

L 3 U 222/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 18 U 32/15
Datum
08.11.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 222/17
Datum
24.08.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte der Klägerin aufgrund der weiteren festzustellenden Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013 – einer Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks mit der Folge einer bis zur am 27. Oktober 2014 erfolgten Bandplastik bestehenden chronischen Außenbandinstabilität – a) Verletztengeld in der Zeit vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015 unter Anrechnung des erhaltenen Krankengeldes zu zahlen hat, b) von der Klägerin getragene Kosten der Haushaltshilfe in den Zeiten vom 12. November 2014 bis zum 25. November 2014 sowie vom 01. Dezember 2014 bis zum 12. Dezember 2014 in Höhe von insgesamt 130,00 EUR sowie für die im Anschluss an die Bandoperation vom 27. Oktober 2014 erfolgte physiotherapeutische Behandlung geleisteten Zuzahlungen von insgesamt 142,84 EUR zu erstatten hat. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin auch für das Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Folgen eines Arbeitsweegeunfalls, bei dem das rechte obere Sprunggelenk der Klägerin betroffen wurde, sowie die Gewährung von Verletztengeld und die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe sowie für Maßnahmen der Heilbehandlung.

Die im Jahr 1982 geborene und beruflich als Teamassistentin bei der D B AG in B tätige Klägerin erlitt am 08. August 2013 gegen 07:10 Uhr morgens einen Arbeitsweegeunfall, als sie auf dem Weg zur S-Bahn an ihrem Wohnort in P bei Regen mit dem rechten Fuß wegrutschte, neben die Straße auftrat und dort nach außen umknickte. Laut Durchgangsarztbericht vom Unfalltag, Dr. med. K, zog sich die Klägerin dabei - röntgenologisch festgestellt - eine Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks (Ligamentum fibulolare anterius) zu. Eine Fraktur konnte nicht festgestellt werden.

Bereits am 09. Dezember 2012 hatte die Klägerin bei einem privaten Unfall im Rahmen eines Volleyballspiels eine Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenks erfahren. Eine Röntgenuntersuchung ergab damals keine knöchernen Verletzungen, sodass die Klägerin nach Anlage einer Aircast-Schiene im Bkrankenhaus B in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden konnte. Nach Beendigung der verordneten Physiotherapie war die Klägerin nach eigenen Angaben wieder beschwerdefrei.

Bei einem weiteren Privatunfall vom 10. Juni 2004 war die Klägerin beim Volleyballspiel mit dem rechten Fuß umgeknickt. Diagnostiziert wurde seinerzeit durch das Krankenhaus MO, wo sich die Klägerin vom 28. Juni bis zum 06. Juli 2004 in stationärer Behandlung befand, eine chronische Bandinstabilität des lateralen oberen Sprunggelenks rechts mit Pseudoarthrose der Fibulaspitze. Nach lateraler zweifacher Bandplastik mittels Periostlappen gestaltete sich der postoperative Verlauf komplikationslos (vgl. Entlassungsbericht vom 06. Juli 2004).

Weiterhin ist der Klägerin ein Umknicktrauma mit dem rechten Fuß erinnerlich, das sie als Kind im Alter von ca. zehn Jahren erlitten haben will und das nach eigenen Angaben ohne nachhaltige Wirkung geblieben sei.

Nach dem Unfall vom 08. August 2013 konnte die Klägerin ihre Arbeit am 09. August 2013 um 08:00 Uhr wiederaufnehmen. Laut Zwischenbericht des Durchgangsarztes Dr. K vom 04. November 2013 litt die Klägerin - bei bestehender Arbeitsfähigkeit - unter fortdauernden Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenks.

In der zweiten Februarwoche 2014 erlitt die Klägerin im Rahmen einer privaten Verrichtung ein erneutes Umknicktrauma. Der Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Durchgangsarzt Dr. M, A B, teilte gegenüber der Beklagten in einem Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung vom 03. März 2014 mit, bezüglich der Kausalität sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit

anzunehmen, dass die Verletzung im Sinne einer Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks durch den Unfall am 08. August 2013 zustande gekommen sei. Ganz offensichtlich sei eine Instabilität verblieben, die immer wieder zum Wegknicken und zur vermehrten Instabilität am rechten Sprunggelenk führe. Letztlich sei diese Frage jedoch nur über ein Kausalitätsgutachten zu beantworten.

Die Beklagte ließ die Klägerin durch die Ärzte für Chirurgie und Traumatologie Dr. T und Dr. M, beide B, begutachten. Dr. T untersuchte die Klägerin am 18. Juni 2014, veranlasste eine am 03. Juli 2014 durchgeführte MRT-Untersuchung des rechten Sprunggelenks durch die Radiologin Dr. K und erstattete sein Gutachten am 30. Juli 2014. Im Rahmen der Untersuchung des rechten Sprunggelenks stellte Dr. T bei der Klägerin im Vergleich zu links einen deutlichen Talusvorschub und eine vermehrte laterale Aufklappbarkeit fest, wobei es sich um eine Folge des Unfalls vom 08. August 2013 handele. Bei diesem Ereignis sei es durch das Umknicken des Fußes zu einer Überdehnung der Außenbänder und in hiesigem Fall der zweifachen Periostlappenplastik gekommen. Vorschäden oder Schadensanlagen hätten hierbei nicht mitgewirkt. Das MRT vom 03. Juli 2014 habe keinen Hinweis auf einen Knorpelschaden ergeben, was aber zehn Jahre seit der Bandplastik bei bestehender Instabilität zu erwarten gewesen wäre. Daher müsse bis zum erneuten Distorsionstrauma am 08. August 2013 von einem stabilen Sprunggelenk ausgegangen werden.

Am 08. September 2014 nahm der Durchgangsarzt und Facharzt für Chirurgie Dr. M, B, bei der Klägerin einer Arthroskopie des rechten Sprunggelenks mit Gelenkkörperentfernung sowie eine Bridenresektion vor. Zur Endversorgung der Arthroskopiewunden begab sich die Klägerin ab dem 16. September 2014 bei Professor Dr. W in Behandlung. Dieser teilte gegenüber der Beklagten in einem Zwischenbericht vom 30. September 2014 mit, eine nochmalige Durchsicht der MRT-Aufnahmen habe eine narbige Veränderung von Außenbandstrukturen gezeigt. Klinisch seien diese deutlich elongiert und führten zu einer massiven Aufklappbarkeit und zu einem Talusshift. Eine Verletzung der Syndesmosebänder könne jedoch sowohl klinisch als auch anhand der MRT-Aufnahmen ausgeschlossen werden.

Am 08. Oktober 2014 stellte sich die Klägerin erneut bei dem Durchgangsarzt Dr. M vor, der unverändert eine Instabilität im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks diagnostizierte.

Nachdem die Beklagte sämtliche vom rechten oberen Sprunggelenk der Klägerin gefertigten Bildaufnahmen (Röntgen- und MRT-Aufnahmen) auch der vorangegangenen Privatunfälle beigezogen hatte, holte sie bei dem Facharzt für Radiologie Dr. Z, R, eine beratende Stellungnahme ein. Dieser teilte am 19. Oktober 2014 mit, dass aufgrund einer teils unzureichenden Anamnese in der Vergangenheit von Seiten der radiologischen Diagnostik nicht entschieden werden könne, ob die zur Instabilität führende Bandverletzung erst am 08. August 2013 oder bereits zu einem früheren Zeitpunkt entstanden sei. Hier müssten die klinischen Untersuchungsbefunde weiterhelfen.

Die Beklagte holte daraufhin bei dem Chirurgen und Unfallchirurgen Dr. C eine am 24. Oktober 2014 verfasste und am 31. Oktober 2014 unterschriebene fachärztliche Stellungnahme ein. Dieser teilte mit, es bestehe kein Zweifel daran, dass bereits zum Unfallzeitpunkt eine erhebliche Schädigung des Außenbandapparates vorgelegen habe, wobei bereits im Jahr 2004 eine Periostlappenplastik durchgeführt worden sei. Auch in der Folgezeit müsse ein weiteres Distorsionsereignis - wie z.B. am 09. Dezember 2012 - mit einer erheblichen Weichteilschädigung angenommen werden. Damit lasse sich aufgrund des aktenkundigen Sachverhalts nicht mehr mit hinreichender Sicherheit belegen, dass es bei dem Ereignis vom 08. August 2013 zu einer Schädigung der Periostlappenplastik und damit einer weiteren Instabilität gekommen sei. Als Folge des Geschehens vom 08. August 2013 könne eine Distorsion des rechten Sprunggelenks bei Vorschäden akzeptiert werden. Eine weitere Behandlungsbedürftigkeit bestehe nicht.

Vom 27. Oktober 2014 bis zum 05. November 2014 befand sich die Klägerin in stationärer Behandlung im Klinikum D-S, A-Krankenhaus, K W, wo Prof. Dr. W sie am 27. Oktober 2014 mit einer fibularen Bandplastik mit autologer Sehne versorgte. In der Zeit vom 12. November 2014 bis zum 31. Dezember 2014 benötigte sie aufgrund des Umstandes, dass sie ihre einjährige Tochter zu versorgen hatte, eine Haushaltshilfe für 3 Stunden täglich bzw. war eine entsprechende Notwendigkeit von den behandelnden Ärzten des A-Krankenhauses in K W bescheinigt worden. Die Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe beantragte die Klägerin gegenüber der Beklagten, wobei diese den Antrag an die aus ihrer Sicht zuständige Krankenkasse, die Bahn BKK, weiterleitete.

