L 6 U 1244/23

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 4 U 1581/22
Datum
14.04.2023
2. Instanz
-
Aktenzeichen
L 6 U 1244/23
Datum
25.04.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2023 abgeändert und die Klage vollumfänglich abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Anerkennung eines Ereignisses vom 14. Oktober 2021 als Arbeitsunfall.

Sie ist 1965 geboren und als Lagerarbeiterin beschäftigt.

In der Unfallanzeige der F1 Logistik GmbH (Arbeitgeberin) vom 15. Oktober 2021 wurde angegeben, dass die Klägerin beim Absteigen aus dem Schubmaststapler mit ihrem Fuß umgeknickt sei und sich den rechten Fußknöchel gebrochen sowie sich am linken Fuß eine Fraktur zugezogen habe.

Nach dem Durchgangsarztbericht des L1, Unfallchirurgie S1-Kliniken H1, stellte sich die Klägerin dort am 14. Oktober 2021 um 8:53 Uhr - nach Einlieferung mit dem Rettungsdienst - vor und gab an, dass sie um 8:10 Uhr um ihren Stapler gelaufen sei und es ihr schwindelig geworden sei. Sie habe kurz die Kontrolle über ihren Stand verloren, gefallen sei sie nicht. Die Klägerin habe beteuert, gestanden zu haben. Jedoch habe sie nach der kurzen Schwindelepisode Schmerzen in beiden Füßen verspürt.

Es hätten Schwellungen rechts und links bestanden, die Zehenbewegung sei frei. Eine stationäre Aufnahme zur operativen Versorgung sei erfolgt.

Im Röntgen habe sich eine nicht dislozierte Außenknöchelfraktur Weber C rechts gezeigt. Beidseits bestehe der Verdacht auf eine Abspregung am lateralen Fersenbein. Weiter lägen kleinste knöcherne Abspregungen am Os naviculare und Os calcaneus vor. Es bestünden Zweifel an einem Arbeitsunfall, da es sich nach den Schilderungen um einen Sturz aus innerer Ursache gehandelt habe (Schwindel). Heilbehandlung zu Lasten der Beklagten werde keine durchgeführt.

Die Beklagte teilte L1 mit, dass keine Behandlung zu ihren Lasten mehr durchzuführen sei und informierte die Krankenkasse (AOK) entsprechend (Schreiben vom 19. Oktober 2021).

Die Klägerin machte daraufhin - mit nach Angaben der Beklagten am 15. November 2021 eingegangenem Schreiben - geltend, dass sie am 14. Oktober 2021 um ca. 8.15 Uhr von dem Schubmast abgestiegen und weitergelaufen sei. Sie sei an der Gabel hängen geblieben, dann rechts umgeknickt, habe links noch einen Schritt gemacht und sei ebenfalls umgeknickt. Es sei ihr schlecht und schwindelig geworden, sie habe einen eiskalten Schweißausbruch bekommen und sei dann umgefallen.

Ausweislich des Telefonvermerks vom 22. November 2021 habe die Klägerin mitgeteilt, dass der Arzt da wohl etwas falsch verstanden habe. Er sei zwischenzeitlich zu einem Notfall gerufen worden und habe eventuell deshalb etwas durcheinandergebracht.

Ergänzend zu den Hergangsschilderungen der Klägerin und der Angabe befragt, die Klägerin sei mit dem Rettungsdienst eingeliefert worden, gab L1 an, dass die Dokumentation nochmal geprüft worden sei. Die Klägerin sei mit dem Rollstuhl ohne Rettungsdienst in der Zentralen Notaufnahme vorstellig geworden. Ein Notarztprotokoll existiere folglich nicht. Diesbezüglich sei der Durchgangsarztbericht korrigiert worden. Eine Korrektur der Anamnese könne nicht erfolgen, die Angaben der Klägerin seien im Wortlaut so am 14. Oktober 2021 festgehalten worden. Die schriftliche Auskunft wurde von L1 sowie vom W1 unterschrieben.

Die Beklagte hörte den Arbeitskollegen der Klägerin, P1, schriftlich als Zeugen. Dieser bekundete, Augenzeuge des Unfalls gewesen zu sein. Er habe davon erstmals am 14. Oktober 2021 8:30 Uhr Kenntnis erlangt. Die Klägerin sei beim Absteigen aus dem Stapler mit dem Fuß umgeknickt. Worauf der Unfall zurückzuführen sei, könne er nicht beurteilen, es habe eine Schwellung am Knöchel bestanden. Die Klägerin habe die Arbeit eingestellt und sei am gleichen Tag von einem Vorgesetzten mit dem Firmenwagen zum Arzt gefahren worden.

