

L 6 U 3519/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3882/14
Datum
28.07.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 3519/15
Datum
26.11.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Versicherte muss im Erstattungsstreit nicht notwendig beigeladen werden.
2. Erbrachte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen auch erforderlich gewesen sein.
3. Wenn gegenüber der Versicherten bescheidmässig festgestellt worden ist, dass eine Gesundheitsstörung folgenlos ausgeheilt ist, so muss dies im Erstattungsstreit auch gegenüber den anderen möglichen Trägern gelten, es sei denn, der Bescheid ist offensichtlich unrichtig. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Juli 2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 29.460,83 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin macht einen Erstattungsanspruch wegen Aufwendungen für eine psychologische Eignungsuntersuchung und eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme sowie wegen übernommener Bewerbungskosten in Höhe von insgesamt 29.460,83 EUR geltend.

Die Klägerin ist Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung, die Beklagte der gesetzlichen Unfallversicherung. Die bei der Klägerin renten- und bei der Beklagten, bezogen auf das Ereignis am 20. Mai 2011, unfallversicherte, 1966 geborene S. R. (im Folgenden: Versicherte) war mit Hauptschulabschluss nach Beendigung ihrer Ausbildung zur Verkäuferin nach Erziehungsurlaub in wechselnden Beschäftigungen als Pflegehelferin, Küchen- und Büroangestellte tätig. Sie absolvierte ab April 2010 eine auf drei Jahre angelegte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Zentrums für Psychiatrie C. - Klinikum Nordschwarzwald, einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts, die Sachkostenträgerin dieser Schule ist. Den praktischen Teil ihrer Ausbildung leistete die Versicherte im Städtischen Klinikum in P ...

Am frühen Morgen des 20. Mai 2011 wischte eine Reinigungskraft den Boden der Station, auf der die Versicherte eingesetzt war. Diese verließ nach erfolgter Dienstübergabe gegen 7:15 Uhr einen Aufenthaltsraum und betrat schnellen Schrittes den Flur, wo sie auf Wischwasser ausrutschte und sich nach eigenen Angaben in eine "Spagatstellung" begab. Sie versuchte, sich abzustützen, wobei ihr rechter Arm nach hinten wegrutschte. Hierbei verdrehte sie sich das rechte Knie und fiel auf das Gesäß.

Gegen 8:45 Uhr stellte sie sich in der Zentralen Notfallaufnahme der Klinik vor, in der sie tätig war. Dort wurden nach dem Durchgangsarztbericht von Priv.-Doz. Dr. M. eine oberflächliche Schürfwunde im Bereich des rechten Knies ventral mit diskretem Druckschmerz ohne Erguss festgestellt. Weiter habe sich ein diskreter Druckschmerz im Bereich des linken Gesäßes mit Schmerzausstrahlung in den linken dorsalen Oberschenkel bei freier Beugung im Hüftgelenk gefunden. Nach der Röntgenuntersuchung hätten in den Bereichen des rechten Kniegelenkes und der linken Hüfte keine Frakturen vorgelegen.

Eine Woche später untersuchte sie der Facharzt für Orthopädie Dr. B ... Nach dessen H-Arzt-Bericht diagnostizierte er eine posttraumatische Läsion Harnstrings links (ICD-10 M13.15). Die Versicherte sei am 20. Mai 2011 notfallmäßig behandelt worden, habe aber gleich weitergearbeitet und ihren Dienst beendet. Am darauffolgenden Montag sei sie zum Hausarzt gegangen. Bei seiner Untersuchung habe sie persistierende Beschwerden im Bereich der linken Hüfte bis zum Knie und Beschwerden im Bereich des Brustkorbes angegeben. Im Bereich des linken Beines sei ein zwei Handteller großes Hämatom im Bereich des dorsalen Oberschenkels zu sehen gewesen. Von der Kniekehle bis zum lateralen Gelenkspalt des linken Kniegelenkes sei ein Hämatom mit einer Größe von einem Handteller zu erkennen gewesen. Für die

Streckung und Beugung des linken Knies seien nach der Neutral-0-Methode 5-0-120° gemessen worden; die Streckung sei damit frei gewesen. Die Beugung sei schmerzbedingt bis 90° möglich gewesen. Es habe sich kein Flexionsschmerz gezeigt. Die Meniskuszeichen seien negativ gewesen. Bei stabilen Bändern hätten sich weder ein Anhalt für eine Kniebinnenläsion noch für einen Erguss oder eine Entzündung gefunden.

Am 5. Juli 2011 führte Dr. B. eine neurologische Untersuchung durch. Nach dessen Bericht wurde vorläufig ein sakrales Wurzeliirritationssyndrom im Bereich S 1 links diagnostiziert, bei unauffälliger Elektroneurographie mit regelrechter Leitgeschwindigkeit des Nervus peroneus und des Nervus tibialis links.

Die Versicherte stellte sich erstmals am 21. Juli 2011 in der Berufsgenossenschaftlichen (BG-) Unfallklinik in T. vor. Nach dem Bericht des Ärztlichen Direktors des Zentrums für Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren, Prof. Dr. St., wurden eine Avulsionsverletzung der Sehnenansätze der ischiocruralen Muskulatur am Os ischii links mit Abriss der Sehnen von Musculus biceps femoris und Musculus semitendinosus sowie eine Teiltraktur des Musculus semimembranosus mit persistierenden Beschwerden diagnostiziert. Diese Gesundheitsstörungen hätten sich nach einem von den Fachärzten für Diagnostische Radiologie Dres. T./K. am 1. Juli 2011 erstellten Magnetresonanztomogramm (MRT) der Beckenregion gezeigt. Darauf sei zudem perifokal eine deutliche Weichteilschwellung und ein flaches Knochenmarködem bei diskretem Corticalisdefekt im Bereich der Sehnenansatzregionen dieser Muskeln zu sehen. Eine stattgehabte stabilitätsgefährdende knöcherne Verletzung des Beckenringes habe nicht vorgelegen. Ebenso seien Verletzungen der Hüftgelenke und der Sakroiliakfugen beidseits nicht nachzuweisen gewesen. Initial seien eine Coxarthrose und eine erhebliche Osteochondrose im Bereich des vierten und fünften Lendenwirbelkörpers erkannt worden. Bei der klinischen Untersuchung habe sich eine aktive Beweglichkeit von 0-0-90° bei der Beugung gezeigt. Das linke Bein habe in Streckstellung, bei deutlicher Kraftminderung, nicht angehoben werden können, wobei die Versicherte auf dem Bauch gelegen sei. Zudem habe sie über Schmerzen beim Sitzen geklagt.

Am 30. September 2011 wurde in der BG-Unfallklinik in T. ein MRT der Lendenwirbelsäule erstellt. Nach dem Befundbericht des Radiologen Dr. Sch. zeigten sich eine Höhenminderung des Zwischenwirbelaumes L 4/5 mit subligamentärem medianem Prolaps und eine Hypertrophie der Facettengelenke L 3/4 und L 4/5 mit hypertrophem Charakter der Ligamenta flava. Es habe sich eine relative Einengung der Neuroforamina der Wurzel L 4 beidseits ohne relevante Wurzeliirritation gefunden. Ebenso habe N.befundlich ein Hämangiom im Bereich des zweiten Brustwirbelkörpers festgestellt werden können. Auffälligkeiten im Bereich des Beckens hätten sich nicht gezeigt.

Am 5. Oktober 2011 wurde die Versicherte von dem Neurologen und Psychiater Prof. Dr. St. untersucht. Nach dessen Befundbericht im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle war die Versicherte offensichtlich bemüht, eine hochgradige Lähmung des linken Beines zu demonstrieren, wobei diese nach den objektivierbaren Befunden sicher nicht vorliege. Gänzlich unplausibel wäre auch eine Lähmung der Hüftbeuger, der Kniestrecker und der Gesäßmuskulatur, kurzum der gesamten Muskulatur des linken Beines, bei offensichtlich erhaltener Gehfähigkeit und normaler Muskelausprägung sowie normalem Reflexstatus.

