

L 10 U 3956/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 21 U 3249/11
Datum
07.08.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3956/13
Datum
06.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 07.08.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Behandlungskosten streitig.

Die am 1958 geborene Klägerin erlitt am 22.09.2008 gegen 14.25 Uhr auf dem Heimweg von ihrer beruflichen Tätigkeit als Stickerin bei der Firma R. Automaten-Stickerei GmbH & Co in S. einen Verkehrsunfall. Sie befuhr in B. die H. Straße stadtauswärts und bog nach links ab, nachdem ein in Gegenrichtung in einer Kolonne fahrender Fahrer angehalten hatte, um sie abbiegen zu lassen. Als sie sich auf der Gegenfahrbahn befand kollidierte sie mit einem an der stehenden Kolonne vorbeifahrenden Fahrzeug, das auf ihr Fahrzeug im Bereich ihrer Beifahrertür auffuhr.

Am 23.09.2008 stellte sich die Klägerin gegen 7.45 Uhr bei dem Durchgangsarzt Dr. L. vor, berichtete von dem Autounfall sowie dem Auftreten von Nacken-, Rücken- und Schulterschmerzen links nach etwa zwölf Stunden. Als Befund beschrieb Dr. L. eine deutliche Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) in allen Bewegungsdimensionen mit Hartspann der gesamten HWS paravertebral beidseits und punktum Maximum über dem Halswirbelkörper (HWK) 7 und eine Ausstrahlung in die linke Schulter bei freier Beweglichkeit. Das Vorliegen neurologischer Ausfälle verneinte er. Die röntgenologische Untersuchung der HWS ergab keinen Hinweis für eine osteo-ligamentäre Instabilität, allerdings vorbestehende arthrotische Veränderungen im Bereich der Wirbelkörper C6/7. Dr. L. ging diagnostisch von einer HWS-Distorsion aus, verordnete Analgetika und Muskelrelaxantien und erachtete die Klägerin voraussichtlich ab 30.09.2008 wieder für arbeitsfähig (vgl. Durchgangsarztbericht vom 23.09.2008, Bl. 6 VerwA). Am 29.09., 06.10. und 13.10.2008 bescheinigte Dr. L. das Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit, ebenso am 17.10.2008, nun unter gleichzeitiger Verordnung von stabilisierender Krankengymnastik zur Stärkung der Rumpfmuskulatur (vgl. Bl. 10, 13 VerwA). Nach Wiedervorstellung am 24.10.2008 und umfassender Untersuchung nahm die Klägerin am 27.10.2008 ihre Arbeit wieder auf.

Am 05.11.2008 stellte sich die Klägerin erneut bei Dr. L. vor und berichtete, seit Aufnahme der Arbeit wieder zunehmende Nackenbeschwerden zu haben. Dr. L. fand einen ausgeprägten Druck- und Bewegungsschmerz vornehmlich links paravertebral in Höhe von C2 bis C4, einen erheblichen Muskelhartspann, eine endgradig schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der HWS in allen Richtungen sowie multiple schmerzhaftige Myogelosen der oberen Brustwirbelsäule (BWS). Die durchgeführte Mobilisation der BWS erbrachte eine spontane Besserung; für die HWS erhielt die Klägerin weiterhin Krankengymnastik auf Grund der Verordnung vom 17.10.2008 (Behandlungen noch bis 27.11.2008). Arbeitsunfähig erachtete Dr. L. die Klägerin voraussichtlich noch bis 12.11.2008. Bei der Wiedervorstellung am 12.11.2008 wurde die Klägerin aus der ambulanten ärztlichen Behandlung entlassen und Arbeitsfähigkeit ab 17.11.2008 festgestellt (vgl. Mitteilung vom 21.11.2008, Bl. 9 VerwA).

Am 18.12.2008 stellte sich die Klägerin erneut bei Dr. L. vor, der als Befund eine endgradig schmerzhaftige Bewegungseinschränkung der HWS in allen Richtungen sowie multiple schmerzhaftige Myogelosen der oberen BWS beschrieb, die Klägerin für arbeitsfähig erachtete und wegen anhaltenden Beschwerden die Krankengymnastik fortsetzte und nunmehr auch Wärmepackungen (zwei bis dreimal pro Woche) verordnete, was die Klägerin vom 22.12.2008 bis 27.01.2009 in Anspruch nahm (vgl. Bl. 11, 26 VerwA). Am 20.02.2009 verordnete Dr. L.