Mit Bescheid vom 11. November 2014 lehnte die Beklagte einen Anspruch der Klägerin auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung aus Anlass des Ereignisses vom 08. August 2013 wegen der Erkrankungen im Bereich des rechten Sprunggelenks ab. Bei dem genannten Ereignis habe die Klägerin eine Distorsion des rechten Sprunggelenks bei vorbestehendem Schaden am rechten Außenbandapparat erlitten. Die im Rahmen des Heilverfahrens festgestellte Außenbandruptur mit einhergehender Außenbandinstabilität rechts sei hingegen nicht ursächlich auf das Ereignis vom 08. August 2013 zurückzuführen. Es handele sich hierbei um eine unfallunabhängige Krankheitserscheinung, die wesentlich durch die privaten Unfallereignisse aus den Jahren 2004 und 2012 begründet sei. Dem Ereignis vom 08. August 2013 komme nur die Bedeutung einer rechtsunerheblichen Gelegenheitsursache für das klinische Wirksamwerden bzw. Hervortreten einer unfallunabhängigen Gesundheitsstörung zu, das heiße, ihm komme nicht die Bedeutung einer wesentlichen Bedingung für den letztendlich eingetretenen Gesundheitsschaden zu. Die Beschwerden hätten auch bei jedem anderen Anlass inner- oder außerhalb der Tätigkeit der Klägerin ohne besonderes Ereignis auftreten bzw. klinisch wirksam werden können.

Gegen diesen Bescheid legte die Klägerin über ihren Bevollmächtigten mit am 11. Dezember 2014 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben Widerspruch ein. Entgegen der Feststellungen der Beklagten komme dem Ereignis vom 08. August 2013 die rechtlich wesentliche Bedeutung für den Gesundheitsschaden im Sinne der fortbestehenden Instabilitäten am rechten oberen Sprunggelenk zu. In dem Zusammenhangsgutachten von Dr. T und Dr. M werde bestätigt, dass sie von den Folgen der Unfälle aus den Jahren 2004 und 2012 zum Zeitpunkt des Unfalls am 08. August 2013 wieder genesen sei. Ursächliche Vorschäden seien gerade nicht festgestellt worden. Die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. C habe sich mit den entgegenstehenden Feststellungen des genannten Zusammenhangsgutachtens nicht nachvollziehbar auseinandergesetzt.

Während des Widerspruchsverfahrens holte die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. C ein, die dieser am 16. Januar 2015 fertigte und am 23. Januar 2015 unterzeichnete. Darin verwies er auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. Z vom 19. Oktober 2014, in der dieser zu dem Ergebnis gekommen sei, dass die Röntgenaufnahmen vom 09. Dezember 2012 eine erhebliche Weichteilschwellung um den Außenknöchel gezeigt hätten, sodass zu diesem Zeitpunkt eine Außenbandverletzung habe vermutet werden können. Zusammenfassend lasse sich nach wie vor eine vorbestehende Stabilität des Sprunggelenks und eine strukturelle Verletzung in Verbindung mit dem Ereignis vom 08. August 2013 nicht hinreichend wahrscheinlich machen.

Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 19. März 2015 zurück. Aufgrund der aktenkundigen Krankenanamnese lasse sich eine vor dem 08. August 2013 bestehende Stabilität des rechten Sprunggelenks und eine strukturelle Verletzung in Verbindung mit dem hier zur Diskussion stehenden Ereignis nicht hinreichend wahrscheinlich machen. Insofern müsse der Unfall vom 08. August 2013, entgegen der Ansicht der Gutachter, als Ursache des festgestellten Kapselbandschadens abgelehnt werden. Ausweislich der Unfallakte sei bei der Klägerin bereits im Jahr 2004 eine Periostlappenplastik durchgeführt worden, da sie zuvor beim Volleyballspiel mit dem rechten Fuß umgeknickt sei. In dem dazugehörigen Bericht des Krankenhauses M-O sei zudem auf ähnliche Ereignisse in der Altanamnese hingewiesen worden. Die damalige Diagnose habe mithin gelautet: chronische Bandinstabilität laterales oberes Sprunggelenk rechts mit Pseudoarthrose der Fibulaspitze. Im Dezember 2012 sei ein weiteres Distorsionsereignis im Bereich des rechten Sprunggelenks erfolgt, infolgedessen die Klägerin in der Zeit vom 10. Dezember bis zum 17. Dezember 2012 arbeitsunfähig gewesen sei. Die entsprechenden Röntgenaufnahmen des rechten Sprunggelenks vom 09. Dezember 2012 hätten eine erhebliche Weichteilschwellung um den Außenknöchel gezeigt, sodass bereits zu diesem Zeitpunkt eine Außenbandverletzung vermutet werden müsse. Damit lasse sich aufgrund des aktenkundigen Sachverhalts nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit belegen, dass es bei dem Ereignis vom 08. August 2013 zu einer Schädigung der Periostlappenplastik und damit zu einer weiteren Instabilität gekommen sei. Insofern könne dem Ergebnis der Zusammenhangsbegutachtung nicht gefolgt werden. Ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestehe ebenfalls nicht, da dieser eine unfallbedingte Erwerbsminderung von mindestens 20 vom Hundert über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus erfordere. Diese Voraussetzung sei unter Hinweis auf die obigen Ausführungen vorliegend nicht gegeben.

Am 20. April 2015 hat die Klägerin über ihren Bevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht (SG) Frankfurt (Oder) erhoben. Zur Begründung ihrer Klage hat sie zunächst im Wesentlichen ihre Ausführungen aus dem Widerspruchsverfahren wiedergegeben. Ergänzend hat sie ausgeführt, ihr ärztlicher Behandler der Folgen des Unfalls vom 09. Dezember 2012 (Dr. Sp) habe seinerzeit nur deshalb keine MRT-Aufnahmen gefertigt, weil seiner Auffassung nach keine relevante Bandverletzung vorgelegen habe. Die Vermutung eines Vorschadens durch den Radiologen Dr. Z gehe daher ins Leere. Vor dem Unfall vom 08. August 2013 sei sie ohne Beschwerden zur Arbeit gegangen und habe noch im Februar 2013 ein Volleyballspiel bestritten. Wäre das Band wirklich so instabil gewesen, wie von der Beklagten angenommen, hätte sie ihren gewohnten Aktivitäten nicht ohne Probleme nachgehen können.

Das SG Frankfurt (Oder) hat zunächst ergänzende ärztliche Behandlungsunterlagen und Bilddokumente angefordert - namentlich die radiologischen Befundunterlagen der Klägerin, die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses M O, des Klinikums D-S (A-Krankenhaus) und des Bundeswehrkrankenhauses B sowie ein Gesamtleistungsverzeichnis der Krankenversicherung der Klägerin, der Bahn BKK, ferner einen am 07. Dezember 2015 eingegangenen Befundbericht des behandelnden Arztes Dr. St und einen Befundbericht des behandelnden Facharztes für Chirurgie Dr. Sp. Das Leistungsverzeichnis der Bahn BKK weist die Stellung einer Haushaltshilfe für die Zeiträume "12. November 2014 bis 25. November 2014" und "01. Dezember 2014 bis 12. Dezember 2014" aus. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sind unter anderem wie folgt ausgewiesen: 08. August 2013 (Diagnosetext: traumatische Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenks und des Fußes), 12. September 2014 bis 23. Oktober 2014 (Diagnosetext: multiple oberflächliche Verletzungen, nicht näher bezeichnet) sowie 25. September 2014 bis 01. Januar 2015 (Diagnosetext: Arthrose, nicht näher bezeichnet). Zudem ergeben sich Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der beiden oben genannten, privat verursachten Traumata des rechten oberen Sprunggelenks vom 10. Juni 2004 bis zum 17. August 2004 sowie vom 10. Dezember 2012 bis zum 17. Dezember 2012, ferner wegen einer weiteren Verstauchung bzw. Zerrung des Sprunggelenks am 25. August 2003 und 17. Dezember 2001. Krankengeld bezog die Klägerin nach ihren eigenen Angaben im Zeitraum vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015.

Sodann hat das SG Frankfurt (Oder) gemäß [§ 106 Abs. 3 Nr. 5](#) und [Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Beweis erhoben, indem es den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W, E, mit der Erstellung eines Sachverständigenutachtens beauftragt hat. Dr. W hat die Klägerin am 18. Januar 2017 untersucht und sein Gutachten am 28. Februar 2017 erstellt. Er hat bei ihr eine vom 08. August 2013 bis zum 27. Oktober 2014 bestehende chronische Außenbandinstabilität des rechten oberen Sprunggelenks diagnostiziert, die er rechtlich wesentlich auf das hier infrage stehende Unfallgeschehen zurückgeführt hat. Nach der im Jahr 2004 durchgeführten Periostlappenplastik seien bei der Klägerin bis zum 09. Dezember 2012 keine weiteren Distorsionen im oberen rechten Sprunggelenk aufgetreten. Es könne also mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass mit der im Jahr 2004 durchgeführten Periostlappenplastik im Bereich des lateralen rechten Sprunggelenks stabile Bandverhältnisse geschaffen worden seien. Beim Vorliegen einer Bandinstabilität wäre es der Klägerin nicht möglich gewesen, sich ohne weiteres Umknicken fortzubewegen, geschweige denn weiter Volleyball zu spielen. Eine fortbestehende Instabilität würde außerdem unweigerlich, wegen der daraus resultierenden pathologischen Beanspruchung des Gelenks (vermehrtes Drehgleiten wegen zu starkem Gelenkspiel) zu Knorpelschäden im rechten Sprunggelenk führen. Das MRT vom 03. Juli 2014 habe aber keinen Hinweis für vorliegende Knorpelschäden ergeben. Erst nach dem Ereignis vom 08. August 2013 habe die Klägerin Schmerzen und fortbestehende Instabilitäten im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks beklagt, die die bekannten nachfolgenden Behandlungen notwendig gemacht hätten. Nach dem Untersuchungsbefund des Bundeswehrkrankenhauses von Dezember 2012 habe bei der Klägerin ein Druckschmerz über dem lateralen und medialen Malleolus rechts mit einer Schwellung über dem lateralen Malleolus bestanden, ohne dass ein Hämatom nachweisbar gewesen wäre. Außerdem hätten kein vermehrter Talusvorschub und kein Malleolenkompressionsschmerz sowie keine vermehrte Aufklappbarkeit des rechten oberen Sprunggelenks bestanden. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenks sei lediglich endgradig - also leicht - schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Beim Vorliegen einer Bandzerreißen des oberen Sprunggelenks bei Supinationstrauma hätte in jedem Fall eine deutliche Aufklappbarkeit des oberen Sprunggelenks vorliegen und ein Hämatom nachweisbar sein müssen. Vorliegend würden die Punkte, die dafür sprechen, dass der Unfall vom 08. August 2013 rechtlich wesentliche Bedingung für eine Entstehung der chronischen Außenbandinstabilität des rechten oberen Sprunggelenks sei, deutlich überwiegen. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum Abschluss der operationsbedingten Nachbehandlung, das heißt mindestens sechs Wochen postoperativ ausgehend vom 27. Oktober 2014, bestanden. Für den gleichen Zeitraum sei auch von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage ab dem 18. Januar 2015 - zwölf Wochen postoperativ - zehn vom Hundert und ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung fünf vom Hundert.

