

## L 2 U 504/10

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 8 U 58/10

Datum

26.10.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 504/10

Datum

14.12.2011

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zum Nachweis von Unfallfolgen

Das Vorliegen eines Gesundheitserstschadens bzw. eines Gesundheitsfolgeschaden (Unfallfolge) muss im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitserst- bzw. -folgeschaden die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt.

Wird geltend gemacht, dass ein bestimmter Gesundheitserstschaden (hier: Bandruptur) wesentliche (Teil-) Ursache für einen weiteren Gesundheitsschaden (hier: Einklemmungssyndrom) war, setzt die Anerkennung dieses weiteren Gesundheitsschadens als Unfallfolge voraus, dass der Gesundheitserstschaden im Sinne des Vollbeweises nachgewiesen ist.

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 26.10.2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Feststellung weiterer Folgen des Arbeitsunfalls vom 01.04.2009 sowie einen Anspruch der Klägerin auf Heilbehandlung und Verletztengeld für den Zeitraum ab 17.07.2009.

Die 1957 geborene Klägerin ist selbstständige Vermögensberaterin und war zum Unfallzeitpunkt - am 01.04.2009 - bei der Beklagten als Unternehmerin freiwillig versichert.

Am 01.04.2009 gegen 20:15 Uhr trat sie nach einem Kundenbesuch auf dem Weg zum Auto vom Bordstein, knickte mit dem rechten Fuß um und stürzte. Am 18.05.2009 stellte sie sich erstmals beim H-Arzt der Praxis Dr. K. vor. Dieser nannte in seinem Bericht vom 15.07.2009 als Befund einen Druckschmerz im Bereich LFTA (Ligamentum fibulo-talare anterius) und LFC (Ligamentum fibulo-calcaneare) und eine Schwellneigung über dem Außenknöchel, wobei der Bandhalt fest war und im Vergleich zur Gegenseite keine vermehrte Aufklappbarkeit bestand. Die Röntgenaufnahme des oberen Sprunggelenks (OSG) zeigte einen altersentsprechenden Befund. Der H-Arzt stellte als Erstdiagnose eine OSG-Distorsion rechts (S 93. 4-G nach ICD 10). Sowohl in diesem Bericht als auch im beigegeführten Verlaufsbericht vom 09.07.2009 gab Dr. K. Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 18.05.2009 an.

Die Kernspintomographie des rechten OSG vom 16.07.2009 zeigte eine intakte ventrale und distale tibio-fibulare Syndesmose sowie narbige Veränderungen im LFTA und LFC. Das Ligamentum fibulo-talare posterius (LFTP) war intakt. Es bestand eine deutliche Synovialitis um das LFTA und weniger ausgeprägt um das LFC, ein antero-laterales Enhancement der OSG-Kapsel, eine geringe Synovialitis im OSG lateral und eine ausgeprägte Synovialitis im Talo-Naviculargelenk (Kahnbein-Sprungbeingelenk) ohne Nachweis erosiver oder degenerativer Veränderungen. In der Beurteilung wurden Zeichen eines antero-lateralen Impingement nach Lateralbandverletzung des OSG und zusätzlich ausgeprägte Synovialitis im Talo-Naviculargelenk genannt.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme von Prof. H. ein und lehnte mit Bescheid vom 31.07.2009 die Gewährung von Heilbehandlung und Verletztengeld zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) aus Anlass des Unfalles vom 01.04.2009 ab dem 17.07.2009 ab. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit wurde bis einschließlich 16.07.2009 anerkannt; unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe zu keiner Zeit bestanden.

Als Folgen des Versicherungsfalls wurde eine folgenlos verheilte Zerrung des rechten oberen Sprunggelenkes anerkannt. Als Unfallfolgen wurden nicht anerkannt ein Einklemmungssyndrom (antero-laterales Impingement) im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes sowie eine Entzündung der Synovialmembran (Synovialitis) im Bereich des rechten Kahnbein- und Sprungbeingelenkes.

Die Kernspintomographie vom 16.07.2009 habe ergeben, dass zu diesem Zeitpunkt keinerlei unfallbedingte Verletzungen von Knochen, Knorpeln, Muskeln, Sehnen, Bändern und sonstigen Weichteilen festgestellt werden konnten. Im Falle einer am 01.04.2009 erfolgten Brandverletzung (Riss) im Bereich des OSG rechts wären Schmerzen, eine Schwellung und ein Bluterguss die Folge gewesen, die eine sofortige ärztliche Vorstellung erforderlich gemacht hätten. Die ärztliche Erstvorstellung der Klägerin sei aber erst sechs Wochen nach dem Unfall erfolgt; dabei wurde lediglich eine Zerrung des rechten OSG festgestellt. Zerrungen würden eine Behandlungsbedürftigkeit von längstens drei Monaten bedingen und folgenlos ausheilen. Die nun noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr auf die Unfallfolgen zurückzuführen.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch mit Schreiben vom 03.08.2009 ein. Sie habe Beschwerden wie Schmerzen und Schwellungen erst selbst mit Kühlungsumschlägen und Voltarensalbe behandelt. Während sich die Schwellung zurückgebildet habe, hätten die Schmerzen weiter bestanden. Dass sie erst am 18.05.2009 einen Arzt konsultiert habe, dürfe ihr nicht zum Nachteil gereichen. Die Kernspintomographie habe ergeben, dass eine Operation des Bandes notwendig sei. Sie leide noch immer an Unfallbeschwerden und eine Behandlung sei erforderlich.

