L 3 U 1176/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 8 U 3522/09
Datum
02.03.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 3 U 1176/11
Datum
18.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 02. März 2011 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass lediglich das am linken Bein der Klägerin aufgetretene chronische regionale Schmerzsyndrom (CRPS) Folge der Unfälle vom 04. und 20. Juli 2006 ist.

2. Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Die Beklagte wendet sich mit ihrer Berufung gegen ein Urteil des Sozialgerichts Mannheim (SG), das festgestellt hat, dass das bei der Klägerin bestehende chronische regionale Schmerz-syndrom (CRPS) Folge von Arbeitsunfällen sei. Die am 09.01.1967 geborene Klägerin ist gelernte Hotelfachgehilfin und arbeitete als Produkti-onsdirektorin der Waffelfabrik H ... Während dieser Tätigkeit klemmte sie sich am 04.07.2006 beim Durchgehen durch eine Hygieneschleuse mit automatisch schließender Metall¬tür das linke Knie ein. Sie arbeitete weiter. Am 20.07.2006 stieß sie mit dem linken Knie gegen eine Palette. Am 21.07.2006 suchte sie die Allgemeinarztpraxis Dr. B. auf. Dort schilderte sie die beiden Vorfälle. Dr. B. führte in seiner Unfallmeldung vom 21.07.2006 an, die Klägerin habe einen humpelnden Schongang und bis in die Zehen ausstrah¬lende Schmerzen mit Stechen und Brennen der Patella [Kniescheibe]) sowie eine Schmerzverstärkung in Ruhe gehabt. Die Be-wegung im Knie sei frei, es beständen nur endgradig leichter Schmerz und ein deutlicher DS [Druck¬schmerz] am Tibiacondylus [Schienbein] medi¬al, aber keine Meniskuszeichen. Durch Ankreuzen gab Dr. B. an, eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt bestehe nicht, weil keine der in dem Formu¬lar genannten Voraussetzungen vorliege; wegen der weiteren Angaben zu diesem Punkt wird auf die Unfallanzeige verwiesen. Am 26.07.2006 stellte sich die Klägerin beim Durchgangsarzt Dr. S. vor. Dieser diagnostizierte eine Weichteilquetschung am linken Kniegelenk ohne äußere Verletzungszeichen und Druckschmerz und schmerzhaft endgradig eingeschränkte Beweglich¬keit. Wegen anhaltender Schmerzen stellte sich die Klägerin am 03.08.2006 dem Facharzt für Chirurgie Dr. W. vor. Dieser veranlasste die kernspintomografische Untersuchung bei Dr. M. am 14.08.2006, die im Wesentlichen regelgerechte Darstellungen bei geringem Gelenker¬guss mit Beteiligung der Fossa Intercondylaris und kleinsten Ganglien entL. des hinteren Kreuzbandes ergab. Die Klägerin gab bei einem weiteren Termin am 21.08.2006 an, sich einen Tag zuvor in privatem Umfeld erneut das linke Knie verdreht zu haben, woraufhin es zu einer Schmerzzunahme gekommen sei. Nachdem die Klägerin bei konservativer Behandlung am 20.09.2006 über eine weitere Schmerzzunahme im linken Knie und unterhalb der Kniescheibe berichtet hatte, die im Rahmen eines Arbeitsversuchs aufgetreten sei, und sich klinische Zeichen einer Bursitis infrapatellaris (Schleimbeutelentzündung) zeigten, entschloss sich Dr. W. zu einer Arthroskopie des linken Kniegelenks. Diese führte er am 05.10.2006 durch. Er stellte dabei ausweislich des OP-Berichts von jenem Tage fest, es beständen eine ausgeprägte hypertrophe plica supra¬pa¬tel¬laris (vergrößerte Gelenkschleimhaut) und eine kirschgroß verdickte Bursa infra¬patellaris, ansonsten könnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden, insbesondere sei der Me¬niskus intakt. Dr. W. führte auch eine ausgiebige Gelenkspülung durch und legte eine 10-er Redondrainage in den oberen Recessus (Tasche/Vertiefung) sowie eine 14-er Redon¬drainage mit distaler Ausleitung beim Längsschnitt im linken Knie. Die histologische Untersuchung der von Dr. W. entnommenen Gewebsteile am 09.10.2006 bei der Pathologin de Oliveria ergab Reizlosigkeit und keinen Anhalt für bösartiges Wachstum. Bereits am 14.09.2006 hatte die Waffelfabrik H. die Unfallanzeige für den 04.07.2006 erstattet und mitgeteilt, die Klägerin habe bei ihrem Arbeitgeber angeben, sie sei auch wegen Erschöpfung erst am 21.07.2006 zum Arzt gegangen. Dr. K., Chi¬rurg bei der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, gab am 20.11.2006 eine fachärztliche Stellungnahme ab, in der er mitteilte, es bestehe eine Bewe-gungseinschränkung des linken Knies nach Kontusion. Die Narben seien reizlos, die Beweg-lichkeit erheblich eingeschränkt, die Klägerin zeige deshalb ein stark hinkendes Gangbild. Die Muskulatur des linken Beins sei um insgesamt 1,5 cm vermindert. Es werde eine komplexe stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorgeschlagen. Diese Maßnahme absolvierte die Klägerin vom 07.12.2006 bis zum 09.01.2007 in der genannten Klinik. Vom 23.01.2007 bis 01.03.2007 erfolgte dort erneut eine stationäre Behand¬lung. Während der Maßnahme rutschte die Klägerin am 30.01.2007 im klinikeigenen Schwimmbad aus und zog sich eine - weitere - Kniegelenksdistorsion links zu. Diesen Vorfall

meldete die Klägerin am 05.02.2007 telefonisch der Beklagten. In dem Entlassungsbericht vom 05.03.2007 führte Prof. Dr. W. aus, es sei ein recht gutes Therapieergebnis erzielt worden. Die anfängliche Besserungstendenz in Bezug auf Beweglichkeit und Schmerz¬symptomatik habe jedoch stagniert. Die berufliche Wiederein-gliederung werde als vordringlich gesehen. Er verwies auch auf den erneuten Unfall im Schwimmbad am 30.01.2007. In einem weiteren Bericht vom 19.03.2007 teilte Prof. Dr. W. mit, eine rentenberechtigende MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) könne zumindest vorüber¬gehend verbleiben. Ausweislich eines Gesprächsvermerks vom 14.02.2007 habe die Klägerin psychisch sehr beansprucht gewirkt. Über ein Gespräch am 22.03.2007 ist der Vermerk vorhan¬den, die Klägerin habe noch erhebliche Beschwerden, habe auch nachts Schmerzen. Sie habe ferner weiter ein Gefühl der Instabilität. Die Arbeitsbelastungserprobung lief zu dem Zeitpunkt mit sechs Stunden täglich an sechs Tagen in der Woche. Unter dem 04.04.2007 berichtete Prof. Dr. W., die Klägerin berichte von unerträglich gewordenen Schmerzen. Die Beweglichkeit habe sich verschlechtert. Vor allem nachts bestehe ein neurologisch abgeklärtes Zucken im linken Bein. Die Klägerin habe die Belastungserprobung abgebrochen. Dr. G., Chirurg und Unfallchirurg, teilte am 10.04.2007 der Beklagten mit, es sei noch immer eine Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks, eine Muskelminderung am linken Bein, eine Kalksalzminderung, subjektive Beschwerden und Gangbildstörungen vorhan¬den. Es sei von einem chronisch regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) bzw. einer "Sudeck-Dystrophie" auszu¬gehen. Die Klägerin habe über eine Art Erschöpfungszustand berichtet, insbesondere durch die anhaltende Unfähig¬keit, das Bein belasten und bewegen zu können. Dem stimmte Chirurg und Unfallchirurg Dr. O. vom Beratungsdienst der Beklagten am 13.04.2007 zu, er stellte jedoch infrage, ob ein Unfallzusammenhang bestehe. Es sei zu keinem Zeitpunkt ein sub¬stantieller Schaden durch Unfallfolgen festgestellt worden, das Ereignis sei banal gewesen. Die erste Untersuchung sei zwei Wochen nach dem ersten Ereignis erfolgt, es sei ein Befund doku¬mentiert worden, der nicht typisch für eine unfallbedingte Schädigung gewesen sei. Schmerzen in Ruhe bei freier Bewegung und nur endgradig leichtem