Im Hinblick auf das Gutachten von Dr. W hat die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme bei Dr. C eingeholt, die dieser am 26. März 2017 verfasst und am 31. März 2017 unterschrieben hat. Bei der Klägerin sei es bereits vor dem Jahr 2004 zu rezidivierenden Außenbandverletzungen mit der Notwendigkeit eines späteren Bandersatzes gekommen. Für den weiteren Verlauf lägen dann keine ergänzenden Informationen vor. Erstmals werde im Dezember 2012 über eine erneute Distorsion berichtet. Wie bereits von Dr. Z festgestellt, könne aufgrund der vorliegenden Informationen nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, zu welchem

Zeitpunkt es zur Bandläsion gekommen sei. Die Ausführungen des Sachverständigen Dr. W seien vor diesem Hintergrund spekulativ. Ein Gesundheitserstschaden im Außenbandbereich könne nicht im Vollbeweis gesichert werden.

Das SG Frankfurt (Oder) hat hierauf eine am 03. September 2017 gefertigte ergänzende gutachterliche Stellungnahme des Sachverständigen Dr. W eingeholt. In dieser Stellungnahme hat Dr. W noch einmal darauf verwiesen, dass seiner Auffassung nach eine vorbestehende Instabilität unweigerlich wegen der daraus resultierenden pathologischen Beanspruchung des Gelenks zu Knorpelschäden im rechten Sprunggelenk geführt hätte, die aber im durchgeführten MRT vom 03. Juli 2014 gerade nicht nachweisbar gewesen seien.

Die Beklagte hat daraufhin eine weitere Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. C vorgelegt, die dieser am 20. Oktober 2017 verfasst und am 27. Oktober 2017 unterschrieben hatte. Zweifelsfrei habe bei der Klägerin bereits im Jahr 2004 eine chronische Instabilität des rechten Sprunggelenks bestanden, weshalb eine Periostlappenplastik durchgeführt worden sei. Zwar seien bis zum 09. Dezember 2012 keine weiteren Umknickverletzungen aktenkundig. Die Mitteilung im Bericht des Bundeswehrkrankenhauses B, wonach am 09. Dezember 2012 keine vermehrte Aufklappbarkeit und keine Vorverschiebbarkeit des Sprunggelenks gegenüber dem Schienbein bestanden habe, beweise in der Akutphase keineswegs stabile Bandverhältnisse. Ob es bei dem Ereignis vom 09. Dezember 2012 zu einer Verletzung des vorgeschädigten Kapselbandapparates gekommen sei, müsse letztlich offenbleiben. Zusammenfassend könne ein stabiles Sprunggelenk mit intaktem Außenbandapparat zum Zeitpunkt des Unfalls vom 08. August 2013 nicht hinreichend wahrscheinlich gemacht werden.

Am 08. November 2017 hat das SG Frankfurt (Oder) eine mündliche Verhandlung durchgeführt und die Beklagte im Ergebnis verurteilt, der Klägerin - unter Abänderung des Bescheides vom 11. November 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2015 - aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere Verletztengeld und Leistungen für eine Haushaltshilfe zu erbringen sowie die Kosten der Krankenbehandlung zu tragen. In den Gründen des der Beklagten am 21. November 2017 zugestellten Urteils hat das SG Frankfurt (Oder) wie folgt ausgeführt: Die Klägerin habe durch den Arbeitsunfall vom 08. August 2013 neben einer Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks auch eine Bänderläsion des rechten oberen Sprunggelenks erlitten, die zu einer fortbestehenden Instabilität, einem weiteren Umknicktrauma im Februar 2014 mit Verschlimmerung der Instabilität sowie schließlich zur Notwendigkeit der operativen Versorgung im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks mit der dann notwendigen ambulanten Nachbehandlung insbesondere durch physiotherapeutische Maßnahmen geführt habe. Die Kammer sehe das Vorliegen eines Außenbandrisses am 08. August 2013 in Übereinstimmung mit den Gutachtern Dr. T/Dr. M und Dr. W als im Vollbeweis erwiesen an. Zwar könne in Übereinstimmung mit dem Radiologen Dr. Z eine frische Außenbandläsion an diesem Tag mangels Vorliegens eines zeitnah erstellten MRT-Befundes nicht radiologisch nachgewiesen werden. Auch gebe es keinen zeitnah erstellten histologischen Befund, mit dem der Nachweis einer frischen Bandschädigung geführt werden könne. Jedoch sprächen überzeugende Indizien, insbesondere die Befunde der behandelnden Unfallchirurgen, dafür, dass es am Unfalltag durch das Umknicken zu einer Außenbandverletzung gekommen sei. So habe der behandelnde Unfallchirurg Dr. K noch am Unfalltag eine Röntgenaufnahme erstellt, mit der ein Bänderriss im oberen rechten Sprunggelenk erstmals habe gesichert werden können. Auch hätten sich in der Untersuchung von Dr. K erstmals Zeichen einer Instabilität gezeigt. Hingegen hätten die behandelnden Ärzte des Bundeswehrkrankenhauses Berlin am 09. Dezember 2012 - entgegen der Annahme von Dr. Z - tatsächlich eine Instabilitätsprüfung des rechten oberen Sprunggelenks durchgeführt. Zeichen einer Instabilität hätten sich damals nicht ergeben. Ein Talusvorschub oder eine vermehrte Aufklappbarkeit im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks seien nicht diagnostiziert worden. Die behandelnden Ärzte seien nach einer zusätzlich durchgeführten Röntgenuntersuchung davon ausgegangen, dass die Klägerin nach sechs Wochen wieder in der Lage sein würde, das Gelenk sportlich zu belasten. Auf die Durchführung einer MRT-Untersuchung sei mit Rücksicht auf den Untersuchungsbefund im Bundeswehrkrankenhaus bewusst verzichtet worden. Dies deute klar darauf hin, dass das Gelenk damals stabil gewesen sei und die behandelnden Ärzte eine Bänderschädigung zumindest für sehr unwahrscheinlich gehalten hätten. Mit Rücksicht darauf, dass diese Befunderhebung nur rund ein halbes Jahr vor dem Unfallereignis stattgefunden habe und die Klägerin in der Zwischenzeit tatsächlich auch in der Lage gewesen sei, das Gelenk wieder sportlich zu belasten, sei aus Sicht der Kammer davon auszugehen, dass bis zum 08. August 2013 kein Bänderriss im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks vorgelegen habe und das Gelenk stabil gewesen sei. Als weiteres Argument für einen erst am 08. August 2013 stattgehabten Bänderriss im rechten oberen Sprunggelenk mit entsprechender Instabilität spreche neben dem abstrakt geeigneten Unfallhergang und dem am Unfalltag zu beobachtenden Schadensbild mit einer erheblichen Weichteilverletzung im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks insbesondere der von den Gutachtern hervorgehobene Umstand, dass bei der Klägerin keine bzw. nur eine dezente Schädigung der Knorpelschicht der Talussehne im Sprunggelenksbereich in der im Jahr 2014 durchgeführten MRT-Untersuchung und im Rahmen der anschließenden arthroskopischen Behandlung sichtbar geworden sei. Dies spreche gegen eine länger anhaltende Instabilität des rechten oberen Sprunggelenks, da es bei einem längeren Bestehen der Sprunggelenksinstabilität zu vermehrten Scherkräften im Gelenk und damit auch zu einer übermäßigen Belastung des Gelenkknorpels gekommen wäre. Erst nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis sei das Gelenk durch eine Aircast-Schiene stabilisiert worden. Somit liege in Ermangelung von Knorpelschäden eine frische Bänderverletzung am 08. August 2013 nahe. Zur Überzeugung der Kammer beruhe auch das weitere Umknicktrauma im Februar 2014 auf der aus der vorgenannten Bandverletzung zurückzuführenden Bandinstabilität. Hierdurch sei es entsprechend den Befunden des behandelnden Unfallchirurgen und Orthopäden Dr. M zu einer weiteren Verschlechterung der Instabilität im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks gekommen. Daher sei im Endeffekt das gesamte im Arthroskopiebericht vom 08. August 2014 (gemeint sein dürfte der 08. September 2014) gezeigte Schadensbild des rechten oberen Sprunggelenks der Klägerin auf das Unfallereignis als wesentliche Ursache zurückzuführen. Dieses habe der anschließenden notwendigen operativen Versorgung des oberen Sprunggelenks der Klägerin im A-Krankenhaus in K W und der anschließenden ambulanten Behandlung zugrunde gelegen. Mit Rücksicht hierauf sei auch die auf den operativen Eingriff im rechten oberen Sprunggelenk zur Sprunggelenksstabilisierung und Sanierung des Außenbandrisses zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit der Klägerin im Zeitraum vom 12. September 2014 bis zum 01. Januar 2015 im Wesentlichen auf die unfallbedingten Gesundheitsstörungen zurückzuführen. Damit bestehe für die Klägerin für den Zeitraum des bisherigen Krankengeldbezuges vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015 gemäß §§ 45 ff. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) stattdessen ein Anspruch auf Gewährung von Verletztengeld. Schließlich habe die Beklagte auch die bisher von der gesetzlichen Krankenkasse getragenen Kosten einer Haushaltshilfe nach § 42 SGB VII für die abgerechneten Zeiträume vom 12. November 2014 bis zum 25. November 2014 und vom 01. Dezember 2014 bis zum 12. Dezember 2014 sowie die von der Klägerin geleisteten Zuzahlungen hierfür zu erstatten, da die Erbringung dieser Leistungen aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsstörung notwendig geworden sei. Die Notwendigkeit der Leistungserbringung an sich sei von den behandelnden Ärzten des A-Krankenhauses K W bestätigt worden.

