L 1 U 908/18

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Altenburg (FST)
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1.
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 33 U 154/16
Datum
26.06.2018
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 1 U 908/18
Datum
22.09.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

§ 8 SGB VII

Gesetzliche Unfallversicherung - Arbeitsunfall - weitere Unfallfolge - haftungsausfüllende Kausalität - Nachweis - hinreichende Wahrscheinlichkeit - Nachweis der Ursächlichkeit – Schädigung Nervus suralis

1. Zur Nichtanerkennung einer Schädigung des Nervus suralis als unmittelbare Folge eines Unfallereignisses mangels Vorliegens der hinreichenden Wahrscheinlichkeit.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 26. Juni 2018 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob auf neurologischem Fachgebiet weitere Gesundheitsstörungen (insbesondere eine Schädigung des Nervus suralis mit entsprechenden Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms) Folge des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 17. September 2013 sind.

Die 1959 geborene Klägerin war am 17. September 2013 als Schöffin beim Amtsgericht G im Einsatz. Am Ende einer Verhandlung rutschte sie auf einer Stufe aus und stürzte gegen die Tür. Am nächsten Tag erfolgte eine Vorstellung beim Durchgangsarzt. Dieser diagnostizierte eine Fußdistorsion links verbunden mit einem Druckschmerz über dem 5. Mittelfußknochen. Ein MRT des linken Fußes vom 7. Oktober 2013 ergab einen Zustand nach Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius und inkompletter Läsion des vorderen Syndesmosenbandes mit Vernarbung. Am 16. Dezember 2013 erfolgte eine Vorstellung beim H-Arzt H1 in G. Dieser diagnostizierte eine Verstauchung und Zerrung des oberen linken Sprunggelenks. Eine intraartikuläre Infiltration des linken Sprunggelenks mit Triam 40 und Liduject 1 %ig erfolgte an diesem Tag und später am 24. Januar und 11. März 2014. Ein MRT des linken Sprunggelenks vom 15. Januar 2014 ergab narbige Veränderungen im Bereich des vorderen Syndesmosenbandes und Zustand nach vermutlich teils knöchernem Ausriss des Ligamentum fibulotalare anterius. Am 12. Juni 2014 wurde ausweislich eines MRT-Befundes der Verdacht auf eine aseptische Knochennekrose geäußert. Ab dem 1. August 2014 erfolgten Vorstellungen in der Schmerzambulanz des Waldklinikums G und am 24. Oktober 2014 eine Heilverfahrenskontrolle im Klinikum B1 in H2. Die Schmerzambulanz erwähnte in ihrem Bericht vom 5. September 2014 die Diagnose einer aseptischen Knochennekrose an der Basis des Talus. Ausweislich eines Befundberichts der neurologischen Klinik des Waldklinikums G vom 11. November 2014 wurde ein neuropathischer Schmerz im Versorgungsgebiet des Nervus suralis links diagnostiziert.

Im Auftrag der Beklagten erstellte der Unfallchirurg B2 am 7. November 2014 ein Zusammenhangsgutachten. Als Unfallfolge wurde eine Distorsion des linken Fußes mit Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius links und inkompletter Läsion der vorderen Syndesmose links angegeben. Vorerkrankungen der Klägerin hätten für den Eintritt der Unfallfolgen keine Rolle gespielt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit weniger als 10 v. H. einzuschätzen. Mit Bericht vom 10. November 2014 teilte die Klinik für Unfallchirurgie B1 in H2 mit, dass eine intensive krankengymnastische Übungsbehandlung zur muskulären Stabilisierung des Sprunggelenks indiziert sei. Vom 19. bis 23. Januar 2015 erfolgte eine stationäre Behandlung im Zentrum für Schmerz- und Palliativmedizin des Waldklinikums G. Ausweislich eines CT-

Befundes des linken Sprunggelenks vom 2. März 2015 wurde eine posttraumatische Talushalsnekrose diagnostiziert.

In einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 7. April 2015 teilte der Beratungsarzt L mit, dass hinsichtlich der Einschätzung der Situation die Vorlage weiterer Befunde erforderlich sei. Nach Vorlage der angeforderten Unterlagen teilte L in einer Stellungnahme vom 4. Juli 2015 mit, dass der Krankheitsverlauf ab dem 18. September 2013 insgesamt unfallfremd und nicht Folge der versicherten Tätigkeit am 17. September 2013 gewesen sei. Weder klinisch noch bildtechnisch ließen sich Verletzungsfolgen in Folge der versicherten Tätigkeit am 17. September 2013 sichern. Der Beratungsarzt und Radiologe H3 teilte in einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 29. Juni 2015 mit, dass die vorgelegten bildtechnischen Aufnahmen keine posttraumatisch entstandenen knöchernen Strukturveränderungen aufzeigten.

Daraufhin erkannte die Beklagte durch Bescheid vom 7. August 2015 das Ereignis vom 17. September 2013 als Arbeitsunfall mit der Folge einer Distorsion des linken Fußes, welche folgenlos ausgeheilt sei, an. Ein Anspruch auf Verletztengeld wurde verneint. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe am 17. September 2013 bestanden und ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über diesen Tag hinaus bestehe nicht. Nicht Folge des Arbeitsunfalls sei eine Hallux valgus-Fehlstellung im Großzehengrundgelenk, eine knöcherne Metaplasie im Verlauf des talofibularen Bandes links und eine Degeneration in den Gelenken zwischen Kahnbein und angrenzenden Keilbeinen links. Auch die Knochennekrose im vorderen Anteil des Talus sei keine Unfallfolge. Die am linken Fuß festgestellten Gesundheitsschäden hätten bereits seit dem Jahr 2008 bestanden und seien auf einen Verschleiß der Fußwurzelgelenke zurückzuführen und daher nicht Folge des Ereignisses vom 17. September 2013. Ein hiergegen durch die Klägerin eingelegter Widerspruch wurde durch Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 2015 zurückgewiesen. Erneut wurde daran festgehalten, dass die Veränderungen im Bereich des linken Fußes schon am 5. März 2008 gesichert worden seien und sich im Rahmen des Zeitablaufs stärker ausgeprägt zeigten.