wegen anhaltenden Beschwerden erneut entsprechende Behandlungen, die die Klägerin vom 23.02. bis 23.03.2009 und wieder am 05. und 16.06.2009 in Anspruch nahm. Zwischenzeitlich war sie vom 07.05. bis 28.05.2009 im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der M. -Klinik in Bad B. (Diagnosen: chronisches Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Z.n. Distorsionstrauma 09/2008, chronische Myogelosen Muskulus trapezius beidseits, Restbeschwerden linkes Kniegelenk, rezidivierender psychophysischer Erschöpfungszustand) behandelt worden (vgl. Entlassungsbericht vom 28.05.2009, Bl. 114/120SG-Akte). Im weiteren Verlauf verordnete Dr. L. wegen anhaltenden Beschwerden nochmals am 16.06.2009 je zehn Behandlungen Krankengymnastik und Wärmepackungen (durchgeführt vom 22.06. bis 22.07.2009) und gleichermaßen am 04.08.2009 (durchgeführt vom 10.08. bis 11.09.2009), am 15.09.2009 (durchgeführt vom 21.09. bis 28.10.2009) und am 29.10.2009 (durchgeführt vom 02.11. bis 02.12.2009). Unter dem 25.11.2009 berichtete Dr. L. der Beklagten von diesen weiteren Verordnungen, die wegen rezidivierend beklagten Beschwerden, insbesondere während der beruflichen Tätigkeit als Strickerin, und auf Grund des paravertebralen Hartspans und der schmerzbedingten Bewegungseinschränkung der HWS erfolgt seien (vgl. Schreiben vom 25.11.2009, Bl. 38 VerwA).

Am 03.12.2009 stellte sich die Klägerin bei dem Arzt für Neurologie Dr. B.-S. vor, berichtete über den Verkehrsunfall vom 22.09.2008 mit nachfolgenden Nackenschmerzen mit Armausstrahlung links, insbesondere bei Halsbewegungen und ihrer beruflichen Tätigkeit als Strickerin (stehend und vornüber gebeugt). Im Übrigen gab sie an, dass vor drei Wochen spontan eine Pelzigkeit/Taubheit der Finger I bis II links, verbunden mit Nacken-Schulter-Armschmerzen links in Ruhe und Belastung aufgetreten sei. Dr. B.-S. erhob von neurologischer Seite Normalbefunde und ging diagnostisch von Zervicobrachialgien (C6) links und Z.n. HWS-Distorsion aus. Er empfahl die Fortsetzung der krankengymnastischen Übungsbehandlung (Bericht vom 07.12.2009, Bl. 39 VerwA). Entsprechende Behandlungen verordnete Dr. L. sodann erneut am 04.12.2009 (durchgeführt vom 14.12.2009 bis 27.01.2010).

Nach Auswertung dieses Berichts von Dr. B.-S. wandte sich die Beklagte mit Schreiben vom 15.12.2009 an Dr. L. , teilte diesem mit, dass der Neurologe als Hauptdiagnose von intermittierenden Zervikobrachialgien bei Z. n. HWS-Distorsion ausgehe, welche unfallunabhängig seien, und die bestehenden Beschwerden deshalb ihres Erachtens überwiegend aufgrund der Vorerkrankungen bestünden. Vierzehn Monate nach dem Unfallereignis sollten die Unfallfolgen weitestgehend abgeklungen sein.

Das von der Beklagten sodann beigezogene Vorerkrankungsverzeichnis der A. - Die Gesundheitskasse S. -B. wies seit 1997 neben zahlreichen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen LWS-Syndrom, Radikulopathie bzw. Kreuzschmerzen auch eine am 30.08.2004 beginnende Arbeitsunfähigkeit wegen Zervikalneuralgie und eine Arbeitsunfähigkeit wegen HWS-Distorsion ab 01.02.2008 aus, worauf die Beklagte Dr. L. Mitte Februar 2010 mitteilte, dass die Klägerin seit Jahren an verschiedenen Wirbelsäulenbeschwerden leide und für die weitere Behandlung vorrangig unfallunabhängige Erkrankungen ursächlich seien. Mit der Verordnung weiterer Therapien bestehe kein Einverständnis.

Nachdem die Klägerin einen fortbestehenden unfallbedingten Behandlungsbedarf geltend machte, veranlasste die Beklagte eine Untersuchung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik T. (BG-Klinik), die am 27.04.2010 stattfand. Dabei klagte die Klägerin über noch immer bestehende Beschwerden im Bereich des Halses sowie über Kopfschmerzen mit ausstrahlenden Schmerzen primär im Bereich der linken Hand. Als Befund beschrieb Prof. Dr. W. , Ärztlicher Direktor der BG-Klinik, eine geringgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit einer weitestgehenden segmentalen Hypomobilität C5 abwärts bis TH1. Er verwies auf die mitgebrachten Röntgenbilder vom 23.09.2008, die die vorbestehenden schweren osteochondralen Veränderungen in den Segmenten C5/6 und C6/7 zeigten und führte aus, dass die jetzt geklagten Beschwerden sicher nicht mehr auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Dieses habe zu einer HWS-Distorsion geführt, die, nachdem morphologische unfallrelevante Schäden sich zu keinem Zeitpunkt hätten nachweisen lassen, als vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens zu werten sein dürfte, das spätestens drei Monate nach dem Unfallzeitpunkt abgeschlossen werden sollte (vgl. Zwischenbericht vom 05.05.2010, Bl. 71 VerwA).