Nach einer weiteren Untersuchung der Versicherten am 18. Oktober 2011 berichtete Prof. Dr. St., es habe sich weiterhin eine Schwäche im Bereich des linken Beines, Kraftgrad 3 bis 4 (Oberschenkelstrecker 3 links, Oberschenkelbeuger 3 links und Fußsenkung 3 bis 4 links), gezeigt, mit Druckschmerz im Bereich der Oberschenkelbeugemuskulatur links sowie Trochanterklopf- und Druckschmerz im Bereich der linken Leiste.

Nachdem die Versicherte im Therapiezentrum des Kreisklinikums C.-N. eine erweiterte ambulante Physiotherapie durchgeführt hatte, wurde sie dort, ebenfalls am 18. Oktober 2011, einmalig ärztlich untersucht. Nach dem Bericht des Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Priv.-Doz. Dr. H., wurde eine Umfangminderung des linken Beines im Bereich der Ober- und Unterschenkel im Vergleich zur Gegenseite als Ausdruck einer Muskelatrophie festgestellt. Zudem habe eine leichtgradige Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenkes im Vergleich zur Gegenseite vorgelegen.

Auf Veranlassung der Beklagten erstattete der Direktor der Unfallchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums K., Prof. Dr. M., nach einer ambulanten klinischen Untersuchung der Versicherten am 23. Januar 2012 im Mai 2012 ein Gutachten. Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht bestünden keine Verletzungsfolgen, die einen Abbruch der Ausbildung rechtfertigten. Inwieweit ein solcher wegen der psychiatrischen Begleiterkrankungen gerechtfertigt sei, könne er nicht beurteilen. Nach den ihm bekannten Studien und der Literatur verbleibe aufgrund der orthopädischen Verletzungen im Allgemeinen lediglich ein geringes Funktionsdefizit, welches eine Fortführung der Ausbildung ermögliche. Die aktiven Bewegungsmaße für die Streckung und Beugung des rechten Hüft- und Kniegelenkes seien mit 0-0-45° und 0-0-40° gemessen worden. Die passive Beweglichkeit sei demgegenüber bei der Beugung jeweils bis 90° möglich gewesen. Die Umfangminderung in Bereichen 10 cm und 20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes habe jeweils 3 cm betragen. Die Versicherte habe weiterhin Dysästhesien beziehungsweise Missempfindungen im Bereich des linken Beines angegeben. Diese seien aufgrund des im MRT beschriebenen Verletzungsmusters nicht nachzuvollziehen. Die neurologische Zusatzuntersuchung habe den Befund einer posttraumatischen Störung erbracht, welcher die Beschwerden erkläre. Hinsichtlich der Muskelabrisse und Sehnteiltrakturen sei zum jetzigen Zeitpunkt von einer Defektheilung auszugehen. Es sei eine geringe Funktionseinschränkung verblieben. Der Hauptbefund werde aktuell durch die neurologisch-psychiatrische Erkrankung erklärt, welche laut neurologischem Befund ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sei.

Diese neurologische Zusatzbegutachtung führte, ebenfalls im Auftrag der Beklagten, der Chefarzt der Neurologie des Kreisklinikums C.-N., Dr. H., durch. Nach einer ambulanten klinischen Untersuchung der Versicherten am 14. März 2012 gab er an, auf neurologischem Fachgebiet lägen keine zu objektivierenden Unfallfolgen vor. Auf psychiatrischem Gebiet bestünden eine posttraumatische Verwitterungsstörung mit Somatisierung in Form eines chronischen Schmerzsyndroms im Bereich des linken Beines und eine psychogene Beinlähmung links. Die Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet rechtfertige einen "GdB" von 30 vom Hundert.

Nach ambulanten Vorstellungen der Versicherten in der M. G. Klinik in B. vom 15. bis 22. März 2012 diagnostizierte der Facharzt für Anästhesie sowie Innere Medizin und Rheumatologie Dr. G. einen Zustand nach Abduktionsspreiztrauma der Beine mit schwerer Ausrissverletzung der Sehnen des Musculus biceps femoris, des Musculus semitendinosus sowie einer Teiltraktur des Musculus semimembranosus mit teilweise knöchernem Ausriss des linken Sitzbeines. Es sei eine konsequente Kombinationstherapie mit Novalgin, Ibuprofen und Lyrica etabliert worden. Der nächste Schritt sei die Hinzunahme eines niederpotenten Opiats wie Valoron retard, 50 mg, zwei

Tabletten täglich.

Nach einem Bericht von Prof. Dr. St. über eine ambulante Untersuchung am 26. März 2012 zeigte sich bei der klinischen Untersuchung der unteren Extremitäten eine leichte Umfangminderung im Bereich des linken Oberschenkels. Das Gangbild sei sehr unsicher und leicht linkshinkend gewesen. Dabei sei darauf geachtet worden, die linke Extremität im Kniegelenk nicht vollständig durchzustrecken. Der Fersengang links sei deutlich unsicher, jedoch demonstrierbar gewesen. Der Zehengang links sei ebenfalls deutlich erschwert und unsicher, jedoch linkshinkend möglich gewesen.

Über ein am 23. Mai 2012 erstelltes MRT des linken Knies berichtete der Radiologe Dr. F., es lägen zweigradige Degenerationen im Innenmeniskushinterhorn vor. Im Übrigen sei die Darstellung der Kniegelenksbinnenstrukturen regelrecht. Eine Bandläsion könne nicht festgestellt werden. Auffälligkeiten in der mitdargestellten Muskulatur zeigten sich nicht. Ein am 31. Mai 2012 erstelltes MRT der Hüftgelenke und der proximalen Oberschenkel bewertete Dr. F. dahingehend, dass eine mäßige Atrophie der Kniegelenkstreckler links (Musculus biceps femoris, Musculus semitendinosus, Musculus semimembranosus) vorliege, jedoch kein knöcherner Ausriss bei durchgängig erkennbaren dünnkalibrigen Ursprungssehnen. Ferner seien Fettgewebsinlagerungen in die Muskulatur der Kniegelenksstreckler zu erkennen. Die übrigen Oberschenkelmuskeln, insbesondere die Oberschenkeladduktoren, stellten sich symmetrisch dar. Ein frischer Muskelfaserriss oder eine frische Fraktur lägen nicht vor.

Über eine Untersuchung am 11. Juni 2012 berichtete Prof. Dr. St., das Gangbild in der Ebene habe sich L.sam, aber flüssig gezeigt. Zehen- und Fersenstand seien linksseitig nicht durchführbar gewesen. In Bauchlage seien im gesamten Bereich der linken Oberschenkelrückseite Druckschmerzen vom Sitzbein bis zum Knie geäußert worden. Die passive Beweglichkeit im linken Kniegelenk sei frei gewesen. Am Hüftgelenk sei die Flexion und Adduktion schmerzhaft endgradig eingeschränkt gewesen. Die Beugung im linken Kniegelenk in Bauchlage sei aktiv nicht durchführbar gewesen. Es habe sich lediglich eine Kontraktion der ischiocruralen Muskulatur gezeigt. Das Bein habe nicht angehoben werden können. Ebenfalls sei eine aktive Beugung im Hüftgelenk sowie die Zehenhebung und -streckung nicht selbstständig durchführbar gewesen. Die Versicherte habe angegeben, das Bein nicht bewegen zu können.