Gegen dieses Urteil hat die Beklagte am 06. Dezember 2017 Berufung vor dem Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegt. Zur Begründung hat sie im Folgenden ausgeführt: Zunächst enthalte der Urteilstenor keine näheren Angaben, aufgrund welcher Erkrankungen

oder Verletzungen Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen seien. Nach gefestigter Rechtsprechung sei ein unklarer Tenor anhand des übrigen Urteils auszulegen. Daraus ergebe sich, dass die Klägerin durch den Arbeitsunfall vom 08. August 2013 neben einer Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks auch eine Bänderläsion des rechten oberen Sprunggelenks erlitten habe, die zu einer fortbestehenden Instabilität, einem weiteren Umknicktrauma im Februar 2014 mit Verschlimmerung der Instabilität und schließlich zur Notwendigkeit der operativen Versorgung im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks mit der dann notwendigen ambulanten Nachbehandlung insbesondere durch eine physiotherapeutische Behandlung geführt habe. Dieser Beurteilung der unfallbedingten Verletzungsfolgen könne sie, die Beklagte, sich keinesfalls anschließen. Die Klägerin habe bereits in der Vergangenheit mehrfach Verletzungen im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks erlitten, und zwar im Alter von ca. zehn Jahren als Kind, am 23. August 2003, am 10. Juni 2004 sowie am 09. Dezember 2012. Folglich sei von erheblichen Vorschädigungen im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks auszugehen. Entgegen der Annahme des Sachverständigen Dr. W führe eine über längere Zeit bestehende Instabilität des Außenbandapparates keineswegs zwangsläufig zu Verschleißveränderungen am Sprunggelenk. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass das Gelenk auch schon nach den früheren Ereignissen durch eine Aircast-Schiene bzw. Gips stabilisiert worden sei. Auch die Mitteilung im Behandlungsbericht des Bundeswehrkrankenhauses B, wonach infolge des Ereignisses vom 09. Dezember 2012 klinisch keine vermehrte Aufklappbarkeit und keine Vorverschiebbarkeit des Sprungbeins gegenüber dem Schienbein bestanden habe, beweise in der Akutphase - aufgrund eines schmerzbedingten Gegenspannes - keineswegs stabile Bandverhältnisse. Kapselbandrupturen am Sprunggelenk würden heute nicht mehr primär operativ versorgt, sondern funktionell behandelt, im vorliegenden Fall mit einer Aircast-Schiene. Insoweit würden Bildaufnahmen nicht mehr regelhaft durchgeführt. Eine diagnostische Abklärung erfolge erst bei fortbestehenden Instabilitätsbeschwerden. Damit könne den Ausführungen des SG, wonach der Verzicht auf die Durchführung einer MRT-Untersuchung klar darauf hindeute, dass das Gelenk nach dem Ereignis vom 09. Dezember 2012 stabil gewesen sei und die behandelnden Ärzte eine Bänderschädigung zumindest für sehr unwahrscheinlich gehalten hätten, nicht gefolgt werden. Hinsichtlich des am 08. August 2013 diagnostizierten Schadens des Ligamentum fibulocalcaneare (LFC) bestehe allenfalls ein zeitlicher Zusammenhang, der nicht mit dem ursächlichen Zusammenhang gleichzusetzen sei. Allein die Tatsache, dass zum Zeitpunkt des angeschuldigten Ereignisses eine gewisse Instabilität nachgewiesen worden sei, bedeute nicht, dass diese tatsächlich auf das angeschuldigte Ereignis zurückzuführen sei. Weiterhin sprächen folgende Gesichtspunkte gegen eine Unfallkausalität: Die Klägerin sei lediglich am Tag des Ereignisses arbeitsunfähig gewesen und habe am darauffolgenden Tag ihre Arbeit wiederaufgenommen. Weiterhin habe sich die Klägerin nach dem Unfall vom 08. August 2013 erst wieder am 04. November 2013 bei dem Durchgangsarzt Dr. K vorgestellt, ohne dass in der Zwischenzeit Beschwerden bestanden hätten. Schließlich sei gemäß der Auswertung der radiologischen Befunde eine zeitliche Zuordnung der im viel zu spät durchgeführten MRT vom 03. Juli 2014 dokumentierten Bandschäden nicht möglich.

Mit weiterem Schriftsatz vom 07. August 2020 hat die Beklagte vorgetragen, das LSG wäre gehalten gewesen, ein weiteres Gutachten auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet einzuholen. Es hätte insbesondere der Frage nachgehen müssen, ob es sich bei dem Unfallereignis vom 08. August 2013 lediglich um eine Gelegenheitsursache hinsichtlich der diagnostizierten Instabilität des Außenbandes gehandelt habe. Weiterhin sei dem Tenor der erstinstanzlichen Entscheidung keine Verurteilung der Beklagten zur Anerkennung einer weiteren Unfallfolge zu entnehmen. Einzig die Ausführungen ließen erkennen, dass das Gericht von einem Kausalzusammenhang der dort beschriebenen Gesundheitsschäden mit dem Unfallereignis vom 08. August 2013 ausgehe. Demnach erscheine die Ausführung des Urteils des SG Frankfurt (Oder) durch die Beklagte äußerst problematisch. Allein aus diesem Grund könne das Urteil keinen Bestand haben. Daher habe in der Berufungsinstanz jedenfalls eine Klarstellung zu erfolgen, welche Gesundheitsschäden auf den Arbeitsunfall vom 08. August 2013 zurückzuführen seien und für welchen Zeitraum eine Gewährung von Leistungen durch die Beklagte zu erfolgen habe.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 08. November 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Durch die Gutachten von Dr. T/Dr. M und Dr. W werde der Vollbeweis erbracht, dass es bei ihr am 08. August 2013 zu einem Außenbandriss gekommen sei. Auch wenn eine frische Außenbandläsion am Unfalltag mangels Vorliegens eines zeitnah erstellten MRT-Befundes nicht radiologisch nachgewiesen werden könne und es keinen zeitnah erstellten histologischen Befund gebe, mit dem der Nachweis einer frischen Bandschädigung geführt werden könne, sprächen überzeugende Indizien für einen Kausalzusammenhang. So habe der Durchgangsarzt Dr. K noch am Unfalltag eine Röntgenaufnahme erstellt, mit der ein Bänderriss im rechten oberen Sprunggelenk erstmals habe gesichert werden können. Auch hätten sich bei der Untersuchung durch Dr. K erstmals Zeichen einer Instabilität ergeben. Hingegen hätten sich bei der Behandlung im Bundeswehrkrankenhaus B am 09. Dezember 2012 bei der dort tatsächlich durchgeführten Instabilitätsprüfung keine Hinweise auf Instabilitäten ergeben. Die behandelnden Ärzte seien nach einer zusätzlich durchgeführten Röntgenuntersuchung davon ausgegangen, dass sie nach sechs Wochen wieder in der Lage sein würde, das Gelenk sportlich zu belasten. Weiterhin spreche für einen Kausalzusammenhang, dass bei ihr im Rahmen der am 03. Juli 2014 durchgeführten MRT-Untersuchung und der anschließenden arthroskopischen Behandlung keine bzw. nur eine dezente Schädigung der Knorpelschicht der Talusschulter im Sprunggelenksbereich habe diagnostiziert werden können. Dies spreche gegen eine länger anhaltende Instabilität. Im Ergebnis sei das gesamte im Arthroskopiebericht vom 08. September 2014 gezeigte Schadensbild des rechten oberen Sprunggelenks auf das Unfallereignis vom 08. August 2013 als rechtlich wesentliche Ursache zurückzuführen.

Der Senat hat gemäß [§ 106 Abs. 3 Nr. 5 und Abs. 4 SGG](#) Beweis erhoben, indem er den Radiologen Prof. Dr. S. M, Krankenhaus B, Institut für Radiologie, mit einem schriftlichen Sachverständigen Gutachten nach Aktenlage beauftragt hat. Prof. Dr. S. M hat sein radiologisches Gutachten am 03. Oktober 2018 fertiggestellt. Darin hat er ausgeführt, dass aus den ihm vorliegenden Bilddokumenten der Rückschluss auf einen suffizienten lateralen Bandapparat vor dem Unfall vom 08. August 2013 zu ziehen sei. Die erstmalige operative Versorgung im Jahr 2004 sowie die eingesetzten Diagnostiken und Therapien der mehrfachen Distorsionstraumata des rechten oberen Sprunggelenks hätten bis zum Unfall am 08. August 2013 zu einer suffizienten Stabilisierung des ehemals verletzten lateralen Bandapparates geführt und eine adäquate Funktion des rechten oberen Sprunggelenks gewährleistet. Die insgesamt fehlenden nennenswerten degenerativen Veränderungen des rechten oberen Sprunggelenks, die im Rahmen einer längerfristig bestehenden Insuffizienz des Bandapparates und somit bestehender Instabilität des oberen Sprunggelenks über das übliche Maß hinausgehend zu erwarten gewesen wären, lägen bei der

Klägerin nicht vor. Diese Annahme würde durch fehlende Angaben längerfristiger Schmerzsymptomatik bzw. fehlende Angabe eines Instabilitätsgefühls durch die Klägerin unterstützt. Somit sei es während des Unfalls vom 08. August 2013 zu einer erneuten Ruptur eines zuvor suffizient verheilten Bandapparates gekommen.

