

L 6 U 3881/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 1327/03
Datum
30.05.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3881/06
Datum
14.05.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30.05.2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die 1952 geborene Klägerin begehrt aufgrund des Ereignisses vom 18.12.1999 die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Klägerin stürzte am 18.12.1999 beim Treppabgehen auf einer Außentreppe der von ihr betriebenen Fußpflegepraxis.

Noch am Unfalltag stellte sich die Klägerin in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses D. vor. Dort zeigte sich ein Druckschmerz und eine Schwellung im Außenknöchelbereich rechts, eine beginnende Hämatomverfärbung sowie eine mäßig schmerzbehinderte Bewegung. Die Röntgenuntersuchung des oberen Sprunggelenks rechts ergab keine knöcherne Verletzung und keinen Hinweis auf eine Bandverletzung. Diagnostiziert wurde eine Distorsion des oberen rechten Sprunggelenks (Durchgangsarztbericht des Dr. K. vom 21.12.1999). Sodann stellte sich die Klägerin am 20.12.1999 beim Orthopäden Dr. N. vor, welcher eine magnetresonanztomographische Untersuchung veranlasste. Prof. Dr. F., Chefarzt des Instituts für Radiologie des Klinikums V.-Sch., stellte aufgrund der magnetresonanztomographischen Untersuchung des rechten Sprunggelenks die Diagnosen einer partiellen Ruptur des Ligamentum fibulare anterius, eines ausgedehnten Gelenkergusses und Weichteilhämatoms sowie eines subchondralen Tibiaödems und führte aus, diese Veränderung könne als Degeneration gewertet werden (Arztbrief vom 21.12.1999). Daher diagnostizierte Dr. N. eine schwere Distorsion des rechten Sprunggelenks mit Teiltraktur des Ligamentum fibulare anterius (H-Arzt-Bericht vom 06.01.2000). Es erfolgte unter anderem eine Gipsruhigstellung (Befundbericht vom 04.05.2000). Am 24.02.2000 stellte sich die Klägerin im Klinikum V.-Sch. vor. Diagnostiziert wurde eine Außenbandteiltraktur mit dreiwöchiger Gipsbehandlung und begleitender Thrombophlebitis sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung mit lokalem Druckschmerz an der Fibulaspitze und im vorderen Bandverlauf (Nachschaubericht des Dr. T. vom 24.02.2000). Am 04.05.2000 erfolgte eine weitere Kernspintomographie im Institut für Radiologie des Klinikums V.-Sch. ... Vom 05.06.2000 bis zum 13.06.2000 erfolgte eine stationäre Behandlung in der St. E.-Klinik S. ... Es wurde eine Arthritis/Synovialitis im oberen Sprunggelenk rechts, ein Meniscoid, eine mediale Calcaneodynie sowie eine Peronealsehnensynovialitis diagnostiziert und eine Arthroskopie und Synovialektomie im oberen Sprunggelenk rechts durchgeführt (Operationsbericht des Dr. P. vom 06.06.2000 und Befundberichte des Chefarztes der Orthopädischen Klinik Dr. K. vom 23.06.2000). Die weitere ambulante Behandlung erfolgte bei Dr. N. (Befundberichte vom 26.07.2000 und 23.10.2000) sowie in der St. E.-Klinik S. (Befundberichte vom 12.09.2000 und 14.05.2001).

Sodann ließ die Beklagte die Klägerin untersuchen und begutachten. Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor der Unfallchirurgie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T., gelangte in seinem unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten vom 30.01.2001 zu der Einschätzung, durch den Arbeitsunfall seien eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks, möglicherweise mit Zerreißung des vorderen Außenbandzügels, verursacht worden. Nach Aktenlage sei mittelbare Unfallfolge die im Rahmen der Gipsruhigstellung abgelaufene Thrombophlebitis am rechten Unterschenkel. Dauerhafte unfallbedingte Gesundheitsstörungen lägen nicht vor. Es gebe keine Hinweise für eine relevante Lockerung des Außenbandapparates am rechten oberen Sprunggelenk oder für einen resultierenden Knorpelschaden der Gelenkfläche. Irgendwelche weiteren Begleitverletzungen seien weder unfallnah dokumentiert noch radiologisch nachweisbar. Synovialitis, Meniscoid und Peronealsehnensynovialitis seien keine Unfallfolgen. Es gebe eine auffällige Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzsymptomatik und der Belastungseinschränkung einerseits sowie dem nachgewiesenen Erstkörperschaden und den aktuell objektivierbaren Befunden andererseits. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage unter 10 vom Hundert (v. H.). In seiner

ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 07.03.2001 führte Prof. Dr. W. aus, die Gipsruhigstellung und die übrige Behandlung bis ca. Mitte/Ende Januar 2000 sei rückblickend als unfallbedingt zu bezeichnen, da die damaligen Behandler durchaus berechtigt gewesen seien, von einer Sprunggelenksdistorsion, möglicherweise auch mit Außenbandruptur, auszugehen. Die stationäre Behandlung in der St. E.-Klinik S. und die weitere Behandlung seien nicht unfallbedingt.

Sodann begab sich die Klägerin in die Behandlung des Chirurgen Dr. K. ... Dieser führte zunächst eine Watt-Differenzialtherapie und am 27.08.2001 eine arthroskopische Entfernung eines Lipoms am Außenknöchel rechts durch. Eine Weiterbehandlung mit Watt-Differenzialtherapie erfolgte bis zum 05.10.2001 (Befundberichte vom 16.08.2001, 01.09.2001, 27.08.2001 und 06.10.2001).

Mit Bescheid vom 07.03.2002 führte die Beklagte aus, die Klägerin habe sich bei dem Arbeitsunfall eine Zerrung des rechten oberen Sprunggelenks mit nachfolgender Venenentzündung zugezogen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 31.03.2000 bestanden. Die Unfallfolgen seien folgenlos ausgeheilt und bedingten keine MdE in rentenberechtigendem Grade.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein.