Am 14. Juni 2012 beantragte die Versicherte bei der Beklagten wegen anstehender Kosten für die Qualifikationsmaßnahme "Medizinisch-kaufmännische Fachkraft" im Berufsförderungswerk Sch. gGmbH Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Unter Hinweis auf § 14 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) leitete die Beklagte den Antrag mit Schreiben vom 21. Juni 2012 an die Bundesagentur für Arbeit, Agentur für Arbeit N. weiter. Hierzu teilte diese mit, die versicherungsrechtliche Zuständigkeit liege bei der Klägerin. Als zweitangegangene Trägerin prüfe sie gleichwohl den Rehabilitationsbedarf der Versicherten. Über den Antrag werde sie nach Eingang der arbeitsmedizinischen Stellungnahme entscheiden.

Der Hausarzt der Versicherten, der Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, Dipl.-Psych. Dr. Th., teilte auf Anfrage der Beklagten im Juni 2012 mit, die Versicherte befinde sich seit 2006 in seiner Behandlung. Es habe keine psychiatrische Behandlung stattgefunden. Eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit Ende Januar und Anfang Februar 2011 habe wegen einer Distorsion des rechten Kniegelenkes vorgelegen.

Am 17. Juli 2012 wurde die Versicherte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Kreisklinikums C.-N. untersucht. Nach dem Bericht des Sektionsleiters der Unfallchirurgie, Dr. N., habe die Versicherte innerhalb der letzten Tage wieder einen sehr starken Schmerz im Bereich des linken dorsalen Oberschenkels gehabt, welcher zu einer krampfartigen Verspannung geführt habe, so dass sie notfallmäßig beh. worden sei. Bei der heutigen Untersuchung habe sich ein sehr unsicheres Gangbild zu Lasten des linken Beines gezeigt. Einbein- und Zehenspitzenstand wie auch sämtliche Beinfunktionen links seien eingeschränkt gewesen. Daher seien das Einnehmen und Aufkommen aus der Hocke nicht möglich gewesen. Der Einbeinstand sei sehr unsicher gezeigt worden. Die gesamte Person habe abgestützt werden müssen. Ein aktives Beugen in der Hüfte sei im Stehen ebenfalls nur eingeschränkt bis zu einer Beugung von etwa 60° möglich gewesen. Daher sehe er es derzeit als unrealistisch an, dass die volle Funktion beider Beine ausreiche, um im Pflegeberuf arbeiten zu können, insbesondere andere Personen zu stützen. Diesbezüglich reiche die aktuelle Funktion des linken Beines definitiv nicht aus.

Nach einem Telefonat der Beklagten mit der Klägerin Anfang August 2012 beabsichtigte Letztere der Versicherten anzuraten, bei ihr einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Hierbei werde sie die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung prüfen und gegebenenfalls einen Erstattungsanspruch bei der Beklagten anmelden. Mit der Klägerin stimmte die Versicherte ab, ihren Widerspruch gegen die mittlerweile ergangene ablehnende Entscheidung der Bundesagentur für Arbeit zurückzunehmen und einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei dieser zu stellen, was am 13. August 2012 erfolgte.

Die dreijährige Ausbildung zur staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegerin brach die Versicherte unter Hinweis auf die Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 ab und beendete sie Ende August 2012, nach Ablegung der Schulfremdenprüfung, mit dem Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (vgl. Urkunde des Regierungspräsidiums Karlsruhe vom 31. August 2012).

Im Auftrag der Beklagten erstattete der Chefarzt der Neurologie der Fachklinik W., der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. O., nach einer ambulanten Untersuchung der Versicherten am 31. Juli 2012 ein Gutachten, wozu Dipl.-Psych. N., nach einer Untersuchung am selben Tag, einen psychologischen Befundbericht erstellte. Dr. O. äußerte, nach objektiven Maßstäben könne der Einschätzung von Dr. H. nicht gefolgt werden. Zum einen liege eine ganz klare Simulation von Störungen vor, die durch objektive Befunde zu widerlegen sei. Zum anderen habe dieser die Simulation als eine psychogene Lähmung des linken Beines und als kausal im Sinne von Unfallfolgen beurteilt. Eine solche Kausalitätsbeurteilung könne nicht nachvollzogen werden. Auch Prof. Dr. St. habe eine Beinlähmung beschrieben, ohne dass er nachvollziehbare objektive neurologische Befunde habe erheben können. Bei seiner Untersuchung sei eine hochgradige Beinlähmung demonstriert worden. Die hierdurch zu erwartende lähmungsbedingte Gangstörung habe jedoch nicht festgestellt werden können. Auch hätten sich keine weiteren objektiven Befunde für eine Beinlähmung im demonstrierten Ausmaß gefunden. So sei das Reflexniveau seitengleich normal gewesen. Es habe sich keine muskuläre Atrophie gefunden, was durch die Umfangmessung bewiesen sei. Auffällig gewesen sei auch die Innervierung von Antagonisten bei den jeweiligen Funktionsprüfungen der Muskulatur des linken Beines. Auch sei die Versicherte in der Lage gewesen, durchaus geschickt und ohne Zuhilfenahme der Hände, mit ihrem Fuß in eine quergestellte Sandale zu kommen. Die Beschwielung der Fußsohlenflächen sei seitengleich gewesen, was ein Hinweis für eine symmetrische Belastung der Beine sei. Eine psychogene Ursache hierfür könne nicht nachvollzogen werden, da es sich um keine allgemeine konversionssymptomatische Störung

H.e, stattdessen die Symptomatik einer Beinlähmung gezielt eingesetzt worden sei. Maßnahmen zu einer medizinischen Rehabilitation im psychotherapeutischen Bereich seien wegen traumatologischer beziehungsweise orthopädischer oder psychischer Gesundheitsstörungen ebenso wenig erforderlich, wie solche zur Teilhabe am Arbeitsleben. Anforderungen an ein neues Berufsbild seien nur hinsichtlich der mangelhaften Belastbarkeit des linken Beines vorhanden. Eine Quantifizierbarkeit sei wegen der Simulation einer schweren Lähmung allerdings objektiv nicht möglich.

Der Dipl.-Psych. N. führte aus, die Versicherte sei zwar leicht misstrauisch gewesen, aber nicht im pathologischen Sinne paranoid. Sie sei gezielt auskunftsbereit zu den Bereichen gewesen, zu denen sie sich habe äußern möchten. Die Informationen, die zur beruflichen Situation sowie zu den Zielen privater oder beruflicher Natur zu erhalten gewesen seien, seien sehr klar, verständlich und direkt vorgetragen worden. Die Versicherte habe in keiner Weise psychisch beeinträchtigt, verunsichert, ängstlich oder depressiv gewirkt. Sie habe auch nicht als klagsam oder gekränkt imponiert. Die Geradlinigkeit und sicherlich etwas betonte Selbstsicherheit und Unabhängigkeit könnte zwar als eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung interpretiert werden, liege aber außerhalb des psychopathologisch Auffälligen.

Über eine Untersuchung am 28. September 2012 berichtete Dr. N., es habe weiterhin, auch an diesem Untersuchungstag, eine Diskrepanz zwischen den subjektiv demonstrierten und empfundenen Beschwerden sowie den erhobenen Befunden am linken Bein bestanden, ohne dass eine objektivierbare Bewegungseinschränkung des Hüft- oder Kniegelenkes oder eine wesentliche Muskelminderung im Vergleich zur gesunden rechten Seite habe gemessen werden können. Nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 29. Oktober 2012 berichtete er, hinsichtlich der Funktion des linken Beines sei eine deutliche Kraftminderung gezeigt worden, so dass etwa auch beim Hinlegen auf die Untersuchungsfläche das linke Bein mit den Händen habe geführt werden müssen. Es sei so schwach gewesen, dass es nicht selbstständig habe positioniert werden können. Auch beim Durchbewegen habe sich eine deutliche Kraftminderung gezeigt, so dass etwa auch der Unterschenkel aus der Streckstellung nicht von der Untersuchungsfläche habe angehoben werden können. Dies sei auf der rechten Seite uneingeschränkt möglich gewesen. Bei den Umfangsmaßen habe sich eine Hypertrophie vor allem der Musculus quadriceps femoris-Muskulatur gezeigt. 10 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes sei eine Differenz von 1 cm zu Ungunsten der linken Seite gemessen worden. Bezüglich der objektivierbaren Untersuchungsergebnisse und der geklagten Beschwerden habe sich weiterhin eine erhebliche Diskrepanz gezeigt.