Im Juni 2010 beantragte die Klägerin, ihr weiterhin Leistungen auf Grund des Unfalls vom 22.09.2008 zu gewähren. Mit Bescheid vom 31.08.2010 lehnte die Beklagte dies ab. Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls würden Kosten der Heilbehandlung längstens bis zum 31.12.2008 übernommen. Kostenträger der weiteren Behandlung sei die Krankenkasse. Sie begründete ihre Entscheidung damit, dass sich die Klägerin bei dem Unfall eine Zerrung der HWS zugezogen, jedoch keine strukturelle Schädigung stattgefunden habe. Unfallunabhängig bestünden erhebliche krankhafte Veränderungen im Bereich der HWS, insbesondere zwischen dem 5. und 6. sowie dem 6. und 7. HWK, die die Ursachen für die bestehenden Beschwerden bildeten. Die Zerrung der HWS habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens geführt, wobei der Vorzustand spätestens drei Monate nach dem Unfall wieder erreicht gewesen sei. Für Behandlungen ab Januar 2009 sei daher die Krankenkasse der zuständige Leistungsträger. Insoweit machte die Beklagte nachfolgend gegenüber der Krankenkasse einen Erstattungsanspruch geltend.

Im Widerspruchsverfahren ergaben die weiteren Ermittlungen der Beklagten, dass die Klägerin am 01.02.2008 im Rahmen eines Verkehrsunfalls eine HWS-Distorsion Grad I erlitten hatte, derentwegen sie bis 23.02.2008 arbeitsunfähig war. Zu der weiteren Vorerkrankung (Arbeitsunfähigkeit ab 30.08.2004 wegen Zervikalneuralgie) führte die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. T. auf Anfrage der Beklagten aus, die Klägerin habe bei einer stark verspannten Nackenmuskulatur über Schmerzen im Bereich der HWS geklagt, weshalb sie ein Muskelrelaxans verordnet und die Klägerin vom 30.08. bis 05.09.2004 arbeitsunfähig geschrieben habe. Die Beklagte veranlasste sodann das unfallchirurgische Zusammenhangsgutachten des Priv.-Doz. Dr. L. , Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie im M. S. , der die Klägerin am 25.02.2011 untersuchte und bei der Funktionsprüfung der HWS freie Beweglichkeiten in allen Bewegungsrichtungen fand. In Bezug auf die Kraftprüfung der Kennmuskulatur von C5 bis C8 beschrieb er eine regelrechte Kraftentfaltung. Dermatombezogene Zervikobrachialgien, d.h. ausstrahlende Schmerzen von der HWS in die oberen Extremitäten habe die Klägerin nicht angegeben, sodass klinisch kein Hinweis für sensible oder motorische Nervenwurzelreizerscheinungen der HWS betreffenden Rückenmarksnerven vorgelegen habe. Er verwies auf die Schadensanlage in Form vermehrter Verschleißerscheinungen in den Bewegungssegmenten C5/6 und C6/7 und die im August/September 2004 vorhanden gewesene Vorerkrankung. Das Vorliegen von Unfallfolgen verneinte der Gutachter. Eine Behandlungsbedürftigkeit sah er bis zum 21.12.2008. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.05.2011 wies die Beklagte den Widerspruch sodann zurück.

Am 30.05.2011 hat die Klägerin dagegen beim Sozialgericht Stuttgart (SG) mit dem Begehren Klage erhoben, ihr die Kosten ärztlicher Behandlungen wegen Zerrung der HWS ab Januar 2009 zu erstatten. Die seit Januar 2009 auch weiterhin bestehenden Beschwerden seien auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Das SG hat Dr. C. , Fachärztin für Anästhesie, den Internisten Dr. G. und den Facharzt für Orthopädie Dr. B. schriftlich als sachverständige Zeugen angehört. Dr. C. hat von Vorstellungen ab 28.09.2010 berichtet und den über die Erstvorstellung erstellten Arztbrief vorgelegt, ausweislich dessen die Klägerin über seit fünf Jahren bestehende Depressionen, deren Auslöser Arbeitsplatzprobleme mit Mobbing gewesen seien, berichtet habe, wobei das Arbeitsverhältnis im März 2010 gekündigt worden sei. Diagnostisch ist Dr. C. von einem chronischen Schmerzsyndrom, einer chronischen Zervikobrachialgie links mehr als rechts, einer schweren depressiven Episode, einem Zustand nach Hypothyreose und einer Osteoporose ausgegangen. Eine Aussage, ob die Beschwerden auf den erlittenen Unfall bzw. auf degenerative Veränderungen der HWS zurückzuführen sind, sei ihr nicht möglich. Dr. G. hat einen Zusammenhang der diagnostizierten internistischen Gesundheitsstörungen mit dem Arbeitsunfall verneint. Dr. B. hat von einer schmerzhaften Blockierungsneigung der HWS, Kopfgelenke und der BWS mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung und Fehlhaltung sowie myofaszialem Trigger-Schmerzsyndrom der Schulter-Nackengegend berichtet, was mit dem PKW-Unfall 2008 in Zusammenhang stehen könne. Allerdings könne auch nicht ausgeschlossen werden, dass die erhobenen Gesundheitsstörungen im Rahmen eines funktionellen Beschwerdebildes, insbesondere bei mitbestehender thorakaler Kyphoskoliose und Haltungsinsuffizienz auch vor dem Unfall, bestanden hätten. Das SG hat sodann das unfallchirurgische Gutachten des Dr. D. , Facharzt für Chirurgie und Oberarzt in der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie im M. S. , eingeholt, der die Klägerin am 14.02.2012 untersucht hat. Der Sachverständige hat im Bereich der HWS eine endgradig eingeschränkte Rück-Neig-Beweglichkeit und beidseits endgradig eingeschränkte Seit-Neig-Beweglichkeit bei radiologisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen in den Bewegungssegmenten C5/6 sowie eine endgradig eingeschränkte Abduktion und Elevation im linken Schultergelenk beschrieben und keine dieser Gesundheitsstörungen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 22.09.2008 zurückgeführt. Eine strukturelle Verletzung sei nicht objektiviert worden, weshalb der lediglich als Begleitsymptom in Frage kommende Schmerz nicht auf den Unfall zurückzuführen sei.