Dagegen hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Altenburg Klage erhoben. Das Sozialgericht hat nach Beiziehung umfangreicher Befundberichte den Unfallchirurgen N, den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie K und den Radiologen B3 mit der Erstellung von Gutachten beauftragt. K hat in seinem Gutachten vom 11. Januar 2017 eine distale Schädigung des Nervus suralis links mit entsprechenden Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms, eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren und eine gestörte Schlafarchitektur, einmal durch die Schmerzsymptomatik bedingt und dann bei bestehendem Schlafapnoesyndrom diagnostiziert. Zwar sei ein neurologisches Erstschadensbild im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. September 2013 nicht dokumentiert und eine Läsion des Nervus suralis links mit neuropathischem Schmerzsyndrom erstmals am 10. November 2014 diagnostiziert worden. Allerdings seien die Symptome der Suralisneuropathie doch im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis explorierbar. Das Fehlen einer fachneurologischen Untersuchung bis zum 10. November 2014 könne man der Klägerin nicht zum Nachteil auslegen. Das Unfallereignis sei durchaus geeignet gewesen, zu einer Irritation des Nervus suralis links zu führen. Mit Wahrscheinlichkeit sei daher die Suralisirritation links als Folgeschaden des Unfallereignisses und die sich ausufernde Schmerzproblematik in Form der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren als unfallunabhängig anzusehen. Verantwortlich für diese seien in der Persönlichkeit der Klägerin liegende Faktoren in Verbindung mit psychosozialen Belastungselementen. Die MdE aufgrund der Suralisirritation links verbunden mit den Funktionsstörungen sei mit 10 v. H. zu beziffern. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ergebe sich daraus nicht. Der Radiologe B3 hat in seinem Gutachten vom 31. Januar 2017 ausgeführt, dass sich der Röntgendiagnostik des linken Fußes vom 18. September 2013 kein Hinweis hinsichtlich einer knöchernen Traumafolge entnehmen lasse. Es bestehe eine Hallux valgus-Fehlstellung des ersten Strahles links. Gering akzentuierte degenerative Veränderungen im mittelgradigen Umfang bezüglich des Großzehengrundgelenks links seien festzustellen. Im direkten posttraumatischen Verlauf bestehe kein Hinweis für ein darstellbares Knochenödem hinsichtlich der knöchernen Strukturen. Erstmalig in der kernspintomographischen Diagnostik des linken Sprunggelenks vom 12. Juni 2014 gelinge der Nachweis einer Osteonekrose des Talus im Bereich des Processus anterior. In den kernspintomographischen Aufnahmen vom 7. Oktober 2013 stelle sich bereits eine Ausheilung der Bandläsion ohne sichtbare begleitende Weichteilaffektion dar. Der fachradiologischen Stellungnahme von Dr. Hartmann könne zugestimmt werden. Das verfügbare radiologische Bildmaterial könne weder eine Schädigung des Nervus suralis objektivieren, noch ein entsprechendes Schädigungsmuster ausschließen. Die ligamentären Verletzungsmuster entsprächen alten posttraumatischen Residuen, die in keinem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 17. September 2013 stünden. Der Unfallchirurg N führt in seinem Gutachten vom 3. April 2017 aus, dass eine aseptische Knochennekrose am linken Sprungbein unfallabhängig sei. Die im MRT gefundenen Veränderungen einzelner Sprunggelenksbänder und weitere degenerative Veränderungen am oberen Sprunggelenk und die X-Fehlstellung der Großzehe mit degenerativen Veränderungen am Großzehengrundgelenk seien unfallunabhängig. Orthopädisch-unfallchirurgisch sei ein Erstschaden am linken Fuß nicht zu erheben. Allerdings sei die aseptische Knochennekrose (Gewebsuntergang von Knochenanteilen) eine Folge der nach dem Unfallereignis durchgeführten Therapie. Eine aseptische Knochennekrose sei eine lokale Durchblutungsstörung des Knochens. Vorliegend ergebe sich nach dem MRT-Befund vom Oktober 2015, dass die Kontinuität des Verbandes gewahrt sei. Am 16. Dezember 2013 sei erstmals eine Infiltration des linken oberen Sprunggelenks mit Triam 40 und einem lokalen Betäubungsmittel erfolgt. Das Medikament Triam 40 sei ein kristallines Kortisonpräparat. Fünf Wochen später sei eine erneute Injektion aber in das untere Sprunggelenk erfolgt. Eine weitere Injektion sei am 11. März 2014 gegeben worden. Eine Gelenkinjektion mittels kristallinem Kortikoid sei mit dem Risiko einer aseptischen Knochennekrose verbunden. Nachgewiesen worden sei diese erstmals am 12. Juni 2014 nach Abschluss der Injektionsserie. Daher stehe fest, dass es im Verlauf zwischen zwei MRT-Untersuchungen zu einer Manifestation der Erkrankung gekommen sei. Somit spreche viel für eine Ausbildung der Knochennekrose am Sprungbein im Rahmen der Schmerztherapie. Anderweitige Ursachen seien nicht erkennbar. Aufgrund des dokumentierten Behandlungsverlaufs und des Auftretens der Nekrose im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Injektionsbehandlung sei der Zusammenhang hinreichend wahrscheinlich. Eine MdE auf orthopädisch-unfallchirurgischem Gebiet lasse sich nicht messen. Chirurgischerseits seien hinsichtlich des Unfallereignisses niemals objektive Verletzungszeichen beschrieben worden. Der zuerst aufgesuchte Durchgangsarzt habe weder eine Schwellung noch ein Hämatom festgestellt. Die im Zusammenhangsgutachten von B2 erhobenen Unfallfolgen in Form von Läsionen einzelner Bänder des linken Fußes würden unter Einbeziehung des fachradiologischen Gutachtens definitiv nicht vorliegen. Verletzungszeichen am linken Fuß seien weder klinisch noch röntgenologisch zu sichern. Der Beratungsarzt der Beklagten L hat in einer Stellungnahme vom 29. Mai 2017 dargelegt, dass ein unfallbedingter Erstgesundheitsschaden nicht gesichert sei. Damit entfalle auch der umschriebene Knochentod im vorderen Anteil des linken Sprungbeins als Therapieschaden. Der Neurologe M hat in einer beratungsärztlichen Stellungnahme vom 22. Mai 2017 die Annahmen von K in seinem Zusammenhangsgutachten als vollkommen hypothetischer Natur bezeichnet. Eine isolierte Schädigung des Nervus suralis links beim Umknicken des Fußes sei ausgeschlossen. Eine lokale Kontusion ohne Schädigung des umliegenden Gewebes wie der Weichteile sei nicht möglich. Daraufhin hat K in einer ergänzenden Stellungnahme vom 21. Juni 2017 erneut darauf hingewiesen, dass ein neurologisches Erstschadensbild nicht dokumentiert sei und erst mehr als ein Jahr später eine Läsion des Nervus suralis links mit neuropathischem Schmerzsyndrom diagnostiziert worden und ihm durchaus bewusst sei, dass eine zeitliche Verbindung des Unfallereignisses mit neurologischen Symptomen ohne neurologisches Erstschadensbild schwer zu begründen sei. Die fehlende Feststellung neurologischer Ausfälle beruhe aber darauf, dass die