Sodann holte die Beklagte das fachorthopädische Zusammenhangsgutachten des Prof. Dr. G., Chefarzt der Orthopädie am Städtischen Krankenhaus S., vom 15.08.2002 ein. Dieser führte aus, durch den Arbeitsunfall sei eine Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks, möglicherweise mit einem Anriss des vorderen Außenbandzügels, verursacht worden und nach Aktenlage und Angabe der Klägerin sei eine jetzt abgelaufene Thrombophlebitis am rechten Unterschenkel im Zusammenhang mit der Verletzung aufgetreten. Inzwischen lägen keine durch den Arbeitsunfall verursachten oder verschlimmerten Gesundheitsstörungen mehr vor. Die degenerativen Veränderungen des Gelenkknorpels, auch die Synovialitis im Bereich der Peronealsehne seien sicher nicht unfallbedingt. Die MdE betrage unter 10 v. H. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis etwa Ende März 2000 vorgelegen. Zuerst sei die Gipsruhigstellung und anschließend die Behandlung der Thrombophlebitis erfolgt. In seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 10.02.2003 führte Prof. Dr. G. aus, kernspintomographisch habe nach dem Unfallereignis eine Signalanhebung im Bereich des vorderen Außenbandzügels nachgewiesen werden können. Das Band sei jedoch intakt und durchgängig erschienen, so dass er nicht von einer kompletten Bandruptur ausgehen könne. Im weiteren Verlauf sei es bei der Klägerin laut Aktenlage zu einer oberflächlichen Thrombophlebitis gekommen. Im Allgemeinen gehe man davon aus, dass die Verletzungsfolgen mit Schädigung des Kapselbandgewebes und einer Gefügelockerung nach spätestens acht bis zwölf Wochen abgeheilt seien. Ziehe man die Thrombophlebitis mit in Betracht, könne der Klägerin die Arbeitsunfähigkeit bis Ende März 2000 attestiert werden. Eine exakte Grenzziehung zwischen den Unfallfolgen und den am 06.06.2000 arthroskopisch festgestellten Diagnosen Synovialitis, Meniscoid und Peronealsehnensynovialitis könne nicht vorgenommen werden. Es erscheine jedoch unwahrscheinlich, dass nach einem mittelschweren Distorsionstrauma des Sprunggelenks ohne sichere Bandruptur und ohne Knorpel- beziehungsweise Knochenverletzung länger als sechs Monate Beschwerden bestünden, insbesondere da in der unmittelbar nach dem Unfallereignis durchgeführten Kernspintomographie vom 20.12.1999 keine Meniscoidläsion habe nachgewiesen werden können. Auch in der Kernspintomographie des rechten Sprunggelenks vom 04.05.2000 sei keine Meniscoidläsion darstellbar gewesen. Es sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis ein bereits anatomisch-pathologisch verändertes Gelenk getroffen habe. Hierfür sprächen zum Einen die radiologischen Hinweise auf eine alte Außenbandläsion mit knöchernem Ausriss an der Außenknöchelspitze sowie die kernspintomographisch nachgewiesene Verschmälerung des Knorpelüberzuges und zum Anderen die sich bei der Arthroskopie vom 27.08.2001 gezeigten degenerativen Veränderungen Grad I bis II der Knorpeloberfläche. Somit sei davon auszugehen, dass sich die jetzt geklagten Beschwerden ganz überwiegend auf bereits vorbestehende degenerative Veränderungen des Sprunggelenks zurückführen ließen. Hierauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2003 zurück.

Hiergegen erhob die Klägerin am 14.05.2003 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG).

Das SG hörte zunächst den Facharzt für Innere Medizin Dr. Sch. und Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. Sch. führte unter dem 01.08.2003 aus, aufgrund der stattgehabten Unfallverletzung des rechten oberen Sprunggelenks sei es zu einer Thrombophlebitis des rechten Unterschenkels gekommen, weswegen die Klägerin Kompressionsverbände und Heparinspitzen erhalten habe. Bis Dezember 2000 sei es zu einer leichten Besserung bei noch deutlicher Schwellung des rechten oberen Sprunggelenks und einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung gekommen. Dr. K. führte unter dem 02.08.2003 aus, bei der von ihm am 27.08.2001 durchgeführten Arthroskopie des oberen Sprunggelenks habe sich eine deutliche Synovitis, eine Erweichung der tibialen Knorpelfläche mit kleinen Defekten im Knorpel und entsprechend freien Knorpelteilchen im Gelenk sowie eine schmerzhaft subcutane Schwellung in Form eines Lipoms gezeigt. Eine zunächst eingetretene Besserung des Befundes und der Beschwerden sei nicht von Dauer gewesen. Der kernspintomographische Befund vom 20.12.1999 erwähne eine partielle Bandläsion, einen Gelenkerguss, ein Weichteilhämatom und vor allem ein tibiales Knochenmarksödem, also mehrere eindeutige Hinweise auf eine erhebliche und frische Kontusion des oberen Sprunggelenks. So etwas gebe es bei einer Distorsion des oberen Sprunggelenks und auch bei einem eventuellen Bänderriss nicht. Später gefundene degenerative Veränderungen seien dann als Folge der Verletzung in Form einer posttraumatischen Arthrose zu werten. Ein weiteres anerkanntes Krankheitsbild sei die Algodystrophie. Dabei komme es nach Verletzungen zu anhaltenden Weichteilschädigungen mit Schwellung, Überwärmung und livider Hautverfärbung, zu Einschränkungen der Funktion und der Beweglichkeit und Schmerzen, ohne dass eine Erklärung für dieses Krankheitsbild existiere. Beigefügt waren die Arztbriefe des Dr. K. vom 20.08.2001, wonach die Blutumlaufstörung mit fraglichem entzündlichem Geschehen des rechten Beines im Vordergrund stand, und des Facharztes für (Unfall-)Chirurgie Hager vom 01.04.2003, worin eine dorsale Verklebung des rechten oberen Sprunggelenks mit bereits arthrotischen Veränderungen tastbar am Außenknöchel und deutliche Bewegungseinschränkung dorsoplantar beschrieben wurden.