Nach der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten nach S. I. durch den Chefarzt der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Prävention der BG-Unfallklinik in T., Prof. Dr. K., hatte die Versicherte bei Untersuchungen am 8. und 9. Januar 2013 sehr große Einschränkungen durch ihre Schmerzen und Verkrampfungsbeschwerden am Os ischii links mit Ausstrahlung zum Oberschenkel hinten beschrieben. Durch ihre Gewichtsübernahme auf rechts sei es ihr nicht möglich gewesen, längere Zeit zu stehen und gehen. Bewegungsübergänge, die während der Patiententransfers notwendig seien, sowie längeres Stehen und Gehen könne sie nicht sicher durchführen. Die Leistungsbereitschaft der Versicherten beurteile er allerdings als nicht zuverlässig. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Versicherte habe an beiden Testtagen ein konstantes Verhalten bei den Hebe- und Tragetests gezeigt, was bedeute, die Lasten hätten bei einem Gewicht von 5 kg zu einer Gewichtsverlagerung auf rechts geführt. Ein solches Testergebnis reiche für das Spektrum der leichten Tätigkeit, für mittelschwere Tätigkeiten sei die Leistungsfähigkeit danach nicht nachgewiesen. Eine Verfälschung des Tests durch bewussteinsnahe Schlechtleistung könne indes nicht ausgeschlossen werden.

Über eine Untersuchung der Versicherten am 5. Dezember 2013 berichtete Dr. N., beim Stehen ohne Schuhwerk habe sich ein Beckengeradstand gezeigt. Sämtliche großen Gelenke, einschließlich der Hüftgelenke, seien seitengleich frei beweglich gewesen. Äußerliche Verletzungszeichen seien nicht vorhanden gewesen. Hinweise auf fehlende Muskellogon oder eine im Vergleich zur unverletzten rechten Seite defizitäre Muskulatur hätten gefehlt. Eine Bandinstabilität habe nicht vorgelegen. Anzeichen für Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule oder in den Iliosakralgelenksfugen habe es nicht gegeben. Eine Dystrophie sei nicht festzustellen gewesen.

Am 11. Februar 2014 stellte sich die Versicherte in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums H. vor. Nach dem Bericht des Leiters der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Prof. Dr. Sch ..., wurden ein Zustand nach einer Ausrutschverletzung mit Abriss der ischiocruralen Muskulatur linksseitig im Mai 2011 und eine unwillkürliche Anpassungsstörung diagnostiziert. Bei der klinischen Untersuchung sei der Entkleidungsvorgang von der Versicherten, die den Raum ohne Schonhinken betreten habe, problemlos durchgeführt worden. Die Inspektion der Weichteile habe keine wesentliche Seitendifferenz der Weichteilmantelung beider Ober- und Unterschenkel gezeigt. Weder der Zehenspitzenstand links noch der Hackenstand seien gelungen. Die jeweilige aktive Beugung im linken Hüft- und Kniegelenksbereich sei nicht durchführbar gewesen, weder in Rücken- noch in Bauchlage. Die Versicherte habe keine aktive Fuß- oder Zehenhebung vorgenommen. Sie sei nicht in der Lage gewesen, auf Anforderung eine aktive Plantarflexion linksseitig durchzuführen. Es sei aufgefallen, dass die klinischen Untersuchungsbefunde nicht in vollem Ausmaß zu dem Verletzungsbild der Versicherten passten, so dass auch jetzt noch von einer unwillkürlichen Anpassungsstörung auszugehen sei, die N.n den somatischen Behandlungsversuchen erneut psychotherapeutisch fachärztlich betrachtet werden müsse.

Im Auftrag der Beklagten erstattete der Ärztliche Direktor und Chefarzt der Fachklinik für Neurologische und Orthopädische Rehabilitation der O.-Bad Rehaklinik in Bad W., der Facharzt für Neurologie Dr. W., ein Gutachten. Nach einer Untersuchung der Versicherten am 4. Februar 2014 führte dieser aus, diese habe am 20. Mai 2011 eine Avulsionsverletzung der ischiocruralen Muskulatur am linken Bein erlitten. Bei der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine komplette Parese der Hüftbeuger und -strecker, der Kniebeuger und -strecker sowie der Fußheber auf der linken Seite gezeigt, die jedoch nicht zu einer Einschränkung der Gehfähigkeit führten. Die demonstrierte Parese passe nicht zu einer Nervenschädigung und könne auch nicht die erhaltene Steh- und Gehfähigkeit erklären. Es seien weder Unfallfolgen auf neurologischem und psychiatrischem noch auf orthopädischem Fachgebiet erkennbar. Es lägen keine Erkrankungen vor, welche durch das Unfallereignis verursacht oder vorübergehend richtungsweisend oder andauernd verschlimmert worden seien. Ebenfalls im Auftrag der Beklagten und nach einer ambulanten klinischen Untersuchung der Versicherten am 4. Februar 2014 erstattete der in der Fachklinik für Neurologische und Orthopädische Rehabilitation der O.-Bad Rehaklinik in Bad W. tätige Facharzt für Chirurgie Dipl.-Med. N. ein Gutachten. Nach dessen Ausführungen zeigte sich bei der aktuellen orthopädischen Untersuchung eine komplette Parese der Hüftbeuger und -strecker, der Kniebeuger und -strecker sowie der Fußheber auf der linken Seite, wodurch es jedoch nicht zu einer Einschränkung der Gehfähigkeit gekommen sei.

Bereits mit Bescheid vom 17. April 2013 hatte die Beklagte gegenüber der Versicherten das Ereignis vom 20. Mai 2011 als Arbeitsunfall

anerkannt, die Gewährung einer Verletztenrente hingegen abgelehnt. Des Weiteren hatte sie festgestellt, dass der Sehnenabriss der rückseitigen Oberschenkelmuskulatur links (Sehnenansätze Os ischii mit Abriss der Sehnen am Musculus biceps femoris und Musculus semitendinosus sowie Teilabriss des Musculus semimembranosus) mit vorübergehender Verschlimmerung der vorbestehenden Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk und eine folgenlos ausgeheilte Knieprellung rechts Folgen dieses Arbeitsunfalls sind. Nicht als Unfallfolgen anerkannt wurden eine beidseitige Hüftgelenksarthrose, eine psychogene Lähmung des linken Beines sowie degenerative Veränderungen des vierten und fünften Lendenwirbelkörpers. Mit Bescheid vom 18. März 2014 stellte die Beklagte fest, dass die "derzeit bestehende Behandlungsbedürftigkeit" nicht durch die Unfallfolgen bedingt ist, weshalb Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung "über diesen Zeitpunkt hinaus" nicht gewährt werden könnten. Mit Widerspruchsbescheid vom 21. Mai 2014 wurde der gegen den Bescheid vom 17. April 2013 erhobene Widerspruch zurückgewiesen. Auch der Verwaltungsakt vom 18. März 2014 sei Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens geworden. Die Versicherte führte deswegen kein Klageverfahren.

