

## L 10 U 1119/15

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 U 2218/13  
Datum  
10.03.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 10 U 1119/15  
Datum  
09.12.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Beschluss  
Leitsätze

1. Ein Anspruch auf Erstattung von vom Versicherten getragener Kosten der Heilbehandlung setzt auch in der gesetzlichen Unfallversicherung - entsprechend [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) - entweder eine unaufschiebbare Maßnahme oder eine zu Unrecht erfolgte Ablehnung von Heilbehandlung durch den Unfallversicherungsträger voraus. Informiert der Versicherte den Unfallversicherungsträger nicht darüber, dass ein Arbeitsunfall vorliegt, ist die vom Versicherten in Anspruch genommene Heilbehandlung in der Regel nicht unaufschiebbar. Eine Kostenerstattung - hier Fahrtkosten zu ärztlichen Behandlungen - scheidet bis zu einer Entscheidung des Unfallversicherungsträgers dann aus Rechtsgründen aus.

2. Liegt gar keine Entscheidung über die konkret vom Versicherten in Anspruch genommene Maßnahme der Heilbehandlung vor - hier Physiotherapie - ist die Klage bereits unzulässig.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 10.03.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten steht die Erstattung von Kosten für Heilbehandlung im Streit.

Der am 1953 geborene Kläger ist Landwirt (Obstbauer) und schlug sich am 10.10.2009 im Rahmen seiner Tätigkeit den linken Innenknöchel an einem hervorstehenden Einhängenhaken einer Leiter an (Bl. 229 der Verwaltungsakte, im Folgenden VA). Erstmals begab er sich wegen anhaltender Schmerzen am 28.10.2009 in orthopädische Behandlung bei Dr. L., welcher eine Prellung im Bereich des Innenknöchels mit ausgeprägtem Hämatom und Kontusion der Tibialis-posterior-Sehne und kompressionsbedingter Neuropathie des Nervus Tibiales posterior diagnostizierte (Bl. 145 VA). Die von Dr. L. gefertigten Röntgenaufnahmen waren unauffällig (Bl. 33 SG-Akte). Am 21.01.2010 wurde ein Magnetresonanztomogramm (MRT) des linken Sprunggelenks des Klägers erstellt (Bl. 189 VA), wobei ein Os tibiale externum mit Insertionstendinitis der Tibialis-posterior-Sehne und angrenzender Peritendinitis bzw. kleinstem Gangliom sowie eine degenerative Abplattung der Peroneus-previs-Sehne bei ansonsten weitgehend unauffälliger Darstellung des linken Sprunggelenkes festgestellt wurde. Eine anschließende Behandlung des Klägers fand nicht statt.

Erst im Oktober 2010 (Bl. 26 SG-Akte) begab sich der Kläger wegen Beschwerden im Bereich des linken Fußes in hausärztliche Behandlung, woraufhin am 22.11.2010 ein erneutes MRT des linken Sprunggelenkes angefertigt wurde (Bl. 238 VA), welches keine Befundänderung im Vergleich zum MRT vom 21.01.2010 erbrachte. Daraufhin stellte sich der Kläger am 14.12.2010 bei dem Funktionsoberarzt Chirurgie, Schwerpunkt Fußchirurgie, der H. Ü. GmbH Dr. M. vor, der einen Verdacht auf Knorpelschaden Talusdom medial linkes oberes Sprunggelenk (OSG) diagnostizierte und eine Arthroskopie empfahl (Bl. 253 VA), welche der Kläger nach Einholung einer Zweitmeinung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. J. (Bl. 254 VA), im Januar 2011 von Dr. M. durchführen ließ (Bl. 252 VA). Dr. M. diagnostizierte schließlich eine posttraumatische Narbenbildung am Außenknöchel links mit freien Gelenkkörperchen im Außenknöchelbereich sowie eine Narbenbildung im Innenknöchel links (siehe OP-Bericht, Bl. 234 VA). Nach vorübergehender Besserung war der Kläger am 31.08.2011 wegen Überlastungsbeschwerden am linken Fuß wieder bei Dr. L. (Bl. 242 VA) und nachfolgend u.a. bei Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Zentrums für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie der S. Klinik, der einen suffizienten Sehnenzug der Tibialis-posterior-Sehne mit voller Kraftentfaltung feststellte, in Behandlung (Bl. 207 VA).