Der behandelnde Dr. C. aus der Gemeinschaftspraxis Dr. V., Dr. K. und Dr. C. nannte im Arztbrief vom 09.07.2009 als Diagnose eine OSG-Distorsion rechts und ein Meniscoid-Syndrom lateral. Mit Schreiben vom 23.11.2009 berichtete Dr. C. von einer Teilsynovialektomie mit Knochenabtragung vom 17.11.2009 im Rahmen einer ambulant durchgeführten Arthroskopie mit Operation. Festgehalten wurde eine ausgeprägte Synovialitis in den anterioren Gelenkanteilen und ein Meniscoidsyndrom lateralseitig mit Bandresten. Diese sowie ein kleiner osteophytärer Sporn an der Tibiavorderkante wurden mit dem Shaver abgetragen. Die histologische Untersuchung der entnommenen Gewebestücke vom 19.11.2009 zeigte Bandgewebe mit Entzündung wie bei unspezifisch chronischem Reizzustand und einzelne Hartgewebssubstanzen. Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die ärztlichen Unterlagen Bezug genommen.

Die Central Krankenversicherung teilte im Schreiben vom 11.09.2009 mit, dass die Klägerin bei ihr seit dem 01.01.2005 versichert und der Vertrag bisher leistungsfrei geführt worden sei.

Prof. Dr. H. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 05.01.2010 aus, dass bei der Untersuchung vom 18.05.2009 ein fester Bandhalt vorgelegen und keine Aufklappbarkeit im Vergleich zur Gegenseite bestanden habe. Daher scheidet eine Instabilität und eine Bandverletzung aus. Es könne nur eine Distorsion (Zerrung) angenommen werden, die normalerweise in wenigen Wochen ausheile und nicht zur Behandlungsbedürftigkeit geführt habe. Knöcherne Verletzungen seien laut Röntgenbild ausgeschlossen worden; Hinweise auf eine Knochenödembildung, die in aller Regel bei ausgedehnten Distorsionen oder Kontusionen eintrete, hätten im MRT nicht vorgelegen. Ein anterior-laterales Impingement sei eine Weichteileinklemmung im lateralen Gelenkspalt des Sprunggelenkes und könne nach einer lateralen Bandverletzung im Sinne einer Bandruptur eintreten. Dies sei aber mangels Instabilität nicht nachvollziehbar. Da im MRT und in der Histologie entzündliche Veränderungen beschrieben würden, liege eine Impingementbildung aufgrund von eingeklemmten Gelenkinnenhautanteilen vor. Wären die im MRT beschriebenen narbigen Veränderungen an den Bändern eingeklemmt worden, wären diese als Narben in der histologischen Untersuchung nachgewiesen worden. Außerdem fehlten Hinweise auf eine stattgehabte Einblutung. Daher sei das bei der Arthroskopie entfernte Material, auch wenn es als Meniscoidsyndrom bezeichnet werde, nicht auf eine Verletzung zurückzuführen.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 02.02.2010 als unbegründet zurück. Die entzündlichen Veränderungen des Bandgewebes und die dadurch verursachte Impingementbildung durch eingeklemmte Gelenkinnenhautanteile seien nicht auf den Unfall zurückzuführen. Die Klägerin habe sich bei dem Ereignis vom 01.04.2009 nur eine Zerrung des rechten OSG zugezogen. Über den 16.07.2009 hinaus habe weder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit noch Behandlungsbedürftigkeit bestanden. Leistungsansprüche seien ab 17.07.2009 nicht mehr gegeben.

Mit der am 24.02.2010 beim Sozialgericht Augsburg erhobenen Klage hat die Klägerin die Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen begehrt, nämlich des Einklemmungssyndroms (antero-laterales Impingement) im Bereich des rechten OSG, der Entzündung der Synovialmembran (Synovialitis) im Bereich des rechten Kahnbein- und Sprungbeingelenkes sowie des Meniscoidsyndroms des rechten OSG. Außerdem hat sie Anspruch auf Verletztengeld und auf Übernahme von Heilbehandlungskosten für die Zeit vom 17.07.2009 bis 18.01.2010 geltend gemacht. Zur Begründung hat der Klägerbevollmächtigte im Wesentlichen vorgetragen, dass bei dem Unfall ein splitterförmiger Teil des Gelenkknorpels ("Meniscoid") abgelöst worden sei, der in der Gelenkkapsel herumgewandert sei; seine Splitterform deute auf einen Unfall hin. Dieser sei erst bei der Operation durch Dr. C. entdeckt worden. Die histologische Untersuchung habe Knorpelbestandteile bestätigt. Zudem seien die überdehnten und gezerrten Bänder im Gelenk eingeklemmt worden; dies habe der Radiologe ausdrücklich auf den Wegeunfall zurückgeführt und das Fehlen alters- oder krankheitsbedingter Schädigungen bestätigt. Das Abstellen auf den üblichen Heilungsverlauf werde dem Einzelfall der Klägerin nicht gerecht; diese habe erst am 18.01.2010 ihre Tätigkeit wiederaufnehmen können. Es wurde darauf hingewiesen, dass der Krankenversicherungsvertrag der Klägerin für jede Krankheit eine Selbstbeteiligung von 750,- Euro vorsehe. Ferner wurden Unterlagen über Verstauchungen und Zerrungen des OSG vorgelegt.