Mit Bescheid vom 12. Januar 2022 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Ereignisses vom 14. Oktober 2021 als Arbeitsunfall ab. Anspruch auf Leistungen bestehe nicht. Nach den Angaben der Klägerin sei es ihr schwindelig geworden und sie habe den Stand verloren. Beim Schwindel handele es sich um eine innere Ursache. Unfälle aus innerer Ursache seien grundsätzlich unversichert, denn sie stellten ein persönliches Risiko dar, welches in keinem rechtlichen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehe.

Ausnahmsweise könne eine versicherte Tätigkeit rechtlich wesentliche Teilursache sein, wenn die Entstehung der Verletzung überhaupt oder ihre Art oder Schwere durch besondere Gefahrenmomente begründet sei, denen der Versicherte durch seine berufliche, versicherte Tätigkeit ausgesetzt sei. Besondere Gefahrenmomente, die die Entstehung der Verletzung überhaupt, ihre Art oder Schwere begünstigt hätten, hätten zum Unfallzeitpunkt nicht vorgelegen.

Später sei von dieser ein anderer Unfallhergang geschildert worden. Nach den jetzigen Angaben sei sie vom Schubmast abgestiegen und an der Gabel des Fahrzeugs hängen geblieben. Sie sei daraufhin nach rechts umgeknickt und habe mit links noch einen Schritt gemacht. Sie sei dann auch mit diesem Fuß umgeknickt. Es sei ihr schlecht und schwindelig geworden, sie habe einen Schweißausbruch bekommen und sei hingefallen.

Die Anerkennung eines Arbeitsunfalls setze voraus, dass das Unfallereignis selbst und der Gesundheitserstschaden mit Gewissheit bewiesen sei. Verblieben nach Aufklärung des Sachverhaltes erhebliche Zweifel, könne nicht zu Gunsten des Versicherten entschieden werden. Vielmehr gelte der Grundsatz der objektiven Beweis- und Feststellungslast, nachdem die Nichterweislichkeit von Tatsachen zu Lasten desjenigen gehe, der hieraus Rechte herleiten wolle.

Gegen den Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch. Sie habe weder den Schwindel als Ursache des Unfallgeschehens, noch eine später geänderte Version des Geschehensablaufs angegeben. Sie habe von Anfang an berichtet, vom Schubmast abgestiegen, weitergelaufen und an der Gabel des Fahrzeugs hängen geblieben zu sein. Weiter habe sie erzählt, dass sie erst rechts umgeknickt sei, mit links noch einen Schritt gemacht habe und dann auch mit diesem Fuß umgeknickt sei. Erst daraufhin sei ihr schlecht und schwindelig geworden, sie habe Schweißausbrüche bekommen und sei hingefallen.

Diesen Geschehensablauf habe sie auch bei L1 angegeben, der diesen aber nicht korrekt wiedergegeben habe, möglicherweise deshalb, weil er während der Untersuchung zu einem weiteren Notfall gerufen worden sei und die Untersuchung habe unterbrechen müssen.

Hinzu komme, dass die Darstellung des L1, dass sie um den Stapler gelaufen und es ihr schwindlig geworden sei, sie aber nicht gefallen sei und sie danach Schmerzen in beiden Füßen verspürt habe, weder vom Geschehensablauf noch aus medizinischen Gründen geeignet sei, die Verletzungen zu begründen. Insofern habe L1 nachfragen und seine Aufzeichnungen korrigieren müssen. Im Gegensatz dazu sei ihre Schilderung des Geschehensablaufs sehr wohl geeignet, die streitgegenständlichen Verletzungen zu begründen.

Der Zeuge P1 habe bestätigt, dass sie beim Absteigen aus dem Stapler mit dem Fuß umgeknickt sei. Die Schwellung an den Knöcheln habe er persönlich wahrgenommen.

Nach schriftlichem Hinweis vom 24. März 2022 wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2022 zurück. Der Durchgangsarzt habe keine Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet, nachdem dort Schwindel als sogenannte innere Ursache für die erlittenen Verletzungen erfasst worden sei. Daraufhin habe die Klägerin mitgeteilt, dass sich der Unfallhergang anders zugetragen habe.