Klägerin nicht neurologisch untersucht worden sei. Eine zunehmende Befundverschlechterung sei hingegen dokumentiert. Trotz des nicht dokumentierten neurologischen Erstschadensbildes sei gemäß den Kausalitätskriterien des Sozialrechts davon auszugehen, dass im gleichen Zeitraum ohne das Unfallereignis die Suralis Irritation links nicht eingetreten wäre. N hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. Juni 2017 ebenfalls an seiner Auffassung festgehalten. Das Sozialgericht hat einen weiteren Befundbericht des Orthopäden H1 vom 19. September 2017 eingeholt. Darin hat er sich zur genauen Zusammensetzung der von ihm im Rahmen der Infiltration angewandten Kortikoidpräparate geäußert. Daraufhin hat der Beratungsarzt L in einer Stellungnahme vom 28. November 2017 ausgeführt, dass die angegebene niedrige Dosierung es nicht hinreichend wahrscheinlich mache, dass die Knochennekrose durch die Behandlung verursacht worden sei. In einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. Februar 2018 hat der Radiologe B3 ausgeführt, dass die von N aufgestellte Hypothese einer Verursachung der aseptischen Osteonekrose durch kristalline Kortisonpräparate radiologischerseits nachvollziehbar sei. Im Gegensatz zur klassischen Osteochondrosis dissecans zeige sich bei der Klägerin kein stadienabhängiger Verlauf. Die Lokalisation sei als untypisch zu werten. Der Bewertung von N könne daher gefolgt werden. Relevante Vorerkrankungen im Sinne einer anderen Verursachung der aseptischen Knochennekrose lägen bei der Klägerin nicht vor. Aufgrund der schmerztherapeutischen Lokalisationen, die durch H1 vorgenommen worden seien, sei festzuhalten, dass die Gelenkräume des Talonavikulargelenks und des unteren Sprunggelenks als auch des Sinus tarsi miteinander in anatomischer Verbindung stünden. Daher könne eine intraartikuläre Applikation von Kortison durchaus an den Manifestationsort der Osteonekrose gelangen. Jedenfalls liege der Applikationsort des Kortisonpräparates in unmittelbarer Nähe der aufgetretenen Osteonekrose. Daraufhin hat N in einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 13. März 2018 ausgeführt, dass mit einer Injektion in das untere Sprunggelenk auf jeden Fall ein Kontakt des injizierten Medikaments mit dem Sprungbein gegeben sei. H1 berichte von einer Infiltration des Sinus tarsi. Dieses stelle ein wichtiges Band für die Ernährung des Sprungbeins dar. Auch unter Berücksichtigung der übrigen Fakten sei es hinreichend wahrscheinlich, dass die später diagnostizierte Knochennekrose Folge der Injektionstherapie sei. Diesen Ausführungen hat der Beratungsarzt L in einer Stellungnahme vom 12. Juni 2018 erneut widersprochen. Eine Injektion in den Sinus tarsi tangiere zunächst weder die hintere noch die vordere Kammer des unteren Sprunggelenks. Es bestünden erhebliche Unklarheiten im Hinblick auf die vorgenommene Injektion, sodass ein Unfallzusammenhang nicht angenommen werden könne.