Das SG hat Befundberichte von Dr. C., Dr. K., Dr. P. und Dr. Sch. eingeholt, auf die Bezug genommen wird. Nach Auskunft von Dr. C. hat sich der Heilungsverlauf nach der Operation am 17.11.2009 komplikationslos gestaltet; bei der letzten Vorstellung am 14.12.2009 habe die Klägerin keine Beschwerden mehr geäußert. In einem histologischen Befund vom 22.12.2003 über mehrere, z.T. knochenharte Gewebestücke, die mit der Diagnose einer Epikondylitis humeri radialis rechts eingesandt worden waren, ist ausgeführt worden, dass der Befund einer Insertionstendopathie entspreche. Es habe sich kollagenfaserreiches Gewebe gefunden, mit auch faserknorpelartigen Bezirken sowie Übergängen zu spärlich angrenzendem Knochengewebe.

Anschließend hat das SG ein Gutachten des Unfallchirurgen, plastischen Chirurgen und Sozialmediziners Prof. S. vom 17.06.2010 eingeholt. Die Klägerin hatte zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Beschwerden mehr; auch die Beweglichkeit des Sprunggelenkes war gut. Sie hatte nach eigenen Angaben ihre frühere Tätigkeit wieder aufgenommen und trieb wieder Sport. Sie hat angegeben, dass sie trotz Beschwerden nach dem Unfall weitergearbeitet habe; nach der Operation sei sie ein paar Wochen zu Hause gewesen und habe nicht gearbeitet, ohne dass eine Krankschreibung durch den behandelnden Arzt erfolgt sei.

Der Sachverständige hat als Unfallfolge eine Zerrung der Außenbänder am rechten Sprunggelenk festgehalten; eine Bandzerreiung am Außenknöchel oder eine Abspregung aus der rechten Fußwurzel könne er nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit objektivieren. Eine Bandverletzung am rechten Außenknöchel sei nach dem Bericht vom 18.05.2009 auszuschließen, da der Bandhalt fest gewesen sei und keine vermehrte äußere Aufklappbarkeit bestanden habe. Eine Schwellung allein spreche nicht für eine Bandzerreiung oder für eine Abspregung eines Knorpel- oder Knochensplitters.

Eine Bandzerreiung oder eine knöcherne Aussprengung sei nach dem Verhalten der Klägerin nicht anzunehmen. Denn derart schwere Verletzungen am Sprunggelenk würden in aller Regel zu so starken Beschwerden führen, dass zeitnah ein Arzt aufgesucht werde, während die Klägerin erstmals am 18.05.2009 einen Arzt aufgesucht habe. Woher die im MRT genannten narbigen Veränderungen in den Außenbändern stammten, bleibe ungeklärt; auch insoweit erscheine ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 01.04.2009 angesichts des späten Arztbesuches unwahrscheinlich.

Zwar habe die histologische Untersuchung einzelne Hartgewebssubstanzen ergeben; allerdings wurde nicht untersucht, woraus sie bestanden und ob es sich um Knochen-, Knorpel- oder verhärtetes Narbengewebe gehandelt habe. Auch bei einer Operation des rechten Ellbogens im Jahr 2003 seien knochenharte Gewebsstücke gefunden worden, ohne dass vorher eine traumatische Einwirkung erfolgt sei. Daher hat Prof. S. es für möglich gehalten, dass die Hartgewebssubstanzen nicht unfallbedingt waren, zumal keine veralteten Blutungen in das Bandgewebe gefunden worden waren. Ferner wäre bei einer traumatischen Bandzerreiung oder einer Knorpel- bzw.

Knochenabspregung am 01.04.2009 im MRT vom 16.07.2009 wahrscheinlich noch ein Knochenmarködem vorhanden gewesen. Prof. S. hat ausgeführt, dass die Sprunggelenkszerrung am 18.05.2009 bereits abgeheilt gewesen sei; weitere Beschwerden seien nicht auf den Unfall zurückzuführen. Ab 18.05.2009 habe keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit mehr bestanden. Eine Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen habe nicht vorgelegen. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab Beginn der 27. Woche nach dem Unfall habe nicht bestanden, da die Zerrung bereits abgeheilt gewesen sei.

Der Klägerbevollmächtigte hat ausgeführt, dass das Fußgelenk der Klägerin seit dem Unfall vom 01.04.2009 bis zur Operation am 17.11.2009 durchgehend so stark geschwollen gewesen sei und geschmerzt habe, dass diese kaum habe laufen können. Nur wegen ihrer Selbstständigkeit habe sie sich nicht arbeitsunfähig gemeldet. Im Vertrauen auf die Hilfe der Beklagten habe sich die Klägerin entgegen ihres Krankenversicherungsvertrags ohne Überweisung in fachärztliche Behandlung begeben, weshalb die Krankenversicherung ihr nur 80% der Behandlungskosten erstattet habe. Im Übrigen wird auf das Schreiben vom 15.07.2010 Bezug genommen.