Die Klägerin hatte der Versicherten mit Bescheid vom 19. November 2012 eine psychologische Eignungsuntersuchung im Berufsförderungswerk Bad W. gGmbH als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt, die bereits vier Tage zuvor durchgeführt worden war und Kosten von 124,37 EUR verursachte. Der Betrag setzte sich zusammen aus Pflegekosten von 92 EUR, Maßnahmekosten von 24 EUR sowie Beiträgen zur Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung von 2,61 EUR, 0,34 EUR und 5,42 EUR. Als weitere Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gewährte die Klägerin der Versicherten eine "JobFit"-Qualifizierungsmaßnahme zur Medizinisch-kaufmännischen Fachkraft, die vom 14. Januar bis 20. September 2013 ebenfalls im Berufsförderungswerk Sch. gGmbH stattfand. Die von der Klägerin deswegen getätigten Aufwendungen von 28.973,06 EUR setzten sich zusammen aus Pflegekosten von 14.247,60 EUR, Fahrkosten und Stadtfahrgeld/Fahrgeld für Pendler als Nebenkosten von 83,24 EUR und 161,60 EUR, Übergangsgeld von 9.030,32 EUR sowie Beiträgen zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherung von 2.800,61 EUR, 2.297,10 EUR, 303,81 EUR und 48,78 EUR. Für Bewerbungen aus der Zeit vom 23. Oktober 2013 bis 28. April 2014 übernahm die Klägerin mit Bescheiden vom 27. Januar, 1. und 15. April sowie 6. Mai 2014 die der Versicherten hierdurch entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 363,40 EUR als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Wegen der psychologischen Eignungsuntersuchung und der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme machte die Klägerin mit Schreiben vom 20. Dezember 2013 bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Erstattungsansprüche geltend. Diese leitete die Vorgänge an die Beklagte weiter, welche der Klägerin den "aktuellen Erhalt" mit Schreiben vom 20. Januar 2014 bestätigte. An die Begleichung der Ansprüche erinnerte die Klägerin die Beklagte im Juli 2014. Ob der Bewerbungskosten machte die Klägerin bei der Beklagten mit am 22. August 2014 eingegangenem Schreiben vom 18. August 2014 einen weiteren Erstattungsanspruch geltend. Der Forderungsbetrag belief sich damit insgesamt auf 29.460,83 EUR.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 31. Juli 2014 mit, die Folgen des Unfallereignisses vom 20. Mai 2011 rechtfertigten keinen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ihren Lasten. Sowohl die von der Versicherten über den 9. Januar 2013 hinaus geklagten Beschwerden als auch eine darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit seien nicht dem Unfallereignis vom 20. Mai 2011 anzulasten, sondern Ausfluss einer unfallunabhängigen Erkrankung. Wegen des ob der Bewerbungskosten geltend gemachten Erstattungsanspruches verwies die Beklagte mit Schreiben vom 25. August 2014 auf ihr Schreiben vom Vormonat, weshalb auch dieser Forderung nicht nachgekommen werde.

Unterdessen hatte die Klägerin mit Schreiben vom 22. August 2014 der Beklagten eine sozial-medizinische Stellungnahme der Fachärztin für Chirurgie Dr. L. von Juli 2014 zukommen lassen, wonach die bei Antragstellung der Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehende verminderte körperliche Belastbarkeit ausschließlich wegen der Unfallfolgen bestanden habe. Im Hinblick auf die auftretenden Belastungen bei der praktischen Ausbildung sei der Versicherten die angestrebte Tätigkeit als Pflegerin nicht mehr zumutbar gewesen. Ferner hätten keine konkurrierenden unfallfremden Erkrankungen vorgelegen, die einen Abbruch der Ausbildung als Pflegerin hätten begründen können. Auch bei der gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. M. im Januar 2012 sei ein leichtes Schonhinken links beschrieben worden. Ferner sei eine aktiv und passiv eingeschränkte Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes im Seitenvergleich festgestellt worden. Auch habe im Bereich des linken Kniegelenkes eine eingeschränkte Beugefähigkeit vorgelegen, auch wenn diese aktiv deutlich ausgeprägter gewesen sei als passiv. Insgesamt habe jedoch kein solches Bewegungsausmaß wie auf der gesunden rechten Seite vorgelegen. Die vergleichende Umfangmessung habe eine Muskelminderung des linken Oberschenkels von 3 cm ergeben. Von den die Versicherte behandelnden Ärzten sei erst ab Oktober 2012 eine Diskrepanz zwischen den subjektiv gezeigten und dargestellten Defiziten sowie den objektiven Befunden aufgezeigt worden. Nicht zu verkennen sei, dass die Versicherte bei dem Ereignis am 20. Mai 2011 durchaus als schwerwiegend zu beurteilende Unfallfolgen erlitten habe. Bei den die Versicherte behandelnden Ärzten habe jedenfalls bis Juli 2012 kein Zweifel daran bestanden, dass wegen der Unfallfolgen die Tätigkeit in einem Pflegeberuf nicht mehr ausgeübt werden können.

Mit Schreiben vom 26. Juli 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, auch nach der sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. L. sei die Begleichung des geltend gemachten Erstattungsanspruches nicht möglich.

Die Klägerin hat daraufhin beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) am 19. November 2014 Klage mit dem Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 29.460,83 EUR erhoben. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 28. Juli 2015 mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin könne von der Beklagten keine Erstattung der geltend gemachten Forderung verlangen. Sie sei nicht die unzuständige Leistungsträgerin gewesen. Nach den vorliegenden medizinischen Unterlagen seien keine Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 nachweisbar, die einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zulasten der Beklagten begründen könnten.

Hiergegen hat die Klägerin am 20. August 2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt und unter Vorlage einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. L. von August 2015 ihr Klagebegehren mit der Begründung weiterverfolgt, es falle auf, dass die einer klinischen Untersuchung schwer zugänglichen Befunde im Bereich des linken Gesäßes und der linken Oberschenkelrückseite von der Beklagten nicht frühzeitig weiter abgeklärt worden seien, etwa mittels eines MRT. Möglicherweise hätten sich dann die von der Versicherten geklagten Beschwerden und demonstrierten Funktionseinschränkungen in der unmittelbaren Zeit nach dem Unfallereignis objektivieren lassen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Juli 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 29.460,83 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die angefochtene Entscheidung des SG sei weder inhaltlich noch rechtlich zu beanstanden. Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 habe sie der Versicherten keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren gehabt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakten der Klägerin (1 Band) und der Beklagten (5 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#)). Das Rechtsmittel bedurfte nicht der Zulassung, da über eine Erstattungsforderung von 29.460,83 EUR gestritten wird, so dass der Beschwerdewert von 10.000 EUR ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#)) überschritten ist. Die Berufung ist indes unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG vom 28. Juli 2015, mit dem die als echte Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 29.460,83 EUR verfolgt hat, abgewiesen worden ist.

Einer Beiladung der Versicherten nach [§ 75 Abs. 2 Alt. 1 SGG](#) bedurfte es nicht, weil die Entscheidung über den Erstattungsanspruch wegen Aufwendungen für eine psychologische Eignungsuntersuchung und eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme sowie wegen übernommener Bewerbungskosten zwischen der Klägerin und der Beklagten keine Auswirkungen auf deren Rechtsposition hat und die Erstattungsansprüche nach [§§ 102](#) ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht von der Rechtsposition der Versicherten abgeleitet, sondern eigenständige Ansprüche sind (vgl. BSG, Urteile vom 16. März 2010 - [B 2 U 4/09 R](#) -, juris, Rz. 9 m. w. N. und 18. November 2014 - [B 1 KR 12/14 R](#) -, SozR 4-2500 § 264 Nr. 6, Rz. 9).