Im Hinblick auf das radiologische Gutachten von Prof. Dr. S. M hat die Beklagte eine beratungsärztliche Stellungnahme bei dem Facharzt für Radiologie Dr. A. S, K, eingeholt, die dieser am 07. Juni 2019 verfasst hat. Dr. A. S hat darin mitgeteilt, dass seiner Auffassung nach die vorliegenden radiologischen Aufnahmen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Feststellung und eine sichere Zuordnung der Bandläsionen erlaubten. Jeder Versuch der Herleitung einer Kausalbeziehung zwischen dem Schadensereignis vom 08. August 2013 und der Außenbandschädigung wäre rein spekulativ. Vor diesem Hintergrund könne nicht entschieden werden, zu welchem Anteil die zur Instabilität führende Außenbandschädigung durch das Schadensereignis vom 08. August 2013 ausgelöst worden sei oder ob ein überragender Anteil diesem Ereignis oder einer vorbestehenden Schädensanlage zugeordnet werden könne. Das Fehlen von sekundärarthrotischen Veränderungen am Knorpelüberzug der beteiligten Gelenkabschnitte oder das Fehlen von anderen Arthrosezeichen könne nicht als Beweis für einen intakten Bandapparat herangezogen werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten und auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die in der mündlichen Verhandlung sowie bei der Beratung vorlagen und Gegenstand der Entscheidung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG Frankfurt (Oder) hat der Klage im Ergebnis zu Recht stattgegeben.

Aufgrund der unbestimmten Tenorierung des erstinstanzlichen Urteils sieht sich der Senat allerdings zu der aus dem Tenor ersichtlichen Klarstellung hinsichtlich der festzustellenden weiteren Folgen des Unfalls vom 08. August 2013, wegen derer Maßnahmen der Heilbehandlung zu erbringen waren, sowie im Hinblick auf die Zeiträume des Verletztengeldanspruchs, des Anspruchs auf Übernahme der Kosten der Haushaltshilfe sowie der Erstattung von geleisteten Zuzahlungen der Klägerin für ambulante Heilbehandlungsmaßnahmen (Physiotherapie) veranlasst. Diese Klarstellungen stellen keine inhaltliche Änderung des erstinstanzlichen Urteils dar; sie lassen sich den Urteilsgründen mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen.

Der Senat sieht sich im Hinblick auf den erstinstanzlich gestellten Antrag der Klägerin und unter Berücksichtigung des [§ 123 SGG](#), wonach das Gericht (nur) über die vom Kläger erhobenen Ansprüche entscheidet, also nicht mehr als dasjenige zuspricht, was durch die Beteiligten beantragt worden ist ("ne ultra petita"), nicht daran gehindert, nunmehr klarstellend bestimmte Unfallfolgen festzustellen im Sinne des [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#). Zwar hat die Klägerin erstinstanzlich beantragt "ihr aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung () zu gewähren", hat also nicht ausdrücklich einen Feststellungsantrag im Hinblick auf weitere Unfallfolgen gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) gestellt. Auch hier lässt sich den Urteilsgründen, in denen weitere Folgen des Unfalls vom 08. August 2013 ausdrücklich festgestellt worden sind, aber entnehmen, dass die erstinstanzliche Antragstellung inhaltlich die Feststellung weiterer Unfallfolgen mitumfassen sollte und lediglich unter nicht vollständiger Beachtung des [§ 106 Abs. 1 SGG](#), wonach der Vorsitzende darauf hinzuwirken hat, dass sachdienliche Anträge gestellt werden, zustande gekommen ist.

In Bezug auf die Tenorierung der erstinstanzlichen Entscheidung merkt der Senat weiter an, dass die Klage - gemessen an den Regelungen, die die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 11. November 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2015 getroffen hat sowie weiterhin gemessen an dem Klageantrag der Klägerin - im Übrigen hätte abgewiesen werden müssen. Mit den angefochtenen Bescheiden hat die Beklagte ausdrücklich auch die Gewährung einer Verletztenrente gemäß [§ 56 SGB VII](#) wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013 abgelehnt. Die Klägerin hat erstinstanzlich Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung allgemein beantragt - Verletztengeld, Leistungen für eine Haushaltshilfe und Kosten der Krankenbehandlung sind im erstinstanzlichen Antrag nur insbesondere also exemplarisch, erwähnt. Unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsgrundsatzes, wonach das Begehren der Beteiligten so auszulegen ist, dass deren Rechte im größtmöglichen Umfang zur Geltung kommen (vgl. etwa Bundessozialgericht - BSG - , Urteil vom 06. April 2011 - [B 4 AS 3/10 R](#) -, Urteil vom 22. März 2010 - [B 4 AS 62/09 R](#) - und Urteil vom 02. Juli 2009 - [B 14 AS 75/08 R](#), zitiert nach Juris), wäre bei einer Auslegung des von der Klägerin gestellten Antrags ein Antrag auf Gewährung einer Verletztenrente jedenfalls mitumfasst gewesen.

Möglich erscheint aber auch hier, dass die Antragstellung insoweit unter Verkennung der Hinweispflichten des Vorsitzenden gemäß [§ 106 Abs. 1 SGG](#) zustande gekommen ist. Für die Berufungsinstanz gilt jedenfalls, dass die Klägerin keine Anschlussberufung gemäß [§ 202 SGG](#) in Verbindung mit [§ 524](#) Zivilprozessordnung (ZPO) eingelegt hat und der Berufungsinstanz bereits aus diesem Grund gegenüber der Beklagten eine ungünstigere Entscheidung als die Zurückweisung der Berufung - mithin eine Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente - verwehrt ist.

Der Bescheid der Beklagten vom 11. November 2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. März 2015 ist rechtswidrig, verletzt die Klägerin in ihren Rechten und war daher abzuändern ([§ 54 Abs. 1 und 2 SGG](#)).

Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, neben der Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks eine weitere Folge des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013 - namentlich eine Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks mit der Folge einer bis zur am 27. Oktober 2014 erfolgten Bandplastik bestehenden chronischen Außenbandinstabilität - im Sinne des [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) festzustellen.

Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. 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; Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Gemäß [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) gehört zu den versicherten Tätigkeiten auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität);

das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit; ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden. Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht ausschließlich eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (ständige Rechtsprechung, BSG, vgl. Urteil vom 04. Dezember 2014 - [B 2 U 18/13 R](#) -, Rn. 16 ff., Urteil vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#) -, Rn. 20 ff.; Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, Rn. 16 ff.; Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, Rn. 15 ff., Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, Rn. 18 ff., Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, Rn. 13 ff., alle zitiert nach Juris, siehe auch: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, Kap. 1.7, S. 21 f.). Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte (BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 8/06 R](#) -, Rn. 20 zitiert nach Juris).

Hieran gemessen ist der Senat im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße überzeugt, dass der Arbeitsweegeunfall ([§ 8 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)) der Klägerin vom 08. August 2013 nicht nur zu einer Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks, sondern auch zu einer Außenbandruptur mit der Folge einer bis zur am 27. Oktober 2014 erfolgten Bandplastik bestehenden chronischen Außenbandinstabilität geführt hat.

Bei dieser Beurteilung des Sachverhalts stützt sich der Senat zum einen auf das erstinstanzlich eingeholte Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W vom 28. Februar 2017 in Verbindung mit der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 03. September 2017.

Der Sachverständige Dr. W diagnostizierte bei seiner Untersuchung der Klägerin am 18. Januar 2017 eine chronische Außenbandinstabilität des rechten oberen Sprunggelenks, die vom 08. August 2013 bis zum 27. Oktober 2014 bestanden habe. Diese führte er rechtlich wesentlich auf das Ereignis vom 08. August 2013 zurück, das unmittelbar zu einer massiven Instabilität mit Zerreißung der im Jahr 2004 rekonstruierten Außenbandanteile geführt habe.

Zur Begründung dieser Zusammenhangsbeurteilung nimmt der Sachverständige Dr. W zunächst auf den Primärbefund des Ereignisses vom 08. August 2013 Bezug. Durch den Durchgangsarzt Dr. K sei radiologisch eine Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks gesichert worden, zusätzlich Abschürfungen prä- und infrapatellar links sowie Abschürfungen an der rechten Handfläche, die aus dem Versuch des sich "Abfangens" der Klägerin, um den Sturz zu vermeiden, resultierten. Dies belege, dass es sich nicht um ein Bagateltrauma, sondern um ein ausreichend starkes Distorsionstrauma gehandelt habe, aufgrund dessen die lateralen Bandstrukturen des rechten oberen Sprunggelenks gerissen seien, mit der Folge einer Instabilität des rechten oberen Sprunggelenks. Diese Instabilität habe sich in der erneuten Umknickverletzung vom Februar 2014 manifestiert, die sodann von Dr. M behandelt worden sei, wobei klinisch ein Resthämatom und ein vermehrter Talusvorschub nachweisbar gewesen seien. Aufgrund der fortbestehenden und zunehmenden Instabilität seien die Arthroskopie des rechten oberen Sprunggelenks vom 08. September 2014 und die Versorgung des rechten oberen Sprunggelenks mit einer offenen chirurgischen Bandplastik mit einem autologen Sehnenstransplantat am 27. Oktober 2014 notwendig geworden. Aus dem Ereignis vom 08. August 2013 bis zwölf Wochen postoperativ vom 27. Oktober 2014 aus gerechnet resultiere eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks mit Einschränkung der Belastungsfähigkeit und bis zum 27. Oktober 2014 verbundener Instabilität des rechten oberen Sprunggelenks.

Vorschäden und anlagebedingte Veränderungen - namentlich die Distorsion des rechten oberen Sprunggelenks beim Volleyballspiel aus dem Jahr 2004 sowie das Supinationstrauma des rechten oberen Sprunggelenks vom 09. Dezember 2012 beim Sprung während eines Volleyballspiels - änderten im Ergebnis nichts an der Beurteilung des Kausalzusammenhangs.