Nachdem der Kläger am 21.12.2012 den Unfall bei der Beklagten gemeldet hatte (Bl. 260 VA), veranlasste die Beklagte das Gutachten des Facharztes u.a. für Chirurgie und Orthopädie Dr. W. , der zu dem Ergebnis kam, dass Unfallfolgen vor allem in Form eines deutlich umschriebenen Druckschmerzes an der Innenknöchelspitze und im Bereich des vorderen Anteils des Innenbandapparates und in Teilen des Deltabandes vorlägen (vgl. im Einzelnen Bl. 168 ff. VA). Diesem Gutachten widersprach der Beratungsarzt Dr. S. und stellte als Unfallfolge lediglich einen Zustand nach Anpralltrauma linkes Sprunggelenk fest (Bl. 165 VA).

Daraufhin verfügte die Beklagte mit Bescheid vom 24.06.2013, dass der Unfall vom 10.10.2009, bei dem es zu einer Prellung im Bereich des linken Sprunggelenkes (Innenknöchel) gekommen sei, als Arbeitsunfall anerkannt werde. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe vom 10.10.2009 bis zum 30.10.2009 bestanden. Für die seit dem 31.10.2009 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich des linken Innenknöchels werde eine Entschädigung nicht gewährt, da diese nicht Folgen des Arbeitsunfalles seien (Bl. 161 VA). Der hiergegen erhobene Widerspruch (Bl. 157 und 155 VA) wurde mit Widerspruchsbescheid vom 02.08.2013 zurückgewiesen (Bl. 131 VA), da die bildtechnischen sowie intraoperativen Befunde sowie die Angaben in der Unfallanzeige vom 18.01.2013 und im Fragebogen vom 21.01.2013 gegen eine weitergehende wesentliche traumatische Gewebsschädigung im Bereich des linken Sprunggelenkes sprächen.

Hiergegen hat der Kläger am 30.08.2013 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Nach Befragung der den Kläger behandelnden Ärzte Dr. M. (Bl. 25 SG-Akte) und Dr. L. (Bl. 32 SG-Akte) hat das SG den Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Prof. Dr. M. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt (Bl. 46 SG-Akte). Als auf den Unfall zurückzuführende Gesundheitsstörungen hat Prof. Dr. M. belastungsabhängige Schmerzen am linken OSG, zwei, jeweils ein cm lange, reizlose Narben am vorderseitigen OSG nach stattgehabter Arthroskopie sowie eine Peritendinitis der Tibialis-posterior-Sehne links angegeben. Da die Tibialis-posterior-Sehnenreizung bereits von Dr. L. diagnostiziert worden sei, sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Kläger sich am 10.10.2009 im Rahmen der vermeintlichen Bagatellverletzung neben der Innenknöchelverletzung auch eine Verletzung der Tibialis-posterior-Sehne zugezogen habe, wobei sich eine entzündliche Veränderung der Sehne auch erst nachfolgend durch die Fehlbelastung entwickelt haben könnte. Da der Kläger anlagebedingt auch an einem Knicksenkfuß und einem Os tibial externum leide, sei es nun zu einem erschwerten und verlängerten Heilungsverlauf gekommen, der schließlich die Indikation zur Sprunggelenksarthroskopie gesetzt habe (Bl. 51 SG-Akte). In seiner beratungsärztlichen Stellungnahme ist Dr. S. diesem Gutachten entgegengetreten und hat u.a. ausgeführt, dass der in der Arthroskopie festgestellte Schaden am Außenknöchel - mangels Bruchschädigung des Innenknöchels - nicht unfallbedingt sei. Dem hat sich dann der Sachverständige angeschlossen, an seiner Auffassung, wonach es durch das Anpralltrauma zu einer Peritendinitis bzw. Tendopathie der Tibialis-posterior-Sehne gekommen sei, jedoch festgehalten (Bl. 78 SG-Akte).

Mit Urteil vom 10.03.2015 hat das SG die Beklagte verurteilt, unter Abänderung des Bescheides vom 24.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2013 dem Kläger etwaige entstandene Kosten für Heilbehandlung auch in der Zeit vom 31.10.2009 bis zum 06.11.2009 zu erstatten und die Klage im Übrigen (weitergehende Kostenerstattung, Anerkennung von Unfallfolgen) abgewiesen.