In der mündlichen Verhandlung am 26. Juni 2018 hat die Beklagte ein von der Klägerin angenommenes Teilanerkenntnis dahingehend abgegeben, dass unter Abänderung des Bescheides vom 7. August 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 2015 festgestellt wird, dass der sekundäre Teiluntergang von Knochenanteilen am linken Sprungbein Folge des Arbeitsunfalls vom 17. September 2013 ist.

Durch Urteil vom gleichen Tage hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Offen bleiben könne, ob eine Schädigung des Nervus suralis vollbeweislich gesichert sei. Jedenfalls könne nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass das Ereignis vom 17. September 2013 eine Schädigung des Nervus suralis verursacht habe. Es fehle bereits an der Sicherung eines neurologischen Erstschadensbildes. Dieser sei erstmals am 10. November 2014 und damit mehr als ein Jahr nach dem Ereignis vom 17. September 2013 erhoben worden. Darüber hinaus sei ein geeigneter Unfallhergang nicht zu sichern. Unklar sei, inwieweit eine lokale Kontusion ohne Schädigung des umliegenden Gewebes überhaupt möglich sein könne. Nach dem radiologischen Gutachten von B3 gebe es keinen Hinweis auf eine Verletzung bzw. Kontraktion des Nervus suralis. Daher lasse sich eine Schädigung des Nervus suralis nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückführen. Gleiches gelte dann auch für die Sensibilitätsstörung und das neuropathische Schmerzsyndrom. Soweit K auf Beweisschwierigkeiten wegen der fehlenden fachneurologischen Untersuchung hinweise, bestehe deshalb kein Anlass für Beweiserleichterungen. Vielmehr seien alle Befunde im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung zu berücksichtigen.

Mit der Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Das Sozialgericht habe nicht offenlassen dürfen, ob im Vollbeweis eine Schädigung des Nervus suralis gesichert werden könne. Aus den Ausführungen der Gutachter ergebe sich, dass eine solche Schädigung des Nervus suralis sowohl vorliege, als auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne. K und N hätten auch auf die gleichzeitige Abwesenheit von anderen denkbaren Ursachen hingewiesen. Weder seien weitere Verletzungen noch vorbestehende organische Dispositionen festgestellt worden. Eine Beweislastumkehr oder ein Beweisnotstand seien ohne jede Begründung abgelehnt worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 26. Juni 2018 abzuändern und unter Abänderung des Bescheids der Beklagten vom 7. August 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2015 in Gestalt des Teilanerkenntnisses vom 26. Juni 2018 festzustellen, dass die distale Schädigung des Nervus suralis mit entsprechenden Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms Folge des Arbeitsunfalls vom 17. September 2013 ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich zur Begründung auf die Ausführungen in dem angegriffenen Urteil.

Der Senat hat ein Sachverständigengutachten bei den Neurologen S und W in Auftrag gegeben. S führt in seinem Gutachten vom 30. April 2022 aus, dass sich im Rahmen der aktuellen Untersuchung neurophysiologisch eine leichte Läsion des Nervus suralis links und beider Nervi peronaei nachweisen lasse. Aus gutachterlicher Sicht sei ein durch ein Supinationstrauma lokal im Bereich des Malleolus lateralis ausgelöstes Schmerzsyndrom des Nervus suralis prinzipiell vorstellbar. Die von der Klägerin angegebenen Beschwerden ließen sich mit einer lokalen Läsion des Nervus suralis aber nicht vereinbaren. Der neurographische Befund der Läsion des Nervus suralis links könne aufgrund der Vor- und Begleitbefunde nicht sicher auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. W führt in seinem Gutachten vom 13. Mai 2022 aus, der Erstschaden im Bereich des Ligamentum Fibulotalare anterius (Bandschaden) stehe mit einer Schädigung des Nervus suralis in keiner Beziehung, denn dieses Band liege vor dem Außenknöchel und habe mit dem Nervus suralis nichts zu tun. Soweit aufgrund der Kortisoninjektionen eine lokale septische Knochennekrose des Sprungbeins als unfallbedingt anerkannt worden sei, stehe hiermit der Verlauf des Nervus suralis auch nicht im Zusammenhang. Der Verlauf des Nervus suralis sei weit entfernt und eine Schädigung daher auszuschließen. Zwar sei eine leichtgradige Schädigung des Nervus suralis nachweisbar, diese sei jedoch erst nach dem zweiten Trauma vom Juli 2014 dokumentiert und anatomisch nicht den anerkannten Schäden zuzuordnen. Das beklagte Schmerzbild mit Betroffensein sowohl des Unterschenkels als auch des gesamten Fußes sei anatomisch nicht einem neuropathischen Schmerzsyndrom des Nervus suralis