Mit Urteil vom 07.08.2013 hat das SG die auf Erstattung der wegen des Arbeitsunfalls vom 22.09.2008 ab 01.01.2009 entstandenen Kosten der Heilbehandlung gerichtete Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die von der Klägerin erlittene HWS-Distorsion, die weder mit knöchernen Verletzung oder Zerreißungen von Weichteilstrukturen einher gegangen sei und auch nicht zu neurologischen Ausfällen geführt habe, habe lediglich zu einer Behandlungsbedürftigkeit von wenigen Wochen geführt. Über den 31.12.2008 hinaus hätten keine Gesundheitsstörungen mehr vorgelegen, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 22.09.2008 zurückgeführt werden könnten. Wesentliche Ursache der fortbestehenden Beschwerden seien die vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS, die bereits im Jahr 2007 zu ärztlicher und krankengymnastischer Behandlung und auch Arbeitsunfähigkeit geführt hätten.

Gegen das ihrem damaligen Bevollmächtigten am 15.08.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10.09.2013 beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und wiederum die Auffassung vertreten, auch die nach dem 31.12.2008 und weiterhin bestehende Behandlungsbedürftigkeit sei unfallbedingt. Im weiteren Verlauf hat die Klägerin die ihr in der Vergangenheit entstandenen Kosten für Heilbehandlungen mit 618,38 EUR beziffert und hierzu die Quittung der Praxis für Physiotherapie C. B. über 18,64 EUR (Rezept vom 23.01.2009 für sechs Mal Krankengymnastik mit Dehnungsübungen), Kassenbons verschiedener Apotheken aus dem Zeitraum von Oktober 2010 bis Dezember 2011 über Zuzahlungen zu Medikamenten (Katadolon, Amitriptylin, Prednison, Ibuprofen, Vigantol, Citalon, Musaril und Mobilat), eine nicht unterzeichnete handschriftliche und mit einem Stempel der Krankengymnastik S. K. versehene Auflistung von Daten (jeweils wohl Datum der Verordnung von Krankengymnastik) und Beträgen, bezeichnet als "Rezeptgebühren 2009 bis 2011" sowie Rechnungen der PVS Baden-Württemberg für ambulante Behandlungen bei Dr. B. vom 27.06.2014 über 103,22 EUR (Diagnose: Yamamoto Akupunktur auf Wunsch, Moxibustion; Behandlungen im Juni 2014: Triggerpunkt-Akupunktur, Moxibustion), vom 27.03.2015 über 13,68 EUR (Diagnose: Moxibustion während Akupunkturbehandlung; Behandlungen im März 2015) sowie vom 30.06.2015 über 149,24 EUR und 06.07.2015 über 74,62 EUR (jeweils Diagnose: myofaszielles Triggerpunktschmerzsyndrom; Behandlungen im Juni bzw. Juli 2015: Stosswellentherapie, osteopathische Lockerung und/oder Streckung kleiner und großer Gelenke, Kalt- oder Heißpackungen, Mobilisation) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt sinngemäß (Schriftsätze vom 21.10.2014, 31.07.2015 und 16. und 25.09.2015),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 07.08.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 31.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.05.2011 zu verurteilen, ihr Behandlungskosten in Höhe von 855,92 EUR zu erstatten und zukünftig anfallende Heilbehandlungskosten zu übernehmen, hilfsweise den Sachverständigen Dr. D. zu den gegen sein Gutachten erhobenen Einwänden zu befragen und diesen ggf. zur Verhandlung zu laden, damit er sein Gutachten erläutern kann sowie im Hinblick auf den geltend gemachten Sachverhalt, dass die starken Schmerzen im Bereich der linken Halswirbelmuskulatur und im Schulterbereich sowie Kopfschmerzen Folgen des Wegeunfalls vom 22.09.2008 sind und dass hinsichtlich dieser Schmerzen inzwischen eine Chronifizierung eingetreten ist, ein fachärztliches orthopädisches und neurologisches Sachverständigen Gutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheidet, ist zulässig; die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 31.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.05.2011 mit dem die Beklagte es ablehnte, wegen den Folgen des Arbeitsunfalls vom 22.09.2008 Heilbehandlungskosten auch noch über den 31.12.2008 hinaus zu tragen (Satz 1). Dabei ergibt sich aus Satz 2 der getroffenen Regelung, wonach Kostenträger der weiteren Behandlung