Der befragte Zeuge habe zwar ein Umknick-Ereignis bestätigen können, jedoch nicht, dass die Klägerin zuvor gestolpert oder an einem Gegenstand hängen geblieben sei. Der Arzt, der den Unfallhergang erfasst habe, sei mit der Gegendarstellung konfrontiert worden. Bereits im Durchgangsarztbericht sei zu lesen, dass die Klägerin „beteuert“ habe, gestanden und durch eine kurze Schwindelsensation die Kontrolle über den Stand verloren zu haben. Auf Nachfrage sei mitgeteilt worden, dass die Angaben „im Wortlaut“ festgehalten worden seien. Eine Fehlinterpretation oder falsche Dokumentation könne daher ausgeschlossen werden.

Den Erstangaben sei somit zu entnehmen, dass die Klägerin infolge eines kurzen Unwohlseins die Standsicherheit verloren habe und dadurch umgeknickt sei. Ein Arbeitsunfall liege daher nicht vor.

Am 17. Juni 2022 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Heilbronn erhoben.

Mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 14. April 2023 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Januar 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2022 verurteilt, das Ereignis vom 14. Oktober 2021 als Arbeitsunfall anzuerkennen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen.

Die Klage sei unzulässig, soweit sie sich auf die Feststellung von Unfallfolgen richte, da die Beklagte hierüber nicht entschieden habe. Soweit die Feststellung eines Arbeitsunfalls beansprucht werde, sei die Klage begründet. Die Klägerin habe in der mündlichen Verhandlung glaubhaft geschildert, zunächst mit dem Schubmaststapler gefahren zu sein und nach dem Absteigen, den Auftrag in der Hand haltend,

nicht auf den Boden geschaut zu haben und dabei auf die Gabel getreten zu sein. Sie sei zunächst mit dem rechten Fuß umgeknickt, im Verlauf dann mit dem linken. Die Klägerin habe einen äußerst glaubwürdigen Eindruck auf die Kammer gemacht.

Die Klägerin habe weiter dargelegt, dass es ihr nach dem Unfallereignis auf dem Boden liegend schwindelig und schlecht geworden sei. Auch der von der Beklagten im Verwaltungsverfahren befragte Zeuge P1 habe zum genauen Hergang des Unfalls keine Angaben machen können. Er habe ausgeführt, gesehen zu haben, dass die Klägerin beim Absteigen aus dem Stapler mit dem Fuß umgeknickt sei. Worauf der Unfall zurückzuführen sei, habe er nicht sagen können und dementsprechend auch keine Angaben dazu machen können, wie genau und warum die Klägerin umgeknickt sei. Dies erscheine in Anbetracht der ausgeführten Tätigkeiten in einem Lager, in dem größere Abstände zwischen den Mitarbeitern vorlägen, auch nachvollziehbar.

Aus welchen Gründen im Durchgangsarztbericht vom 14. Oktober 2021 ausgeführt sei, der Klägerin sei schwindelig geworden, als sie um den Stapler gelaufen sei und sie habe „beteuert“ gestanden zu haben, könne im Nachhinein nicht mehr festgestellt werden. Die Klägerin habe im Rahmen ihrer persönlichen Anhörung in der mündlichen Verhandlung weiter glaubhaft ausgeführt, seit ihrem Eintreffen im Klinikum H1 gegen 9 Uhr bis etwa 16 Uhr gewartet zu haben. Erst dann sei ihr die Diagnose und die Notwendigkeit einer Operation mitgeteilt worden. L1 sei kurze Zeit nach ihrer Aufnahme zu einem Notfall gerufen worden und erst später zurückgekommen. Es sei im Hinblick auf die Ausnahmesituation der Klägerin, unter Schmerzen und ohne Getränke stundenlang in der Notaufnahme, und angesichts der angespannten Situation in den Kliniken, insbesondere in den letzten Jahren, durchaus denkbar, dass die Angaben der Klägerin falsch verstanden worden seien oder sich diese in der Ausnahmesituation missverständlich ausgedrückt habe.