zuzuordnen. Das Betroffensein des Unterschenkels sei in keiner Weise mit einem Supinationstrauma im Sprunggelenk und einem hierdurch bedingten Nervenschaden in Verbindung zu bringen.

Die Beklagte sieht sich durch die Gutachten in ihrer Einschätzung bestätigt, dass die Schädigung des Nervus suralis nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass nach wie vor von einem Ursachenzusammenhang auszugehen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Klägerin (§§ 143, 151 SGG) hat in der Sache keinen Erfolg. Das Sozialgericht Altenburg hat die Klage zu Recht abgewiesen und einen Anspruch der Klägerin auf Feststellung einer Schädigung des Nervus suralis mit Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms als Folge des Unfallereignisses vom 17. September 2013 verneint. Der Bescheid der Beklagten vom 7. August 2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Dezember 2015 in der Gestalt des Teilanerkenntnisses vom 26. Juni 2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 54 SGG).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Feststellung einer Schädigung des Nervus suralis mit Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms als Folge des Arbeitsunfalls vom 17. September 2013.

Richtige Klageart für die Feststellung weiterer Unfallfolgen ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach § 54 Abs. 1 SGG und § 55 Abs. 1, 3 SGG.

Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es unterschiedliche Beweisanforderungen. Für die äußerlich fassbaren und feststellbaren Voraussetzungen „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung zur Zeit des Unfallereignisses“, „Unfallereignis“ und „Gesundheitsschaden“ wird eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit gefordert, die vorliegt, wenn kein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch zweifelt (Vollbeweis). Vermutungen, Annahmen, Hypothesen und sonstige Unterstellungen reichen daher ebenso wenig aus wie eine (möglicherweise hohe) Wahrscheinlichkeit. Hinreichende Wahrscheinlichkeit wird von der ständigen Rechtsprechung für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden (haftungsbegründende Kausalität) sowie dem Gesundheitserstschaden und der Unfallfolge im Sinne eines länger andauernden Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) für ausreichend erachtet (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2007 - B 2 U 27/06 R -). Hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände diejenigen so stark überwiegen, die für den Ursachenzusammenhang sprechen, dass darauf eine richterliche Überzeugung gegründet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - B 2 U 2/11 R -; BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R -). Dabei hat die Prüfung getrennt nach 2 Stufen, nämlich zunächst auf einer naturwissenschaftlich-medizinischen und anschließend auf einer rechtlichen Ebene zu erfolgen. Ist auf der ersten Stufe der notwendige naturwissenschaftlich-medizinische Zusammenhang gesichert, hat auf der zweiten Stufe eine Prüfung der rechtlichen Wesentlichkeit zu erfolgen (Spellbrink, Die Aufgabenverteilung zwischen [medizinischem] Sachverständigen und Richter bei der Kausalitätsprüfung im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, MEDSACH 2017, 51-56). Welche Ursache im Einzelfall rechtlich wesentlich ist und welche nicht, muss nach der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs vom Rechtsanwender (Juristen) wertend entschieden werden (BSG, Urteil vom 30. März 2017 – B 2 U 6/15 R –, BSGE 123, 24-35; BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R – zitiert nach Juris). Die Wesentlichkeit einer (Mit-)Ursache ist eine reine Rechtsfrage, die sich nach dem Schutzzweck der Norm beantwortet. Die rechtliche Wesentlichkeit ist zu bejahen, wenn die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr ist. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Einwirkung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Erkrankung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht. Die Wesentlichkeit ist vielmehr zusätzlich und eigenständig nach Maßgabe des Schutzzwecks des jeweils begründeten Versicherungstatbestandes zu beurteilen (vgl. Spellbrink, jurisPR-SozR 5/2022 Anm. 2).