Gegen das ihm am 13.03.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25.03.2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass der ihn unmittelbar nach dem Unfall am 10.10.2009 behandelnde Orthopäde Dr. L. eine Prellung am Innenknöchel mit Kontusion der Tibialis-Posterior-Sehne und eine kompressionsbedingte Neuropathie Nervus Tibialis Posterior diagnostiziert habe und er außerdem vor dem Unfall im Bereich des linken Sprunggelenkes keinerlei gesundheitlichen Beschwerden gehabt habe. Auf Grund der nach dem Unfall zunehmenden Beschwerden sei im Januar 2011 die Arthroskopie des OSG durchgeführt worden. Als Unfallfolgen seien daher nach wie vor ein deutlich umschriebener Druckschmerz an der Innenknöchelspitze und im Bereich des vorderen Anteils des Innenbandapparates vorhanden (Bl. 16a LSG-Akte). Er macht Fahrtkosten zu ärztlichen und zu physiotherapeutischen Behandlungen sowie Aufwendungen für physiotherapeutische Behandlungen geltend (Bl. 48a ff. LSG-Akte).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 10.03.2015 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 24.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.08.2013 zu verurteilen, die ihm durch Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen entstandenen Fahrtkosten sowie durch Physiotherapie entstandenen Kosten in Form von Zuzahlungen und Fahrtkosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf die beratungsfachärztlichen Stellungnahmen von Dr. S. und Dr. T. und den gerichtlich bestellten Gutachter Prof. Dr. M. , der der Auffassung des Dr. S. im Ergebnis gefolgt sei.

Auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Senat ein Sachverständigen Gutachten bei dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chefarzt an der H.-C. GmbH Dr. T. eingeholt (Bl. 26 LSG-Akte). Er ist davon ausgegangen, dass keine gravierende Verletzung durch das Unfallereignis eingetreten ist (Bl. 32 LSG-Akte). Allerdings könne auch eine geringgradige Verletzung der vorderen Innenbandanteile bei der perspektivisch ungünstigen Situation eines Os akzessorium und einer Knick-Senkfuß-Deformität bereits zu anhaltenden Beschwerden führen (Bl. 33 LSG-Akte). Trotz der Unklarheit darüber, an welcher Stelle genau sich der Kläger das Anpralltrauma zugezogen hat, ist Dr. T. zu dem Ergebnis gelangt, dass durch das Ereignis vom 10.10.2009 mit Wahrscheinlichkeit eine Funktionsstörung des Kapselbandapparates (Innenband OSG links) in Form einer anhaltenden Funktionsstörung nach Verletzung des Tibio-spring-Ligament-Bandkomplexes sowie einen Restschmerz nach Kontusion des Os akzessorium und der Tibialis-posterior-Sehne links gekommen ist (Bl. 32 f. LSG-Akte) und es bei einer ungünstigen Befundkonstellation mit vorbestehendem Knick-Senkfuß und vorbestehendem Os akzessorium zu längerdauernden Beschwerden und zu einer längerdauernden Behandlungsbedürftigkeit kommen könne (Bl. 33 LSG-Akte). Ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen der freien Gelenkkörper im lateralen Gelenkkompartiment und dem Unfallereignis lasse sich jedoch nicht sicher herstellen (Bl. 30 LSG-Akte). Insbesondere der Kausalitätsbetrachtung hat der Beratungsarzt der Beklagten Facharzt für Orthopädie Dr. T. widersprochen und sich den Ausführungen des Dr. T. zur unfallbedingten Behandlungsbedürftigkeit nicht angeschlossen (Bl. 43 der LSG-Akte).