Schmerz sowie in den Zehen ausstrah¬lende Schmerzen passten dem Grunde nach nicht zu einer gravierenden unfallbedingten Verlet¬zung. Es sei ein Zusammenhanggutachten erforderlich. Die Klägerin wurde vom 14.06.2007 bis 15.07.2007 und 28.07.2007 bis 16.08.2007 schmerztherapeutisch stationär behandelt. Eine nachhaltige Besserung stellte sich nicht ein. Dies bestätigte Dr. H. in seiner Stellungnahme vom 24.08.2007 und regte die Beendigung der unfallchirurgischen Behandlung an, da weitergehende Maßnahmen nicht mehr indiziert seien. Prof. Dr. Ü, Dr. K. und Dr. R. vom Städtischen Klinikum A. kamen in ihrem unfallchirurgischen Fachgutachten zur Klärung der Zusammenhangfrage vom 10.08.2007 zum Ergebnis, das Sudeck-Syndrom (CRPS) sei Folge des Unfalls vom 04.07.2006. Bei der Untersuchung seien glaubhaft geschilderte Schmerzen, ein periartikulärer Schwellungszustand am linken Knie, ein Streckdefizit von 20° bei endgradiger Beugeeinschränkung mit 30° Seitendifferenz, eine Minde¬rung der Kraft im linken Ober- und Unterschenkel, Gangbildstörungen, eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks links und röntgenologische Veränderungen mit im Vordergrund stehender Kalksalzminderung festgestellt worden. Dr. O. gab in seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 06.09.2007 an, möglicherweise sei erst das von Dr. W. mitgeteilte weitere Ereignis vom 20.08.2006, bei der das linke Kniegelenk erneut verdreht worden sei, ursächlich für die Problematik gewesen. Die Gesamtzusammenhänge müssten erneut untersucht werden. Am 05.09.2007 wurde die Klägerin nervenärztlich von Dr. H. vom Medizinischen Service der Beklagten untersucht. Er teilte mit, die Klägerin könne nur noch kurze Strecken Auto fahren und gar nicht mehr Fahrrad fahren oder längere Strecken laufen, wegen der Notwendigkeit, Krücken zu benutzen, hätten sich auch Beschwerden im HWS-Bereich mit Ausstrahlung in die Schultern hinein entwickelt. Die Klägerin habe auch berichtet, dass am 15.07.2007 ihr Bruder verstorben sei, dies habe sie sehr belastet. Es bestehe ein CRPS. Bei der Inspektion des linken Beins sei erneut eine trophische Störung zu bemerken gewesen, die die Schmerzcharakteristik bestätige. Das CRPS sei auch unfallabhängig. Die Klägerin habe zwar bereits vor dem Unfall Zeichen eines Erschöpfungssyndroms gezeigt und sei deswegen beim Hausarzt, jedoch nicht bei einem Psychiater, vorstellig gewesen. Eine Behandlung sei damals jedoch nicht notwendig gewesen. Zum Unfallzeitpunkt sei sie nicht krankheitswertig psychisch auffällig gewesen. Erst nach dem Unfall habe sich eine Anpassungsstörung mit Perspektivlosigkeit und vielfältigen Befind¬lichkeits- und affektiven Störungen entwickelt. Ab dem 03.08.2007 stellte das Landratsamt Neckar-Odenwald-Kreis als Versorgungsamt bei der Klägerin einen Grad der Behinderung (GdB) von 80 sowie die Merkzeichen G, aG und B fest. Vom 13.09. bis 25.10.2007 war die Klägerin erneut in der Schmerzklinik T. un¬tergebracht. Dort wurde der Verdacht auf (V.a.) eine beginnende Ausdehnung des CRPS auf linken Fuß geäußert und eine Schmerzerkrankung im Chronifizierungsgrad III diagnostiziert. Die Klägerin vertrage eine Vielzahl von Medikamenten wie Antiepileptika und Opiate nicht. Auf den Ent-lassungsbericht vom 06.11.2007 wird im Übrigen verwiesen. Ab dem 22.01.2008 befand sich die Klägerin in stationärer psychosomatischer Behandlung in der Medizinisch-psychosomatischen Klinik L. in Bad N ... Von dort wurde unter 06.03.2008 über ein Fort¬schreiten des CRPS auf das rechte Bein mit einhergehendem depressiven Einbruch berichtet. Die Klägerin sei mit einem Rollstuhl versorgt worden. Sie wurde am 25.03.208 entlassen. In der Folge wurde der Klägerin von der Beklagten eine Haushaltshilfe bewilligt, darüber hinaus der Einbau eines Treppenliftes im eigenen, zweistöckigen Haus und ein Umbau des Bades erwo¬gen. Die Klägerin blieb rollstuhlpflichtig. Am 30.06.2008 wurde die Klägerin in der Schmerzambulanz in der Universitätsklinik Mainz untersucht. Prof. I. und Dr. F. legten den neurologischen Befundbericht vom 30.06.2007 vor, in dem auch sie von einem V.a. "primär warmem komplex-regionalen Schmerzsyndrom (CRPS)" nach Kontusion des linken Knies ausgingen. Die Klägerin erhielt ab dem 01.11.2008 von der Pflegekasse der AOK Baden-Württemberg Pflegegeld in Höhe der Pflegestufe I. Am 19.01.2009 erstellte Prof. Täschner vom Institut für Psychische Begutachtung in Stuttgart ein nervenärztliches Gutachten über die Klägerin. Er kam zum Ergebnis, auf seinem Fachgebiet lägen keine psychologisch objektivierbaren Gesundheitsstörungen vor. Er teilte mit, wenn man jedoch dem Modell einer psychogenen Störung bei der Klägerin folge, sei davon auszugehen, dass andere alltäglich vorkommende Ereignisse neben dem Unfallereignis geeignet gewesen seien, das Krankheitsgeschehen und den Verlauf in Gang zu setzen. Das Unfallereignis sei dann nicht unersetzlich gewesen. Es sei vielmehr davon auszu¬gehen, dass eine entsprechend leichte Ansprechbarkeit zum Zeitpunkt des Unfalls vorhanden gewesen sei, auch wenn eine solche nicht dokumentiert sei. Mit Schreiben vom 19.03.2009 beantragte die Klägerin förmlich, die Folgen des Arbeitsunfalls vom 04.07.2006, insbesondere die CRPS, festzustellen und eine Verletztenrente zu gewähren. Die Zusammenhangfrage sei bereits in dem Gutachten vom 10.08.2007 geklärt worden. Am 22.06.2009 rief die Klägerin ausweislich eines Aktenvermerks bei der Beklagten an und teilte mit, die Beschwerden hätten sich verschlechtert, mittlerweile sei auch der linke Oberschenkel betroffen. Sie brauche nun einen Elektrorollstuhl, da sie sich sonst überhaupt nicht mehr bewegen könne. Vom 25.05.2009 bis 05.08.2009 war die Klägerin stationär aufge¬nommen im Schmerz-therapiezentrum T ... Von dort wurde mitgeteilt, schon bei geringer Belastung der rechten Hand komme es zu Schmerzen und Schwellungen. Am linken Fuß, linken Unterschenkel und linken Knie sowie am rechten Fuß und Unterschenkel bestehe das Vollbild eines CRPS Typ I. Im Übrigen wird auf den Entlassungsbericht vom 05.08.2009 verwiesen. Am 27.07.2009 erstellten Prof. M. und Dr. D. vom Berufsgenossenschaftlichen Universitäts-klinikum Bergmannsheil in Bochum ein algesiologisches Gutachten. Sie kamen zum Ergebnis, das Unfallereignis vom 04.07.2006 habe zu einer Quetschung des linken Knies geführt. Das Schmerzsyndrom mit Funktionsaufhebung eines Beines sei somatisch nicht ausreichend erklärbar. Es sei nicht auf somatische Verletzungsfolgen zurückzuführen. Ein CRPS liege bei der Klägerin nicht vor. Die psychischen krankheitsunterhaltenden Faktoren würden den Zustand erklären, seien aber nach dem psychiatrischen Zusatzgutachten von Prof. F. nicht im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. In diesem Zusatzgutachten vom 13.07.2009 hatten Prof. F. und Dipl.-Psychologe U. ausgeführt, es sei deutlich geworden, dass die Klägerin im Umgang mit Schmerzen, aber auch mit sonstigen psychosozialen Stressoren im Zusammenhang mit Entlastungsbedürfnissen eher passiv vermeidende Strategien entwickelt habe. Im weiteren Behandlungsverlauf sei es offenbar zu einer positiven Verstärkung