Das SG hat, nach Anhörung der Beteiligten, mit Gerichtsbescheid vom 26.10.2010 die Klage abgewiesen. Der Arbeitsunfall der Klägerin am 01.04.2009 habe nur zu einer folgenlos ausgeheilten Zerrung des Außenbandes des OSG rechts geführt. Weitere Gesundheitsstörungen ließen sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführen. Das SG hat sich der Beurteilung von Prof. S. angeschlossen. Zudem fehle hinsichtlich des Verletztengeldes eine für den gesamten Zeitraum attestierte Arbeitsunfähigkeit.

Hiergegen hat die Klägerin am 16.11.2010 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen auf den behandelnden Arzt Dr. C. verwiesen.

Auf Antrag der Klägerin hat das LSG ein Gutachten des behandelnden Orthopäden

Dr. C. gemäß § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 16.04.2011 eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass bei der Klägerin ab 01.04.2009 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine fibuläre Kapselbandläsion des rechten OSG sowie ein posttraumatisches laterales Impingement-Syndrom des rechten OSG vorgelegen hätte, die beide durch das Unfallereignis vom 1.4.2009 im Sinne der Entstehung bedingt gewesen seien.

Der klinische Befund am 18.5.2009 habe stabile Bandverhältnisse, einen Druckschmerz über dem LFTA und dem LFC sowie eine Schwellung über dem Außenknöchel gezeigt. Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis sei somit eine Kapselbandverletzung am OSG zu diagnostizieren. Aufgrund des MRT vom 16.07.2009 müsse von einer schwerwiegenderen Kapselbandverletzung ausgegangen werden, was sich in dem protrahierten Behandlungsverlauf und den Untersuchungsbefunden gezeigt habe. Als mögliche Folge einer solchen Verletzung sei es zu einem posttraumatischen Impingement-Syndrom des rechten Sprunggelenkes gekommen; synonyme Bezeichnungen seien ein "laterales Meniscoidsyndrom", "synoviales Impingement" oder "laterales Impingement". Als häufigste Ursache dafür werde in der Literatur die Läsion des fibulären Kapsel-Band-Apparates (fibuläre Kapsel-Band-Läsion) genannt. Der operative Befund in Zusammenschau mit dem histologischen Ergebnis - Bandgewebe mit Entzündung (wie bei chronischem Reizzustand) und einzelne Hartgewebssubstanzen - bestätige die Diagnose eines posttraumatischen lateralen Impingement-Syndroms des rechten OSG. Dr. C. hat das Ende der unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit mit dem 18.01.2010, dem Abschluss der Nachbehandlung nach dem arthroskopischen Eingriff, angesetzt. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit werde für den Nachbehandlungszeitraum nach der Operation vom 17.11.2009 bis 18.01.2010 angenommen. Seit dem 18.01.2010 bestünden keine Unfallfolgen mehr. Die MdE sei seit dem Unfall bis zum 18.01.2010 mit 10 % anzusetzen; seitdem liege keine MdE mehr vor.

Die Beklagte hat in ihrer Stellungnahme vom 21.06.2011 eingewandt, dass bereits durch das MRT eine strukturelle Läsion im Bereich des rechten OSG mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Trotzdem nehme Dr. C. eine solche an und nenne als "mögliche Folge" dieser Verletzung ein posttraumatisches Impingement-Syndrom. Zum einen genüge die bloße Möglichkeit oder ein nur zeitlicher Zusammenhang nicht, um Ansprüche in der GUV zu begründen. Zum anderen gebe es mehrere Ursachen für ein Impingement-Syndrom. Auf die beigefügte Stellungnahme von Prof. H. vom 30.05.2011 wurde hingewiesen.

Dieser hat ausgeführt, dass ein traumatisch bedingtes Weichteil-Impingement nur erklärbar wäre, wenn auch eine Instabilität bestanden hätte. Denn Bandstrukturen können nur bei einer Unterbrechung durch Bandruptur einklemmen; eine Dehnung oder Zerrung (= Teilruptur) genüge nicht. Insoweit fehle im Gutachten von Dr. C. eine Differenzierung der Art der Kapselbandverletzung - Dehnung, Zerrung oder (komplette) Ruptur. Eine Komplettruptur habe bei der Klägerin nicht vorgelegen, denn bei der Untersuchung am 18.05.2009 habe weder Instabilität noch vermehrte Aufklappbarkeit bestanden. Allein ein Druckschmerz im Bereich der Bänder bei festem Bandhalt sei kein

Nachweis einer Bandverletzung. Die Angaben im MRT über narbige Veränderungen bedeuteten nur, dass allenfalls eine Zerrung stattgefunden habe. Dass bei Entnahme der Histologie im lateralen Kompartement - dem außenseitigen Anteil des OSG - Bandstrukturen miterfasst worden seien, erkläre sich aus dem Entnahmeort; denn gerade das vordere der drei Außenbänder liege weitgehend im Gelenk. Zu berücksichtigen sei, dass auch Dr. C. im Befundbericht vom 12.04.2010 eine Entzündung im Talo-Naviculargelenk beschreibe, also an ganz anderer Stelle, und dass histologisch keine Hämosiderineinlagerungen, also eine Ablagerung von Eisenpigment als Blutungsreste, gefunden worden seien.