Der Senat hat Dr. L. ergänzend u.a. zur konkreten Stelle des Anpralltraumas befragt, der das Anpralltrauma im Bereich des Innenknöchels

und unter dem Innenknöchel konkretisiert hat (Bl. 61 f. der LSG-Akte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Im Ergebnis zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 24.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.08.2013, allerdings nur insoweit, als dort (Verfügungssatz 3) eine Entschädigung für die seit dem 31.10.2009 ärztlich behandelten Beschwerden abgelehnt wurde und auch nur für die Zeit ab dem 07.11.2009. Denn für die Zeit bis 06.11.2009 hat das SG die Beklagte zur entsprechenden Kostenerstattung verurteilt und insoweit ist das Urteil rechtskräftig geworden. Mit seiner kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage macht der Kläger die Erstattung der ihm entstandenen Kosten für die Behandlung der Beschwerden an seinem linken Fuß gelten. Soweit dies Behandlungsmaßnahmen bis zum Erlass des Bescheides vom 24.06.2013 betrifft, lehnte die Beklagte mit "Entschädigung" eine entsprechende Kostenerstattung ab, soweit der geltend gemachte Anspruch die danach durchgeführten Behandlungen betrifft, lehnte die Beklagte mit "Entschädigung" die Gewährung von Heilbehandlung (als Sachleistung) ab. Der Übergang vom Sachleistungsanspruch als Primärleistungsanspruch auf einen Kostenerstattungsanspruch während des Rechtsstreits wird in der Rechtsprechung gemäß [§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) nicht als Klageänderung angesehen und damit als zulässig anerkannt (BSG, Urteil vom 10.11.1996, [3 RK 5/96](#), zitiert - wie alle nachfolgenden höchstrichterlichen Entscheidungen - nach juris; Urteil vom 24.02.2000, [B 2 U 12/99 R](#); Urteil vom 20.03.2007, [B 2 U 38/05 R](#); Urteil vom 15.03.2012, [B 3 KR 2/11 R](#)).

Diese Klage ist somit zulässig, soweit der Kläger die Erstattung ihm entstandener Kosten für ärztliche Behandlungen begehrt.

Soweit der Kläger dagegen die ihm in Zusammenhang mit physiotherapeutischen Behandlungen (Heilmittel i.S. [§ 27 Abs. 1 Nr. 4, § 30](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - SGB VII -) entstandenen Kosten begehrt, ist die Klage hingegen nicht zulässig. Denn über solche Behandlungen entschied die Beklagte im angefochtenen Bescheid nicht. Die bescheidmäßige Ablehnung bezieht sich ausschließlich auf "ärztlich" behandelte ([§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII](#)) Beschwerden. Dies ist auch nachvollziehbar, da die Beklagte über erfolgte Physiotherapie nicht informiert war. Der zu den Verwaltungsakten gelangte Bericht des Physiotherapeuten B. vom 09.01.2013 weist die Erhebung eines funktionellen Befundes, aber keine Physiotherapie aus.

Zulässig ist eine Anfechtungsklage nur, wenn der Kläger behaupten kann, durch den Verwaltungsakt beschwert zu sein ([§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Beschwert ist ein Kläger nach [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), wenn der Verwaltungsakt rechtswidrig ist. Zulässigkeitsvoraussetzung für die Anfechtungsklage ist somit, dass der Kläger behauptet, durch einen Verwaltungsakt beschwert zu sein, weil dieser Verwaltungsakt objektiv rechtswidrig sei und subjektiv in rechtlich geschützte Interessen des Klägers eingreife (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage, § 54 Rdnrn. 7, 9 - so genannte Klagebefugnis -). An dieser Klagebefugnis fehlt es, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt, weil hinsichtlich des Klagebegehrens eine gerichtlich überprüfbare Entscheidung nicht vorliegt (BSG, Urteil vom 17.12.2015, [B 2 U 2/14 R](#)). Die unzulässige Anfechtungsklage zieht dann die Unzulässigkeit der Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) nach sich (BSG, Urteil vom 21.09.2010, [B 2 U 25/09 R](#)), weil zunächst die Verwaltung mit der Sache befasst sein und über das Begehren entschieden haben muss (u.a. BSG, a.a.O.). Soweit der Kläger somit Erstattung von Kosten für physiotherapeutische Behandlungen begehrt, ist die Klage schon deshalb abzuweisen.

Soweit der Kläger darüber hinaus - einer Anregung des SG folgend - die Verpflichtung der Beklagten zur Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Unfallfolgen begehrt, ist die Klage ebenfalls unzulässig, weil die Beklagte über Unfallfolgen in den angefochtenen Bescheiden keine Entscheidung traf. Dieses Begehren hat der Kläger ausweislich seines im Termin zur Erörterung des Sachverhaltes gestellten Antrages auch nicht weiter verfolgt.