überwiegend körperlicher Symptome gekommen, beispielsweise durch die Gewährung entlastender Be¬dingungen in Form von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Die Klägerin habe sich daraufhin zu¬nehmend auf die Schmerzsymptomatik fixiert. Dies sei begünstigt durch die wahrgenommene Diskrepanz zwischen der subjektiven Selbstwahrnehmung als perfektionistisch und leistungsori¬entiert und dem Erleben, den hohen Anforderungen, die im Beruf an sie gestellt worden seien, nicht gerecht werden zu können. Dies sei möglicherweise auch vor dem Hintergrund der wirt-schaftlich unsicheren Perspektive des Unternehmens zu sehen bei gleichzeitiger Belastung durch den Hauskauf. Die Fixierung auf die körperlichen Symptome habe einen sozial legitimierten und subjektiv selbstwertstabilisierenden Schutz vor antizipierter Überforderung geboten. Bei eskalativem Beschwerdeverlauf sei es offenbar zu einer zunehmenden Internalisierung der Kran¬kenrolle gekommen, teilweise mit entsprechender Bekräftigung im medizinischen System. Die beschriebenen psychischen Faktoren würden nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 04.07.2006 oder dessen Folgen stehen. Es handle sich vielmehr um eine persönlichkeitsbe¬dingte dysfunktionale Krankheitsverarbeitung mit vermeidenden Verhaltenstendenzen und zu¬nehmender Stabilisierung der Krankenrolle. Mit Bescheid vom 10.08.2009 stellte die Beklagte fest, dass sich die Klägerin bei den Unfällen vom 04.07.2006 und 20.07.2006 eine Weichteilquetschung des linken Kniegelenks bzw. eine Prellung zugezogen habe. Die Verletzungen seien innerhalb kurzer Zeit folgenlos ausgeheilt, die nachfol¬genden Beschwerden, welche zu einem Schmerzsyndrom mit erheblichen körperlichen Beein¬trächtigungen geführt hätten, seien keine Folge dieser Arbeitsunfälle. Zur Begründung ist ausgeführt, die Zusammenhangsgut¬achten auf algesiologischem und psychiatrischem Fachgebiet hätten ein unfallbedingtes CRPS nicht bestätigen können. Ein Zusammenhang der Beschwerden mit den maßgeblichen Unfällen habe nicht mit dem erforderlichen Grad der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können. Den am 17.08.2009 eingelegten Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.10.2009 zurück. Das Gut¬achten von Prof. M. vom 27.09.2009 sei schlüssig und widerspruchsfrei und habe ergeben, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und den Unfallereignissen nicht belegt sei. Die medizinischen Erstbefunde - kein substantieller Körperschaden - sowie der Heilverlauf - progrediente Be-schwerden und Funktionsdefizite - sprächen eindeutig gegen den Unfallzusammenhang. Die diagnostischen Kriterien eines traumatischen CRPS seien nicht erfüllt. Sowohl die Tem-peraturmessung wie auch die QST-Messung (quantitativ sensorische Testung) vom 17.06.2009 hätten keine für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom typischen Befunde gezeigt. Seit dem 01.09.2009 bezieht die Klägerin Rente wegen voller Erwerbsminderung von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die zunächst auf Zeit und ab dem 01.04.2010 auf Dauer bewilligt worden ist. Ab dem 01.09.2009 bewilligte die Pflegekasse der AOK Pflegegeld nach Pflegestufe II. Die Klägerin hat am 19.10.2009 Klage vor dem Sozialgericht Mannheim erhoben. Sie hat vorgetragen, die zeitnah nach den Arbeitsunfällen eingeholten Sachverständigengutachten ließen keinen Zweifel daran, dass das CRPS-Syndrom Unfallfolge sei. Es handle sich hierbei um das Gutachten von Dr. G. vom 10.04.2007 und von Prof. Ö. vom 10.08.2007. Bezeichnend sei, dass die Gutachter, die nicht zeitnah zu den Arbeitsun¬fällen, sondern Jahre später begutachtet hätten, zu einem anderen Ergebnis gekommen seien, als dies bei den zeitnah tätigen Gutachtern gewesen sei. Auch das unfallchirurgisches Gutachten von Prof. W. von der BG-Klinik Ludwigs¬hafen vom 27.03.2009, das dieser für eine private Unfallversicherung erstellt habe, komme zum Ergebnis, dass die Schmerzen unfallabhängig seien. Es liege eine vollständige Ent¬gleisung des CRPS-Syndroms vor, sie sei auf den Elektrorollstuhl angewiesen. Auf Nachfrage des SG hat Prof. M. von der Uniklinik Bergmannsheil in Bochum am 21.12.2009 nochmals Stellung genommen und sich hierbei auch zu dem Gutachten von Prof. W. vom 27.03.2009 geäußert. Er hat mitgeteilt, ein CRPS könne nicht bestätigt werden. Dies sei eine klinische Diagnose, die durch apparative Befunde erhärtet werden könne. Die wissenschaftliche Literatur lege fest, dass die ärztlich erhobenen Befunde ebenso wichtig seien wie die vom Patien¬ten geklagten Beschwerden. Das zentrale Kriterium für eine CRPS sei die Generalisierung der Symptome in der gesamten rumpffernen Extremität. Alle Symptome wie Ödeme, Schmerzen und Kalksalzminderung sprächen nicht für ein CRPS, wenn sie durch eine (andere) Erkrankung hinreichend erklärbar seien. Typisch für ein CRPS sei vielmehr, dass die gleichen Symptome auch außerhalb des ursprünglich verletzten Körpergewebes, Gelenkes oder Nerven aufträten. Dies sei im Fall der Klägerin nicht der Fall. Nahezu alle von den Vorgutachten und auch von Prof. W. aufgeführten Symptome seien nicht spezifisch und seien zudem gut erklärbar durch die Immobilisation und die lokalen Schädigungen. Der dramatische Verlauf, insbesondere die Beschwerden in inzwischen allen vier Extremi¬täten ohne hierzu passendes objektivierbares Korrelat sprächen ebenfalls gegen ein CRPS. Eine solche Ausbreitung sei zwar im Schrifttum bisweilen beschrieben worden, sei aber nur ein Beleg für ein CRPS, wenn die Grunddiagnosen nach den gültigen Regeln gestellt worden seien. Dies sei im vorliegenden Fall aber nicht gegeben. Das SG hat die Klägerin sodann bei der Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie spezielle Schmerztherapie ß. begutachten lassen. Diese Sachverständige hat in ihrem Gutachten vom 19.03.2010 bekundet, es liege - ausgehend von den wissen-schaftlichen Kriterien - nahe, dass bei der Klägerin ein CRPS vorliege. Es habe sich eine Überemp¬findlichkeit für Berührung ergeben, eine Veränderung der Hautfarbe, eine reduzierte Beweglich¬keit und eine Veränderung des Haarwachstums, dazu auch ein Ödem. Bei der Klägerin sei eine erhebliche psychiatrische Vorerkrankung nicht bekannt. Möglicherweise habe eine gewisse La¬bi¬lisierung bestanden, so zu reagieren, wie wiederholt vermutet worden sei. Während des Krankheitsverlaufes sei es zu stressbeladenen Situationen gekommen, u. a. der Tod naher Ange¬höriger (Mutter und Bruder), die den schweren Verlauf der Erkrankung mit begünstigt haben könnten. Ob die Kniequetschung selbst oder die Arthroskopie, die infolge der Kniequetschung aufgrund anhaltender Beschwerden durchgeführt worden sei, das CRPS veranlasst hätten, lasse sich nicht klären. Bei der Klägerin sei ein CRPS Typ I gegeben. Ausdrückliche Vorschäden sei¬en nicht ersichtlich, möglich sei aber eine persönlich-keitsimmanente Bereitschaft, so zu reagie¬ren, ohne dass eine manifeste psychiatrische Vorerkrankung aufzuzeigen wäre. Das CRPS sei auf die Unfälle vom 04. bzw. 20. Juli 2006 zurückzuführen, da mehr für als gegen eine Verursa¬chung spreche. Die Arthroskopie, welche als Mitursache in Frage komme, sei infolge der anhal¬tenden Beschwerden nach den Unfällen durchgeführt worden. Die weitere Distorsion am 20.08.2006 im privaten Bereich sei im Zusammenhang zu sehen mit einer bereits bestehenden Labilisierung der Körperstatik. Die CRPS wäre ohne die Einwirkung aufgrund möglicher anla¬gebedingter Veränderungen nicht zur selben Zeit