Der Anwendungsbereich von [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) als Rechtsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsanspruch ist zwar eröffnet. Denn unabhängig davon, ob [§ 14 SGB IX](#) anwendbar gewesen ist, wäre der Erstattungsanspruch der Klägerin selbst als erstangegangene Trägerin nach dessen Abs. 4 Satz 1 und 3 nicht ausgeschlossen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 44/08 R](#) -, [BSGE 104, 294](#) (296 f.)). Allerdings liegen die Voraussetzungen von [§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) nicht vor. Hat nach dieser Vorschrift eine unzuständige Leistungsträgerin Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) vorliegen, ist die zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträgerin erstattungspflichtig, soweit diese nicht bereits selbst geleistet hat, bevor sie von der Leistung der anderen Leistungsträgerin Kenntnis erlangt hat. [§ 104 Abs. 2 SGB X](#) gilt gemäß [§ 105 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) entsprechend. Der Umfang des Erstattungsanspruches richtet sich nach [§ 105 Abs. 2 SGB X](#) nach den für die zuständige Leistungsträgerin geltenden Rechtsvorschriften.

Die beklagte Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung ist für die durch die Klägerin erbrachten Sozialleistungen in Form von Aufwendungen für eine psychologische Eignungsuntersuchung und eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme sowie wegen übernommener Bewerbungskosten als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weder zuständig noch zuständig gewesen, so dass sie für den geltend gemachten Erstattungsanspruch nicht passivlegitimiert ist. Dies wäre sie nur dann, wenn sie nach materiellem Recht mit den von der Versicherten erhobenen Sozialleistungsansprüchen richtigerweise anzugehen gewesen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 25. April 1989 - [4/11a RK 4/87](#) -, [BSGE 65, 31](#) (Leitsatz 1)).

Die wegen des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 für Ansprüche der Versicherten nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung zwar verbandszuständige Beklagte ([§ 2 Abs. 1 Nr. 2, § 133 Abs. 1, § 136 Abs. 3 Nr. 3](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VII i. V. m. § 4 Nr. 2 ihrer Satzung vom 8. Juli 2003; vgl. aber auch BSG, Urteil vom 4. Juli 2013 - [B 2 U 2/12 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 25 zum Besuch privater berufsbildender Schulen, an denen nach Landesrecht kein schulrechtlicher Abschluss erworben und die Schulpflicht nicht erfüllt werden kann) hat nach diesem materiellen Recht keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu gewähren gehabt.

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern ([§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII](#)) und ergänzende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen ([§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII](#)). Sie bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Leistungen zur Teilhabe sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Leistungsträgerinnen erbringen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß [§ 35 Abs. 1 SGB VII](#) nach den [§§ 33](#) bis [38a SGB IX](#) sowie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung nach den [§§ 40](#) und [41 SGB IX](#), soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist. Nach entsprechender Anwendung insbesondere von [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#) werden zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen, die einen Arbeitsunfall erlitten haben, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen daher infolge des Eintritts des Versicherungsfalles ([§§ 7](#) ff. SGB VII) erforderlich werden. Dies ergibt sich zudem aus der Überschrift des Dritten Kapitels des SGB VII, worin [§ 35 SGB VII](#) enthalten ist.

Der Sturz am 20. Mai 2011 hat bei der Versicherten zwar zu einer versicherten Einwirkung auf ihren Körper geführt. Hingegen ist dadurch kein solcher Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht worden (vgl. dazu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 38 mit 31 ff.), dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich geworden sind.

Die Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls N.n anderen konkret

festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursache sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel ("conditio-sine-qua-non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitsschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, a. a. O., Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte wie etwa Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls N.n anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, [BSGE 111, 52](#) (55 f.)). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen insbesondere für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es H.t sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eingetreten sind (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Ferner müssen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die von der Versicherten beansprucht worden sind, infolge des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 erforderlich geworden sein ([§ 26 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 35 Abs. 1 SGB VII](#), [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#)).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit des Berufungsgerichts als Tatsacheninstanz bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "Unfallereignis" und "Gesundheitsschaden" der haftungsausfüllenden Kausalität bei unmittelbaren Unfallfolgen oder die Tatbestandsvoraussetzungen nach [§ 11 SGB VII](#) erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18). Demgegenüber genügt für den Nachweis des naturphilosophischen Ursachenzusammenhangs zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17).

Nach diesen Maßstäben konnte die Versicherte gegenüber der beklagten Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen ihres am 20. Mai 2011 erlittenen Arbeitsunfalls keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beanspruchen. Der Senat ist davon überzeugt, dass sie trotz der unfallbedingten Folgen ihre im April 2010 begonnene dreijährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin jedenfalls im Herbst 2011 hätte fortsetzen und schließlich auch beenden können. Sie hätte diese Ausbildung wegen der Folgen des Ereignisses vom 20. Mai 2011 nicht im Sommer 2012 abbrechen müssen. Die psychologische Eignungsuntersuchung am 15. November 2012, die Qualifizierungsmaßnahme zur Medizinisch-kaufmännischen Fachkraft von Mitte Januar bis Ende September 2013 und

die im Zeitraum von Ende Oktober 2013 bis Ende April 2014 erfolgten Bewerbungen sind somit nicht erforderlich gewesen, der Versicherten einen Platz im Arbeitsleben zu sichern.