Der Senat hat somit in der Sache lediglich über die Erstattung von dem Kläger entstandene Kosten für ärztliche Behandlung zu befinden. Insoweit macht der Kläger ausschließlich Kosten für 3.628 gefahrene Kilometer geltend (vgl. Bl. 47a ff. LSG-Akte). Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung dieser Kosten durch die Beklagte.

Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung findet im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) statt (vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2000, [B 2 U 12/99 R](#); Beschluss des Senats vom 06.11.2015, [L 10 U 3956/13](#) und Urteil des Senats vom 25.02.2016, [L 10 U 5564/13](#)). Danach kommt eine Kostenerstattung in der gesetzlichen Unfallversicherung für eine selbst beschaffte Leistung, d.h. unter Nichteinhaltung des primären Beschaffungswegs als Sach- oder Dienstleistung, nur dann in Betracht, wenn die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht ablehnte. Die Kostenerstattung hat den Zweck, die Versicherten so zu stellen, wie sie bei Erbringung der Sach- oder Dienstleistung stehen würden. Sie erfasst daher nur Kosten, die dem Versicherten bei systemischer Leistungserbringung nicht entstanden wären.

Soweit der Kläger Fahrtkosten zur von der Beklagten veranlassten Begutachtung durch Dr. W. begehrt, besteht schon deshalb kein Anspruch, weil es sich hierbei nicht um Heilbehandlung, sondern um Begutachtung handelte.

Auch die im Übrigen geltend gemachten Fahrtkosten kann der Kläger nicht erstattet verlangen. Für die Zeit vor Ergehen des Bescheides vom 24.06.2013 handelte es sich nicht um unaufschiebbare ärztliche Leistungen und für die Folgezeit lehnte die Beklagte die Erbringung von Heilbehandlung zu Recht ab.

Eine unaufschiebbare Leistung liegt vor, wenn der bereits mit der Sache befasste Leistungsträger nicht vorher entscheiden kann, weil für die tatsächliche Erbringung aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht (vgl. Schifferdecker in Kasselner Kommentar, Sozialversicherungsrecht, [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 74 m.w.N. zur Rechtsprechung des BSG). Der Versicherte muss sich daher vor einer ärztlichen Behandlung grundsätzlich an den Unfallversicherungsträger wenden, außer es ist nicht möglich, den Unfallversicherungsträger vorher einzuschalten (Schifferdecker, a.a.O., Rdnr. 75). Für eine derartige Dringlichkeit ist nichts ersichtlich. Der Kläger unterließ es schlicht, die Beklagte über den Unfall und seine Beschwerden zu informieren und deren Entscheidung abzuwarten. Die maßgebenden ärztlichen Behandlungen, insbesondere die Arthroskopie (14.01.2011), waren bereits durchgeführt, als die Beklagte erstmals am 21.12.2012 (Bl. 260 VA) vom Kläger darüber informiert wurde, dass ein Arbeitsunfall vorlag. Auch für die wenigen Behandlungen zwischen dem 21.12.2012 und dem Bescheid vom 24.06.2013 ist eine besondere Dringlichkeit nicht erkennbar. Damit scheidet eine Kostenerstattung für die Zeit bis zur Entscheidung der Beklagten mit Bescheid vom 24.06.2013 aus.

Für die Zeit nach Ergehen des Bescheides vom 24.06.2013 scheidet ein Anspruch auf Kostenerstattung ebenfalls aus, weil die Beklagte insoweit die Gewährung von Heilbehandlung (als Sachleistung) zu Recht ablehnte.

Nach Eintritt eines Versicherungsfalles hat der Unfallversicherungsträger gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern.

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Dabei steht auf Grund der Anerkennung durch die Beklagte im Bescheid vom 26.04.2013 fest, dass der Kläger am 10.10.2009 einen Arbeitsunfall erlitt, als er sich am linken Innenknöchel eine Prellung zuzog.

Die wegen der Folgen eines Versicherungsfalles vom Unfallversicherungsträger zu erbringende Heilbehandlung umfasst gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB VII](#) u.a. die ärztliche Behandlung (Nr. 2).