die Krankenkasse sei, hinreichend deutlich, dass die der Klägerin tatsächlich von der Beklagten gewährte Heilbehandlung nicht in Frage gestellt werden soll, sondern diese Heilbehandlung als zulasten der Krankenkasse erbracht anzusehen ist. Entsprechend machte die Beklagte auch Erstattungsansprüche gegenüber der Krankenkasse geltend. Damit werden mit den angefochtenen Bescheiden die tatsächlich erbrachten Leistungen gegenüber der Klägerin nicht erfasst. Die Leistungsablehnung gegenüber der Klägerin erstreckt sich somit nur auf von der Beklagten nicht erbrachte Leistungen.

Soweit die Klägerin vor diesem Hintergrund im Berufungsverfahren nunmehr die Erstattung der Kosten geltend macht, die ihr selbst wegen der Behandlung von Unfallfolgen auch nach dem 31.12.2008 entstanden sind, ist dies im Wege der Anfechtungs- und Leistungsklage zulässig. Indessen hat das Sozialgericht diese Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der - im Berufungsverfahren konkretisierten - Kosten.

Soweit die Klägerin zuletzt mit Schriftsatz vom 16.09.2015 ihren Antrag dahingehend konkretisiert, als sie sämtliche zukünftig wegen des in Rede stehenden Arbeitsunfalls anfallenden Heilbehandlungskosten in die - vor dem Sozialgericht nur pauschal aufgestellte - Erstattungsforderung einbezieht, ist die Berufung schon deshalb unbegründet, weil diese Klage unzulässig und damit im Ergebnis vom Sozialgericht zu Recht abgewiesen worden ist. Die generelle Verpflichtung der Beklagten, im Wege der Sachleistung die Kosten zu tragen, die für erforderliche Behandlungen wegen Unfallfolgen entstehen, ergibt sich bereits unmittelbar aus dem Gesetz (vgl. §§ 26 ff. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII -) und bedarf keiner gerichtlichen Entscheidung. Darüber hinaus hat die Klägerin auch nicht dargelegt, welche konkreten Leistungen künftig in Rede stehen sollen. Insoweit ist der gestellte Antrag unbestimmt. Soweit die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung von ihr - der Klägerin - zukünftig selbst getragener Behandlungskosten wegen der selbst beschafften Behandlung von aus Sicht der Klägerin unfallbedingter Beschwerden begehrt, ist auch dieser Antrag unbestimmt, eben weil keine konkreten Behandlungen in der Zukunft in Rede stehen.

Zulässig ist die Klage hingegen in Bezug auf die geltend gemachte Erstattungsforderung. Indessen ist diese Klage unbegründet. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch steht der Klägerin nicht zu. Denn es ist nicht festzustellen, dass die Klägerin zunächst am 23.01.2009 und dann wiederum ab 28.09.2010 (vgl. insbes. Aufstellung im Schriftsatz vom 21.10.2014, Bl. 35/36 LSG-Akte) und bis ins Jahr 2015 Aufwendungen für die Behandlung von Folgen der am 22.09.2008 erlittenen HWS-Distorsion hatte.

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

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

Zwar liegen den von der Klägerin zur Erstattung geltend gemachten Kosten - zumindest nach ihrem Vorbringen - Heilbehandlungsmaßnahmen in diesem Sinne zu Grunde, jedoch ist nicht ersichtlich, dass die entsprechenden Behandlungen wegen Folgen der am 22.09.2008 erlittenen HWS-Distorsion erbracht wurden.