Auch sei die im Durchgangsarztbericht zu Grunde gelegte Schilderung zum Unfallhergang im Hinblick auf die erlittenen Gesundheitsschäden, insbesondere die Außenknöchelfraktur, nicht nachvollziehbar. Im Unfallbericht werde dazu beschrieben, dass die Klägerin berichtet habe, dass sie um ihren Stapler gelaufen, ihr schwindelig geworden sei und sie kurz die Kontrolle über ihren Stand verloren habe. Sie beteuere, gestanden zu haben, jedoch habe sie nach der kurzen Schwindelepisoden Schmerzen in beiden Füßen verspürt. Die im Hinblick auf den dort niedergelegten Geschehensablauf „verspürten Schmerzen“ seien im Hinblick auf die anschließend gestellten Diagnosen einer nicht dislozierten Außenknöchelfraktur Typ Weber C rechts, einer Fußprellung rechts sowie kleiner knöcherner Absprengungen Os naviculare und os calcaneus links nicht nachvollziehbar. Diese Darstellung sei weder vom Geschehensablauf noch aus medizinischen Gründen geeignet, die erlittenen und auch im Durchgangsarztbericht diagnostizierten Verletzungen zu begründen.

Untermuert würden die Angaben der Klägerin auch dadurch, dass sie bereits im Verwaltungsverfahren mitgeteilt habe, der Arzt müsse etwas falsch vermerkt haben und sei zwischendurch zu einem Notfall gerufen worden. Sie habe demnach bereits wenige Wochen nach Erstellung des Durchgangsarztberichtes dem dort aufgeführten Geschehensablauf widersprochen.

Die eigenen Angaben der Klägerin im Verwaltungsverfahren stimmten mit denen in der mündlichen Verhandlung überein. Es bestehe für die Kammer kein Anlass an den Aussagen zu zweifeln.

Am 27. April 2023 hat die Beklagte Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Nach dem Durchgangsarztbericht handele es sich um einen Unfall aus innerer Ursache. Da eine besondere Betriebsgefahr nicht erkennbar gewesen sei, habe ein Arbeitsunfall nicht anerkannt werden können. Im Durchgangsarztbericht sei vermerkt, dass zum Hergang durch den erstbehandelnden Arzt eine Rückfrage erfolgt sei. Die Klägerin habe „beteuert, gestanden zu haben“. Diese Formulierung könne nur so gedeutet werden, dass aufgrund ihrer Angaben zum Hergang um ausdrückliche Bestätigung gebeten worden sei, ob es sich so verhalten habe.

L1 habe mitgeteilt, dass die Dokumentation dort erneut geprüft worden sei. Die Angaben der Klägerin seien im Wortlaut schriftlich festgehalten worden und zwar unmittelbar nach der Erstversorgung. Eine Änderung der Ausführungen zur Anamnese sei daher abgelehnt worden.

Der Zeuge P1 habe das Ereignis selbst nicht gesehen, sondern lediglich bestätigen können, dass eine Schwellung am Knöchel vorgelegen habe, die Ursache der Schwellung habe er aber nicht beurteilen können.

Die Erstangaben würden in der Regel unbefangener abgegeben. Nachdem L1 bestätigt habe, dass es sich nicht um eine undeutliche Dokumentation handele, sondern die Angaben im Wortlaut dokumentiert worden seien, bestünden keine Zweifel daran, dass es sich um eine zutreffende Dokumentation der Angaben handele. Eine besondere Betriebsgefahr sei nicht erkennbar und nicht geltend gemacht worden.

Dass SG führe weiter aus, dass sich nicht mehr klären lasse, warum im Durchgangsarztbericht die Formulierung enthalten sei, die Klägerin habe „beteuert“, dass sich der Sachverhalt so und nicht anders verhalten habe. Es sei zwar durchaus denkbar, dass sie falsch verstanden worden sei oder sich undeutlich ausgedrückt habe. Unkommentiert bleibe vom SG jedoch, dass es sich um eine sehr ungewöhnliche und unübliche Formulierung handele und dass durch den Durchgangsarzt bestätigt worden sei, dass die Formulierung korrekt sei und es keine Veranlassung gebe, rückwirkend einen anderen Sachverhalt niederzulegen.

Das Schreiben der Klägerin sei am 15. November 2021 eingegangen, offensichtlich nachdem die Klägerin darüber informiert worden sei, dass das Ereignis nicht als Arbeitsunfall anerkannt worden sei. Der modifizierte Hergang sei erst zur Akte gelangt, nachdem die Ablehnungen an die Krankenkasse und den behandelnden Arzt versandt worden seien. Auch bei diesem Hergang seien im Übrigen die Verletzungen der Sprunggelenke vor einem etwaigen Sturz entstanden, sodass die Annahme des SG, dass es nicht möglich sei, dass die festgestellten Verletzungen ohne einen Sturz entstehen könnten, schon von daher hinfällig sei. Hierzu sei bereits im Widerspruchsverfahren darauf hingewiesen worden, dass aufgrund einer Standunsicherheit infolge einer Schwindelsensation zur Vermeidung eines Sturzes und den damit verbundenen unkoordinierten Ausfallschritten es zu einem Umknicken der Sprunggelenke und/oder zu einer Verwringung des Fußskelettes komme könne und hierdurch entsprechende Verletzungen entstünden.