Nach [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) werden die im Zusammenhang mit der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Reisekosten nach § 53 des Neunten Buches übernommen. Im Übrigen werden Reisekosten zur Ausführung der Heilbehandlung nach den Absätzen 2 bis 5 übernommen, [§ 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#). Zu den Reisekosten gehören gemäß [§ 43 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) Fahr- und Transportkosten für die Versicherten und für eine wegen des Gesundheitsschadens erforderliche Begleitperson. Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien, [§ 43 Abs. 5 SGB VII](#).

Nach der vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten Aufstellung sind ihm im Zeitraum nach Erlass des Bescheides vom 24.06.2013 Fahrtkosten für ärztliche Konsultationen wegen Beschwerden am linken Sprunggelenk bzw. Knöchel im Umfang von 198 gefahrenen Kilometern entstanden (zwei Fahrten zu Dr. L. im August und September 2013 - einfach 14 km - und eine Fahrt zu Dr. M. im September 2013 - einfach 71 km -). Indessen besteht auch insoweit kein Anspruch auf Kostenerstattung. Zwar war der Kläger wegen Beschwerden insoweit in ärztlicher Behandlung. Indessen vermag der Senat diese Beschwerden nicht mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall am 10.10.2009 zurückzuführen.

Nach ständiger Rechtsprechung müssen im Unfallversicherungsrecht die anspruchsbegründenden Tatsachen, nämlich die versicherte Tätigkeit, die schädigende Einwirkung (Arbeitsunfall bzw. Berufskrankheit) und die als Gesundheitsschaden geltend gemachte Gesundheitsstörung erwiesen sein, d.h. bei vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens muss der volle Beweis für das Vorliegen der genannten Tatsachen als erbracht angesehen werden können; sie müssen daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 20.12.2016, [B 2 U 16/15 R](#)). Nur hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung sowie der schädigenden Einwirkung und dem Gesundheitsschaden genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit (BSG, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.04.1985, [2 RU 43/84](#) mit weiteren Ausführungen zur Begründung); hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles mehr für als gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.1999, [B 2 U 47/98 R](#); Urteil vom 02.05.2001, [B 2 U 16/00 R](#)). Kommen mehrere Ursachen in Betracht (konkurrierende Kausalität), so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.1988, [2/9b RU 28/87](#)). Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#)).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob neben der versicherten Ursache weitere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinn (erste Stufe) zum Gesundheitsschaden beitrugen. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung.

Der Senat geht - entgegen den Ausführungen von Dr. S. und Dr. T. - zugunsten des Klägers davon aus - insoweit in Übereinstimmung mit sämtlichen Gutachtern -, dass es am 10.10.2009 zu einem Anpralltrauma im Bereich des linken Innenknöchels und unter dem Innenknöchel

kam, wodurch sich ein Hämatom bildete und es darüber hinaus zu einer Kontusion der Tibialis-posterior-Sehne mit Kompression des Nervus tibialis posterior kam. Diese Diagnose basierte auf einer klinischen Befunderhebung am 28.10.2009 durch Dr. L. (vgl. Bl. 236 VA; sachverständige Zeugenauskünfte gegenüber dem SG bzw. dem Senat). Auch die gerichtlich bestellten Sachverständigen Prof. Dr. M. und Dr. T. haben in ihren Gutachten festgestellt, dass es durch das Anpralltrauma zu einer - wenn auch leichten, da in keinem der angefertigten MRT und auch nicht im Rahmen der Arthroskopie eine strukturelle Schädigung der Bänder oder Sehnen im linken Innenknöchelbereich festgestellt wurde - Verletzung der Tibialis-posterior-Sehne kam (Bl. 77 f. SG-Akte und Bl. 31 LSG-Akte). Eine entsprechende Entzündungsreaktion wurde im MRT vom 21.01.2010 (Bl. 189 VA) als Tendinitis der Tibialis-posterior-Sehne sichtbar. Gerade diese Beschwerden auf Grund der Irritation dieser Sehne macht der Kläger für seine ärztlich behandelten Beschwerden auch verantwortlich (so ausdrücklich am Ende der Klagebegründung, Bl. 13 SG-Akte).