Ausgehend hiervon steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Schädigung des Nervus suralis mit Sensibilitätsstörungen und Elementen eines neuropathischen Schmerzsyndroms nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als weitere Folge des Unfallereignisses vom 17. September 2013 festgestellt werden kann. Die von der Klägerin geltend gemachte Schädigung des Nervus suralis liegt zur Überzeugung des Senats - im Gegensatz zu den Feststellungen des Sozialgerichts - vollbeweislich gesichert vor. Dies folgt aus den Ausführungen der Sachverständigen S und W in ihren im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachten. Beide legen dar, dass sich zum jetzigen Zeitpunkt eine leichte Läsion des Nervus suralis links mit Verminderung der Nervenleitgeschwindigkeit sichern lässt. Diese kann jedoch nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Aus dem Gutachten von W vom 13. Mai 2022 ergeben sich erhebliche Anhaltspunkte, die dagegen sprechen, dass die Schädigung des Nervus suralis links mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Zunächst ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die im Kernspintomogramm vom 7. Oktober 2013 beschriebene Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius sowie die inkomplette Läsion des vorderen Syndesmosenbandes mit Vernarbung, die im Übrigen später in einem radiologischen Gutachten von B3 sogar als alte posttraumatische Residuen ohne kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis beschrieben wurden, eine gleichzeitige Schädigung des Nervus suralis nicht wahrscheinlich machen. Denn W führt insoweit aus, dass beide Bänder vor dem Außenknöchel liegen und in keiner Beziehung zum Nervus suralis stehen. Des Weiteren legt W in seinem Gutachten dar, dass die über mehrere Monate erfolgten Infiltrationen mit Kortison in das linke untere Sprunggelenk zwar zu einer - von der Beklagten als mittelbare Unfallfolge anerkannt - septischen Knochennekrose geführt haben, dass aber auch dies in keinem Zusammenhang mit dem Versorgungsgebiet des Nervus suralis steht. Weiter ist festzuhalten, dass ein neurologisches Erstschadensbild unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfallereignis im Herbst 2013 nicht gesichert worden ist. Vielmehr wird ein Befund hinsichtlich des Nervus suralis links erstmals am 10. November 2014 erhoben. Allerdings weist W in diesem Zusammenhang darauf hin, dass dieser Befund, der auf einer elektrophysiologischen Untersuchung des Nervus suralis beruhte, keinen pathologischen Befund zeigte. Entscheidend gegen die Annahme eines Zusammenhangs mit dem Unfallereignis spricht jedoch, dass die festgestellte leichtgradige Schädigung des Nervus suralis anatomisch nicht den dokumentierten und anerkannten Schäden zugeordnet werden kann. Überzeugend hält W insoweit fest, dass das geklagte Schmerzbild mit Betroffensein sowohl des Unterschenkels als auch des gesamten Fußes anatomisch nicht mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom des Nervus suralis vereinbar ist. Die Nervus suralis Schädigung kann daher das Gesamtbild der geklagten Schmerzen und Gefühlsstörungen bereits nicht erklären. Dies ist auch