Die Beklagte beantragt, sachdienlich gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2023 abzuändern und die Klage vollumfänglich abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie verweist auf die angefochtene Entscheidung. Das SG sei zutreffend ihrer Darstellung des Unfallgeschehens gefolgt und habe diesem Unfallereignis eine innere Ursache zu Grunde gelegt. Sie habe nach dem Absteigen vom Schubmaststapler den Arbeitsauftrag in der Hand gehalten und somit nicht auf den Boden geschaut. Sie sei dabei auf die Gabel getreten und zunächst mit dem rechten Fuß umgeknickt und dann ebenfalls mit dem linken Fuß. Erst in der Folge sei es ihr auf dem Boden liegend schwindelig und schlecht geworden. Der Zeuge P1 habe gesehen, dass sie beim Absteigen aus dem Stapler mit dem Fuß umgeknickt sei.

Hinsichtlich der Angaben des L1 habe das SG den unwidersprochenen Umstand berücksichtigt, dass sie bis 16 Uhr habe warten müssen, bis ihr die Diagnose und die Notwendigkeit einer Operation mitgeteilt worden sei. Unbestritten sei L1 kurz nach der Aufnahme zu einem Notfall gerufen worden und erst später zurückgekommen. Die Darstellung im Durchgangsarztbericht sei weder vom Geschehensablauf noch aus medizinischen Gründen geeignet, die erlittenen Verletzungen zu begründen. Sie habe bereits im Verwaltungsverfahren mitgeteilt, dass L1 etwas falsch verstanden habe. Dies habe sie in der mündlichen Verhandlung wiederholt. Das SG habe ausgehend von der Theorie der wesentlichen Bedingung das Unfallgeschehen zutreffend als Arbeitsunfall anerkannt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)) eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)) ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)), auch im Übrigen zulässig und begründet.

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG Heilbronn vom 14. April 2023, soweit die Beklagte damit auf die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) verpflichtet worden ist, unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Januar 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ([§ 95 SGG](#)) vom 7. Juni 2022 das Ereignis vom 14. Oktober 2021 als Arbeitsunfall anzuerkennen. Soweit das SG die Klage hinsichtlich der Feststellung von Unfallfolgen abgewiesen hat, ist von der Klägerin weder Berufung- noch Anschlussberufung eingelegt worden, das Urteil insoweit also rechtskräftig geworden. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist bei dieser Klageart grundsätzlich der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2009 - [B 6 KA 34/08](#) -, juris, Rz. 26; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, Kommentar zum SGG, 14. Aufl. 2023, § 54 Rz. 34), ohne eine solche derjenige der Entscheidung.

Die Begründetheit der Berufung folgt aus der Unbegründetheit der Klage im streitgegenständlichen Umfang. Der Bescheid vom 12. Januar 2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2022 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Zur Überzeugung des Senats hat es die Beklagte zu Recht abgelehnt, das Ereignis vom 14. Oktober 2021 als Arbeitsunfall anzuerkennen, nachdem sich nicht im Vollbeweis sichern lässt, dass es sich um ein versichertes Ereignis gehandelt hat. Das SG Heilbronn hätte der Klage daher nicht entsprechen dürfen, sondern sie vollumfänglich abweisen müssen.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass die Betroffenen durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt haben und deshalb "Versicherte" sind. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität; ständige höchstrichterliche Rechtsprechung, vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 5. Juli 2016 - [B 2 U 5/15 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 35 Rz. 13 m. w. N.). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung der Tatsacheninstanzen bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitsschaden" erfüllen sollen im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 30/07 R](#) -, [BSGE 103, 45](#) <47> und vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43 Rz. 17).