Daraufhin ließ das SG die Klägerin untersuchen und begutachten. Prof. Dr. W. gelangte in seinem orthopädischen Gutachten vom 30.12.2003 zu der Einschätzung, nur der Teileinriss des Außenbandes des rechten Sprunggelenks sei ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies ergebe sich aus der initialen klinischen Symptomatologie und den Röntgenbefunden sowie der damaligen kernspintomographischen Untersuchung. Da die Klägerin während der gesamten Nachbehandlungsphase als selbstständige Fußpflegerin weitergearbeitet habe, habe zunächst keine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit sei erst ab der stationären Maßnahme in der St. E.-Klinik S. auszugehen. Die nach dieser Behandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen seien nicht wegen Unfallfolgen erfolgt. Die seinerzeit gestellten Diagnosen seien längsschnittmäßig retrospektiv betrachtet nicht sicher nachvollziehbar. Dies gelte sowohl für die Algodystrophie als auch für die Synovitis beziehungsweise Synovialitis und Arthrose beziehungsweise Chondropathie des oberen Sprunggelenks. Auch die Diagnose eines Narbenneuoms lasse sich pathologisch-anatomisch

nicht verifizieren. Da die kernspintomographischen Untersuchungen vom 04.05.2000 und 22.09.2000 drei unauffällige Gelenkverhältnisse gezeigt hätten, sei eine Arthrose des oberen Sprunggelenks ausgeschlossen. Die Synovialitis im Bereich der Peronealsehnen sei sicher keine Unfallfolge, da es nicht vorstellbar sei, wieso es Monate nach einer Teiltraktur des Außenbandes zu einer Sehnencheidenentzündung kommen solle. Sinngemäß das gleiche gelte auch für die mediale Calcaneodynie. Dieser ungebräuchliche Begriff besage nichts anderes, als dass an der Innenseite des Fersenbeines Schmerzen vorhanden gewesen beziehungsweise angegeben worden seien. Wichtig in diesem Zusammenhang sei der Operationsbericht vom 06.06.2000, wonach bei der intraoperativen Revision des Fersenbeines nichts Pathologisches festzustellen gewesen sei. Bei dem operativen Eingriff sei ein Teil der Knochenhaut entfernt worden. In Anbetracht des Umstandes, dass keine präoperativen klinischen Befunde mitgeteilt worden seien, lasse sich weder die damalige Diagnose noch der operative Sinn des Eingriffs nachvollziehen. Retrospektiv lasse sich auch eine Thrombophlebitis nicht verifizieren und sei die Dauer der Gipsruhigstellung nicht dokumentiert. Auch sei zu berücksichtigen, dass schon Ende Februar 2000 bei einer Nachuntersuchung im Klinikum V.-Sch. nur ein geringer objektiver pathologischer Befund vorhanden gewesen sei. Die Angaben des Dr. K. über eine am 14.08.2001 festgestellte Bewegungseinschränkung im Sprunggelenk und eine leichte Lockerung des Außenbandapparates am Sprunggelenk stünden im Widerspruch zu den vorausgegangenen Feststellungen zur Beweglichkeit und Stabilität des Sprunggelenks. Gehe man aber davon aus, dass die von Dr. K. erhobenen Befunde seinerzeit tatsächlich vorhanden gewesen seien, müsse es nach der operativen Behandlung im Juni 2000 zu einer drastischen Befundverschlechterung gekommen sein. Eine solche sei aber in Anbetracht der zunächst günstigen und auch jetzt guten Symptomatologie am oberen Sprunggelenk nicht nachvollziehbar. In Anbetracht des Umstandes, dass die später durchgeführten kernspintomographischen Untersuchungen keine Knorpelschäden zeigten, sei erheblich zweifelhaft, dass zum Zeitpunkt der von Dr. K. am 27.08.2001 durchgeführten Arthroskopie tatsächlich ein Knorpelschaden nennenswerten Umfangs vorhanden gewesen sei. Zwar habe Dr. K. ausgeführt, er habe bei dem operativen Eingriff am 27.08.2001 kleine Defekte im Gelenkknorpel mit entsprechend freien Knorpelteilchen im Gelenk festgestellt. Im Operationsbericht sei hiervon jedoch keine Rede. Eine Arthrose des oberen Sprunggelenks lasse sich weder kernspintomographisch noch röntgenologisch nachweisen. Auch ließen sich die typischen Symptome einer Algodystrophie nicht nachweisen. Sollte es im September 2000 zu einer Thrombophlebitis gekommen sein, sei ausgeschlossen, dass diese ursächlich etwas mit dem Unfallereignis vom Dezember 1999 zu tun habe. Es sei nicht nachvollziehbar, weswegen es nach so vielen Monaten unfallbedingt zu einer oberflächlichen Venenentzündung kommen solle.

Das SG hörte sodann Dr. N. und nochmals Dr. Sch. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. N. führte unter dem 16.03.2004 aus, beim Abschluss der Betreuung der Klägerin am 17.07.2002 habe sich keine wesentliche Befundverbesserung gezeigt. Dr. Sch. machte unter dem 07.05.2004 Angaben zu den erfolgten Abrechnungen der durchgeführten Untersuchungen. In seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 18.06.2004 hielt Prof. Dr. W. an seinen Ausführungen zur Bewertung der Befundentwicklung fest und nahm zu den Einwänden des Prozessbevollmächtigten der Klägerin zu seinem Gutachten Stellung.