Bei einem unfallbedingten Impingement im Sinne einer Bandverletzung mit eingeschlagenen Bandresten im OSG wäre es zur Einblutung gekommen mit histologisch nachweisbarem Narbengewebe und Blutungsresten; dies habe bei der Klägerin nicht vorgelegen. Auch ein traumatisch bedingtes Meniscoid bzw. meniscoidartiges Impingementsyndrom, das durch ein zerrissenes Band entstehe, sei nur erklärbar, wenn ligamentäre Strukturen zerstört worden seien, was nach dem H-Arztbericht ausscheide. Andererseits könne ein nicht unfallbedingtes Impingementsyndrom entstehen, wenn sich die Gelenkinnenhaut entzündlich verändere und teilweise wieder ausheile, wobei eine Art dieser Ausheilung eine Narbe sei; in diesen Fällen bestünde das Impingement aus entzündlichem Gelenkinnenhautgewebe, eventuell mit Narbengewebe, aber immer ohne Einblutungsfolgen. Dies entspreche der Situation der Klägerin. Da hier z.B. im Talo-Naviculargelenk entzündliche Veränderungen bestanden hätten, liege es nahe, dass solche auch im OSG vorhanden gewesen seien.

Der Klägerbevollmächtigte hat mit Schreiben vom 17.10.2011 das Gutachten von Dr. Fichtel für schlüssig erachtet. Der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfallereignis belege die Kausalität der Arbeitsunfähigkeit.

Die Beklagte hat u.a. darauf hingewiesen, dass die geltend gemachten Gesundheitsschäden (Erstschäden) eines Unfalls mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bewiesen sein müssten, während für den Ursachenzusammenhang hinreichende Wahrscheinlichkeit genüge. Sie stützt sich auf das Gutachten von Prof. S. und die Stellungnahmen von Prof. H ...

In der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2011 hat der Beklagtenvertreter ausgeführt, dass ein bone-bruise nicht nachgewiesen sei, was auch gegen einen Knorpelschaden spreche.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 26.10.2010 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 31.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.02.2010 zu verpflichten, als weitere Unfallfolgen des Arbeitsunfalls der Klägerin vom 01.04.2009 eine fibuläre Kapselbandverletzung des rechten oberen Sprunggelenks und ein posttraumatisches laterales Impingement-Syndrom rechtes oberes Sprunggelenk festzustellen und ihr vom 17.07.2009 bis 18.01.2010 Verletztengeld und die Heilbehandlungskosten für die Unfallfolgen zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird gemäß [§ 136 Abs. 2 SGG](#) zur Ergänzung des Sachverhalts auf die Verwaltungsakten sowie die Prozessakten des SG und des LSG Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung geworden ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung erweist sich als unbegründet.

A) Die auf Feststellung weiterer Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen und Aufhebung der insoweit ablehnenden Verwaltungsakte der Beklagten gerichteten Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen sind gemäß [§ 54 Abs. 1 SGG](#) statthaft (vgl. BSG vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - veröffentlicht in Juris RdNr. 12). Ein Versicherter kann vom Unfallversicherungsträger den Erlass feststellender Verwaltungsakte über das Vorliegen eines Versicherungsfalles und ggf. der diesem zuzurechnenden Gesundheitsschäden beanspruchen ([§ 102 SGB VII](#), vgl. hierzu BSG im Urteil vom 05.07.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - Juris RdNr. 15 f.).

Allerdings sind diese Klagen unbegründet, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung der von ihr genannten weiteren Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen. Der Bescheid der Beklagten vom 31.07.2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 02.02.2010 erweist sich als rechtmäßig.

Darin hat die Beklagte aus Sicht eines objektiven Empfängers das Ereignis vom 01.04.2009 als Arbeitsunfall im Sinne von [§ 8 SGB VII](#) anerkannt und - durch Anerkennung einer folgenlos verheilten Zerrung des rechten OSG - die Zerrung des rechten OSG als Gesundheitserstschaden festgestellt, zugleich aber die Feststellung weiterbestehender Unfallfolgen abgelehnt, insbesondere des Einklemmungssyndroms im Bereich des rechten OSG und der Synovialitis im Bereich des rechten Kahn- und Sprungbeingelenkes.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung weiterer Gesundheitsstörungen als Gesundheitserst- oder -folgeschaden des Unfallereignisses vom 01.04.2009.

Dabei ist zu beachten, dass das Vorliegen eines Gesundheitserstschadens bzw. eines Gesundheitsfolgeschaden (Unfallfolge) im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitserst- bzw. -folgeschaden die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - [B 2 U 29/07 R](#) - Juris RdNr. 16). Für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheits(erst)schaden sowie für die Kausalität zwischen Gesundheits(erst)schaden und weiteren Gesundheitsschäden gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr 12). Diese beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie. Danach ist jedes Ereignis Ursache

eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfele (conditio-sine-qua-non). Als rechtserheblich werden allerdings nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG vom 17.02.2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12) sowie auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierende Ursache (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - Juris RdNr. 16).