Indessen waren diese Beschwerden wegen einer Irritation der Tibialis-posterior-Sehne nicht Grund für die genannten drei ärztlichen Behandlungen. Denn bereits am 03.07.2012 bestanden bei der funktionellen Austestung durch Dr. J. insoweit unauffällige Befunde, wie Dr. T. in seinem Gutachten anhand der dort vorhandenen Unterlagen dokumentiert hat. Auch Prof. Dr. W. fand im Februar 2013 (Bl. 207 VA) die Tibialis-posterior-Sehne mit ausreichendem Sehnenzug, ohne Druckschmerz und unter voller Kraftentfaltung. Schließlich fand weder der von der Beklagten beauftragte Gutachter Dr. W. in seinem Gutachten vom Juni 2013 eine fortbestehende Tendinitis oder Peritendinitis der Tibialis-posterior-Sehne, noch haben die gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. M. und Dr. T. entsprechende Befunde erhoben. Dem eigens im Rahmen der Begutachtung durch Dr. T. angefertigten MRT vom 17.11.2015 (Bl. 30 LSG-Akte) ist vielmehr ein unauffälliger Sehnenbefund zu entnehmen. Damit war schon vor Erlass des Bescheides vom 24.06.2013 die unfallbedingte Entzündung dieser Sehne abgeklungen und konnte somit nicht Grund für eine spätere ärztliche Behandlung sein.

Weitergehende Unfallfolgen lassen sich nicht feststellen.

Aus den eigenen Angaben des Klägers ergibt sich, dass sich das Beschwerdebild am linken Fuß in der Zeit nach der am 14.01.2011 durchgeführten Arthroskopie besserte. Nach dieser Operation suchte der Kläger Dr. L. am 31.08.2011 auf und berichtete, dass er nach der Operation noch Schmerzen gehabt habe, dass es ab Mai 2011 dann ordentlich gewesen sei (sachverständige Zeugenauskunft des Dr. L. gegenüber dem SG). Grund für die Konsultation des Dr. L. waren Überlastungsschmerzen im linken Sprunggelenk (Befundbericht Bl. 242 VA). Damit vermag der Senat diese Beschwerden nicht als durch den Arbeitsunfall verursacht anzusehen.

Die durchgeführte Arthroskopie selbst, nach der der Kläger nach seinen Angaben gegenüber Dr. T. zu keinem Zeitpunkt völlige Beschwerdefreiheit erlangt haben will, vermag der Senat nicht in einen naturwissenschaftlichen Zusammenhang mit dem anerkannten Arbeitsunfall zu bringen. Ausgangspunkt der Operation war die Konsultation von Dr. M. am 14.12.2010 wegen Schmerzen im OSG (vgl. Bl. 253 VA, auch hinsichtlich der nachfolgenden Darstellung). Der Kläger gab als Ursache einen Pressschlag "vor einigen Monaten" an. Der hier in Rede stehende Arbeitsunfall ereignete sich aber am 10.10.2009, also 14 Monate vor der Untersuchung durch Dr. M., einem Zeitraum, der - worauf auch Dr. S. in seiner im Klageverfahren gefertigten Stellungnahme sinngemäß aufmerksam gemacht hat (Bl. 69 SG-Akte) - mit der Angabe des Klägers ("einige Monate") kaum zu vereinbaren ist. Gegenüber dem für eine Zweitmeinung nur drei Tage später konsultierten Dr. J. berichtete der Kläger dann davon, den Fuß im Januar 2010 angeschlagen zu haben (Bl. 254 VA). Deshalb geht der Senat davon aus, dass es zeitlich nach dem Unfall vom 10.10.2009 mindestens zu einem weiteren Trauma des linken Fußes kam, auch wenn der Kläger dies im Termin zur Erörterung des Sachverhalts bestritten hat. Die damals erhobenen Befunde bestätigen diese Annahme. Dr. M. vermutete am 14.12.2010 einen Knorpelschaden am Talusdom. Die empfohlene und am 14.01.2011 durchgeführte Arthroskopie des linken OSG ergab - so die Diagnosen im OP-Bericht (Bl. 234 VA) - eine posttraumatische Narbenbildung im Außenknöchel mit freien Gelenkkörperchen im Außenknöchelbereich sowie eine - nicht als posttraumatisch gewertete - Narbenbildung im Innenknöchel. Eine Verletzung des Außenknöchels, die zu einer posttraumatischen Narbenbildung und den freien Gelenkkörperchen führte, fand aber am 10.10.2009 nicht statt und ist nur durch ein nachfolgendes Trauma erklärbar. Dr. S. hat hierzu während des Klageverfahrens (Bl. 60 ff. SG-Akte) überzeugend dargelegt, dass dieser Befund bei dem für den 10.10.2009 dokumentierten Trauma des Innenknöchels nur dann erklärbar wäre, wenn es dabei zu einer Bruchschädigung des Innenknöchels gekommen wäre (Bl. 64 SG-Akte). Das war aber - so Dr. S. zutreffend - nicht der Fall, wie - dies merkt der Senat an - die von Dr. L. angefertigten Röntgenaufnahmen und alle MRT belegen und im ersten, nach dem Unfall vom 10.10.2009 angefertigten MRT (vom 21.01.2010, Bl. 189 VA) ist von einem Knorpelschaden auch keine Rede. Den Ausführungen von Dr. S. hat sich dann der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. M. angeschlossen und er ist zu dem Ergebnis gekommen, dass im Rahmen der Arthroskopie keine Folgen des Unfalls vom 10.10.2009 festgestellt wurden. Dem schließt sich der Senat an. Auch Dr. T. hat keinen Zusammenhang des Arbeitsunfalls mit den im OP-Bericht gestellten Diagnosen hergestellt und Dr. W. hat seine Beurteilung - die Arthroskopie sei unfallbedingt gewesen - mit keinem Wort begründet.