Sodann hörte das SG erneut Dr. N. und Dr. K. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. N. machte unter dem 20.07.2004 Angaben zu den von ihm erhobenen Befunden zwischen dem 20.12.1999 und dem 04.05.2000 und fügte u. a. den Arztbrief des Prof. Dr. F., Chefarzt des Instituts für Radiologie des Klinikums der Stadt V.-Sch., vom 05.05.2000 über die am 04.05.2000 durchgeführte magnetresonanztomographische Untersuchung des Sprunggelenks rechts bei. Dr. K. führte unter dem 17.10.2004 aus, zu den ursprünglichen unfallbedingten Beschwerden am Sprunggelenk, welche sich gebessert hätten, seien durch die jahrelangen Beschwerden und Fehlbelastungen eine schmerzhafteste Verklebung im Bereich der Achillessehne und Schmerzen am Vorfuß aufgetreten. Wegen des Schmerzsyndroms im Vorfußbereich sei es zur Resektion von Neuromen gekommen, wodurch es zu einer Besserung der Beschwerden im operierten Bereich gekommen sei, während Schmerzen im benachbarten Bereich verblieben seien. Da solche Neurome nie von selbst aufträten, sondern (Spät-)Folge einer von außen einwirkenden Schädigung seien und außer dem fraglichen Unfall kein weiterer Unfall bekannt sei, seien diese und der heutige Zustand dem Unfallereignis zuzuordnen. Beigefügt waren die Operationsberichte des Dr. K. vom 06.08.2003 über die am 04.08.2003 durchgeführte Arthroskopie (Diagnosen: Chondropathie im oberen Sprunggelenk, Verwachsungen in der Achillessehne; Operation: Arthroskopie, Spülung, Tendolyse) und vom 07.03.2004 über die am 15.02.2004 durchgeführte Arthroskopie (Diagnose: plantare Weichteilgeschwulst; Operation: Resektion), die Arztbriefe des Arztes für Radiologie Dr. D. vom 24.09.2003 über die am 23.09.2003 durchgeführte Kernspintomographie des Sprunggelenks rechts (Beurteilung: Verdacht auf Neurom mit deutlicher plantarer Ausdehnung, degenerative Strukturveränderungen der Achillessehne ohne Hinweis auf eine Volumenzunahme, teilweise vernarbtes Ligamentum fibulo-talare anterius, intakte Syndesmosen, keine knöcherne Pathologika) und vom 22.03.2004 über die am 22.03.2004 durchgeführte Kernspintomographie des rechten Fußes (kein Hinweis auf Neuromrezidiv, postoperativer Reizzustand mit möglicher kleinvolumiger lokaler Serombildung), des Prof. Dr. H., Chefarzt des Instituts für Pathologie am H.-Klinikum S., vom 30.09.2003 (Beurteilung: Narbennurom), des Dr. K. vom 20.01.2004 (Arthroskopie am 12.01.2004: Durchtrennung des Nervus peroneus superficialis am Mittelfuß und möglicherweise des Nervus peroneus profundus zwischen Zehe 1 und 2) sowie des Pathologen Prof. Dr. F. vom 18.02.2004 (Beurteilung: Verdacht auf Neurom; vereinbar mit einem traumatischem Neurom oder Morton-Neurom-Anteil).

Daraufhin ließ das SG die Klägerin auf deren Antrag hin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erneut untersuchen und begutachten. In seinem Gutachten vom 13.11.2005 gab Dr. K. die von dem die Klägerin behandelnden Schmerztherapeuten Dr. W. gestellten Diagnosen "chronisches Schmerzsyndrom Stadium II nach Gerbershagen, CRPS Typ II bei Zustand nach Tibialis-Läsion oder -Kompression peripher, Tarsaltunnelsyndrom DD Morton'sche Neuralgie, inkomplette Tibialisparese, algogene Schonhaltung, gute psychische, aktive Kompensation" an und gelangte zu der Einschätzung, diese Gesundheitsstörungen seien ursächlich auf den Unfall zurückzuführen. Der Arbeitsunfall habe ein gesundes Gelenk getroffen. Am Sprunggelenk selbst und auch in der später betroffenen Achillessehne bestünden keine Schmerzen mehr. Betroffen sei jetzt der Vorfuß. Mögliche Folgen von Operationen seien wieder Folgen des Unfalls. So wäre es auch eine Unfallfolge, wenn als Folge einer arthroskopischen Operation Schmerzen bestünden, diese zu einer Fehlbelastung führten und dadurch eine Entzündung einer mehrbelasteten Sehne entstehe. Eine andere Kausalitätslogik bestehe darin, dass das jetzt bestehende Schmerzsyndrom mit Nervenschädigung ohne die Operation an einem Neurom nicht denkbar sei. Diese wiederum wäre nicht erforderlich geworden, hätte nicht nach Voroperationen ein entsprechender Schmerz bestanden. Einfacher argumentiere Dr. W., indem dieser eine Nervenschädigung im Knöchelbereich, also dort, wo das erste Trauma stattgefunden habe, beziehungsweise dort, wo operiert worden sei, diagnostiziere. Auch sei das Krankheitsbild CRPS mit "Schädigung eines Nervenstammes infolge einer vorangegangenen Verletzung" beschrieben, wobei es unerheblich sei, ob diese vorausgegangene Verletzung das Unfallereignis oder eine der deswegen durchgeführten Operationen gewesen sei. Auch sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte die Kosten der von ihm durchgeführten Maßnahmen bis zum 05.10.2001 getragen habe. Arbeitsunfähigkeit habe wohl deshalb nicht bestanden, da die Klägerin als selbstständig Tätige durchgehend gearbeitet habe. Behandlungsbedürftigkeit habe vom Unfalltag bis auf Weiteres bestanden. Die MdE betrage 30 v. H.

Hierzu führte Dr. K., Arzt für (Unfall-)Chirurgie, in seiner von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.12.2005 aus, eine Zuordnung der Knorpelschäden zu dem Unfallereignis sei wenig wahrscheinlich zu machen. So träten solche Veränderungen nur dann auf, wenn das angeschuldigte Ereignis zu einer Eröffnung des Gelenkes, zu einer Verrenkung oder aber zu einer vollständigen Zerreißung des Kapselbandapparates geführt habe. Sekundär könnten solche Schäden bei fortbestehenden Instabilitäten oder gelenksnahen, in Fehlstellung verheilten Frakturen auftreten. Vorliegend seien vergleichbare Verhältnisse auszuschließen, habe doch die kernspintomographische Untersuchung wenige Monate später am 04.05.2000 einen völlig unauffälligen Zustand des Außenbandapparates nachgewiesen. Auch habe die Narkoseuntersuchung an der St. E.-Klinik S. am 06.06.2000 stabile Verhältnisse ergeben. Die in der St. E.-Klinik S. gestellten Diagnosen Synovialitis, mediale Kalkaneodynie und Peronealsehnensynovialitis seien Veränderungen, die nicht zum ursprünglichen Schadensbild im Sinne einer Distorsion des Gelenks mit Außenbandteiltraktur passten. Auch sei der Verlauf mit zwischenzeitlicher Beschwerdefreiheit und einer erneuten Zunahme der Beschwerdesymptomatik nicht mehr als verletzungsadäquat einzustufen. Nicht erklärbar seien die im Operationsbericht des Dr. K. vom 06.08.2003 beschriebenen "eindrucksvollen Verwachsungen" um die Achillessehne, sei doch eine Beteiligung der Achillessehne bei dem Unfallereignis weder vom Unfallmechanismus noch vom primär erhobenen Befund erklärbar. Bei dem kernspintomographisch am 23.09.2003 und im histologischen Befundbericht vom 18.02.2004 festgestellten Morton-Neurom-Anteil handle es sich um eine Mortonneuralgie, die als ein schicksalhafter Geschehen anzusehen sei. Eine Zuordnung zu dem Unfallereignis sei nicht möglich, da weder der Mittel- noch der Vorfuß beteiligt gewesen sei und dort primär auch keine pathologischen Befunde hätten erhoben werden können. Auch sei das chronische regionale Schmerzsyndrom unfallunabhängig. Eine Beteiligung des Nervus tibialis, also des an der Innenseite des Sprunggelenks gelegenen Nerven, könne nach dem Durchgangsarztbericht vom 21.12.1999 ausgeschlossen werden. Im Übrigen hätten Zeichen dieses Schmerzsyndroms erst jetzt, also Jahre nach dem Unfallereignis nachgewiesen werden können. Insofern scheide ein Unfallzusammenhang aus.