1. Eine fibuläre Kapselbandverletzung im rechten OSG über die bereits festgestellte Zerrung hinaus in Form einer Ruptur (Riss) des LFTA oder LFC ist nach Überzeugung des Senats nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen und kann somit nicht festgestellt werden.

Soweit Dr. C. im Gutachten vom 16.04.2011 eine solche Kapselbandverletzung bzw.

-läsion nennt, führt er nicht aus, ob es sich um eine über eine Zerrung hinausgehende Ruptur handelt. Seine Ausführungen lassen offen, welcher Art die Läsion genau gewesen sein soll; insbesondere differenziert er nicht zwischen einer Dehnung, einer Zerrung i.S. einer Teilruptur oder einer kompletten Ruptur. Seine Ausführungen, dass angesichts des klinischen Befundes vom 18.05.2009 bei stabilen Bandverhältnissen und Druckschmerz über dem LFTA und dem LFC sowie Schwellung über dem Außenknöchel "somit" eine Kapselbandverletzung am OSG zu diagnostizieren sei, spricht eher dagegen, dass er mit der Diagnose "Kapselbandverletzung" eine (komplette) Ruptur von Bändern bezeichnen wollte.

Denn in Übereinstimmung mit Prof. S. und Prof. H. ist ausweislich des Berichtes über die Untersuchung vom 18.05.2009 eine komplette Bandruptur auszuschließen, da keine vermehrte äußere Aufklappbarkeit und keine Instabilität der Bänder bestand, sondern im Gegenteil ein fester Bandhalt vermerkt war. Der Sachverständige Prof. S. hat festgehalten, dass eine Schwellung allein nicht für eine Bandzerreißen spricht. Damit stimmt überein, dass der H-Arzt Dr. K. angesichts der klinischen Befunde und der Röntgenaufnahme als Diagnose eine Distorsion des OSG im Sinne von S 93.4 der ICD 10 festgestellt hat, womit eine Verstauchung und Zerrung des OSG bezeichnet wird, nicht hingegen z.B. eine traumatische Ruptur von Bändern im Sinne von S 93.2 der ICD 10.

Gegen eine Zerreißen von Bändern spricht nach den schlüssigen Ausführungen von Prof. S. und Prof. H., dass in den Untersuchungen, insbesondere der histologischen Untersuchung, keine veralteten Einblutungen gefunden wurden wie sie beim Zerreißen von Bändern infolge eines Traumas entstehen. Außerdem wurde auch bei der Kernspintomographie am 16.07.2009 keine Knochenödembildung entdeckt wie sie nach Aussage von Prof. S. und Prof. H. in aller Regel bei ausgedehnten Distorsionen oder Kontusionen auftritt und nach einer traumatischen Bandzerreißen oder Knorpel- bzw. Knochenabsprengung am 01.04.2009 wahrscheinlich noch gefunden worden wäre. Darüberhinaus hat Prof. S. dargelegt, dass im Falle eines Bänderrisses so starke Beschwerden auftreten, dass in der Regel in engem zeitlichen Zusammenhang ein Arzt aufgesucht wird, während die Klägerin nach sechs Wochen erstmals einen Arzt aufgesucht hat.

Auch in der Kernspintomographie vom 16.07.2009 fand sich keine Unterbrechung der Bandstrukturen, sondern nur eine narbige Veränderung, was nach Auskunft von Prof. H. dafür spricht, dass höchstens eine Zerrung, aber keine komplette Ruptur erfolgt ist. Prof. S. hat angemerkt, dass die Herkunft der Narben letztlich nicht aufgeklärt werden kann; ein Zusammenhang mit dem Unfall sei aber eher unwahrscheinlich, da die Klägerin erst nach sechs Wochen einen Arzt aufgesucht hat. Dass in der histologischen Untersuchung auch Bandgewebe gefunden wurde, lässt sich nach den Ausführungen von Prof. H. dadurch erklären, dass gerade das vordere der drei Außenbänder weitgehend im Gelenk liegt und bei Entnahme der Histologie im außenseitigen Anteil des Sprunggelenkes naturgemäß auch Bandstrukturen erfasst werden.

Ebensowenig ist nach den überzeugenden Ausführungen von Prof. S. und Prof. H. das Absprengen eines Knorpel- oder Knochensplitters mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Weder die Röntgenaufnahmen vom 18.05.2009 noch die Kernspintomographie vom 16.07.2009 lassen knöcherne Absprengungen bzw. einen Knochen- oder Knorpelsplitter aus der Fußwurzel erkennen. Auch Dr. C. als Operateur hat in seinem Gutachten nicht erwähnt, dass ein - wie der Klägerbevollmächtigter vorgetragen hat - herumwandernder Knorpelsplitter entfernt worden sei. Wie Prof. S. ausgeführt hat, sprechen gegen eine so massive Verletzung wie eine Absprengung eines Knochen- oder Knorpelsplitters die fehlenden Einblutungsreste, die fehlenden Zeichen für ein Knochenödem und die Tatsache, dass die Klägerin erst nach sechs Wochen einen Arzt aufgesucht hat.