Soweit der Sachverständige Dr. T. angesichts der beim Kläger bestehenden anatomischen Besonderheiten (Os akzessorium und einer Knick-Senkfuß-Deformität) eine anhaltende Schmerzsymptomatik nach Verletzung des vorderen Innenbandanteiles und des Tibio-spring-Ligament-Bandkomplexes für "denkbar" erachtet (Bl. 32 LSG-Akte), beschreibt er lediglich eine aus seiner Sicht in Betracht kommende Möglichkeit. Damit lässt sich aber eine erforderliche hinreichende Wahrscheinlichkeit nicht begründen. Zudem beruht dieses Postulat des Sachverständigen auf der Annahme (a.a.O.), es sei zu einem Anpralltrauma des Fußinnenrandes und nicht lediglich des Innenknöchels gekommen, was - wie er im Einzelnen dargelegt hat - einen wesentlichen Unterschied macht. Tatsächlich kam es aber "nur" zu einem Anprall des Innenknöchels und unter dem Innenknöchel, wie durch die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. L. (Bl. 61 LSG-Akte) geklärt ist. Soweit der Sachverständige einen Restschmerz nach Kontusion des Os akzessorium und der Tibialis-posterior-Sehne links angenommen hat, ist oben bereits dargelegt, dass die Tibialis-posterior-Sehne schon vor dem Ergehen des Bescheides vom 24.06.2013 keine Auffälligkeiten mehr aufwies und die Annahme des Sachverständigen steht auch im Widerspruch zum MRT-Befund vom 17.11.2015, wonach gerade keine Sehnenentzündung mehr vorgelegen hat. Aus welchen Gründen es durch den Unfall zu einer Kontusion des Os akzessorium gekommen sein soll, erläutert der Sachverständige nicht und er führt auch keine entsprechenden zeitnah erhobenen Befunde an. Stattdessen führt er aus, dass die Konstellation des Os akzessorium und die Knick-Senkfuß-Deformität im Rahmen eines schleichenden Prozesses - also anlagebedingt - eine zunehmende Fehlstatik bewirkt und dass das Os akzessorium gehäuft - und wiederum anlagebedingt - zu Funktionsstörungen der Tibialis-posterior-Sehne führt (Bl. 32 LSG-Akte). Somit ist die Schlussfolgerung des Sachverständigen, als Unfallfolgen bestünden eine anhaltende Funktionsstörung nach Verletzung des Tibio-spring-Ligament-Bandkomplexes und ein Restschmerz nach Kontusion des Os akzessorium und Tibialis-posterior-Sehne links nicht überzeugend.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-01-15