Hierzu führte Dr. K. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 15.01.2006 aus, Knochenmarksödeme würden stets erst gefunden, wenn zuvor erhebliche und lange andauernde Beschwerden bestanden hätten. Da dies vorliegend nicht der Fall gewesen sei, sei das Knochenmarksödem nicht degenerativer Art, sondern unfallbedingt. Ferner treffe es nicht zu, dass Knorpelschäden nur bei einer Eröffnung des Gelenks oder einer vollständigen Zerreißung des Kapselbandapparates aufträten. Des Weiteren sei eine Druckschädigung des Nervus tibialis durchaus denkbar, da es bei einer Distorsion des Sprunggelenks immer zu einer Dehnung der Strukturen auf einer Seite und entsprechend zu einer Kompression der Strukturen auf der anderen Seite des Gelenks komme. Außerdem sei die Annahme eines Unfalls in der Vorgeschichte als Auslöser eines Schmerzsyndroms wahrscheinlicher als die Annahme, die Beschwerden seien eben einfach so schicksalhaft und ohne erkennbare Ursache entstanden.

Hierzu führte Dr. K. in der von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.02.2006 aus, isolierte Knorpelverletzungen könnten nicht unfallbedingter Genese sein. Zur Knorpelverletzung komme es nur, wenn der Kapselbandapparat zerrissen werde oder knöcherne Verletzungen vorlägen. Beides sei vorliegend nicht der Fall. Ferner wäre unter der Annahme einer unfallbedingten Genese der Druckschädigung des Nervus tibialis in unmittelbarem Anschluss an das versicherte Ereignis eine entsprechende klinisch nicht zu übersehende Symptomatik zu erwarten gewesen. Dies sei aber vorliegend nicht der Fall gewesen.

Mit Urteil vom 30.05.2006 stellte das SG in Abänderung des Bescheides vom 07.03.2002 in der Gestalt des Widerspruchbescheides vom 10.04.2003 als weitere Unfallfolge einen stabil verheilten Teilriss des vorderen Außenbandes des rechten oberen Sprunggelenks fest und wies die Klage im Übrigen ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, klinische und radiologische Befunde ließen keinen Zweifel daran, dass der Bandanriss Unfallfolge sei. Die Verletzungsdiagnose werde insbesondere durch das Ergebnis der kernspintomographischen Untersuchung des Sprunggelenks nach dem Unfallereignis belegt. Darüber hinaus lägen keine zusätzlichen Unfallfolgen vor, die zu einer rentenberechtigenden MdE führten. Das SG folgte den Gutachten des Prof. Dr. W., Prof. Dr. G. und Prof. Dr. W. sowie den beratungsärztlichen Stellungnahmen des Dr. K. ... Der Beurteilung des Dr. K. sei nicht zu folgen, da dieser nur eine mögliche Entwicklung dargelegt habe, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die kausale Verknüpfung mit der Erstschädigung aber nicht belegt sei.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 04.07.2006 zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin am 03.08.2006 Berufung eingelegt. Nicht hingenommen werden könne, dass sich das SG auf die Beurteilungen des Dr. K., welche nur nach Aktenlage erfolgt seien, gestützt habe. Nur bei einer persönlichen Untersuchung könne festgestellt werden, in welchem Krankheitszustand sich der Fuß befinde. Auch hätte durch das SG eine mündliche Anhörung des Dr. K. erfolgen müssen. Dessen Gutachten und ergänzende Stellungnahme seien schlüssig und beleuchteten die Situation zutreffend. Des Weiteren sei die vom SG als weitere Unfallfolge anerkannte Verletzung in die medizinischen Bewertungen mit einzubeziehen, so dass der Standpunkt der Beklagten nicht mehr haltbar sei. Außerdem sei man weiterhin der Auffassung, dass Prof. Dr. W. als befangen abzulehnen sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 30.05.2006 abzuändern, ein chronisches regionales Schmerzsyndrom im rechten Fuß als weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 18.12.1999 festzustellen und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 07.03.2002 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 10.04.2003 zu verurteilen, ihr ab 01.04.2000 Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vom Hundert zu gewähren,

hilfsweise von Amts wegen ein orthopädisches oder chirurgisches Gutachten zur Frage einzuholen, ob bei ihr ein unfallbedingtes chronisches regionales Schmerzsyndrom vorliegt,

höchst hilfsweise, dieses Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) von dem Orthopäden Dr. L., M., einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin habe keine neuen Gesichtspunkte vorgetragen, die eine andere Beurteilung rechtfertigen könnten.

Der Senat hat zunächst Dr. N. und den Facharzt für Anästhesiologie und Allgemeinmedizin Dr. W. als sachverständige Zeugen gehört. Dr. N.

teilte telefonisch am 20.11.2007 mit, die Klägerin zuletzt am 17.07.2002 behandelt zu haben. Dr. W. führte unter dem 10.03.2008 und 07.05.2008 aus, er behandle die Klägerin ein- bis zweimal monatlich wegen eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms bei Zustand nach Mittelfußfraktur. Die Ursachen der Beschwerden seien eindeutig auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Hier sei ein typischer Verlauf einer sogenannten Sudeck'schen Erkrankung oder jetzt aktuell eines CRPS vorhanden.