nachvollziehbar, da das Betroffensein des Unterschenkels in keiner Weise mit einem Supinationstrauma im Sprunggelenk mit hierdurch bedingtem Nervenschaden in Verbindung gebracht werden kann. Hierfür wäre eine höhergelegene Schädigung erforderlich. Offen bleiben kann, ob den Ausführungen von W insoweit zu folgen ist, dass ein Zusammenhang mit einem lokalen Problem im Bereich des Kniegelenks bzw. mit einem weiteren häuslichen Supinationstrauma vom Juli 2014 besteht. Denn es ist nicht Aufgabe des Gerichts in einem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren den Nachweis einer anderweitigen Ursache zu führen. Soweit die Klägerin sich darauf beruft, dass die Sachverständigen N und B3 in ihren Gutachten einen Zusammenhang bejaht haben, ist darauf hinzuweisen, dass N insoweit nur der Auffassung von K in seinem Sachverständigengutachten gefolgt ist und B3 in seinem radiologischen Gutachten im Gegenteil festgestellt hat, dass sich aus dem bildgebenden Material keine Hinweise für eine Schädigung des Nervus suralis bzw. dessen Unfallbedingtheit ergeben. Soweit K in seinem Sachverständigengutachten vom 11. Januar 2017 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Juni 2017 die Auffassung vertritt, dass die Schädigung des Nervus suralis links nach den Kriterien des Sozialrechts auf das Unfallereignis zurückzuführen ist, ist diese Auffassung nicht überzeugend. Auch K räumt ein, dass ein neurologisches Erstschadensbild im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. September 2013 nicht gesichert worden ist. Er führt weiter aus, dass ihm durchaus bewusst sei, dass eine zeitliche Verbindung des Unfallereignisses mit neurologischen Symptomen ohne neurologisches Erstschadensbild schwer zu begründen sei. Eine entsprechend nachvollziehbare Begründung gelingt K nicht. Denn erste Symptome einer neurologischen Beeinträchtigung sind erst der neurologischen Untersuchung vom 10. November 2014 zu entnehmen. Soweit K darüber hinaus ausführt, dass es nach dem Unfallmechanismus durchaus zu einer Irritation des Nervus suralis links kommen kann, ist dies nur ein Baustein und entbindet nicht davon, weitere Kriterien zu prüfen. Als einzigen Beleg für seine Auffassung, dass es ohne das Unfallereignis mit Wahrscheinlichkeit nicht zur Suralis Irritation links gekommen wäre, führt K sodann an, dass eine konkurrierende Kausalität in Form einer Vorerkrankung oder Schadensanlage nicht gegeben ist. Dies genügt aber nicht den Beweisgrundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung. Dies würde im Ergebnis zu einer Beweislastumkehr führen, für die es keine Rechtsgrundlage gibt. Denn der Ursachenzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallfolgen muss positiv festgestellt werden (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 - B 2 U 1/05 R in SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Insbesondere gibt es keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte, naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Die von der Klägerin geltend gemachten Beweisschwierigkeiten wegen einer fehlenden neurologischen Untersuchung unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfallereignis rechtfertigen nicht die Annahme eines Beweisnotstandes und eine daraus abzuleitende Notwendigkeit zu Beweiserleichterungen. Typische Beweisschwierigkeiten, die sich aus den Besonderheiten des Einzelfalles ergeben, sind im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung zu berücksichtigen. Eine allgemeingültige Beweiserleichterung für den Fall des Beweisnotstandes würde dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG) widersprechen (BSG, Urteil vom 7. September 2004 - B 2 U 25/03 R - Juris Rn.17). Da die die Klägerin behandelnden Ärzte im Jahre 2013 keine Veranlassung für eine neurologische Untersuchung gesehen haben, besteht für den Senat keine Veranlassung Beweiserleichterungen zu gewähren. Zudem fehlt es an einem tauglichen Anknüpfungspunkt für eine Absenkung der Beweisanforderungen. Konsequenz der Berücksichtigung besonderer Fallumstände im Rahmen der Beweiswürdigung ist es, an den Beweis verminderte Anforderungen zu stellen (BSG, Urteil vom 7. September 2004 - B 2 U 25/03 R - Juris Rn.17). Das bedeutet, dass der Unfallversicherungsträger oder das Gericht schon aufgrund weniger tatsächlicher Anhaltspunkte von einer bestimmten Tatsache überzeugt sein können. Da die vorliegenden medizinischen Befunde es dem Senat - wie ausgeführt - nicht ermöglichen, die Überzeugung zu gewinnen, dass die Schädigung des Nervus suralis mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden kann, bleibt kein Raum für eine Beweiserleichterung.

Damit bestehen erhebliche Anhaltspunkte dafür, dass die Schädigung des Nervus suralis links im Fall der Klägerin nicht mit dem Unfallereignis vom 17. September 2013 im Zusammenhang steht.

Daher können keine weiteren Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 17. September 2013 festgestellt werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-12-08