Die dem Ereignis aus dem Jahr 2004 nachfolgende operative Rekonstruktion der Bandstruktur des lateralen oberen Sprunggelenks habe zu stabilen Bandverhältnissen ohne nachfolgende Instabilität geführt. Nach der im Jahr 2004 durchgeführten Periostlappenplastik seien bei der Klägerin bis zum 09. Dezember 2012 keine weiteren Distorsionen im oberen rechten Sprunggelenk aufgetreten. Nach eigenen Angaben sei sie absolut beschwerdefrei gewesen.

Der Senat hält dies für zutreffend, zumal dem Gesamtleistungsverzeichnis der Bahn BKK für den Zeitraum zwischen dem Distorsionsereignis im Jahr 2004 und dem 09. Dezember 2012 tatsächlich kein weiteres Distorsionsereignis zu entnehmen ist. Zutreffend folgert der Sachverständige Dr. W, dass mit der im Jahr 2004 durchgeführten Periostlappenplastik im Bereich des lateralen rechten Sprunggelenks stabile Bandverhältnisse geschaffen wurden. Schlüssig führt er aus, dass es der Klägerin beim Vorliegen einer sogenannten Bandinstabilität nicht möglich gewesen wäre, sich ohne weiteres Umknicken fortzubewegen, geschweige denn weiter Volleyball zu spielen. Eine fortbestehende Instabilität hätte außerdem unweigerlich, wegen der daraus resultierenden pathologischen Beanspruchung des Gelenks (vermehrtes Drehgleiten wegen zu starkem Gelenkspiel), zu Knorpelschäden im rechten Sprunggelenk geführt. Das MRT vom 03. Juli 2014 habe allerdings keinen Hinweis für vorliegende Knorpelschäden ergeben.

Auch das Ereignis vom 09. Dezember 2012, bei dem die Klägerin ebenfalls beim Volleyballspiel ein Supinationstrauma erlitten hatte, stelle keinen relevanten Vorschaden im Rahmen der hier zu treffenden Kausalitätsbeurteilung dar. Dr. W nimmt hier zur Begründung zunächst auf den Untersuchungsbefund des Bundeswehrkrankenhauses vom 09. Dezember 2012 Bezug. Dieser weise aus, dass ein Druckschmerz über dem lateralen und medialen Malleolus rechts mit einer Schwellung über dem lateralen Malleolus, aber kein Hämatom nachweisbar gewesen sei. Außerdem habe kein vermehrter Talusvorschub und kein Malleolenkompressionsschmerz bestanden sowie keine vermehrte Aufklappbarkeit des rechten oberen Sprunggelenks. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenks sei lediglich endgradig, also leicht, schmerzbedingt eingeschränkt gewesen. Beim Vorliegen einer Bandzerreißung des oberen Sprunggelenks hätte in jedem Fall eine

deutliche Aufklappbarkeit vorliegen und ein Hämatom nachweisbar sein müssen. Beides habe laut Arztbericht nicht vorgelegen. Das Röntgenbild habe keine knöchernen Verletzungen ausgewiesen. Die klinisch diagnostizierte Schwellung über dem Malleolus lateralis habe im Röntgenbild nachvollzogen werden können. Bei klinisch nicht nachweisbarer vermehrter Aufklappbarkeit des rechten Sprunggelenks sei eine weitere Bilddiagnostik nicht indiziert gewesen. Nach Anlage und Tragen einer Aircast-Schiene habe die Klägerin nach Abklingen der Schwellung und der Schmerzen ohne Beschwerden ihrem Alltagsleben und sogar wieder dem Volleyballspiel nachgehen können, ohne dass die Aircast-Schiene hätte weitergetragen werden müssen.

In seiner gutachterlichen Beurteilung distanziert sich der Sachverständige Dr. W von der beratungsärztlichen Stellungnahme des Facharztes für Radiologie Dr. Z vom 19. Oktober 2014. Entgegen der Annahme von Dr. Z sei im Hinblick auf das Ereignis vom 09. Dezember 2012 gerade keine Außenbandverletzung zu vermuten. Eine weitergehende radiologische Bildgebung sei am 09. Dezember 2012 unterblieben, da der untersuchende Arzt keinen ausreichenden klinischen Verdacht für das Vorliegen einer Bandschädigung gesehen habe. Die Vermutung von Dr. Z, es sei bereits bei dem Ereignis vom 09. Dezember 2012 zu einer Außenbandverletzung gekommen, werde durch die klinisch erfolgte und dokumentierte Untersuchung der Klägerin im Bundeswehrkrankenhaus entkräftet.

Ebenso wenig sei der fachärztlichen Stellungnahme des Beratungssatzes Dr. C vom 24. Oktober 2014 zuzustimmen. Gegen die Annahme von Dr. C, durch das Ereignis vom 09. Dezember 2012 sei es zu einer Schädigung der Periostlappenplastik aus dem Jahr 2004 gekommen, spreche eindeutig das klinische Beschwerdebild nach diesem Ereignis. Es sei zu einer Rückläufigkeit der Schwellung und der schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenks gekommen, Schmerzen und Instabilitäten hätten nicht bestanden, sodass die Klägerin schon bald wieder aktiv am Volleyballspiel ihres Vereins habe teilnehmen können. Es sei davon auszugehen, dass mit der im Jahr 2004 durchgeführten Periostlappenplastik im Bereich des lateralen rechten Sprunggelenks stabile Bandverhältnisse geschaffen worden seien. Beim Vorliegen einer sogenannten Bandinstabilität wäre es der Klägerin nicht möglich gewesen, sich ohne weiteres Umknicken fortzubewegen, geschweige denn Volleyball zu spielen.

Gegen das Gutachten des Sachverständigen Dr. W mit Stellungnahme vom 26. März 2017 vorgetragene Einwände des Beratungsarztes Dr. C sieht der Senat aufgrund der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Dr. W vom 03. September 2017 als entkräftet an. Dr. C hatte in seiner weiteren Stellungnahme die Auffassung vertreten, es ließe sich aufgrund der aus der Anamnese ersichtlichen mehrfachen Distorsionsereignisse im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks nicht mehr mit hinreichender Wahrscheinlichkeit feststellen, zu welchem Zeitpunkt es zu der Bandläsion gekommen sei. Der Sachverständige Dr. W benennt in seiner ergänzenden Stellungnahme erneut die bereits oben aufgeführten gewichtigen Gründe, die sowohl aus dem klinischen Beschwerdebild als auch den bildgebenden Befunden herzuleiten seien und aufgrund derer davon ausgegangen werden müsse, dass das Unfallereignis vom 08. August 2013 als wesentliche Bedingung für die Entstehung der chronischen Außenbandinstabilität im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks anzusehen sei.

Der Senat folgt der schlüssigen und nachvollziehbaren, nach wissenschaftlichen Maßstäben und unter Berücksichtigung aller vorliegenden ärztlichen Befunde und Bilddokumente erstellten Beurteilung des langjährig erfahrenen Sachverständigen Dr. W, die er letztlich für überzeugend hält und die auch durch das bereits im Verwaltungsverfahren eingeholte orthopädische Zusammenhangsgutachten von Dr. T/Dr. M vom 30. Juli 2014 gestützt wird. Dr. T und Dr. M weisen in ihrem Gutachten ebenfalls darauf hin, dass der nach dem Privatunfall aus dem Jahr 2004 herbeigeführte postoperative Zustand zu keinen klinisch fassbaren Beschwerden oder funktionellen Beeinträchtigungen des Sprunggelenks der Klägerin geführt habe, sodass dieser Vorschaden als nicht relevant für das hier in Rede stehende weitere Beschwerdebild anzusehen sei. Zudem habe auch das MRT vom 03. Juli 2014 keinen Hinweis auf einen Knorpelschaden ergeben, was aber nach einem Jahrzehnt seit der im Jahr 2004 eingesetzten Bandplastik bei bestehender Instabilität zu erwarten gewesen wäre. Demzufolge müsse bis zum erneuten Distorsionstrauma am 08. August 2013 von einem stabilen Sprunggelenk ausgegangen werden.

Auch die vom Senat veranlasste weitere Beweisaufnahme – namentlich das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. S. M vom 03. Oktober 2018 - bestätigt das erstinstanzliche Urteil bzw. die festzustellenden weiteren Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. August 2013.

Prof. Dr. S. M bewertet darin zunächst das Schadensbild, das sich anhand der vorliegenden Bilddokumente den beiden Ereignissen vom Juni 2004 und Dezember 2012 zuordnen lässt. Er führt aus, dass die konventionellen Röntgenaufnahmen des oberen Sprunggelenks in zwei Ebenen vom 09. Juni 2004 keine traumatischen Verletzungen zeigten. Es liege eine gelenkgerechte Stellung des oberen und unteren Sprunggelenks vor. Des Weiteren bestehe keine erkennbare nennenswerte Weichteilschwellung über dem rechten Malleolus lateralis. Anhand der Röntgenbilder ergebe sich morphologisch kein Hinweis auf einen Zustand nach alter Verletzung der Fibulaspitze im Sinne einer Weber A-Verletzung mit nachfolgend fehlender knöchernen Überbauung und somit Ausbildung einer Pseudoarthrose. Die Fibulaspitze sei regelrecht konfiguriert. Durch die vorgenommene Periostlappenplastik sei ein regelrechter Zustand geschaffen worden, wie sich auch den nachfolgenden Röntgenaufnahmen insbesondere vom 28. Juni 2004 und 20. Februar 2007 entnehmen lasse.

Im Hinblick auf das Ereignis vom Dezember 2012 zeigten die unmittelbar nachfolgend erstellten konventionellen Röntgenaufnahmen keine frischen knöchernen Traumafolgen. Nachweisbar sei eine geringe Weichteilschwellung über dem Außenknöchel. Der Untersuchungsbericht zum rechten oberen Sprunggelenk der Klägerin vom 09. Dezember 2012 entkräfte bei fehlendem klinischen Hinweis für eine Instabilität des Außenbandes den durch den Beratungsarzt Dr. Z geäußerten Verdacht einer Außenbandverletzung. Die alleinige Schwellung über dem Außenknöchel habe keine hinreichende Indikation gestellt für eine erweiterte Röntgendiagnostik mit Belastungsaufnahmen des oberen Sprunggelenks.