eingetreten. Die Beklagte ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen von Frau ß.entgegengetreten und hat hierzu eine Stellungnahme von Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. vom 22.06.2010 vorgelegt. Darin wird angeführt, es bestehe kein Zweifel daran, dass mittlerweile unfallunabhän¬gige persönlichkeitsimmanente Faktoren das Krankheitsbild bestimmten. Fraglich sei, inwieweit ab dem 04.07.2006 sich ein CRPS entwickelt habe, das zum Un¬ter¬su-chungs¬¬zeitpunkt des algesiologischen Zusatzgutachtens nicht mehr nachweisbar gewesen sei, da es sich zu¬rückgebildet habe. Entweder habe von Anfang an kein somatischer Primärschaden vorgelegen, sodass auch sämtliche anderen Störungen unfallunabhängig gewesen seien, oder es habe sich ein CRPS gebildet, in dessen Gefolge sich dann aber eine unfallreaktive psychosomatische Störung entwi¬ckelt habe, sodass nunmehr durch Verschiebung der Wesensgrundlage eine unfallunabhängige Störung das klinische Bild beherrsche. Frau ß. habe nur mitgeteilt, es liege nahe, dass ein CRPS vorliege, sie habe aber nicht begründet, warum mehr für als gegen eine Verursa¬chung sprechen solle. Denn mit den relevanten, ein CRPS verneinenden Befunden habe sie sich nicht auseinandergesetzt. Frau ß. hat hierzu am 14.09.2010 ergänzend Stellung genommen und mitgeteilt, es liege ein CRPS vor und es bestehe ein Unfallzusammenhang. Die Behandler, die die Klägerin im Jahr 2007 gesehen hätten, hätten übereinstimmend ein CRPS diagnostiziert. Dieses habe sich danach ausgeweitet. Zwar sei es möglich, dass eine gewisse Labilisierung der Klägerin bestanden habe, eine erhebliche psychiat¬rische Vorerkrankung sei aber nicht nachzuweisen gewesen. Es sei davon auszugehen, dass ohne das primäre Ereignis mit der folgenden operativen Intervention des Zustands so nicht eingetreten wäre. Die Immobilisation und auch eine

gewisse somatisierende Ausgestaltung seien als Unfall¬folgen zu werten, sodass keine eigentliche Verschiebung einer Wesensgrundlage vorliege. Hierzu hat Dr. H. am 18.11.2010 dahingehend Stellung genommen, die wesentliche Frage sei noch immer nicht beantwortet. Nach wie vor gehe er davon aus, dass die Verschiebung der Wesensgrundlage bestehen könne. Dies sei dann der Fall, wenn die zugrunde liegenden psy-chischen Kräfte und Momente sich weg von den Unfallfolgen hin zu einer im persönlichen Be-reich begründeten Ursache bewegten. Selbst unter Annahme eines initial bestehenden CRPS ließe sich die zunehmende Symptomatik nicht nur an Beschwerden, sondern auch an Ein¬engung des Lebensradius, nicht erklären. Es sei zu fragen, ob die somatische Erkrankung das jetzige Zustandsbild der Klägerin erklären könne. Prof. M. habe mitgeteilt, dass die Klägerin massiv somatisch übertherapiert sei, das Ganze bei unklarer Diagnose. Diese Einschätzung gelte auch, wenn initial ein CRPS vorgelegen habe, weil sich der klinische Befund angesichts der alge-siolo¬gischen Begutachtung dadurch nicht ändere. Frau ß. habe keine bislang nicht bekannten Anknüpfungstatsachen gebracht, sondern lediglich bereits erhobene Be¬funde ohne Begründung uminterpretiert. In seiner eigenen Stellungnahme im Verwaltungsver¬fahren zuvor habe er bereits mitgeteilt, es sei erforderlich, dass die Klägerin einer raschen psy¬chotherapeutischen Intervention bedürfe, um eine Heilungschance auf psychischer Ebene anzu¬nehmen. Mit Urteil vom 02.03.2011 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 10.08.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.10.2009 aufgehoben und festgestellt, dass das bei der Klägerin vorliegende CRPS "Folge der Unfälle vom 04.07.2006 und 20.07.2006" sei. Das SG hat hierzu ausgeführt, es folge den Beurteilungen der gerichtlichen Sachverständigen Oßwald¬-Petschl. Diese komme nachvollziehbar und schlüssig zu dem Ergeb-nis, dass ein CRPS gegeben sei. Dies werde gestützt von den medizinischen Unterlagen, die im gesamten Verfahren erhoben worden seien. So sei bereits von Dr. G. am 10.04.2007 festge¬stellt worden, dass ein CRPS vorliege. Dem habe Dr. O. am 13.04.2007 zugestimmt, wenn er auch die Frage gestellt habe, ob ein Unfallzusammen¬hang bestehe. Auch er sei jedoch von einem CRPS ausgegangen. Dem seien auch Dr. Ü, Dr. K. und Dr. R. in ihrem Gutachten vom 10.08.2007 gefolgt. Schließlich - und das ist im Hinblick auf seine späteren Äußerungen bedeutend - habe auch Dr. H. selbst am 05.09.2007 ein CRPS Grad I in seinem Gutachten diagnostiziert. Auch im Rahmen der stationären psychosomatischen Be¬handlung ab 22.01.2008 sei ein CRPS diagnostiziert worden. Vor diesem Hintergrund sei die Beurteilung durch Prof. M. widerlegt. Dieser habe ausgeführt, ein CRPS könne nicht bestätigt werden, weil bei der Klägerin die in der medizinischen Literatur beschriebenen Anzeichen für ein CRPS nicht vorlägen. Jedoch hätten sich alle diese Kriterien bei der Begutachtung durch Frau ß. feststellen lassen. Es habe eine Überempfindlichkeit bei Berührung, eine Veränderung der Hautfarbe, eine reduzierte Beweglichkeit und eine Veränderung des Haar¬wachstums, dazu Ödeme, gegeben, zumal schon auch in der Vergangenheit eine Asymmetrie der Haut¬temperatur festgestellt worden sei. Auch Kalksalzminderungen der Knochen hätten festge¬stellt werden können. Darüber hinaus seien auch Gelenk- und Weichteilstrukturen betroffen, es bestehe eine zusätzliche Einschränkung der Beweglichkeit. Die Beschwerden zeigten darüber hinaus eine ganz deutliche Tendenz zur Generalisierung unabhängig vom Ort und der Art des auslösenden Traumas. Soweit Dr. M. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21.12.2009 ausgeführt habe, im Spätstadium sei eine radiologische Differenzierung zwischen den Folgen einer CRPS und den Folgen einer langen Gebrauchsunfähigkeit der Extremität nicht mehr möglich, vermöge dies das gefundene Ergebnis nicht zu beeinträchtigen. Denn es ziehe sich wie ein roter Faden durch die medizinischen Unterlagen einige Monate nach den Unfällen, dass ein CRPS vorliege, das die Beschwerden verursache. Wenn man dieses nunmehr apparativ nicht mehr von den Folgen einer Immobilisation unterscheiden könne, bedeute dies nicht, dass ein CRPS nicht gegeben sei. Auch soweit Prof. M. ausführe, nach den Kriterien würden alle Symptome nicht für ein CRPS sprechen, wenn sie durch eine andere Erkrankung hinreichend erklärbar seien, führe dies ebenfalls nicht zur Annahme, ein CRPS liege nicht vor. Der Beginn und die Entwicklung des CRPS seien ausreichend gut dokumentiert, insbesondere sei die nunmehr eingetretene starke Einschränkung der Bewegungsfähigkeit sicher nicht durch die lokalen Schä¬digungen am Knie selbst zu erklären, denn diese seien leichter Natur gewesen. Auch habe zum Zeitpunkt der erstmaligen Diagnose des CRPS eine Immobilisation, wie sie heute gegeben sei, noch lange nicht vorgelegen. Konkurrierende Erklärungen für die für das CRPS typischen Symptome seien nicht gegeben. Zum Kausalzusammenhang hat das SG ausgeführt, das CRPS der Klägerin sei auf die Unfälle vom 04.07. und 20.07.2006 zurückzuführen. Auch insoweit sei Frau ß. zu folgen. Insbesondere sei nicht von einer Verschiebung der Wesensgrundlage auszu¬gehen. Bei der Klägerin sei eine erhebliche psychiatrische Vorerkrankung nicht bekannt; dass sie möglicherweise sensibel auf Einschränkungen reagiere, sei persönlichkeitsimmanent. Diese