Die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung haben Schutz gegen Gefahren zu gewähren, die sich durch die ihre Verbandszuständigkeit, den Versicherungsschutz und das Versichertsein der Verletzten begründenden Verrichtungen von im jeweiligen Versicherungstatbestand konkret umschriebenen Tätigkeiten realisieren können. Ihre Einstandspflicht besteht nur dann, wenn sich durch eine Handlung der Geschädigten, die den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt, ein Risiko verwirklicht hat, gegen dessen Eintritt nicht die Unfallversicherung allgemein, sondern der jeweils durch die Handlung erfüllte Versicherungstatbestand schützen soll. Die Zurechnung des Schadens von Versicherten zu den Versicherungsträgerinnen erfordert daher zweistufig die Erfüllung erstens tatsächlicher und zweitens darauf aufbauender rechtlicher Voraussetzungen. Die Verrichtung der versicherten Tätigkeit muss die Einwirkung und in gleicher Weise muss die Einwirkung den Gesundheitserstschaden oder - vorliegend nicht von Bedeutung - den Tod sowohl objektiv als auch rechtlich wesentlich verursacht haben.

Auf der ersten Stufe setzt die Zurechnung voraus, dass die Einwirkung durch die versicherte Verrichtung objektiv (mit)verursacht wurde. 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-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die infrage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der

Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungslehre, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere („conditio-sine-qua-non“). In der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne dieser "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolgs war, darüber hinaus zunächst in einer besonderen tatsächlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolgs gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirken haben und darf nicht nur eine bloß im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein (vgl. BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, [BSGE 112, 177](#) <183 f.>). Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und dadurch für den Gesundheitserstschaden – 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 (BSGE 177 <184>). Steht die versicherte Tätigkeit als eine der (Wirk-)Ursachen fest, muss auf der zweiten Stufe die Wirkung, also vorliegend die Einwirkung, rechtlich unter Würdigung auch aller auf der ersten Stufe festgestellten mitwirkenden unversicherten Ursachen die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestandes fallenden Gefahr sein. Bei dieser reinen Rechtsfrage nach der Wesentlichkeit der versicherten Verrichtung für den Erfolg der Einwirkung muss entschieden werden, ob sich durch das versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Verrichtung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Einwirkung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht. Die Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursache ist vielmehr zusätzlich und eigenständig nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung zu beurteilen (BSG, a. a. O.).

Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geht es nicht um die Zurechnung eines Erfolgs zu einer verursachenden Person, sondern um die Begründung einer versicherungsrechtlichen Einstandspflicht einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung für einen tatbestandlichen Schaden, den ein anderes Rechtssubjekt, die oder der Verletzte, unter eigener Mitwirkung erlitten hat. Diese Einstandspflicht setzt voraus, dass die Rechtsgutsverletzung in persönlicher und sachlicher Hinsicht in den jeweiligen Schutzbereich der begründeten Versicherung fällt. Der persönliche Schutzbereich ist eröffnet, wenn, solange und soweit die Verletzten vor dem Unfall durch eine eigene Verrichtung den Tatbestand einer aufgrund der §§ 2, 3, 6 oder auch 8 Abs. 2 SGB VII versicherten Tätigkeit erfüllt und dadurch den Versicherungsschutz bei der für diesen Tatbestand zuständigen Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung begründet im Sinne des [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#).

Der sachliche Schutzbereich greift ein, wenn sich mit dem durch die versicherte Verrichtung mitverursachten tatbestandlichen Schaden eine Gefahr verwirklicht hat, gegen die der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand schützen soll. Für Schäden, die außerhalb des Schutzzweckes der Norm liegen, muss die jeweils zuständige Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung nicht eintreten. In der Sache läuft diese Voraussetzung der Einstandspflicht darauf hinaus, dass entschieden werden muss, ob der begründete Versicherungsschutz den Sinn und Zweck hat, gegen Schäden der konkret eingetretenen Art zu schützen. Deshalb wirkt der Schutzzweck der Norm in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht haftungslimitierend, sondern pflichtbegründend (BSGE 177 <185>). Der Schutzzweck der jeweils begründeten Versicherung ist nach den anerkannten juristischen Methoden unter Berücksichtigung des vom Gesetzgeber festgelegten Sinnes und Zweckes des Gesetzes zu bestimmen (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 25. Januar 2011 - [1 BvR 918/10](#) -, [BVerfGE 128, 193](#) <206, 210 f.> m. w. N.). Dabei kann der historischen Auslegung besonderes Gewicht zukommen. Im Wege der Subsumtion eines konkreten Lebenssachverhaltes unter den durch Auslegung nach den juristisch anerkannten Methoden bestimmten Schutzbereich der jeweils begründeten Versicherung ist daher festzustellen, ob die versicherte Verrichtung ein Risiko verwirklicht hat, das unter diesen Schutzbereich fällt (vgl. BSGE 177 <185 f.>).