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

Dabei gilt für diesen ursächlichen Zusammenhang die Theorie der wesentlichen Bedingung. Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen der durch den Unfall verursachten Gesundheitsstörung und der aufgetretenen Behandlungsbedürftigkeit voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob die Behandlungsbedürftigkeit auch ohne die unfallbedingte Gesundheitsstörung eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war die Gesundheitsstörung für die Behandlungsbedürftigkeit schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob die unfallbedingte Gesundheitsstörung für die Behandlungsbedürftigkeit wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Unter Anwendung dieser Vorschriften liegen die Voraussetzungen für eine Erstattung der Kosten der ausweislich der vorgelegten Quittung am 23.01.2009 verordneten Krankengymnastik (sechs Mal Krankengymnastik mit Dehnungsübungen) schon deshalb nicht vor, weil es sich bei dieser Maßnahme im Sinne des entsprechend heranzuziehenden Regelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#) nicht um eine

unaufschiebbare Leistung handelte und die Beklagte es im Sinne der 2. Alternative auch vor Inanspruchnahme dieser Leistung durch die Klägerin nicht ablehnte, diese Krankengymnastik als Sachleistung zu erbringen. Denn die Beklagte entschied erst mit Bescheid vom 31.08.2010, d.h. weit nach der erfolgten Verordnung darüber, dass sie weitere Behandlungskosten nicht mehr übernehme. Dementsprechend ist der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten einerseits und der hierdurch bei der Klägerin andererseits hervorgerufenen Kostenbelastung zu verneinen, so dass eine Kostenerstattung schon aus diesem Grund ausgeschlossen ist. Dass die Beklagte mit dem später erlassenen Bescheid vom 31.08.2010 die Kostenübernahme rückwirkend zum 31.12.2008 beendete, ist insoweit ohne Belang.

Ungeachtet dessen ist aber auch nicht ersichtlich, dass diese Verordnung vom 23.01.2009 im Zusammenhang mit der Behandlung von Unfallfolgen gestanden haben könnte. Denn die Behandlung von Unfallfolgen erfolgte seinerzeit durch den Durchgangsarzt Dr. L. , der erstmals am 17.10.2008 stabilisierende Krankengymnastik zur Stärkung der Rumpfmuskulatur verordnete und entsprechende Behandlungen sowie zusätzlich Wärmepackungen dann wiederum am 18.12.2008 verordnete, die die Klägerin vom 22.12.2008 bis 27.01.2009 zulasten der Beklagten in Anspruch nahm. Eine entsprechende Verordnung erfolgte dann nochmals am 20.02.2009, ebenfalls zulasten der Beklagten. Weshalb dann aber bei noch bis zum 27.01.2009 laufender Behandlung in Form von stabilisierender Krankengymnastik und Wärmepackungen bereits am 23.01.2009, mithin gleichzeitig wegen Unfallfolgen auch noch Krankengymnastik mit Dehnungsübungen erforderlich gewesen sein soll, dann aber gerade nicht zulasten der damals Heilbehandlung tatsächlich gewährenden Beklagten verordnet worden sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Auch die Klägerin selbst hat einen Unfallzusammenhang nicht einmal ansatzweise erläutert und lediglich die entsprechende Quittung vorgelegt.

Ebenso verhält es sich mit den von der Klägerin darüber hinaus zur Erstattung geltend gemachten Kosten, die sich aus einer handschriftlichen und mit dem Stempel der Krankengymnastik S. K. , jedoch nicht mit einer Unterschrift versehenen Aufstellung über "Rezeptgebühren" ergeben sollen, die zwischen dem 27.01.2010 und dem 22.08.2011 insgesamt 19 mal angefallen sein sollen. Auch die vorgelegten Kassenbons verschiedener Apotheken über Zuzahlungen für Medikamente lassen nicht einmal ansatzweise einen Bezug zu Unfallfolgen und deren Behandlung erkennen. So belegt die handschriftliche Auflistung über "Rezeptgebühren" schon nicht, dass der Klägerin von ärztlicher Seite Krankengymnastik verordnet wurde und die vorgelegten Kassenbons verschiedener Apotheken, die keinen konkreten Empfänger der Medikamente dokumentieren, weisen schon nicht aus, dass gerade der Klägerin Medikamente verordnet wurden. Auch ist nicht ersichtlich, welcher Arzt die angegebenen Verordnungen ausgestellt haben soll. Gleichermäßen ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, auf Grund welcher Erkrankungen die Behandlungen notwendig geworden sein sollen und welche konkreten Befunde bzw. Diagnosen den entsprechenden Behandlungen zu Grunde gelegen haben, so dass auch nicht ansatzweise erkennbar ist, aus welchen Gründen die entsprechenden Behandlungen verordnet worden sein sollen und weshalb diese gerade wegen Folgen der am 22.09.2008 erlittenen HWS-Distorsion notwendig geworden sei sollen. Auch die Klägerin hat - hierauf hingewiesen - keine näheren Angaben hierzu gemacht.