Dass in der histologischen Untersuchung einzelne Hartgewebssubstanzen gefunden wurden, ist als Nachweis nicht ausreichend, worauf Prof. S. überzeugend hingewiesen hat: Zum einen fehlt eine Differenzierung, ob es sich um Knorpel-, Knochen- oder verhärtetes Narbengewebe gehandelt hat; zum anderen wurden bei der Klägerin auch im Rahmen einer Operation einer Epikondylitis humeri radialis rechts (Insertionstendopathie) im Dezember 2003 z.T. knochenharte Gewebestücke bzw. faserknorpelartige Bezirke entnommen, ohne dass insoweit ein Trauma stattgefunden hatte.

Da schon die Gesundheitsstörungen einer Bandruptur oder eines Knochen- bzw. Knorpelsplitters für den Senat nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, ist eine Feststellung als Unfallfolge nicht möglich. Darüber hinaus sprechen der zeitliche Ablauf, wonach die Klägerin erst nach über sechs Wochen nach dem Umknicken einen Arzt aufgesucht hat, und die fehlenden Anhaltspunkte für Einblutungen oder Knochenödeme gegen einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und diesen Gesundheitsstörungen. Selbst wenn das Vorliegen dieser Gesundheitsstörungen unterstellt wird, vermag sich der Senat daher auch nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit von dem Ursachenzusammenhang mit dem Unfallereignis zu überzeugen.

2. Das Einklemmungssyndrom im Bereich des rechten OSG, das mit Operation vom 17.11.2009 beseitigt worden ist, ist zwar mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Insoweit ist auf die Kernspintomographie vom 16.07.2009 sowie die histologische Untersuchung zu verweisen; auch Prof. H. hat in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 05.02.2010 diese Diagnosen als gesichert angenommen.

Diese Gesundheitsstörungen sind jedoch nach Überzeugung des Senates nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis

selbst oder auf einen Gesundheitserstschaden des Unfalls ursächlich zurückzuführen, zumal eine Bandruptur als Unfallfolge - wie bereits ausgeführt - nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Auch insoweit schließt sich der Senat den überzeugenden Ausführungen von Prof. S. und Prof. H. an; die Ausführungen von Dr. C. überzeugen hingegen nicht.

Dr. C. führt in seinem Gutachten aus, dass aufgrund des MRT-Befundes mit Zeichen eines antero-lateralen Impingements nach lateraler Bandverletzung des OSG und narbiger Veränderungen im LFA bzw. antero-lateralem Enhancement der OSG-Kapsel sowie des protrahierten Behandlungsverlaufes von einer schwerwiegenderen Kapselbandverletzung ausgegangen werden müsse, ohne Art und Ausmaß dieser Kapselbandverletzung weiter zu spezifizieren. Anschließend führt er aus, dass häufigste Ursache für ein laterales Impingementsyndrom, das auch als laterales Meniscoidsyndrom, synoviales Impingement oder laterales Impingement bezeichnet werde, die Läsion des fibularen Kapsel-Band-Apparates sei.

Die Bezeichnung der Einklemmung als Meniscoidsyndrom durch Dr. C. im OP-Bericht vom 23.11.2009 bzw. die Angaben im MRT-Befund vom 16.07.2009 entbinden aber nicht davon, dass ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis bzw. Gesundheitserstschaden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss.

Eine mit Hämosiderineinlagerungen verbundene Teil- oder Kompletttraktur der lateralen Bandstrukturen ist aber gerade nicht nachgewiesen, da in der Histologie keine Blutungsreste gefunden wurden. Ferner wurde in der histologischen Untersuchung auch nicht festgestellt, dass es sich um (z.B. verhärtetes) Narbengewebe gehandelt hat; es werden lediglich entzündliches Gewebe wie bei unspezifisch chronischem Reizzustand und einzelne, nicht näher differenzierte Hartgewebssubstanzen aufgeführt. Hartgewebssubstanzen können aber, worauf Prof. S. hingewiesen hat, auch unfallunabhängig entstanden sein, wie es die anlässlich der Epikondylitis im Jahr 2003 gefunden Gewebssproben belegen.

Damit lässt sich ein Einklemmen bzw. "Einschlagen" von Gewebe nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen von Bandresten zurückführen. Dagegen spricht, wie Prof. H. dargelegt hat, dass bei einer Bandverletzung mit eingeschlagenen Bandresten eine Einblutung stattgefunden hätte und in der histologischen Untersuchung Narbengewebe mit Blutungsresten festzustellen gewesen wäre. Wie bereits dargelegt, ist allein das Auffinden von Bandgewebe angesichts des Entnahmeortes nicht geeignet, um die Zerstörung ligamentärer Strukturen durch den Unfall nachzuweisen.

Andererseits kann nach den Ausführungen von Prof. H. ein Impingement auch ohne ein vorheriges Trauma entstehen, wenn sich Gelenkinnenhaut entzündet und sich dadurch verändert - z.B. durch Ausbildung von Narben im Rahmen der teilweisen Ausheilung - und diese veränderte Gelenkinnenhaut oder die Narben in das Gelenk eingeklemmt werden. In diesen Fällen kommt es auch nicht zu Einblutungen, so dass in der histologischen Untersuchung entzündliches Gelenkinnenhautgewebe, evtl. mit Narbengewebe, aber stets ohne Einblutungen zu finden ist.