Die Einstandspflicht einer Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung wird nur begründet, wenn der durch die versicherte Verrichtung objektiv mitverursachte Unfall, vorliegend die Einwirkung auf den Kläger, eine Gefahr mitverwirklicht hat, gegen welche die begründete Versicherung schützen soll. Diese Voraussetzung wird zumeist erfüllt sein, bedarf aber stets der Entscheidung. Denn nur wenn der Schutzzweck der Norm den durch die versicherte Handlung mitbewirkten Schaden überhaupt umgreift, kommt es rechtlich darauf an, ob neben der versicherten (Wirk-)Ursache auch andere unversicherte Mitursachen bestehen. Diese können die Einstandspflicht nie begründen, aber gleichwohl die Zurechnung ausschließen. Das ist der Fall, wenn die unversicherten (Wirk-)Ursachen das Unfallgeschehen derart geprägt haben, dass sie die versicherte (Wirk-)Ursache verdrängen, so dass der Schaden im Wesentlichen rechtlich nicht mehr dem Schutzbereich des jeweiligen Versicherungstatbestandes unterfällt (vgl. BSGE 177 <186>). Bei dieser Subsumtion sind die versicherten und die auf der ersten Zurechnungsstufe festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen und ihre Mitwirkungsanteile in einer rechtlichen Gesamtbeurteilung anhand des zuvor festgestellten Schutzzweckes des Versicherungstatbestandes zu bewerten. Unter Berücksichtigung der Auffassung des praktischen Lebens ist abzuwägen, ob der Schaden den versicherten oder den unversicherten (Wirk-)Ursachen zuzurechnen ist (vgl. BSG, a. a. O., m. w. N.).

Ausgehend von diesen Maßstäben liegt ein versicherter Arbeitsunfall nicht vor, da der Senat nicht feststellen kann, dass tatsächlich ein versichertes Unfallgeschehen vorgelegen hat, welches aber im Vollbeweis gesichert sein muss. Vielmehr bestehen nur widersprüchliche Angaben zu dem vermeintlichen Vorfall, die eine an Gewissheit grenzende Überzeugungsbildung nicht ermöglichen.

Unabhängig davon, ob den Erstangaben, noch von etwaigen Leistungsansprüchen unbeeinflusst, grundsätzlich ein stärkeres Gewicht beizumessen ist, besteht für den Senat kein Zweifel daran, dass der in Unfallsachen erfahrene L1 die Anamnese sorgfältig erhoben hat. Das ist auch vor dem Hintergrund plausibel, weil therapeutische und leistungsrechtliche Weichenstellungen erfolgen müssen, insbesondere kann eine Abklärung der Schwindelursache erforderlich sein. Seinem Durchgangsarztbericht ist zu entnehmen, dass es der Klägerin beim Laufen schwindelig geworden ist, sie kurz die Kontrolle über ihren Stand verloren hat, sie aber nicht gefallen ist, und danach Schmerzen in beiden Füßen verspürte. Aus der gewählten Formulierung „die UV beteuert gestanden zu haben“ wird auch für den Senat hinreichend deutlich, dass eine entsprechende gezielte Nachfrage der Untersucher erfolgt ist. Dafür spricht weiter, dass dem festgehaltenen medizinischen Befund keine Angaben zu entnehmen sind, die auf ein Sturzgeschehen hindeuten, insbesondere keine Prellungen oder Abschürfungen beispielsweise an Knien oder Händen, so dass die Verletzungen offenbar im Stand < und nicht im Hinfallen erfolgt sein müssen.

Dass der Schwindel beim Laufen aufgetreten sein soll, steht mit den Angaben der Klägerin in keinem Widerspruch. In ihrer schriftlichen Stellungnahme hat sie nämlich selbst angegeben, dass sie erst vom Schubmast abgestiegen, dann weitergelaufen und schließlich an der Gabel des Staplers hängen geblieben sein will.

Anders als das SG meint, sind die nunmehrigen Angaben der Klägerin zu dem Auftreten des Schwindels in keiner Weise widerspruchsfrei. In ihrer schriftlichen Stellungnahme hat sie nämlich angegeben, dass es ihr schlecht und schwindelig geworden sei und sie dann umgefallen sei. Demgegenüber hat das SG zu Grunde gelegt, dass es der Klägerin erst im Liegen schwindelig geworden sei und diese Schilderung ist von ihr zur Berufungserwiderung ausdrücklich bestätigt worden.