Daraufhin hat der Senat das Schmerzgutachten des Dr. M., Chefarzt der Abteilung Innere Medizin/Rheumatologie an der F.-Klinik Bad B. vom 16.06.2008 eingeholt. Der Sachverständige hat ein chronisches regionales Schmerzsyndrom bezogen auf den Bereich des rechten Fußes einschließlich des Sprunggelenkbereichs und Mittelfußes sowie der Zehengrundgelenke diagnostiziert. Dieses Syndrom sei in Zusammenhang mit dem Unfallereignis zu sehen. Es überwiegen eindeutig die Faktoren, die dafür sprächen, dass diese Symptomatik zumindest indirekt auf das Unfallereignis beziehungsweise auch auf die Behandlungsfolgen des Unfallereignisses zurückzuführen sei. Die MdE betrage unter Berücksichtigung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) 20 v. H. Dr. M., Chefarzt der Abteilung Orthopädie an der F.-Klinik Bad B., führte in seinem orthopädischen Zusatzgutachten vom 05.09.2008 aus, das chronische regionale Schmerzsyndrom sei unfallunabhängig. Ein Unfallzusammenhang sei aus zeitlichen Gründen mit der beim Arbeitsunfall erlittenen Verletzung nicht in Einklang zu bringen. Ab 01.04.2000 bestehe keine unfallbedingte MdE. Hierzu führte Dr. M. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 15.10.2008 aus, er sei zunächst aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen, dass ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis nicht herzustellen sei. Bei der Befragung und Untersuchung der Klägerin habe sich dann allerdings die Ursächlichkeit anders dargestellt. Die Schmerzchronifizierung sei eindeutig nach dem Unfallereignis eingetreten. Letztendlich komme in dem Gutachten des Dr. M. und in seinem Gutachten eine unterschiedliche Auffassung zum Tragen, ob prinzipiell überhaupt chronische Schmerzen durch Unfallereignisse ausgelöst werden könnten. Dies sei naturgemäß im Sinne eines kausalen Zusammenhangs oft nur sehr schwer zu beurteilen und nur durch eine akribische Anamnese möglich. Letztendlich spiele jedoch zugegebenermaßen auch eine Rolle, ob man prinzipiell davon überzeugt sei, dass ein solches Zusammenhangsverhalten möglich sei oder nicht. Individuell würde er nach nochmaliger Durchsicht beider Gutachten und auch der sonstigen ihm zur Verfügung gestellten Akten doch dabei bleiben, dass alleine aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs und auch der Logik der Schmerzsymptomatik hier ein Zusammenhang zu sehen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Akteninhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Klägerin hat aus Anlass des Unfalls vom 18.12.1999 keinen Anspruch auf die Feststellung weiterer Unfallfolgen, die Gewährung von Heilbehandlung sowie Verletztengeld über den 31.03.2000 hinaus und die Gewährung von Verletztenrente.

Rechtsgrundlage sind die [§§ 7, 8, 26, 45](#) und [56](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

Versicherte haben Anspruch auf Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

Die Gewährung von Verletztengeld setzt unter anderem voraus, dass der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann ([§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), das heißt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)).

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Aus diesen gesetzlichen Vorgaben hat die Rechtsprechung (zuletzt in BSG, Urteil vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#)) die folgenden Grundsätze entwickelt:

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Erforderlich ist für die Gewährung von Heilbehandlung, Verletztengeld und Verletztenrente, dass die behandlungsbedürftige beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit bedingende Erkrankung beziehungsweise die eine MdE um mindestens 20 v. H. bedingenden längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) entstanden sind.

Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten längerandauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die

Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen: Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

Nach der 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. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber 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. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so 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 dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, weiterhin Rückschlüsse aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu der Auffassung gelangt, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen aus Anlass des Unfalls vom 18.12.1999 hat.

Der Senat folgt den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 30.01.2001 sowie in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 07.03.2001, des Prof. Dr. G. in seinem Gutachten vom 15.08.2002 sowie in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 10.02.2003 und des Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 30.12.2003 sowie in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 18.06.2004.

Bei dem Unfallereignis ist es zu einer Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Teilriss des vorderen Außenbandes gekommen. Dass sich die Klägerin bei dem Arbeitsunfall keine schwerwiegendere Verletzung zugezogen hat, ergibt sich aus dem Durchgangsarztbericht des Dr. K. vom 21.12.1999, wonach die Röntgenuntersuchung keine knöcherne Verletzung ergab, dem Arztbrief des Prof. Dr. F. vom 21.12.1999, wonach aufgrund der magnetresonanztomographischen Untersuchung lediglich eine partielle Ruptur des Ligamentum fibulare anterius, ein ausgedehnter Gelenkerguss und ein Weichteilhämatom sowie ein subchondrales Tibiaödem erhoben wurde, und dem H-Arzt-Bericht des Dr. N. vom 06.01.2000, in dem aufgrund des radiologischen Befundes ausschließlich eine schwere Distorsion des rechten Sprunggelenks mit Teilruptur des Ligamentum fibulare anterius diagnostiziert wurde. Prof. Dr. W. hat daher überzeugend ausgeführt, dass ein Knorpelschaden der Gelenkfläche weder unfallnah dokumentiert noch radiologisch nachweisbar ist. Im Übrigen hat Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.02.2006 zu Recht darauf hingewiesen, dass unfallnah neben einem Knochenödem keine Begleitverletzungen in Form einer knöchernen Verletzung oder einer Zerreißung des Kapselbandapparates dokumentiert wurden und ein isolierter unfallbedingter Knorpelschaden nicht denkbar ist. Dass nicht von einer kompletten Bandruptur ausgegangen werden kann, hat Prof. Dr. G. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 10.02.2003 plausibel dargelegt, indem er darauf hinwies, dass das Band nach dem Unfallereignis noch intakt und durchgängig erschien.