Eine Kostenerstattung kommt schließlich auch nicht für die Kosten der seitens des Facharztes für Orthopädie Dr. B. durchgeführten Behandlungen in Betracht, die der Klägerin in dessen Auftrag von der PVS Baden-Württemberg in Rechnung gestellt wurden. Diese Behandlungen lassen sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang mit Unfallfolgen bringen. Dabei kommt eine Kostenerstattung für die im Juni 2014 erbrachte Triggerpunkt-Akupunktur und Moxibustion (vgl. Rechnung vom 27.06.2014), die "auf Wunsch" der Klägerin erbracht wurde, allerdings schon deshalb nicht in Betracht, weil die Leistungspflicht der Beklagten beschränkt ist auf die medizinisch erforderlichen ärztlichen Leistungen und Behandlungen auf Wunsch von ihr daher nicht zu erbringen sind (vgl. [§ 28 Abs. 2 SGB VII](#)). Im Hinblick auf die Rechnung vom 27.03.2015 über die im März 2015 erbrachte Moxibustionen während Akupunkturbehandlungen ist - nachdem eine Diagnose nicht ausgewiesen wird - schon nicht erkennbar, wegen welcher Erkrankung diese Behandlung erfolgt ist, darüber hinaus gleichermaßen auch nicht, im Bereich welcher Körperregion die in Rechnung gestellte Leistung erbracht wurde. Ein ursächlicher Zusammenhang mit Unfallfolgen lässt sich damit nicht herstellen. Schließlich lassen sich auch die ausweislich der Rechnungen vom 30.06. und 06.07.2015 im Juni und Juli 2015 erbrachten Stoßwellentherapien, osteopathische Lockerungen und/oder Streckung kleiner und großer Gelenke, Kalt- oder Heißpackungen und Mobilisationen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit in einen ursächlichen Zusammenhang mit der fast sieben Jahren zuvor erlittenen HWS-Distorsion bringen. Zwar weisen diese Rechnungen eine der Behandlung zu Grunde liegende Diagnose aus und führen ein myofasziales Triggerpunktschmerzsyndrom auf, worüber Dr. B. auch in seiner dem SG erteilten Auskunft als sachverständiger Zeuge berichtet hat, und zwar im Bereich der Schulter-Nacken-Partie. Jedoch hat Dr. B. einen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall vom 22.09.2008 lediglich in Betracht gezogen und es auch nicht ausschließen wollen, dass diese Gesundheitsstörung im Rahmen des vorhandenen funktionellen Beschwerdebildes, insbesondere bei mitbestehender thorakaler Kyphoskoliose und Haltungsinsuffizienz, auch schon vor dem Unfall bestand. Damit hat auch Dr. B. diese Behandlungsbedürftigkeit nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ursächlich auf die Unfallfolgen zurückgeführt.

Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und behandelten Beschwerden besteht, weil diese zeitlich nach dem erlittenen Arbeitsunfall aufgetreten sind. Allerdings kann der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfallfolgen und Behandlungsnotwendigkeit im naturwissenschaftlichen Sinn nicht rein zeitlich begründet werden, sondern muss sachlich-inhaltlich nachvollziehbar sein und dementsprechend positiv festgestellt werden. Von einem Zusammenhang zwischen der bei dem Unfall erlittenen HWS-Distorsion und einer Behandlungsnotwendigkeit auch noch im Zeitraum von 2010 bis ins Jahr 2015 ist aber keiner der mit der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs befassten Ärzte ausgegangen.

So verneinte bereits Prof. Dr. W. anlässlich der Vorstellung der Klägerin in der BG-Klinik am 27.04.2010 angesichts des erhobenen Befundes (geringgradig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit weitestgehender segmentaler Hypomobilität C5 abwärts bis TH1) und der Röntgenbilder vom 23.09.2008, die vorbestehende schwere osteochondrale Veränderungen in den Segmenten C5/6 und C6/7 zeigen, überzeugend einen Zusammenhang der aktuell geklagten Beschwerden mit Unfallfolgen, nachdem der Unfall lediglich zu einer HWS-Distorsion führte und morphologische unfallrelevante Schäden zu keinem Zeitpunkt nachgewiesen wurden. Angesichts der vorhanden gewesenen Vorschäden ging er, ohne weiteres nachvollziehbar, von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens aus, wobei die Unfallfolgen seines Erachtens spätestens drei Monate nach dem Unfallzeitpunkt wieder abgeklungen gewesen seien. Auch Priv.-Doz. Dr. L. , der auf Veranlassung der Beklagten ein unfallchirurgisches Zusammenhangsgutachten erstattete und die Klägerin am 25.02.2011 untersuchte, ging lediglich von einer unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit bis Dezember 2008 aus. Er fand zum Zeitpunkt seiner Untersuchung bei der Funktionsprüfung der HWS freie Beweglichkeiten in allen Bewegungsrichtungen und bei der Kraftprüfung der Kennmuskulatur von C5 bis C8 eine regelrechte Kraftentfaltung. Darüber hinaus fand er klinisch keinen Hinweis für sensible

oder motorische Nervenwurzelreizerscheinungen der die HWS betreffenden Rückenmarksnerven, so dass ohne weiteres nachvollziehbar ist, dass er das Vorliegen von Unfallfolgen zum Untersuchungszeitpunkt gänzlich verneinte. Allerdings verwies auch er - wie zuvor schon Prof. Dr. W. - auf Schadensanlagen in Form vermehrter Verschleißerscheinungen in den Bewegungssegmenten C5/6 und C6/7, wodurch es bereits im August/September 2004 zu einer Vorerkrankung gekommen war. Schon mit diesen medizinischen Beurteilungen ist die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem in Rede stehenden Unfall vom 22.09.2008 und den an dieser Stelle in Rede stehenden Beschwerden ab dem Jahr 2010, insbesondere den Schmerzzuständen, zu verneinen.