Im Übrigen sei für den Zeitraum nach dem Trauma vom Dezember 2012 bis zum Arbeitsunfall am 08. August 2013 Beschwerdefreiheit dokumentiert. Von der Klägerin selbst sei keine Instabilität des Sprunggelenks angegeben worden. Erst nach dem Unfall vom 08. August 2013 seien erneut Schmerzen aufgetreten, sodass der Durchgangsarzt Dr. K eine temporäre Ruhigstellung mit einer Orthese veranlasst habe. In den Röntgenaufnahmen vom 08. August 2013 sei eine deutlich pathologische Aufklappbarkeit des rechten Sprunggelenks dokumentiert. Eine konventionelle Kontrolluntersuchung des rechten oberen Sprunggelenks unter Belastung des lateralen Bandapparates vom 04. November 2013 zeige eine weitere Zunahme der pathologischen Aufklappbarkeit des Sprunggelenks. Die zusätzlich am 04. November 2013 durchgeführte Untersuchung des rechten oberen Sprunggelenks seitlich unter Belastung zeige einen vermehrten rechtsseitigen und progredienten Talusvorschub.

Die am 18. Juni 2014 angefertigten konventionellen Vergleichsaufnahmen des rechten und linken oberen Sprunggelenks unter manueller

Belastung des lateralen Bandapparates hätten rechts eine vermehrte laterale Aufklappbarkeit von 16° und linksseitig eine vermehrte Aufklappbarkeit von 11° ergeben. Die mehrfachen Traumata des rechten oberen Sprunggelenks könnten somit nur zum Teil eine Ursache für die deutlich vermehrte Aufklappbarkeit des oberen Sprunggelenks rechts unter lateraler Belastung darstellen. Das linke Sprunggelenk weise gegenüber dem Normwert von 5° mit 11° ebenfalls eine vermehrte Aufklappbarkeit auf. Laut Aktenlage sei jedoch eine Distorsion des linken Sprunggelenks zu keinem Zeitpunkt dokumentiert worden. Somit sei von einer vorbestehenden Hypermobilität im Bereich des oberen Sprunggelenks beiderseits auszugehen. Dennoch hätten die Traumata des rechten Sprunggelenks den Zustand des oberen Sprunggelenks rechts verschlimmert und die Mobilität noch über das Maß hinaus erweitert, das für die linke Seite dokumentiert sei.

In der MRT-Untersuchung vom 03. Juli 2014 sei ein regelrechter Knorpelbelag dokumentiert. Knöcherne Anbauten fehlten und es ergebe sich kein Hinweis auf eine nennenswerte posttraumatisch bedingte Abnutzungserscheinung. Sollte die mit den Röntgenbildern vom 08. August 2013 und 04. November 2013 dokumentierte Verletzung des lateralen Bandapparates des oberen Sprunggelenks mit einer innerhalb von ca. drei Monaten fortschreitenden Insuffizienz bereits im Zeitpunkt des Unfalls am 08. August 2013 vorgelegen haben, so wären deutliche degenerative Veränderungen nach den erlittenen Distorsionstraumata beginnend im Jahr 2004 innerhalb von zehn Jahren zu erwarten gewesen. Dies sei jedoch gerade nicht der Fall. Somit lasse sich der Rückschluss auf einen suffizienten lateralen Bandapparat vor dem Unfall vom 08. August 2013 ziehen. Die erstmalige operative Versorgung im Jahr 2004 sowie die eingesetzten Diagnostiken und Therapien der mehrfachen Distorsionstraumata des rechten oberen Sprunggelenks hätten bis zum Unfall am 08. August 2013 zu einer suffizienten Stabilisierung des ehemals verletzten lateralen Bandapparates geführt und eine adäquate Funktion des rechten oberen Sprunggelenks gewährleistet. Des Weiteren habe die Klägerin vor dem genannten Unfall keine Schmerzen und kein Instabilitätsgefühl im oberen Sprunggelenk angegeben. Beides habe sich nach dem Unfall am 08. August 2013 schlagartig geändert.

Der Senat schließt sich dem schlüssigen und überzeugenden Gutachten des langjährig erfahrenen Sachverständigen Prof. Dr. S. M vollständig an. Prof. Dr. S. M hat alle Röntgen- und MRT-Befunde sowie sonstigen ärztlichen Behandlungsunterlagen umfassend gewürdigt und nachvollziehbar in Beziehung zueinander gesetzt.

Die von der Beklagten vorgelegte Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. A. Svom 07. Juni 2019 ist nicht geeignet, die Überzeugung des Senats von der Richtigkeit des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. S. M zu entkräften. Der Facharzt für Radiologie Dr. A. S vertritt darin die Auffassung, die früheren radiologischen Aufnahmen zeigten eine zum Zeitpunkt der versicherten Tätigkeit vorbestehende Instabilität des oberen Sprunggelenks, die als vorbestehende Schadensanlage gewertet werden müsse. Es sei von einer Hypermobilität des Bandapparates am rechten oberen Sprunggelenk auszugehen. Die vorliegenden radiologischen Aufnahmen erlaubten nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Feststellung und eine sichere Zuordnung der Bandläsionen. Jeder Versuch der Herleitung einer Kausalbeziehung zwischen dem Schadensereignis vom 08. August 2013 und der Außenbandschädigung wäre rein spekulativ.

Nach Auffassung des Senats verkennt Dr. A. S zum einen die sowohl von Dr. W als auch von Prof. Dr. S. M herausgearbeitete Bedeutung des klinischen Beschwerdebildes bei der Klägerin nach den jeweiligen Schadensereignissen, zum anderen verkennt er die Bedeutung der Befunde aus der MRT-Untersuchung vom 03. Juli 2014, die gerade keinen relevanten degenerativen Knorpelschaden ergeben hatten. Weiterhin übersieht er, dass die Klägerin auch mit der - durch den Sachverständigen Professor Dr. M ebenfalls gesehenen - Schadensanlage einer Hypermobilität im Bereich des Bandapparates der beiden oberen Sprunggelenke durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützt wird, jedenfalls soweit dieser Hypermobilität keine überragende Bedeutung für die hier in Rede stehenden Unfallfolgen zukommt. Prof. Dr. S. M hat in seinem Gutachten indes überzeugend begründet, weshalb letzteres hier gerade nicht der Fall ist und vielmehr das Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks vom 08. August 2013 für die Schädigung des Bandapparates des rechten oberen Sprunggelenks zuvörderst verantwortlich ist. Wird also die kausale Bedeutung der äußeren Einwirkung vom 08. August 2013 mit derjenigen der bereits vorhandenen krankhaften Anlage im Sinne einer Hypermobilität des Bandapparates im Bereich der beiden oberen Sprunggelenke verglichen und wird diese Anlage gegen die äußere Einwirkung abgewogen, so ist nach Auffassung des Senats und unter Anschluss an die beiden gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachten von Dr. W und Prof. Dr. S. M festzustellen, dass die Krankheitsanlage nicht so stark und nicht so leicht ansprechbar war, dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Vielmehr bedurfte es zur Auslösung akuter Erscheinungen aus der Krankheitsanlage besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es sich auf der Grundlage der durchgangsarztlich von Dr. K erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde bei dem Ereignis vom 08. August 2013 gerade um kein Bagateltrauma handelte, wie auch Dr. W in seinem Gutachten überzeugend herausgearbeitet hat. Zutreffend weist Dr. W darauf hin, dass der Durchgangsarzt Dr. K bei seiner Erstbefundung nicht nur Verletzungszeichen am oberen Sprunggelenk, sondern auch Abschürfungen am linken Kniegelenk (prä- und infrapatellar) sowie am rechten Handgelenk festgestellt hat, die ein mit der Distorsion einhergehendes Sturzgeschehen dokumentieren. Zudem wird übersehen, dass durch die am 28. Juni 2004 operativ erfolgte Bandplastik eine aus früheren Distorsionstraumen folgende Außenbandverletzung beseitigt worden war.

Der Senat hält es nicht für erforderlich, ein weiteres orthopädisches Sachverständigengutachten in Auftrag zu geben. Der Sachverhalt ist, soweit es das orthopädische Fachgebiet betrifft, bereits durch das Gutachten des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. W vom 28. Februar 2017 in Verbindung mit der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 03. September 2017 sowie durch das im Verwaltungsverfahren von der Beklagten bei Dr. T/Dr. M eingeholte Zusammenhangsgutachten vom 30. Juli 2014 geklärt. Die Beklagte hatte Gelegenheit, auf diese Gutachten zu erwidern und hat von dieser Gelegenheit auch durch Vorlage mehrerer beratungsärztlicher Stellungnahmen Gebrauch gemacht. Gelangen die von der Beklagten konsultierten Beratungsärzte zu anderen medizinischen Feststellungen als der Gutachter im Verwaltungsverfahren und der Sachverständige im erstinstanzlichen Gerichtsverfahren, so erfordert allein dieser Umstand nicht die Beauftragung eines weiteren orthopädischen Sachverständigengutachtens. Vielmehr ist es dann zuvörderst Aufgabe des Gerichts, die Gutachten und beratungsärztlichen Stellungnahmen auf ihre Schlüssigkeit und Überzeugungskraft zu überprüfen und eine eigene Entscheidung zu treffen. Überdies hat der Senat - da der Beurteilung der vorliegenden Bilddokumente im hiesigen Verfahren eine besondere Bedeutung zukommt - ein weiteres radiologisches Gutachten bei Prof. Dr. S. M in Auftrag gegeben. Der radiologische Aspekt des orthopädischen Beschwerdebildes ist also durch den Senat einer nochmaligen gründlichen Überprüfung unterzogen worden, ohne dass sich Abweichungen gegenüber den diesen Aspekt bereits würdigenden orthopädischen Gutachten ergeben hätten.