per¬sönliche Eigenschaft gehe aber nicht über ein übliches Maß hinaus, weshalb die Klägerin da¬mit von der Versicherung umfasst sei. Erhebliche psychiatrische Vorerkrankungen beständen nicht; dass während einer Erkrankung ein gewisser Stress auftrete, sei systemimmanent. Keines¬falls könne dies dazu führen, dass von einer Verschiebung der Wesensgrundlage ausgegangen werde. Insoweit sei auch das psychiatrische Zusatzgutachten von Prof. N. vom 13.07.2009 widerlegt. Zwar könne es zutreffen, dass die Klägerin im Zusammenhang mit Entlastungsbedürfnissen eher passiv vermeidende Strategien entwickelt habe und sich auf die Schmerzsymptomatik fixierte. Es sei jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb diese Faktoren nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis ständen. Es sei nicht ersichtlich, dass die Kläge¬rin ähnliche Beschwerden bekommen hätte ohne die Vorfälle am 04.07.2006 und 20.07.2006. Sie sei in ihrer bestehenden psychischen Situation versichert gewesen, die vor dem Unfall keine wesentlichen Störungen aufgewiesen habe. Die Unfälle hätten sodann dazu geführt, dass ein CRPS entstanden sei, ohne dass weitere Vorfälle dazugekommen sei, die die Leitrolle beim Fortbestehen und Sich-Verstärken der Symptome übernommen hätten. Auch der Beurteilung von Dr. H. in seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen könne sich das SG nicht anschließen. Die Stellungnahme vom 22.06.2010 sei bereits deshalb nicht nachvollziehbar, weil Dr. H. die Frage stelle, ob zu irgendeinem Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs die Diagnose eines CRPS wahrscheinlich zu machen sei. Insoweit sei auf seine eigene gutachterliche Stellungnahme vom 05.09.2007 zu verweisen, in der er selbst ein CRPS als unfallabhängig festgestellt habe. In der Stellungnahme vom 18.11.2010 habe sich Dr. H. darauf gestützt, dass seit dem algesiologischen Gutachten von Prof. M. ein CRPS nicht mehr diagnostiziert worden sei. Dies treffe jedoch nicht zu. Gegen dieses Urteil, das ihr am 11.03.2011 zugestellt worden ist, hat die Beklagte am 18.03.2011 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Sie trägt unter Berufung auf eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. L. vor, der Einschätzung durch Frau ß.könne nicht gefolgt werden. Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) müssten bei der Diagnose eines CRPS Erkrankungen ausgeschlossen werden, die ein CRPS imitieren könnten. Dies könne hier nicht geschehen. Prof. Dr. F. habe einen auf unfallfremde Faktoren zurückzuführenden Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren als alternative Erkrankung diagnostiziert. Frau ß. habe mitgeteilt, bei der Untersuchung der Klägerin seien apparative bzw. elektrophysiologische Untersuchungen nicht möglich gewesen, habe aber die entsprechenden Befunde von Prof. Dr. M., die bei einer im Mai 2009 noch möglichen Untersuchung erhoben worden seien, nicht berücksichtigt. Bei der Zusammenhangfrage berücksichtige Frau ß. nicht die unfallunabhängigen Aspekte. So habe die Klägerin berichtet, dass sich im Januar 2008 nach einer Überbein- bzw. Ganglien-Operation an der rechten Hand auch ein Schmerzsyndrom dort entwickelt habe. Nach den Feststellungen von Prof. Dr. F. lägen aus der Persönlichkeit der Klägerin folgende psychische Faktoren vor. Auch die von Frau ß. festgestellten Hautveränderungen und Verfär¬bungen an Beinen und rechtem Arm ließen nicht die Diagnose eines CRPS zu. Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 02. März 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die Klägerin beantragt, die Berufung der Beklagten zurückzuweisen. Sie verteidigt das angegriffene Urteil. Sie teilt mit, ihre Klage ziele wirtschaftlich auf die Gewährung einer Verletztenrente, die Übernahme der Kosten für die Rollstühle und eine behindertengerechte Umgestaltung des Wohnraums. Sie trägt vor, ihre Beschwerden könnten nicht auf eine psychische Belastung nach dem Tod ihrer Mutter und ihres Bruders im

Jahre 2008 zurückgeführt werden, nachdem das CRPS schon zuvor vorgelegen habe. Der Senat hat die Klägerin bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. A. X. und bei dem Arzt für Inneres, Neurologie und Psychiatrie Dr. C. fachübergreifend begutachten lassen. Beide Sachverständige haben - übereinstimmend - umfangreich zu den in der medizinischen Literatur anerkannten Kriterien für die Diagnose eines CRPS und die dort diskutierten Ursachen vorgetragen, insoweit wird auf die Gutachten verwiesen. Dr. X. ist in seinem Gutachten vom 30.09.2011 zu dem Ergebnis gekommen, bei der Klägerin beständen eine folgenlos ausgeheilte Weichteilquetschung des linken Kniegelenks nach Unfall am 04.07.2006, eine folgenlos ausgeheilte Prellung des linken Kniegelenks am 20.07.2006, ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPS) am linken Bein infolge der Arthroskopie am 05.10.2006, ein CRPS am rechten Arm nach Entfernung eines Überbeins im Januar 2008 und ein CRPS am rechten Bein ohne erkennbare Ursache. Bei einem Bagatelltrauma werde zur Erklärung eines CRPS die Stauungstheorie herangezogen, wonach ein Gewebsüberdruck von außen durch Gips oder von innen durch Blutung oder Ödem eine Nervenschädigung verursache. Bei der Klägerin seien solche organisch-somatischen Beeinträchtigungen weder bei den Untersuchungen nach den Unfällen noch bei der kernspintomografischen Untersuchung am 14.08.2006 festgestellt worden. Insofern hätten die Unfälle am 04. und 20.07.2006 keine strukturellen Verletzungen verursacht. Das CRPS habe sich erst nach der Arthroskopie am 05.10.2006 entwickelt, die aber nicht wegen Unfallfolgen, sondern auf Grund einer Plica mediopatellaris, also einer anlagebedingten Veränderung am linken Knie, durchgeführt worden sei. Erst nach dieser Operation hätten sich zeitnah, wie in der medizinischen Literatur beschrieben, die Erstsymptome eines CRPS entwickelt. Diese Symptome habe Dr. G. in seinem Gutachten vom 10.04.2007 aufgeführt und erstmals die Diagnose eines CRPS gestellt. Dr. Ü habe dann in seinem Gutachten vom 10.08.2007 diese Feststellungen bestätigt. Abschließend hat Dr. X. ausgeführt, der äußerst ungewöhnliche eskalative Verlauf eines CRPS an beiden Beinen und am rechten Arm lasse sich nicht durch die beiden Bagatellverletzungen am linken Knie erklären. Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 04.11.2011 bekundet, bei der Klägerin beständen ein ausgeprägtes CRPS Stufe I am linken Bein, am rechten Arm und am rechten Bein und eine jeweils folgenlos ausgeheilte Weichteilquetschung bzw. Prellung am linken Knie am 04. bzw. 20.07.2006. Die Diagnosekriterien für ein CRPS seien erfüllt. Es ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine andere Krankheit, die eine Symptomatik wie bei der Klägerin bedingen könne. Es bestehe Geh- und Stehunvermögen mit vermehrter Schmerzempfindlichkeit. Insgesamt sei von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 v.H. auszugehen. Auf psychiatrischem Fachgebiet beständen keine Anhaltspunkte für relevante Vorschäden vor den Unfällen, die zur Entstehung des CRPS beigetragen haben könnten. Dr. X. habe auf eine anlagebedingte Plica mediopatellaris am linken Knie hingewiesen, die Grund für die Arthroskopie am 05.10.2006 gewesen sei. Zwar treffe es zu, dass die Klägerin im Laufe ihres Lebens passiv-vermeidende Coping-Strategien entwickelt habe, auch bedingt durch ihre (im Einzelnen ausgeführte) biografische Entwicklung und ihre Persönlichkeitsstruktur. Auch sei die Klägerin auf die körperliche Symptomatik fixiert, die ihr einen legitimierten und selbstwertstabilisierenden Schutz vor antezipierter Überforderung biete. Prof. Dr. F. habe von einer Flucht in die Krankenrolle gesprochen. Hierfür spreche auch der nunmehr gewonnene Eindruck einer "belle indifference". Jedoch könnten die psychischen Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten der Klägerin nicht die körperliche Symptomatik erklären. Eine psychische Diagnose sei nicht zu stellen gewesen. Die dysfunktionale Krankheitsverarbeitung bei der Klägerin wäre nicht ohne das CRPS entstanden. Ob das CRPS auf die Arthroskopie vom 05.10.2006 zurückzuführen sei, wie Dr. X. annehme, könne neurologisch-psychiatrisch weder bestätigt noch verworfen werden. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Klägerin ein weiteres CRPS an der rechten Hand nach einer Ganglien-Operation entwickelt habe. Nach Eingang der Gutachten hat die Beklagte unter Vorlage der Stellungnahme von Dr. Y. vom 30.11.2011 ergänzend vorgetragen, Dr. X. sei in seiner Einschätzung zuzustimmen, dass die Arthroskopie am 05.10.2006 nicht der Feststellung oder Behandlung von Unfallfolgen gedient habe, sondern der Behandlung anlagebedingter Erkrankungen. Daher bestehe kein Ursachenzusammenhang zu den Unfällen im Juli 2006. Dagegen hat sich die Klägerin auf den Standpunkt gestellt, die Arthroskopie habe der Behandlung der Unfallfolgen gedient. Sie - die Klägerin - sei, nachdem sie die Kniebeschwerden nach den Unfällen nicht gebessert hätten, von ihrem Hausarzt an Dr. W., der Durchgangsarzt der Beklagten sei, verwiesen worden. Dieser habe die Arthroskopie zur Feststellung der Ursachen für die anhaltenden Beschwerden durchgeführt. Nach der Rechtsprechung sei auf die Handlungstendenz des behandelnden Arztes und die sie bestätigenden objektiven Umstände des Falles abzustellen. Auch habe die Beklagte die Kosten der Untersuchungen bei Dr. W. und der Arthroskopie getragen. Der Senat hat daraufhin Dr. W. ergänzend schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Der Zeuge hat in seiner Aussage vom 15.12.2011 ausgeführt, die Klägerin habe bei ihren Vorstellungen bei ihm anhaltende, eher zunehmende Schmerzen geschildert. Nach der weiteren Distorsion am 20.08.2006 sei es wieder zu einer Schmerzzunahme gekommen. Nachdem sie am 29.09.2006 eine weitere Schmerzzunahme geklagt habe und sich Zeichen einer Schleimbeutelentzündung gezeigt hätten, habe er - der Zeuge - die Arthroskopie vereinbart. Der medizinische Grund hierfür sei die ausbleibende Beschwerdebesserung gewesen. In solchen Fällen sei die Arthroskopie der bildgebenden Diagnostik überlegen. Präoperativ habe er - der Zeuge - die Diagnose persistierender Knieschmerzen links nach Quetsch- und Distorsionstrauma sowie einer Bursitis infrapatellaris gestellt. Er - der Zeuge - habe die anhaltenden Beschwerden präoperativ auf die stattgehabten Unfälle zurückgeführt, zumal sich nach dem kernspin¬tomografischen Befund vom 14.08.2006 keine Hinweise auf höhergradige degenerative Vorschäden gezeigt hätten und auch mit anderen unfallunabhängigen Erkrankungen keine Verbindung habe hergestellt werden können. Bei der Arthroskopie hätten sich unfallunabhängige Befunde gezeigt (Hoffa-Hypertrophie, Plica-Syndrom), die zunächst vermutete Bursitis infrapatellaris wäre unfallbedingt einzustufen gewesen, jedoch habe die feingewebliche Untersuchung reizlose Gewebe ergeben, sodass rückblickend auch hier ein offensichtlich unfallunabhängiger Befund vorgelegen habe. Auf die Frage nach seiner Einschätzung zu den Ursachen für das später aufgetretene CRPS hat Dr. W. ausgeführt, ein solches könne sowohl traumatisch als auch operationsbedingt auftreten, jedoch sei wegen des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Beschwerden zu schätzen, dass das CRPS durch die beiden Unfälle ausgelöst worden sei, da die anhaltenden und durch anderweitige Befunde nicht objektivierbaren Schmerzen bereits vor der Arthroskopie vorhanden gewesen seien. Ein Zusammenhang mit unfallunabhängigen Gründen sei nicht zu sehen. Im Nachgang zu dieser Zeugenaussage hat der Senat Dr. X. und Dr. C. noch um eine Einschätzung der aus dem CRPS am linken Knie resultierenden MdE gebeten. Dr. C. hat unter dem 14.01.2012 zunächst eine isolierte MdE von 60 v.H. vorgeschlagen, weil die Funktionsbeeinträchtigungen der Klägerin einem Verlust des Beins im Unterschenkel bei ungenügender Funktionstüchtigkeit des Stumpfes und der Gelenke entsprächen. Dr. X. hat in seiner Stellungnahme vom 18.01.2012 eine isolierte MdE von 20 v.H. vorgeschlagen und dies mit den konkret vorhandenen Restbeweglichkeiten der Klägerin am linken Kniegelenk und oberen Sprunggelenk begründet. Auf eine Nachfrage des Senats hat Dr. C. unter dem 03.02.2012 ausgeführt, wegen der außergewöhnlichen Schmerzen durch ein CRPS sei nicht allein auf die Bewegungsausmaße abzustellen, vielmehr sei anerkannt, dass solche Schmerzen eine Erhöhung der MdE um 10 bis 50 Prozentpunkte erforderlich machten. Es sei daher an einer MdE von 60 v.H. festzuhalten. Dr. X. hat abschließend unter dem 29.02.2012 ausgeführt, er habe sich zunächst allein auf die orthopädischen Beeinträchtigungen bezogen, jedoch sei der Einbeziehung der neurologischen Komplikationen und daher der Einschätzung Dr. C.s, es liege eine MdE von 60 v.H. vor, zuzustimmen. Die Beklagte hat unter dem 04.01.2012 mitgeteilt, Dr. W. habe die Arthroskopie am 05.10.2006 ihr - der Beklagten - in Rechnung gestellt, sie habe die Rechnung beglichen. Der Senat hat letztlich durch telefonische und schriftliche Auskünfte der beteiligten Krankenkassen ermittelt, dass die Klägerin bis zum 30.04.2004 bei der BKK B., vom 01.05.2004 bis zum 31.12.2005 bei der BKK K. und ab 01.01.2006 bei der mh-plus, die mit der BKK K. fusioniert hatte, krankenversichert gewesen war, bevor sie am 01.07.2006 zur AOK Baden-Württemberg gewechselt war. Die mh-plus hat

telefonisch mitgeteilt, dass die Vorerkrankungsverzeichnisse der Klägerin für ihre Mitgliedschaften bei der BKK K. und bei der mh-plus leer seien. Die BKK B. hat das Vorerkrankungsverzeichnis der Klägerin mit Eintragungen vom 07.04.1989 bis zum 31.09.2003 übermittelt, darauf wird Bezug genommen. In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 18.04.2012 hat die Beklagte ergänzend darauf hingewiesen, dass Dr. B. in der ersten Unfallmeldung eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt verneint habe und sich aus dem Bericht über Dr. W.s Arthroskopie vom 05.10.2006 auch als präoperative Diagnosen nur unfallunabhängige Erkrankungen fänden, worauf auch Dr. X. hingewiesen habe. Aus diesen Umständen folge, so die Beklagte, dass die Klägerin die von Dr. W. durchgeführte Arthroskopie nicht als Untersuchung oder Heilbehandlung im Rahmen eines unfallversicherungsrechtlichen Versicherungsfalls habe verstehen dürfen. Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts wird auf die Akten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, und auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten war zurückzuweisen. Zu Recht hat das SG der Anfechtungs- und Feststellungsklage der Klägerin (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1, § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) stattgegeben. 