Das versicherte Unfallereignis am 20. Mai 2011 führte zwar objektiv und rechtlich wesentlich zu einem die Sehnenansätze am Sitzbein betreffenden Sehnenabriss der rückseitigen Oberschenkelmuskulatur links, wobei es konkret zu einem Abriss der Sehnen am Musculus biceps femoris und Musculus semitendinosus sowie einem Teilabriss des Musculus semimembranosus mit vorübergehender Verschlimmerung einer vorbestehenden Bewegungseinschränkung im linken Hüftgelenk gekommen ist, sowie einer folgenlos ausgeheilten Knieprellung rechts, wie dies die Beklagte mit Bescheid vom 17. April 2013 auch gegenüber der Versicherten festgestellt hat. Dieser Bescheid hat nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. Urteil vom 18. Juli 2013 - [L 6 U 2895/11](#) - nicht veröffentlicht) die Folge, dass er auch im Erstattungsverhältnis vor den anderen Sozialversicherungsträgern zu beachten ist. Insoweit tritt eine über die relative Bestandskraft ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)), die grundsätzlich nur innerhalb der Beteiligten des Verwaltungsverfahrens wirkt, hinausgehende Bindung (Tatbestandswirkung) ein. Eine Ausnahme ist nur im Falle offensichtlicher Unrichtigkeit des bestandskräftigen Bescheides geboten (so auch BSG, Urteil vom 8. Juli 1998 - [B 13 RJ 49/96 R](#) -, [SozR 3-2600 § 99 Nr. 2](#)). Ein solcher Ausnahmefall ist jedoch nicht anzunehmen, denn der Bescheid vom 17. April 2013 ist nicht offensichtlich fehlerhaft. Dies ergibt sich aufgrund der Untersuchung von Prof. Dr. St. Ende Juli 2011 und dessen Auswertung des von den Dres. T./K. Anfang Juli 2011 erstellten MRT der Beckenregion der Versicherten, was auch Prof. Dr. M. nach seiner gutachterlichen Untersuchung der Versicherten im Januar 2012 bestätigt hat. Zu diesem Zeitpunkt bestanden jedoch nach seinem im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung - ZPO](#)) wegen solchen seinen Fachgebieten der Orthopädie und Unfallchirurgie zuzuordnenden Gesundheitsstörungen keine Funktionsbeeinträchtigungen mehr, die einen Abbruch der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin erforderten. Gestützt auf Studien und Literatur hat Prof. Dr. M. nachvollziehbar ausgeführt, dass bei solchen Verletzungen, wie sie die Versicherte erlitten hat, im Allgemeinen lediglich ein geringes Funktionsdefizit verbleibt, wodurch die Fortführung ihrer Ausbildung möglich ist. Dies hat sich nach seiner Untersuchung konkret für die Versicherte bestätigt. So wurden zwar aktive Bewegungsmaße für die Streckung und Beugung des rechten Hüft- und Kniegelenkes von 0-0-45° und 0-0-40° gemessen. Die passive Beweglichkeit war demgegenüber bei der Beugung jeweils bis 90° möglich. Eine solche Beugebehinderung ist, im Gegensatz zu einer nur geringfügigen Streckhemmung, für die meisten Betroffenen nicht derart einschneidend. Denn zu den meisten Arbeiten genügt eine Beugefähigkeit bis 80°; demgegenüber verhindert der Ausschluss voller Streckung, das Bein muskelentspannt als Standbein zu benutzen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 653). Gleichzeitig stellte Prof. Dr. M. zwar eine Umfangminderung von jeweils 3 cm in Bereichen 10 cm und 20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes als Ausdruck einer Muskelatrophie fest. Dass die von ihm objektivierte, lediglich endgradige Beugehemmung im linken Hüft- und Kniegelenksbereich gleichwohl die Versicherte bei der Benutzung ihres linken Beines nicht entscheidend beeinträchtigt hat, zeigt sich daran, dass sie diese Extremität in der Folgezeit nicht schonen musste. Die Muskelatrophie hatte sich bereits ein halbes Jahr später vollständig zurückgebildet. Dr. O. konnte bei seiner gutachterlichen Untersuchung Ende Juli 2012 mittels Umfangmessung keine muskuläre Atrophie mehr feststellen. Zudem war die Beschwellung der Fußsohlenflächen seitengleich, was ebenfalls auf eine symmetrische Belastung der Beine hindeutet. Die Versicherte gab zwar bei der Untersuchung durch Prof. Dr. M. weiterhin bestehende Dysästhesien beziehungsweise Missempfindungen im Bereich des linken Beines an. Diese haben sich aber anhand des im MRT von Anfang Juli 2011 beschriebenen Verletzungsmusters nicht nachvollziehen lassen. Ohne Belang ist, was mittels eines davor erstellten MRT objektiviert worden wäre, wie dies die Klägerin zuletzt, gestützt auf die Stellungnahme von Dr. L., in den Vordergrund gestellt hat. Prof. Dr. M. ist bezogen auf die Muskelabriss- und Sehnenteilrupturen zum Zeitpunkt seiner Untersuchung nachvollziehbar von einer Defektheilung ausgegangen. Nach dieser objektiven Befundlage ist der Senat davon überzeugt, dass die Versicherte trotz der geringfügigen Funktionseinschränkungen ihr linkes Bein in hinreichendem Maße im Rahmen des weiteren praktischen Teils ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin hätte belasten und damit zumutbar einsetzen können. Denn nach der Berufsinformation ist schweres Heben und Tragen (z. B. bettlägeriger Personen) zwar körperlich anstrengend, dies betrifft aber nur das im Pflege-Team zu verrichtende Umbetten. Heben oder Stützen der Patienten, aber nicht die Gehfähigkeit, sondern nur die allgemeine Belastbarkeit der Beine (vgl. hierzu BERUFENET, Stand 12. November 2015) stellt auch nur einen kleinen Teilbereich des Berufsbildes dar. Insoweit war für den Senat die frühe Einschätzung des als Klinikdirektor insofern besonders erfahrenen Prof. Dr. M., wonach die orthopädischen Verletzungen nur ein geringes Funktionsdefizit zur Folge haben, das eine Fortführung der Ausbildung ermöglicht, gut nachvollziehbar.

Anders als die Klägerin dargelegt hat, ist es nicht so, dass die behandelnden Ärzte erst ab Oktober 2012 eine Diskrepanz zwischen den subjektiv gezeigten und dargestellten Defiziten sowie den objektiven Befunden dokumentiert haben. Bereits Ende September 2012 ist etwa Dr. N. zu dem Ergebnis gekommen, dass auch an diesem Untersuchungstag, also danach wohl auch schon zu einem früheren Zeitpunkt, eine Diskrepanz zwischen den subjektiv demonstrierten und empfundenen Beschwerden sowie den erhobenen Befunden am linken Bein bestanden hat, ohne dass nunmehr eine objektivierbare Bewegungseinschränkung des linken Hüft- oder Kniegelenkes oder eine wesentliche Muskelminderung im Bereich des linken Beines im Vergleich zur gesunden rechten Seite gemessen werden konnte. Nach einer Untersuchung der Versicherten Mitte Juli 2012 hat Dr. N. noch kundgetan, er sehe es derzeit als unrealistisch an, dass die volle Funktion beider Beine der Versicherten ausreichen, um im Pflegeberuf arbeiten zu können, insbesondere Personen zu stützen, da hierfür die Funktion des linken Beines aktuell nicht ausreiche. Für diese Einschätzung hat er sich indes ausschließlich auf die Angaben der Versicherten und die von ihr gezeigten Bewegungsabläufe, also eine aktive Funktionsprüfung, gestützt, ohne die Behauptungen zu hinterfragen und für eine Plausibilitätsprüfung eine passive Funktionsprüfung vorzunehmen. Seinem Bericht über die Untersuchung im Sommer 2012 lassen sich keine die von der Versicherten vorgegebenen Funktionsstörungen objektivierenden Befunde entnehmen. Er hat lediglich ausgeführt, diese habe innerhalb der letzten Tage wieder einen sehr starken Schmerz im Bereich des linken dorsalen Oberschenkels gehabt, welcher zu einer krampfartigen Verspannung geführt habe, so dass sie notfallmäßig behandelt worden sei. Bei der heutigen Untersuchung habe sich ein sehr unsicheres Gangbild zu Lasten des linken Beines gezeigt. Einbein- und Zehenspitzenstand wie auch sämtliche Beinfunktionen links seien eingeschränkt gewesen. Daher seien das Einnehmen und Aufkommen aus der Hocke nicht möglich gewesen. Der Einbeinstand sei sehr unsicher gezeigt worden. Die gesamte Person habe abgestützt werden müssen. Ein aktives Beugen in der Hüfte sei im Stehen ebenfalls nur eingeschränkt bis zu einer Beugung von etwa 60° möglich gewesen. Prof. Dr. St. hat im Bericht über eine Untersuchung im Juli 2011, N.n. überwiegenden Beschwerdeschilderungen der Versicherten und den Ergebnissen der von ihr aktiv gezeigten Funktionseinschränkungen, einzig eine deutliche Kraftminderung im Bereich des linken Beines beschrieben, der er nach einer Untersuchung Mitte Oktober 2011 bereits nur noch den Kraftgrad 3 bis 4 als Ausdruck einer jedenfalls möglichen Bewegung gegen die Schwerkraft zugeordnet hat. Nach einer klinischen Untersuchung der unteren Extremitäten Ende März 2012 zeigte sich ihm nur noch eine leichte Umfangminderung im Bereich des linken Oberschenkels. Bei einer solchen Untersuchung Mitte Juni 2012 stellte er bei einer von der Versicherten demonstrierten nicht selbstständig durchführbaren aktiven Beugung im Hüftgelenk nach passiver Funktionsprüfung eine lediglich schmerzhaft endgradige Einschränkung hierbei und der seitlichen Heranführung fest. Die Beugung im linken Kniegelenk war aktiv in Bauchlage nicht durchführbar,

die passive Beweglichkeit demgegenüber frei.