Da in den Untersuchungen der Klägerin keine Blutungsreste gefunden wurden und zudem - außerhalb des Ansatzbereiches von LFTA und LFC - im Bereich des rechten Kahnbein- und Sprungbeinelenkes ebenfalls Entzündungen der Synovialmembran bestanden, lassen sich nach Überzeugung des Senats auch die narbigen Veränderungen von LFTA und LFC nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis als wesentliche (Teil-) Ursache zurückführen. Auch Prof. S. hat ausgeführt, dass ein Zusammenhang der narbigen Veränderungen der Bänder mit dem Unfallereignis zwar möglich, aber unwahrscheinlich ist, angesichts der Tatsache, dass die Klägerin erst nach mehr als sechs Wochen einen Arzt aufgesucht hat.

Nach Ansicht des Senats sprechen die Befunde vielmehr für nicht unfallbedingte, sondern entzündliche Gelenkinnenhautveränderungen mit Narbengewebe als wesentliche Ursache für das Impingementsyndrom.

Vor diesem Hintergrund vermag sich der Senat den Ausführungen von Dr. C., wonach in der Zusammenschau von operativem und histologischem Befund ein posttraumatisches - also unfallbedingtes - laterales Impingement entstanden sein soll, nicht anzuschließen.

B) Die auf Gewährung von Verletztengeld für die Zeit vom 17.07.2009 bis 18.01.2010 gerichtete Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 SGG](#) ist zulässig, aber unbegründet.

Gemäß [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld erbracht, wenn Versicherte

1. infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können und
2. unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, nicht nur darlehensweise gewährtes Arbeitslosengeld II oder nicht nur Leistungen für Erstausstattungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt nach dem Zweiten Buch oder Mutterschaftsgeld hatten.

Nach [§ 46 Abs. 1 SGB VII](#) wird Verletztengeld von dem Tag an gezahlt, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, die den Versicherten an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindert. Allerdings kann die Satzung gemäß [§ 46 Abs. 2 SGB VII](#) bestimmen, dass für Unternehmer Verletztengeld längstens für die Dauer der ersten 13 Wochen nach dem sich aus Absatz 1 ergebenden Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht gezahlt wird. Für gemäß [§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) i.V.m. § 43 Nr. 1 der Satzung der Beklagten in der ab 01.01.2009 geltenden Fassung freiwillig versicherte Unternehmer bestimmt § 47 Abs. 2 der Satzung, dass Verletztengeld für die ersten drei Wochen nicht gezahlt wird; dabei beginnt die Frist an dem Tag, ab dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird oder mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme, wenn sie an der Ausübung einer ganztägigen Erwerbstätigkeit hindert.

In Übereinstimmung mit Prof. S. und Prof. H. lässt sich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unfallereignisses und der als Unfallfolge anzuerkennenden Gesundheitsstörung "Zerrung des oberen Sprunggelenkes rechts" ab dem 17.07.2009 jedoch nicht feststellen. Prof. S. hat ausgeführt, dass nach medizinischen Erfahrungen von einer Ausheilung einer solchen Zerrung innerhalb von drei Wochen auszugehen ist. Soweit im Zeitraum vom 17.07.2009 bis 18.01.2010 Arbeitsunfähigkeit der Klägerin bestanden haben sollte, ist diese nicht auf Unfallfolgen zurückzuführen.

Ergänzend sei erwähnt, dass auch der H-Arzt mit Schreiben vom 15.07.2009 Arbeitsfähigkeit der Klägerin ab 18.05.2009 bestätigt hatte und die Klägerin nach eigenen Angaben bis zur Operation am 17.11.2009 gearbeitet hatte sowie auch nach der Operation keine Bestätigung über eine Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt ("Krankschreibung") erfolgt war.

C) Da über den 16.07.2009 keine Unfallfolgen mehr vorlagen, hatte die Klägerin zumindest ab diesem Zeitpunkt gegenüber der Beklagten keinen Anspruch mehr auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über die Gewährung einer Heilbehandlung gemäß [§ 26 Abs. 5](#) i.V.m. [§§ 27](#) ff. SGB VII als primären Sach- bzw. Dienstleistungsanspruch. Damit fehlt es auch an einem davon notwendig abhängigen sekundären Erstattungsanspruch für Kosten, die der Klägerin aufgrund der Heilbehandlung entstanden sind; insoweit kann offenbleiben, ob im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung überhaupt anstelle des Anspruchs auf Sach- und Dienstleistung ([§ 26 Abs 4 Satz 2 SGB VII](#)) ein Kostenerstattungsanspruch entsprechend § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V oder [§ 15 SGB IX](#) geltend gemacht werden kann (vgl. dazu auch BSG vom 09.11.2010, Az. [B 2 U 24/09 R](#) - Juris RdNr. 32). Ergänzend sei erwähnt, dass die ab 17.07.2009 erfolgten Untersuchungen auch nicht von der Beklagten als Unfallversicherungsträger veranlasst wurden; vielmehr hatte die Beklagte dem H-Arzt mit Schreiben vom 31.07.2009 mitgeteilt, dass ab sofort keine Behandlung mehr zu ihren Lasten durchzuführen ist, da unfallbedingt keine Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

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

E) Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2012-02-03