansprüche nach den [§§ 26 ff.](#) SGB VII als gemeinsame Tatbestandsmerkmale einen Versicherungsfall (i. S. d. [§§ 7 bis 13 SGB VII](#)) und durch ihn verursachte Gesundheitsschäden - bis hin zum Tod des Verletzten - voraus und begründen dafür die Verbandszuständigkeit nur eines bestimmten Trägers der Unfallversicherung (BSG, Urteil vom 05. Juli 2011 – [B 2 U 17/10 R](#) – zitiert nach juris, Rn. 12, 17, 19 ff.).

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (BKen). Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle der Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Gesetzgeber bringt mit der wiederkehrenden Formulierung "infolge" – vgl. [§§ 8 Abs. 1 S. 1, 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) – das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Die Frage nach diesem Zurechnungszusammenhang stellt sich auf drei Ebenen, nämlich als Unfallkausalität zwischen ausgeübter Tätigkeit und Unfallereignis, als haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden und als haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und länger andauernden Unfallfolgen (BSG, a. a. O., Rn. 10; Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 1.4, S. 21 f.). Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit und des Unfallereignisses müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – [B 2 U 20/04 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a. a. O., auch Rn. 18 und 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße überzeugt, dass die von der geltend gemachten Gesundheitsstörungen und Beschwerden • Persistierende posttraumatische Tendovaginitis der Sehnenscheiden des M. flexor hallucis longus (linker Fußrand und im Bereich des linken Außenknöchels bis mittlere Wade) • Neurophysiologisch nachgewiesene Defektheilung nach Verletzung des N. peroneus communis linkes Bein im Bereich des Fibulaköpfchens • Geringe Ergussbildung im linken OSG i. S. e. Reizergusses und geringe degenerative Veränderungen am unteren Sprunggelenk, minimaler Erguss im Talonaviculargelenk • Schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken OSG • Mit tiefer gelegenen Gewebestrukturen verbackene Hauteinziehung über den Peronealsehnen kurz oberhalb des linken Außenknöchels • Mäßiggradige Belastungsminderung des linken OSG • Dezent Zeichen einer Plantarfasziitis, Flüssigkeitsansammlung am Ansatz der Achillessehne am Calcaneus links • Leichtgradige Atrophie der linken Unterschenkelmuskulatur • Weichteilschwellung am linken Außenknöchel • Chondrolabrale Läsion des linken Hüftgelenks mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 15](#) Buchstabe a SGB VII versicherten und von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall zurückzuführen sind. Der Senat schließt sich den ausführlichen, fachgerechten und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. W-R in seinem Gutachten vom 25. März 2009 sowie in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 15. Februar 2010 und 11. Juni 2010 sowie des Dr. B in seinem Gutachten vom 08. März 2012 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 31. Juli 2012 an.

Unstreitig steht fest, dass die Klägerin zumindest eine Außenbanddistorsion im Bereich des linken OSG. Ob die Klägerin darüber hinaus eine (komplette) Ruptur des Lig. fibulotalare anterius und des Lig. fibulocalcaneare erlitten hat, kann letztlich dahin stehen, denn nach übereinstimmender Auffassung aller Sachverständigen – einschließlich des nach [§ 109 SGG](#) beauftragten Dr. S – wäre eine solche Verletzung hier spätestens am 02. Februar 2005 vollständig und ohne Instabilität ausgeheilt gewesen. Knöcherne Verletzungen oder Verletzungen weiterer knorpeliger oder Weichteilstrukturen des linken Sprunggelenks sind durch die MRTs vom 06. Januar 2005 und 04. Januar 2006 ausgeschlossen worden.

Eine Verletzung des N. peroneus communis ist zeitnah zu dem Unfall vom 27. Oktober 2004 nicht nachgewiesen. Hierauf weisen sowohl Dr.

W-R als auch Dr. B zutreffend hin. Allein die Tatsache, dass Dr. D B in diesem Bereich bei seiner Untersuchung am 19. September 2007 erstmals leichte pathologische Veränderungen festgestellt hat – die im Übrigen nicht geeignet waren, die Art und das Ausmaß der Beschwerden der Klägerin zu erklären –, erlaubt keinen ursächlichen Rückschluss auf einen entsprechenden Gesundheitserstschaden. Unabhängig von der Frage, ob lediglich Hochenergietraumen geeignet sind, eine Läsion des N. peroneus communis zu verursachen, fehlt es hier an jeglichem tatsächlichen Ansatzpunkt für eine Dehnungs- oder Druckläsion dieses Nervs; dies ist von Prof. Dr. E und Dr. M in überzeugender Weise in ihrer Stellungnahme vom 10. November 2011 dargelegt worden. Weder hat nach den eigenen Unfallschilderungen der Klägerin ein Anpralltrauma des linken Kniegelenks – und das Fibula- oder Wadenbeinköpfchen, in dessen Höhe der N. peroneus geschädigt sein soll, befindet sich direkt unterhalb des Kniegelenks – stattgefunden noch sind Einblutungen in den Oberschenkel bzw. Verletzungen des Oberschenkels in den zeitnah erhobenen ärztlichen Befunden (insbesondere den Befunden des Städtischen Krankenhauses W vom Unfalltag, dem EB der Strandklinik O B vom 25. November 2004) festgehalten noch hat die Klägerin nach dem Unfall eine Schiene getragen, welche über das Kniegelenk hinausreichte. Des Weiteren kann der Senat sich nur den Ausführungen des Dr. B anschließen, der auf das Fehlen jeglicher Brückensymptome für die Zeit bis Ende 2005 hingewiesen hat. Die von der Klägerin eingereichte auszugsweise Kopie aus den Unterlagen ihrer Physiotherapeuten / ihres Physiotherapeuten ist nicht geeignet, den Gegenbeweis zu führen. Zum einen fehlt es einem Physiotherapeuten an der fachlichen Qualifikation, zum anderen ergeben sich aus der Unterlage keine hinreichenden objektiven Befunde. Schließlich fehlt es insbesondere an mit einer Nervenschädigung korrelierenden Befunden in den zahlreichen Berichten des Dr. B sowie der UBS aus dem Jahr 2005. Auch ist eine Atrophie der vom N. peroneus innervierten Muskulatur nicht dokumentiert.