Demgegenüber sind die im Rahmen der vom 05.06.2000 bis zum 13.06.2000 erfolgten stationären Behandlung in der St. E.-Klinik S. im Operationsbericht des Dr. P. vom 06.06.2000 und in den Befundberichten des Dr. K. vom 23.06.2000 gestellten Diagnosen Arthritis/Peronealsehnensynovialitis im oberen Sprunggelenk rechts, Meniscoid und mediale Calcaneodynie nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Bei einer Synovialitis handelt es sich um eine Entzündung der Gelenkinnenhaut, bei einem Meniscoid um eine verdickte Schleimhautfalte zwischen Schien- und Wadenbein und bei einer Calcaneodynie um einen Fersenschmerz. Prof. Dr. G. hat in seiner

ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 10.02.2003 für den Senat schlüssig dargelegt, es sei unwahrscheinlich, dass nach einem mittelschweren Distorsionstrauma des Sprunggelenks ohne sichere Bandruptur und ohne Knorpel- beziehungsweise Knochenverletzung länger als sechs Monate Beschwerden bestehen. Zwar wurde im weiteren Verlauf ein Teilriss des Außenbandes gesichert. Aber Prof. Dr. G. ist darin zu folgen, dass unfallnah eben kein Knorpelschaden und keine Kapselverletzung beschrieben wurden und insbesondere in den Kernspintomographien vom 20.12.1999 und 04.05.2000 keine Meniscoidläsion nachgewiesen wurde. Auch hat Prof. Dr. W. in seinem Gutachten vom 30.12.2003 dargelegt, dass insbesondere die ihm vorgelegten Kernspintomographie-Aufnahmen vom 20.12.1999 und 04.05.2000 unauffällige Gelenkverhältnisse gezeigt haben und auch zu berücksichtigen ist, dass bereits aus dem Nachschaubericht des Dr. T. vom 24.02.2000 nur ein geringer objektiver pathologischer Befund hervorgeht. Der Senat hält es für sehr unwahrscheinlich, dass die erst ein halbes Jahr nach dem Arbeitsunfall festgestellte Peroneaalsehnensynovialitis mit dem Arbeitsunfall in einem ursächlichen Zusammenhang steht. Dasselbe gilt für die Calcaneodynie, zumal Prof. Dr. W. ausgeführt hat, dass im Operationsbericht vom 06.06.2000 bei der intraoperativen Revision des Fersenbeines nichts Pathologisches festgestellt wurde.

Auch lässt sich eine Thrombophlebitis nicht als dauerhafte Unfallfolge feststellen, da sie folgenlos abgeheilt ist. Denn schon bei der Nachuntersuchung am 24.02.2000 im Klinikum V.-Sch. wurde nur ein geringer objektiver pathologischer Befund dokumentiert.

Auch die von Dr. K. in seinem Gutachten vom 13.11.2005 diagnostizierte inkomplette Tibialisparese ist unfallunabhängig. Dr. K. hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.12.2005 zutreffend darauf hingewiesen, dass eine Beteiligung des Nervus tibialis bei der Verletzung durch den Durchgangsarztbericht vom 21.12.1999 ausgeschlossen wurde. Auch folgt der Senat der Einschätzung des Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 09.02.2006, dass bei einer Nervenbeteiligung in unmittelbarem Anschluss an das Unfallereignis eine klinisch nicht zu übersehende Symptomatik zu erwarten gewesen wäre. Ferner hat Dr. K. in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 15.01.2006 lediglich ausgeführt, eine unfallbedingte Druckschädigung des Nervus tibialis sei "denkbar". Somit bewegt sich Dr. K. lediglich im Bereich des möglichen, nicht aber des erforderlichen wahrscheinlichen Zusammenhangs.

Ferner ist das von Dr. K. in seinem Gutachten vom 13.11.2005 und von Dr. M. in seinem Gutachten vom 16.06.2008 diagnostizierte chronische regionale Schmerzsyndrom im rechten Fuß nicht ursächlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Allein der Hinweis des Dr. K. darauf, dass vor dem Unfallereignis Beschwerdefreiheit bestand und im linken Fuß keine Beschwerden vorliegen, genügt nicht, um eine hinreichend wahrscheinliche Ursächlichkeit annehmen zu können. Im Übrigen verkennt Dr. K., dass bei der Klägerin eben doch degenerative Veränderungen im rechten Sprunggelenk gesichert sind. So hat Prof. Dr. G. unter Hinweis auf die kernspintomographisch nachgewiesene Verschmälерung des Knorpelüberzuges und die sich bei der Arthroskopie vom 27.08.2001 gezeigten degenerativen Veränderungen Grad I bis II der Knorpeloberfläche überzeugend ausgeführt, dass das Unfallereignis ein bereits anatomisch-pathologisch verändertes, also vorgeschädigtes Sprunggelenk getroffen hat. Auch geht die Annahme des Dr. K. fehl, die jetzigen Schmerzen seien unter der Annahme, dass sie Folgen der durchgeführten Arthroskopien seien, unfallbedingt. Denn schon die Arthroskopien waren nicht unfallbedingt. In der St. E.-Klinik S. wurden mit der Arthritis/Peroneaalsehnensynovialitis im oberen Sprunggelenk rechts, dem Meniscoid und der medialen Calcaneodynie unfallunabhängige Erkrankungen therapiert. Dasselbe gilt für die durch Dr. K. erfolgten Arthroskopien in Form der Entfernung eines Lipoms am 27.08.2001, der Behandlung einer Chondropathie beziehungsweise von Verwachsungen in der Achillessehne am 04.08.2003, der Durchtrennung des Nervus peroneus superficialis am Mittelfuß und möglicherweise des Nervus peroneus profundus zwischen Zehe 1 und 2 am 12.01.2004 und der Resektion einer Weichteilsgeschwulst am 15.02.2004. Die Achillessehne war nicht am Arbeitsunfall beteiligt. Auch lag - worauf oben bereits hingewiesen wurde - keine Nervenbeteiligung vor. Außerdem spricht nicht mehr dafür als dagegen, dass das entfernte Neurom traumatischer Natur war. Denn insoweit hat Prof. Dr. F. in seinem Arztbrief vom 17.02.2004 den Verdacht auf ein Neurom, "vereinbar mit einem traumatischem Neurom oder Morton-Neurom-Anteil", geäußert. Zum Einen handelt es sich bei einem Morton-Neurom - worauf Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 15.12.2005 hingewiesen hat - um ein schicksalhaftes Geschehen und zum Anderen hält es der Senat schon wegen des zeitlichen Verlaufs für unwahrscheinlich, dass das 2003/2004 festgestellte Neurom etwas mit dem Unfallereignis aus dem Jahr 1999 zu tun hat. Auch trifft die Schlussfolgerung des Dr. K. nicht zu, weil die Beklagte die von ihm bis zum 23.10.2001 durchgeführten Behandlungsmaßnahmen übernommen habe, müssten diese auch unfallbedingt sein. Denn die Beklagte hatte zu diesem Zeitpunkt ihre Prüfung noch nicht abgeschlossen und gelangte erst im März 2002 zu der dann bescheidmäßig umgesetzten Beurteilung, dass unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit nur bis zum 31.03.2000 bestand. Davon abgesehen, kann in der Übernahme von Behandlungskosten gegenüber dem Behandler kein Anerkenntnis gegenüber dem Patienten gesehen werden, die behandelte Gesundheitsstörung sei unfallbedingt. Auch das Gutachten des Dr. M., der ebenso wie Dr. K. zu der Einschätzung gelangt ist, das chronische regionale Schmerzsyndrom im rechten Fuß sei unfallbedingt, überzeugt den Senat nicht. Dr. M. hat als Begründung lediglich auf die "Angaben der zu Begutachtenden" und "den zeitlichen Verlauf" verwiesen. Eine weitere Begründung, insbesondere unter Heranziehung der unfallmedizinischen Fachliteratur, blieb Dr. M. schuldig. Außerdem ist es nach Überzeugung des Senats - worauf auch Dr. M. in seinem Gutachten vom 05.09.2008 hingewiesen hat - gerade der zeitliche Verlauf der Krankheitsgeschichte der Klägerin, die gegen einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Schmerzerkrankung spricht. Ferner ist der Sachverständige nach Einschätzung des Senats nicht ausreichend mit den unfallmedizinischen Grundsätzen vertraut, so dass auch aus diesem Grund dessen Kausalitätsbeurteilung nicht gefolgt werden kann. Dies ergibt sich unter anderem daraus, dass er seine MdE-Einschätzung unter Heranziehung der AHP und nicht - wie es erforderlich gewesen wäre - unter Würdigung der unfallmedizinischen Fachliteratur durchgeführt hat. Auch ist es für den Senat nicht nachvollziehbar, warum Dr. M. die MdE ab dem Unfallereignis durchgängig mit 20 v. H. beurteilt hat, obwohl sich die Beschwerden der Klägerin von Schmerzen im Sprunggelenk über Schmerzen an der Achillessehne und Schmerzen im gesamten Fuß im Laufe der Zeit mit zwischenzeitlichen Besserungstendenzen qualitativ verändert haben. Ferner hat sich Dr. M. nicht argumentativ mit den Vorgutachten auseinandergesetzt, so dass auch aus diesem Grund dessen Kausalitätsbeurteilung für den Senat nicht nachvollzogen werden kann.