Hiermit in Einklang steht schließlich auch die Einschätzung des Sachverständigen Dr. D. , der die Klägerin am 14.02.2012 untersucht hat. Soweit der Sachverständige anlässlich seiner Untersuchung - anders als zuvor noch Priv.-Doz. Dr. L. - im Bereich der HWS nunmehr eine endgradig eingeschränkte Rück-Neig-Beweglichkeit und beidseits endgradig eingeschränkte Seit-Neig-Beweglichkeiten sowie eine endgradig eingeschränkte Abduktion und Elevation im linken Schultergelenk beschrieben hat, hat er diese Einschränkungen auf die radiologisch dokumentierten vermehrten Verschleißerscheinungen in den Bewegungssegmenten C5/6 zurückgeführt. Einen Zusammenhang dieser funktionellen Einschränkungen mit dem Arbeitsunfall vom 22.09.2008 hat er, da eine strukturelle Verletzung nicht objektiviert wurde, überzeugend verneint und deutlich gemacht, dass der lediglich als Begleitsymptom in Frage kommende Schmerz nicht auf den Unfall zurückzuführen sei.

Soweit die Klägerin gegen das Gutachten von Dr. D. einwendet, der Sachverständige habe bereits im Rahmen der Begutachtung durch Priv.-Doz. Dr. L. mitgewirkt, hat sie nicht dargelegt, welche Folgen hieraus resultieren sollen. Insbesondere ist nicht erkennbar, aus welchen Gründen die Beurteilung des Sachverständigen deshalb unrichtig sein soll. Eine Verwertbarkeit des Gutachtens zieht auch die Klägerin nicht in Zweifel. Sie beantragt vielmehr eine ergänzende Befragung des Sachverständigen.

Den Antrag der Klägerin, den Sachverständigen Dr. D. ergänzend zu befragen, lehnt der Senat indessen ab. Denn ihre Einwände, zu denen der Sachverständige ergänzend befragt werden soll, hat die Klägerin in ihrem Antrag nicht benannt. Insbesondere hat die Klägerin nicht dargelegt, welche früher, zu unterschiedlichen Zeitpunkten, erhobenen Einwände aus ihrer Sicht weiter gelten sollen, aus welchen Gründen sie zur Klärung der Kausalitätsfrage relevant sein sollen und aus welchen Gründen hierzu eine ergänzende Äußerung des Sachverständigen erforderlich sein soll, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Dr. D. die Beschwerdeangaben der Klägerin nicht in Zweifel gezogen hat. Allein schon aus diesem Grund bedarf es auch keiner Ladung des Sachverständigen zu einer mündlichen Verhandlung zur Erläuterung seines Gutachtens.

Auch den weiteren Antrag der Klägerin auf Einholung eines orthopädischen und neurologischen Gutachtens lehnt der Senat ab. Soweit im Hinblick auf den vorliegend im Streit stehenden Kostenerstattungsanspruch medizinische Fragestellungen überhaupt von Relevanz sind, ist der medizinische Sachverhalt von orthopädischer Seite hinreichend durch die von der Beklagten im Verwaltungsverfahren veranlassten Ermittlungen und das vom SG eingeholte Gutachten des Dr. D. aufgeklärt. Der Einholung eines neurologischen Gutachtens bedarf es nicht, nachdem sich keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Klägerin im Zusammenhang mit dem Unfall neurologisch zu bewertende Gesundheitsstörungen aufgetreten sind. Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang die Prüfung eines chronifizierten Schmerzsyndroms im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung anregt, ist ein fachmedizinischer Hintergrund für diese Anregung weder vorgetragen noch aus den vorliegenden sachverständigen Zeugenaussagen der behandelnden Ärzte ersichtlich. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hat keiner der befragten Ärzte gestellt. Der Senat sieht sich daher nicht zu solchen Ermittlungen ins Blaue hinein veranlasst. Dass die Klägerin an Schmerzzuständen leidet, zieht im Übrigen auch der Senat nicht in Zweifel. Indessen sind diese nach den dargelegten orthopädischen Beurteilungen von Prof. Dr. W. , Priv.-Doz. Dr. L. und schließlich Dr. D. nicht auf den Unfall vom 22.09.2008 zurückzuführen.

Nach allem dem kann die Berufung der Klägerin keinen Erfolg haben.

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

Für die Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-11-11