Aus den Angaben des Zeugen P1 folgt nichts anderes. Dieser hat bekundet, von dem Ereignis erstmals um 8.30 Uhr Kenntnis erlangt zu haben, das sich nach Angaben der Klägerin aber davor, nämlich bereits zwischen 8.10 Uhr (Durchgangsarztbericht) und 8.15 Uhr (schriftliche Angabe der Klägerin) zugetragen hat. Unabhängig davon hat dieser aber weiter angegeben, dass die Klägerin unmittelbar beim Absteigen von dem Schubmaststapler mit dem Fuß umgeknickt sei. Dies entspricht den Angaben der Arbeitgeberin in der Unfallanzeige. Der Zeuge hat somit einen anderen Hergang geschildert, als er sich im Durchgangsarztbericht und in den schriftlichen Ausführungen der Klägerin findet. Angaben dazu, worauf das Ereignis zurückzuführen war, konnte er nicht machen. Davon, dass der Zeuge das Ereignis zuverlässig beobachtet hat, kann daher nicht ausgegangen werden. Dies hat das SG letztlich auch nicht angenommen, sondern darauf verwiesen, dass bei Tätigkeiten im Lager größere Abstände zwischen den Mitarbeitern bestünden.

Dass die Klägerin von 9 Uhr bis 16 Uhr in der Notaufnahme habe warten müssen, belegt ebenso wenig wie der Umstand, dass L1 zwischenzeitlich zu einem anderen Notfall gerufen worden sein mag, dass die anamnestischen Daten falsch aufgenommen worden sind. L1 und der W1 haben schriftlich bestätigt, dass die Ausführungen im Durchgangsarztbericht den schriftlich im Wortlaut festgehaltenen Angaben der Klägerin entsprechen und Anlass für eine Korrektur – im Gegensatz zu der Angabe, dass die Einlieferung mit dem Rettungswagen erfolgte – nicht besteht. Dafür, dass der Hergang sorgfältig erfragt worden ist, spricht weiter, dass bereits im Durchgangsarztbericht festgehalten wurde, dass keine Behandlung zu Lasten der Beklagten einzuleiten ist, der L1 fachkundig das Vorliegen eines Arbeitsunfalls also ausgeschlossen hat. Er hat hierzu weiter vermerkt, dass die Verletzungen aufgrund des Schwindels eingetreten sind und damit aus innerer Ursache. Anhaltspunkte, weshalb diese fachkundige, medizinische Beurteilung in Frage zu stellen wäre, sind keine gegeben. Davon, dass eine innere Ursache vorgelegen hat, geht die Klägerin in ihrer Berufungserwiderung im Übrigen selbst aus. Ein Unfall aus innerer Ursache stellt aber gerade kein versichertes Ereignis dar, ein Ausnahmefall, in dem anderes gelten kann, liegt nicht vor, wie die Beklagte zu Recht ausgeführt hat.

Die weiteren Erwägungen des SG dazu, dass eine Überbelastung in der Klinik oder eine Ausnahmesituation der Klägerin bestanden haben könnte, weshalb diese falsch verstanden worden sei, sind rein spekulativ. Ihnen steht, wie oben dargelegt, schon entgegen, dass auf die „Beteuerung“ der Klägerin im Durchgangsarztbericht ausdrücklich hingewiesen wird, was ihre gründliche Befragung gerade untermauert. In diesem Zusammenhang ist weiter darauf hinzuweisen, dass die Richtigkeit der Angaben im Durchgangsarztbericht nicht nur von L1, sondern auch von dem W1 bestätigt worden sind. Letztlich hat die Beklagte nicht zu Unrecht darauf hingewiesen, dass der abweichende Sachvortrag der Klägerin erst nach der Mitteilung, dass keine Behandlung zu Lasten der BG durchzuführen ist, erfolgte.

Nachdem ein versichertes Unfallereignis somit nicht bewiesen ist, kommt die Anerkennung als Arbeitsunfall nicht in Betracht.

Auf die Berufung der Beklagten war daher das Urteil des SG abzuändern und die Klage vollumfänglich abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt das Unterliegen der Klägerin in beiden Instanzen.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-05-22