1. Die Klage ist zulässig, insbesondere kann die Klägerin nach § 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG unmittelbar auf eine gerichtliche Feststellung der Unfallfolgen klagen und ist nicht auf eine Verpflichtung der Beklagten zu einer solchen - behördlichen - Feststellung beschränkt. Ebenso ist die Klage begründet. Das SG hat zu Recht - unter Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide - festgestellt, dass bei der Klägerin ein CRPS vorliegt und dass dieses durch einen Arbeitsunfall verursacht worden ist. Allerdings war das Urteil des SG im Tenor von Amts wegen klarer zu fassen derart, dass nur das am linken Bein bestehende CRPS Unfallfolge ist, nicht dagegen die weiteren CRPS der Klägerin am rechten Bein und am rechten Arm. Da nur die Beklagte Berufung eingelegt hat, ist nicht zu entscheiden, ob neben dem CRPS am linken Bein weitere Erkrankungen als unfallbedingt festzustellen sind, etwa die jeweils folgenlos ausgeheilte Quetschung und Distorsion des Kniegelenks selbst. 2. Die Klage der Klägerin ist auch im tenorierten Umfang begründet. a) Auch der Senat ist der Ansicht, dass bei der Klägerin am linken Knie ein CRPS vorliegt. In seinem Gutachten vom 27.07.2009 hat Prof. Dr. M. ausgeführt, ein CRPS entstehe unmittelbar oder mittelbar nach einem Trauma und sei in seinem Schweregrad unabhängig vom Ausmaß der Pri¬märverletzung. Es entstehe innerhalb von Tagen bis Monaten, könne jedoch auch mit großer zeitlicher Verzögerung auftreten. Alle Symptome wie Ruhe- und Belastungsschmerzen, Sensibi¬litätsstörungen, Ödem, Temperaturveränderung, Haut- und Haarwachstumsänderungen, Muskel-, Knochen- und Gelenkveränderungen zeigten eine Tendenz zur distalen Generalisierung unab¬hängig vom Ort und der Art des auslösenden Traumas. Es bestehe eine Mitbeteiligung von Ge¬lenk- und Weichteilstrukturen mit zusätzlicher Einschränkung der Beweglichkeit. Auch die Sachverständigen Dr. X. und Dr. C. haben in ihren in der Berufungsinstanz eingeholten Gutachten umfangreich diese in der medizinischen Literatur anerkannten Kriterien dargestellt. Dr. X. hat ausgeführt, das CRPS sei dort definiert als eine an Weichteilen und Knochen ablaufende neurogene Durchblutungs- und Stoffwechselstörung mit Entzündungscharakter und der Neigung zur Chronizität. Es würden zwei Typen mit und ohne Nervenläsion unterschieden. Im klassischen Fall, der allerdings nicht immer vorliege, würden drei Phasen unterschieden. Die akute Phase (Hyperämie), die dem Entzündungsstadium entspreche, sei identisch mit Umbauvorgängen in wachsenden Knochen. Hier seien ein brennender Dauerschmerz, eine erhöhte Durchblutung, Rötung, Ödeme sowie eine vermehrte Schweißbildung aufgeführt, es bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit. Nach zwei bis drei Wochen sei eine gelenknahe Entkalkung festzustellen. Zwei bis vier Monate nach dem Trauma könne sich das zweite Stadium, eine Dystrophie, entwickeln, wobei die akute Entzündung in eine chronische übergehe und die Gelenkbeweglichkeit dauerhaft eingeschränkt sei. Hier werde ein persistierender Schmerz beschrieben, eine kühle und glänzende sowie livide Haut sowie brüchige Nägel, eine Haarwuchsminderung und eine Ödembildung. Im Laufe von acht Monaten bis zu zweieinhalb Jahren ende die Krankheit entweder in einer deutlich verzögerten Heilung oder in einer Defektheilung, der Endatrophie, dem dritten Stadium. Dort liege ein Schwund aller Gewebsteile vor. Die Beweglichkeit könne bis zur Einsteifung eingeschränkt sein. Röntgenologisch zeige sich eine hochgradige Kalksalzminderung im Bereich des befallenen Skelettabschnitts. Nach diesen Kriterien liegt bei der Klägerin ein CRPS, das sich inzwischen im dritten Krankheitsstadium befindet, vor. Bereits die Sachverständige ß. hatte in ihrem Gutachten vom 19.03.2010 ein CRPS für überwiegend wahrscheinlich gehalten. Auch sie hat die wesentlichen äußeren, also somatischen und verifizierbaren Kriterien bei der Klägerin feststellen können, die neben den geklagten erheblichen Schmerzen vorlagen: eine erhebliche Berührungsempfind-lichkeit, insbesondere des linken Knies, Marmorierungen an den Beinen und eine bläuliche Verfärbung des linken Beins, auch eine glänzend gespannte Haut vor allem am linken Knie und Haarlosigkeit dort. Auch am linken Fuß konnte die Sachverständige eine bläuliche Verfärbung feststellen, dort wuchsen noch vereinzelt Haare. In ihrer Einschätzung der Krankheit selbst stimmt Frau ß. überein mit den früheren Gutachtern, zunächst Dr. G. und Ende 2007 auch Prof. Dr. Ü, Dr. K. und Dr. R. vom Städtischen Klinikum A., die ebenfalls ein CRPS diagnostiziert hatten. Die Diagnose wird bestätigt durch die Feststellungen der Sachverständigen des Berufungsverfahrens. Insbesondere Dr. C. hat überzeugend ausgeführt, ihm sei kein anderes Krankheitsbild bekannt, das die Symptome und Beschwerden der Klägerin erklären könne. Auch er hat äußere Anzeichen festgestellt, nämlich eine Schwellung am linken Unterschenkel, eine Temperaturabsenkung am linken Fuß, eine links ausgeprägtere Marmorierung des linken Unterschenkels und eine livide-rötliche Verfärbung. Dr. X. hat außerdem festgestellt, es beständen ein erheblicher Druckschmerz am linken Knie, während rechts kein solcher Schmerz ausgelöst werden könne. Auch hat er eine mittelgradige Muskelminderung am linken Bein, eine Schwellung des linken Unterschenkels und eine livide Hautverfärbung an Zehen und linkem Unterschenkel festgestellt. Alle untersuchenden Ärzte haben die von der Klägerin geklagten erheblichen Schmerzzustände an den betroffenen Körperregionen, vor allem am linken Bein, für glaubhaft erklärt. Objektive Bestätigungen auch für die geklagten Schmerzen, das wesentliche Element eines CRPS, hat vor allem Dr. C. ermittelt, so waren die Muskeleigenreflexe nur am - nicht betroffenen - linken Arm auszulösen. b) Dieses CRPS am linken Knie ist auch auf die Arbeitsunfälle am 04. und 20.07.2006 zurückzuführen. aa) Beide Vorfälle waren Arbeitsunfälle. Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB VII ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 2, 3 und 6 SGB VII genannten Tätigkeiten oder auf einem damit zusam¬menhängenden Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit erleidet. Voraussetzung für die An¬nahme eines Arbeitsunfalls ist dabei, dass die versicherte Tätigkeit, das Unfallereignis sowie die Erkrankung, wegen der Entschädi-gungsleistungen beansprucht werden, nachgewiesen sind: Es muss ein so hoher Grad von Wahr-scheinlichkeit vorliegen, dass alle Umstände des Einzelfalls nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach allgemeiner Le¬benserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung hiervon zu begründen (BSGE 45, 285, 287 und 61, 127, 128; vgl. auch Schönberger/Mehr¬tens/Va¬lentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 1.14). Die Klägerin hat sich - nach ihren detaillierten Schilderungen gegenüber den Sachverständigen - während ihrer Beschäftigung als Produktionsleiterin in der Waffelfabrik das Knie am 04.07.2006 an einer zuschwingenden Tür gequetscht bzw. am 20.07.2006 an einer Palette gestoßen. Dies war jeweils ein unerwartetes, von außen auf die Klägerin einwirkendes Ereignis. bb) Es besteht auch eine ausreichende hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass das CRPS am linken Knie durch diese Unfälle im Rechtssinne verursacht worden ist. Hierbei lässt der Senat offen, ob die Unfälle unmittelbar die Ursache waren. Mindestens ebenso wahrscheinlich ist, dass das CRPS letztlich durch die Arthroskopie bei Dr. W. am 05.10.2006 ausgelöst worden ist. Auch in diesem Falle wäre aus Rechtsgründen der Kausalzusammenhang zu den Arbeitsunfällen im Juli 2006 aber nicht unterbrochen, sodass eine