Auch die von der Klägerin geltend gemachte (chronische) Sehnenscheidenentzündung im Bereich des M. flexor hallucis longus und der Peronealsehnen links ist jedenfalls über den 23. April 2008 hinaus nicht wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Eine solche überlastungsbedingte Entzündung heilt, wie Dr. S in seinem Gutachten vom 12. Dezember 2011 ausführt, unter Therapie u. a. mit Einlagen innerhalb von drei Monaten ab. Die Klägerin ist über Jahre, nämlich zumindest bis zum streitigen Bescheid orthetisch versorgt und mit physikalischen Maßnahmen, Gangschulung etc. behandelt worden, ohne dass eine subjektive Beschwerdeänderung dauerhaft stattgefunden hätte. Soweit Dr. S in dem genannten Gutachten eine chronische (aber auch nach seiner Auffassung weiterhin behandel- und heilbare) Tendovaginitis mit einer nach seiner Auffassung unfallbedingten N. peroneus - Läsion mit konsekutiver Fehlbelastung des OSG in Verbindung bringt, überzeugt dies bereits deshalb nicht, weil – wie schon dargelegt – eine Läsion des N. peroneus zeitnah zu dem Unfallgeschehen weder belegt noch nachvollziehbar ist. Bei der trotz Ausheilung der Außenbanddistorsion / Außenbandläsion und trotz intensiver Therapie persistierenden Sehnenscheidenentzündung kann nur davon ausgegangen werden, dass sie von unfallunabhängigen Faktoren weiter unterhalten wird.

Eine Atrophie der Muskulatur des linken Unterschenkels ist zuletzt weder in dem Gutachten der Prof. Dr. E/Dr. F/Dr. M vom 07. Dezember 2007 noch in den Gutachten des Sachverständigen Dr. W-R vom 25. März 2009 oder des Dr. S vom 12. Juli / 12. Dezember 2011 festgestellt worden. Auch eine "mit tiefer gelegenen Gewebestrukturen verbackene Hauteinziehung über den Peronealsehnen kurz oberhalb des linken Außenknöchels" findet sich in diesen Gutachten nicht beschrieben.

Die weiteren Gesundheitsstörungen "dezent Zeichen einer Plantarfasziitis, Flüssigkeitsansammlung am Ansatz der Achillessehne am Calcaneus links, Weichteilschwellung am linken Außenknöchel, geringe Ergussbildung im linken OSG i. S. e. Reizergusses und geringe degenerative Veränderungen am unteren Sprunggelenk sowie minimaler Erguss im Talonaviculargelenk" sind ebenso wenig mit Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den anerkannten Versicherungsfall bzw. den dabei erlittenen Gesundheitserstschaden einer Außenbanddistorsion / Außenbandläsion zurückzuführen wie die andauernde Belastungsminderung und Bewegungseinschränkung im linken OSG, denn neben der Tatsache, dass diese Gesundheitsstörungen zum Teil vorübergehender Natur sind und daher auf dem letzten MRT des linken Sprunggelenks vom 14. Mai 2012 nicht nachweisbar (vgl. den Befund vom 15. Mai 2012) bzw. in den o. g. Gutachten vom 07. Dezember 2007, 25. März 2009 und 12. Juli / 12. Dezember 2011 nicht dokumentiert sind, kann es sich der Natur dieser Gesundheitsstörungen nach nicht um Gesundheitserstschäden handeln. Die nachweisbaren Gesundheitserstschäden sind jedoch bereits seit Anfang des Jahres 2005 ausgeheilt, so dass es bereits an einem ursächlichen Anknüpfungspunkt fehlt.

Die aktenkundigen zeitnah zum Unfall erhobenen Befunde geben letztlich auch nichts her für eine Verletzung des linken Hüftgelenks bzw. mit einer Verletzung des Hüftgelenks korrelierende Beschwerden, so dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem mittels MR-Arthrographie vom 14. Februar 2011 – d. h. mehr als sechs Jahre nach dem Versicherungsfalls - festgestellten chondrolabralen Riss des linken Hüftgelenks und dem Unfall vom 24. Oktober 2004 nicht wahrscheinlich gemacht werden kann.

Nach alldem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-02-07