Überdies weist der Senat darauf hin, dass die Beklagte die Einholung eines weiteren orthopädischen Sachverständigengutachtens erstmals drei Wochen vor dem bereits rund einen Monat zuvor anberaumten Termin zur mündlichen Verhandlung und somit reichlich spät beantragt

hat. Aufgrund des Umstandes, dass der Senat bereits am 28. Januar 2020 einen Termin zur mündlichen Verhandlung für den 30. April 2020 anberaumt hatte, von dem die Beklagte ausweislich des Empfangsbekennnisses am 31. Januar 2020 Kenntnis erlangte, musste es der Beklagten ersichtlich sein, dass der Senat keine weiteren medizinischen Ermittlungen mehr beabsichtigte. Dessen ungeachtet hatte es die Beklagte seinerzeit nicht für erforderlich gehalten, im Zeitraum vom 31. Januar 2020 bis zur (pandemiebedingten) Aufhebung des Termins vom 30. April 2020 durch Verfügung vom 03. April 2020 einen entsprechenden Beweisantrag zu stellen.

Unter Berücksichtigung der festgestellten Unfallfolgen hat die Klägerin einen Anspruch auf Erbringung von Verletztengeld unter Anrechnung des erhaltenen Krankengeldes in der Zeit vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015.

Der Anspruch auf Verletztengeld setzt nach [§ 45 Abs. 1 SGB VII](#) unter anderem voraus, dass der Versicherte infolge des Versicherungsfalles arbeitsunfähig ist.

Das Ereignis vom 08. August 2013 stellt als anerkannter Arbeitsweegeunfall einen solchen Versicherungsfall im Sinne der [§§ 7 Abs. 1, 8 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) dar. Zur Überzeugung des Senats war die Klägerin in der Zeit vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015 auch arbeitsunfähig im Sinne des [§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#). Arbeitsunfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles liegt anknüpfend an die Rechtsprechung zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung vor, wenn ein Versicherter aufgrund der Folgen eines Versicherungsfalles nicht in der Lage ist, seiner zuletzt ausgeübten oder einer gleich oder ähnlich gearteten Tätigkeit nachzugehen (vgl. zur gesetzlichen Krankenversicherung BSG, Urteil vom 08. Februar 2000 - [B 1 KR 11/99 R](#) -, [BSGE 85, 271](#), 273 m. w. N., zur Übernahme dieses Begriffs in die gesetzliche Unfallversicherung vgl. BSG, Urteil vom 13. August 2002 - [B 2 U 30/01 R](#) -, [SozR 3-2700 § 46 Nr. 1](#)). Arbeitsunfähigkeit ist danach gegeben, wenn der Versicherte seine zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalles konkret ausgeübte Tätigkeit wegen Krankheit nicht (weiter) verrichten kann (BSG, Urteil vom 30. Oktober 2007 - [B 2 U 31/06 R](#) -, [SozR 4-2700 § 46 Nr. 3](#)). Von diesen Maßstäben ausgehend sieht der Senat eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit der Klägerin in der Zeit vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015 als gesichert an. Aus dem Gesamtleistungsverzeichnis der Krankenkasse der Klägerin, der Bahn BKK, vom 10. Dezember 2015 ergibt sich eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit vom 25. September 2014 bis zum 01. Januar 2015 wegen der Diagnose "Arthrose, nicht näher bezeichnet", wobei die Klägerin in der Zeit vom 24. Oktober 2014 bis zum 01. Januar 2015 Krankengeld bezogen hatte, an dessen Stelle nunmehr das Verletztengeld tritt. Es bestehen auf der Grundlage der obigen Ausführungen keine Zweifel, dass die in dem Gesamtleistungsverzeichnis verwandte Diagnose "Arthrose, nicht näher bezeichnet" die Außenbandinstabilität des rechten oberen Sprunggelenks betrifft, bei der es sich - wie dargelegt - um eine Folge des Unfalls vom 08. August 2013 handelt. Zumal in dem Zeitraum vom 25. September 2014 bis zum 01. Januar 2015 nach der erfolglosen ambulanten Arthroskopie des rechten oberen Sprunggelenkes am 08. September 2014 die operative Versorgung mit einer Bandplastik im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung am 27. Oktober 2014 stattfand. Zudem hat der Sachverständige Dr. W anhand der Behandlungsunterlagen der Klägerin eine mindestens 6 Wochen nach der Bandplastikoperation andauernde postoperative Arbeitsunfähigkeit angenommen.

Weiterhin steht der Klägerin gegenüber der Beklagten in den Zeiten vom 12. November 2014 bis zum 25. November 2014 sowie vom 01. Dezember 2014 bis zum 12. Dezember 2014 ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Haushaltshilfe in Höhe von 130,00 EUR gemäß [§ 42 SGB VII](#) zu.

Gemäß [§ 42 SGB VII](#) wird Haushaltshilfe bei Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht. Haushaltshilfe wird unter den Voraussetzungen des [§ 54](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) a. F. (gültig bis zum 31. Dezember 2017) an Teilnehmer an medizinischen Reha-Maßnahmen oder Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. [§ 54 SGB IX](#) a. F. gilt - bzw. galt zum Zeitpunkt der hier in Rede stehenden Leistungserbringung bzw. Antragstellung - unmittelbar auch für die Unfallversicherungsträger. Er bestimmt, dass Haushaltshilfe geleistet wird, wenn den Leistungsempfängern wegen der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist, eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, dass bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Ausweislich der ärztlichen Bescheinigung des Klinikums D-S, A-Krankenhaus, vom 13. Oktober 2014 benötigte die Klägerin - die Mutter einer Tochter ist, die seinerzeit 1 Jahr alt war - in Anbetracht der wegen der Diagnose "chronische Außenbandinstabilität" durchgeführten Außenbandplastik in der Zeit vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 eine Haushaltshilfe für 3 Stunden täglich. An der Richtigkeit dieser ärztlichen Beurteilung hegt der Senat keinen Zweifel. Die zur Behebung bzw. Linderung der chronischen Außenbandinstabilität durchgeführte Außenbandplastik ist gemäß den obigen Ausführungen auch rechtlich wesentlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen.

Eine solche Haushaltshilfe für 3 Stunden täglich bzw. die Übernahme der Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft hatte die Klägerin sodann für die Zeit ab dem 12. November 2014 schriftlich am 04. November 2014 und telefonisch am 10. November bei der Beklagten beantragt, die den Antrag an die aus ihrer damaligen Sicht zuständigen Krankenkasse Bahn BKK weiterleitete. Die Klägerin hatte hierbei angegeben, eine andere im Haushalt lebende Person könne den Haushalt nicht führen bzw. könne ihr im gleichen Haushalt lebender Ehemann den Haushalt nur unter Reduzierung seines beruflichen Pensums um drei Stunden arbeitstäglich und unter Inkaufnahme entsprechender Einkommensverluste führen. Auch an der Richtigkeit dieser zuletzt aufgeführten Angabe der Klägerin hegt der Senat keinen Zweifel.

Das Leistungsverzeichnis der Bahn BKK weist sodann die Stellung einer Haushaltshilfe für die Zeiträume "12. November 2014 bis 25. November 2014" und "01. Dezember 2014 bis 12. Dezember 2014" aus. Die Klägerin hat damit für die Zeiträume, in denen sie ausweislich des Leistungsverzeichnisses tatsächlich eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen bzw. in denen ihr Ehemann unter Inkaufnahme eines teilweisen Verdienstaustauschs Hilfe im Haushalt geleistet hat, gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Übernahme der Kosten. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin glaubhaft angegeben, für die Beschaffung einer Haushaltshilfe Zuzahlungen in Höhe von 5,00 EUR täglich geleistet zu haben. Unter Zugrundelegung der im Leistungsverzeichnis der Bahn BKK ausgewiesenen Zeiträume wurde Haushaltshilfe an 26 Tagen geleistet, so dass sich die von der Beklagten zu erstattenden Zuzahlungen auf 130,00 EUR belaufen.

Schließlich steht der Klägerin wegen der als Folge des Unfalls vom 08. August 2013 festgestellten Außenbandruptur des rechten oberen Sprunggelenks mit der Folge einer bis zu der am 27. Oktober 2014 erfolgten Bandplastik bestehenden chronischen Außenbandinstabilität

ein Anspruch auf Maßnahmen der Heilbehandlung gemäß [§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) nach Maßgabe der [§§ 27 ff. SGB VII](#) zu, und zwar in Gestalt der für die im Anschluss an die Bandoperation vom 27. Oktober 2014 erfolgte physiotherapeutische Behandlung geleisteten Zuzahlungen von insgesamt 142,84 EUR. Dabei können Maßnahmen der Heilbehandlung nicht im Wege eines Grundurteils gemäß [§ 130 Abs. 1 SGG](#) zugesprochen werden, sondern sind konkret zu fassen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25. August 2017 - L 8 U 1994/17 -, Rn. 41 und 46 ff., zitiert nach Juris, m. w. N.). Der Senat hat keinen Zweifel an der Richtigkeit der glaubhaften Angaben der Klägerin in der mündlichen Verhandlung, wonach sie Zuzahlungen für die nach der Operation vom 27. Oktober 2014 in Anspruch genommenen Physiotherapieeinheiten in Höhe von insgesamt 142,84 EUR geleistet hat, so dass ihr ein Erstattungsanspruch gegenüber der Beklagten in entsprechender Höhe zuzuerkennen war.

Nach alledem war die Berufung mit der aus dem Tenor ersichtlichen Maßgabe zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Sie trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. Den Umstand, dass die Klage erstinstanzlich (ggf.) im Übrigen hätte abgewiesen müssen, hat der Senat in seiner Kostenentscheidung unberücksichtigt gelassen. Die von der Klägerin erstinstanzlich protokollierten Anträge lassen – wie oben ausgeführt – ebenso eine Verkennung der Hinweispflichten des Vorsitzenden gemäß [§ 106 Abs. 1 SGG](#) denkbar erscheinen.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2020-11-25