Demgemäß hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf die Gewährung von Verletztengeld sowie Heilbehandlung über den 31.03.2000 hinaus und die Gewährung von Verletztenrente.

Spätestens Ende März 2000 war die Behandlung der unfallbedingten Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Teilriss des vorderen Außenbandes abgeschlossen. So hat Dr. T. in seinem Nachschaubericht vom 24.02.2000 lediglich eine endgradige Bewegungseinschränkung beschrieben und ist von einer möglichen Normalbelastung ausgegangen. Unter Berücksichtigung der aktenmäßig nicht vollständig dokumentierten Thrombophlebitis kann daher allenfalls von einer Behandlungsbedürftigkeit bis Ende März 2000 ausgegangen werden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestand bis dahin nicht, da die Klägerin weiterhin ihrer selbständigen Tätigkeit als Fußpflegerin nachgegangen ist. Die später eingetretenen Arbeitsunfähigkeiten sind nicht auf die Unfallfolgen sondern auf unfallunabhängige

Erkrankungen und Therapiemaßnahmen zurückzuführen. Eine rentenberechtigende MdE um 20 v. H. bedingt die Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks mit Teilriss des vorderen Außenbandes nicht, wovon sich der Senat aufgrund der Gutachten des Prof. Dr. W., des Prof. Dr. G. und des Prof. Dr. W. überzeugt hat.

Abschließend weist der Senat darauf hin, dass er keine Bedenken hat, das Gutachten und die Stellungnahme des Prof. Dr. W. sowie die Stellungnahmen des Dr. K. zu verwerten. Allein der Umstand, dass Prof. Dr. W. auch für die Beklagte Gutachten erstellt, begründet nicht den Vorwurf, dass er dem Lager der Beklagten zuzurechnen oder er gar befangen wäre. Der Umstand, dass die Beurteilungen des Dr. K. allein nach Aktenlage ergingen, ist vorliegend unschädlich, da gerade die Auswertung von zeitnahen Befundberichten, Arztbriefen und insbesondere radiologischen Befunden und weniger der aktuelle Gesundheitszustand der Klägerin für die Zusammenhangsbeurteilung entscheidend ist. Auch hält es der Senat nicht für erforderlich, Dr. K. zu seinem Gutachten mündlich zu hören. Dr. K. hat nicht nur ein Gutachten erstellt, sondern er wurde zuvor als sachverständiger Zeuge gehört und hatte danach erneut Gelegenheit, seine Beurteilung durch eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme darzulegen. Der Senat sieht nicht, welchen Erkenntnisgewinn eine mündliche Befragung des Sachverständigen erbringen soll. Der Senat hält auch die Einholung des von der Klägerin gewünschten "Obergutachtens" nicht für sinnvoll. Die Befundlage ist ausreichend aktenkundig. Es liegen ausreichende gutachtliche Beurteilungen vor, die den Senat dazu in die Lage versetzen, eine Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen. Ein weiteres Gutachten bringt nach Ansicht des Senats keinen Erkenntnisgewinn. Auch waren die im Rahmen der mündlichen Verhandlung gestellten Hilfsanträge abzulehnen. Ein orthopädisches oder chirurgisches Gutachten zu der Frage, ob bei der Klägerin ein unfallbedingtes chronisches regionales Schmerzsyndrom vorliegt, war nicht von Amts wegen einzuholen, da diesbezüglich bereits das orthopädische Zusatzgutachten des Dr. M. vom 05.09.2008 vorliegt. Den hierauf gerichteten Hilfsantrag, ein Gutachten gemäß [§ 109 SGG](#) bei Dr. L. einzuholen, war nicht Folge zu leisten, da dieser Antrag verspätet gestellt worden ist. Der Senat hat mit seiner Verfügung vom 19.11.2008 mitgeteilt, dass die Einholung eines weiteren Gutachtens nicht beabsichtigt sei. Der am 14.05.2009 gestellte Hilfsantrag ist damit verspätet.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-06-01