Mangels mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehender Erkrankungen auf neurologischem Fachgebiet, insbesondere einer Lähmung des linken Beines, sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen des Arbeitsunfalls vom 20. Mai 2011 ebenfalls nicht erforderlich gewesen. Wie bereits Prof. Dr. St. nach seiner Untersuchung Anfang Oktober 2011 festgestellt hat, war die Versicherte offensichtlich bemüht, eine hochgradige Lähmung des linken Beines zu demonstrieren, wobei diese nach den objektivierbaren Befunden nicht vorlag. Die hierdurch simulierte Lähmung der Hüftbeuger, der Kniestrecker und der Gesäßmuskulatur, also der gesamten Muskulatur des linken Beines, konnte bei der von ihm festgestellten erhaltenen Gehfähigkeit, der normalen Muskelausprägung und dem normalen Reflexstatus nicht objektiviert werden. Ebenso konnte Dr. H. bei seiner Untersuchung Mitte März 2012 keine Unfallfolgen auf neurologischem Fachgebiet erkennen. Die von der Versicherten gegenüber Dr. O. Ende Juli 2012 abermals demonstrierte lähmungsbedingte Gangstörung ließ sich von ihm nicht nachweisen. Es fanden sich keine objektiven Befunde für eine Beinlähmung im demonstrierten Ausmaß. So war das Reflexniveau seitengleich normal. Es lag keine muskuläre Atrophie vor, wie die Umfangmessung des linken Beines bewiesen hat. Auffällig war zudem die funktionelle Versorgung der Muskeln des linken Beines bei den jeweiligen Funktionsprüfungen. Ferner war die Versicherte sogar in der Lage, geschickt und ohne Zuhilfenahme der Hände, mit ihrem Fuß in eine quergestellte Sandale zu kommen, was bei der vorgegebenen Beinlähmung nicht zu erwarten gewesen wäre.

Eine psychogene Ursache liegt, anders als nach der Einschätzung von Dr. H. in seinem ebenfalls im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten, nicht vor. Dr. O. hat schlüssig ausgeführt, dass die Versicherte die Symptomatik einer Beinlähmung gezielt eingesetzt hat, um mögliche Unfallfolgen zu simulieren. Denn nach seinen Ausführungen handelt es sich um keine allgemeine konversionssymptomatische Störung. Die von Dr. H. auf psychiatrischem Fachgebiet weiter angenommene Verbitterungsstörung mit Somatisierung in Form eines chronischen Schmerzsyndroms, wofür er ohnehin keinen Diagnoseschlüssel vergeben hat, steht ebenfalls nicht im Vollbeweis fest. Vielmehr folgt der Senat den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen des Dipl.-Psych. N., welcher die Versicherte Ende Juli 2012 untersuchte. Diese war zwar leicht misstrauisch, aber nicht im pathologischen Sinne paranoid. Sie war gezielt auskunftsbereit, soweit Bereiche betroffen waren, zu denen sie sich äußern mochte. Die Informationen, die zur beruflichen Situation sowie zu den Zielen privater oder beruflicher Natur zu erhalten waren, waren sehr klar, verständlich und direkt vorgetragen worden. Die Versicherte wirkte in keiner Weise psychisch beeinträchtigt, verunsichert, ängstlich oder depressiv. Sie imponierte nicht als klagsam oder gekränkt. Die Geradlinigkeit und etwas betonte Selbstsicherheit und Unabhängigkeit könne zwar, so der Dipl.-Psych. N., als eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung interpretiert werden. Sie hat aber außerhalb des psychopathologisch Auffälligen gelegen. Dies wird auch bestätigt durch die Rehabilitationspsychologische Stellungnahme der Diplom-Psychologin R.-C. vom 16. November 2012, die ein aufgebrachtes, leicht aggressives und uneinsichtiges Sozialverhalten, aber keinesfalls eine durch den Unfall verursachte psychogene Einschränkung beschrieben hatte, vielmehr habe die Versicherte sehr zielgesichert ihre Vorstellung durchsetzen wollen. Aus diesem Grund lässt sich auch die von dem Chirurgen Prof. Dr. Sch ..., ohnehin fachfremd und ohne Vergabe eines Diagnoseschlüssels, angenommene unwillkürliche Anpassungsstörung nicht nachvollziehen. Dies gilt umso mehr, als es der Versicherten möglich war, nach dem Unfallereignis zwei Ausbildungen, nämlich zum einen die bereits begonnene zur Gesundheits- und Krankenpflegerin als auch zum anderen die hier streitige Qualifizierung zur Medizinisch-kaufmännischen Fachangestellten, ohne Schwierigkeiten zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen, was bei nennenswerten psychischen Einschränkungen schlicht nicht vorstellbar gewesen wäre. Damit einhergehend hat sie Dr. O. gegenüber auch verneint, medikamentöse oder therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gesundheitsstörungen auf psychiatrischem Fachgebiet sind bei der Versicherten folglich nicht nachzuweisen gewesen.

Auch spätere Untersuchungen der Versicherten lassen den Rückschluss zu, dass diese Beschwerden und Bewegungseinschränkungen vorgegeben hat, die tatsächlich nicht vorhanden gewesen sind. Prof. Dr. K. hat nach der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach S. I. die Leistungsbereitschaft der Versicherten als nicht zuverlässig beurteilt. Bei den Subtests beobachtete er eine deutliche Selbstlimitierung. Eine Verfälschung durch bewusstseinsnahe Schlechtleistung hat er nicht ausschließen können. Ebenso ist Prof. Dr. Sch ... nach einer Untersuchung Anfang Februar 2014 aufgefallen, dass die klinischen Untersuchungsbefunde nicht in vollem Ausmaß zu dem von der Versicherten gezeigten Verletzungsbild passten. So wurde der Entkleidungsvorgang von der Versicherten, die ohne Schonhinken den Raum betrat, problemlos durchgeführt. Die Inspektion der Weichteile zeigte keine wesentliche Seitendifferenz der Weichteilummantelung beider Ober- und Unterschenkel. Demgegenüber wurde weder der Zehenspitzenstand links noch der Hackenstand durchgeführt. Die aktive Beugung wurde im jeweiligen Bereich der linken Hüfte und im linken Kniegelenk nicht durchgeführt, weder in Rücken- noch in Bauchlage. Die Versicherte nahm keine aktive Fuß- oder Zehenhebung vor. Sie sah sich nicht in der Lage, auf Anforderung eine aktive Plantarflexion linksseitig durchzuführen. Nach ihren gutachterlichen Untersuchungen im selben Zeitraum sind der Facharzt für Neurologie Dr. W. und der Facharzt für Chirurgie Dipl.-Med. N. ebenfalls zu dem übereinstimmenden Ergebnis gekommen, dass die von der Versicherten demonstrierte Lähmung der Hüftbeuger und -strecker, der Kniebeuger und -strecker sowie der Fußheber auf der linken Seite nicht mit der objektiv noch erhaltenen Steh- und Gehfähigkeit in Einklang steht.

Dem Anspruch auf Erstattung wegen der Aufwendungen für die psychologische Eignungsuntersuchung steht überdies die Regelung des [§ 111 Satz 1 SGB X](#) entgegen, wonach der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen ist, wenn die Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der Lauf der Frist beginnt gemäß [§ 111 Satz 2 SGB X](#) frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem die erstattungsberechtigte Leistungsträgerin von der Entscheidung der erstattungspflichtigen Leistungsträgerin über ihre Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat. Die Frist begann mit Ablauf des Tages der Untersuchung am 15. November 2012 zu laufen und endete gemäß [§ 26 Abs. 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§ 187 Abs. 1](#), [§ 188 Abs. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) am Freitag, 15. November 2013. Die Klägerin hat ihren Erstattungsanspruch insoweit erst mit Schreiben vom 20. Dezember 2013 geltend gemacht, welches der Beklagten sogar erst im Januar 2014 zugeing.

Nach alledem war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-12-28