Zurechnung weiterhin möglich ist. Andere mögliche Ursachen sind dagegen mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen, sodass nicht geklärt werden muss, ob die unmittelbare Ursache die Unfälle oder die Arthroskopie waren. (1) Gesundheitsschäden beruhen dann auf einem Arbeitsunfall, wenn sie unmittelbar durch ihn verursacht worden sind (§ 8 Abs. 1 SGB VII). Sie sind aber auch dann noch - mittelbare - Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn sie in Folge der Durchführung einer Heilbehandlung oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordneten Untersuchung eingetreten sind (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 Var. 1, Nr. 3 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]). Wie sich aus dem systematischen Zusammenhang der Regelungen in § 11 SGB VII ergibt, erfassen die beiden genannten Varianten dieser Norm, auch die Heilbehandlung, nur solche Maßnahmen, die der Unfallversicherungsträger angeordnet hat bzw. hat anordnen lassen und die einen - anderen - Versicherungsfall betreffen. Heilbehand¬lungen anderer Krankheiten, die ihrerseits nicht durch einen Versicherungsfall hervorgerufen worden sind, werden dagegen nicht erfasst (vgl. Rapp, in LPK-SGB VII, 2. Aufl. 2007, § 11 Rn. 1 f.). Solche Heilbehandlungen sind ggfs. dem Krankenversicherungsträger zuzurechnen, allerdings ist der Patient bei ihnen unter Umständen nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 lit. a SGB VII unfallversichert. Allerdings ist im Rahmen des § 11 Abs. 1 SGB VII nur eine Zurechnung der Behandlung oder der Untersuchung an den Unfallversicherungsträger notwendig. Insbesondere muss die nach § 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII notwendige Anordnung nicht dieser selbst erteilt haben. Es reicht vielmehr aus, wenn eine andere, von dem Unfallversicherungsträger autorisierte Stelle, die Anordnung getroffen hat. Hierzu gehört unter anderem der Durchgangsarzt (Rapp, a.a.O., Rn. 8). Durch § 11 Abs. 1 SGB VII werden Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht wurden, dem Versicherungsfall auch dann zugerechnet, wenn sie nicht spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalls wesentlich verursacht wurden (Bundessozialgericht [BSG], Urt. v. 05.07.2011, 2 B U 17/10 R, Juris Rn. 33 m.w.N.). Anders als § 555 der früher geltenden Reichsversicherungsordnung (RVO) setzt § 11 Abs. 1 SGB VII nicht mehr voraus, dass bei der Heilbehandlungsmaßnahme oder der Untersuchung ein Unfall vorliegt, sodass auch Gesund¬heitsstörungen ohne neues Unfallereignis erfasst werden. Aber die gesetzliche Zurechnung nach § 11 SGB VII, die an die Stelle einer fehlenden Zurechnung kraft Wesentlichkeit tritt, setzt voraus, dass die Erfüllung des jeweiligen Tatbestandes des § 11 SGB VII durch das (behauptete oder anerkannte) Unfallereignis notwendig bedingt war. In einem früheren, auch von der Klä¬gerin eingeführten Urteil noch zu § 555 RVO hat das BSG (Urt. v. 05.08.1993, 2 RU 34/92, Juris, Rn. 17) ausgeführt, dass eine mittelbare Verursachung voraussetzt, dass der ärztliche Eingriff dazu gedient hat, Art, Umfang und Ausmaß von Unfallfolgen festzustellen. Erleidet demnach ein Verletzter bei einem ärztlichen Eingriff zur Klärung des Ausmaßes der durch einen Arbeitsunfall verursachten Folgen Gesundheitsstörungen, so sind diese als mittelbare Unfallfolgen zu entschädigen, auch wenn dieser Eingriff objektiv zur Feststellung weiterer Unfallfolgen nicht geführt hat. Ob die ärztliche Handlung diesen Zweck hatte oder nicht, ergibt sich aus der Handlungstendenz des Arztes und den sie bestätigenden objektiven Umständen des Falles. Diese Handlungstendenz ist aus der Sicht eines objektiven Erklärungsempfängers - nach den allgemein geltenden Auslegungsgrundsätzen aus §§ 133, 157 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu ermitteln (BSG, a.a.O., Rn. 19). Auf die Sicht des Versicherten ist deshalb abzustellen, weil dieser unter Umständen davon ausgeht, zur Duldung der ärztlichen Untersuchung oder Behandlung verpflichtet zu sein, wenn diese im Rahmen der Aufklärung oder Heilung der Folgen eines Arbeitsunfalls durchgeführt wird (vgl. §§ 62, 63, 65 Abs. 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I]). In einer solchen Situation kann der Versicherte nicht das Risiko tragen, dass etwaige Gesundheitsschäden durch die Untersuchung oder Behandlung nicht als Versicherungsfall anerkannt werden. Sowohl bei der direkten wie der mittelbaren Verursachung eines Gesundheitsschadens nach § 11 Abs. 1 SGB VII genügt hin¬sichtlich des Kausal- bzw. Zurechnungszusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfallereignis (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen dem Arbeitsunfall und der angeschuldigten Gesundheitsstörung (haftungsausfüllende Kausalität) die Wahr¬schein¬lich¬keit des ursächlichen Zusammenhangs (BSGE 58, 76, 78 und 61, 127, 128). Dies bedeutet, dass nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Gesichtspunkte des Einzelfalles aufgrund der herrschenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang sprechen muss, wobei dieser nicht schon dann wahrscheinlich ist, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist (BSGE 45, 285, 286 und 60, 58, 59). Haben mehrere Umstände in naturwissenschaftlich-philosophischem Sinne zu einem Erfolg bei¬getragen, sind sie nur dann als (Mit-)Ursache im Rechtssinn zu werten, wenn sie wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Kommt ei¬nem dieser Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, ist er allein we¬sentliche Ursache und damit Alleinursache im Rechtssinn. War hingegen ein Umstand nur eine von mehreren Bedingungen, hat er am Gesundheitsschaden jedoch nicht wesentlich mitgewirkt, ist er nicht Ursache im Rechtssinn, sondern lediglich eine rechtlich bedeutungslose Gelegen¬heitsursache (BSGE 54, 184, 185 und BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 13). Liegen mehrere Ursachen mit einem gleichen oder unterschiedlichen Verursachungsanteil vor, die jedoch alle den Zurechnungszusammenhang nicht unterbrechen, wie etwa in den Fällen des § 11 Abs. 1 SGB VII, kommt es auf ein Überwiegen einzelner Ursachen dagegen nicht an. (2) Vor diesem Hintergrund kommt es nicht darauf an, ob direkt letztlich die Unfälle oder die Arthroskopie am 05.10.2006 das CRPS der Klägerin verursacht haben. Selbst wenn nicht die Quetschung am 04. und die Prellung am 20.07.2006 die letztliche Ursache waren, wie es das SG angenommen hat, sondern die Arthroskopie, so wäre nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 Var. 1 bzw. Nr. 3 SGB VII der Zurechnungszusammenhang zu den Unfällen nicht unterbrochen. Dr. W. hat nach seiner Zeugenaussage die Arthroskopie durchgeführt, um eine bessere Diagnosemöglichkeit gegenüber bildgebenden Verfahren zu haben. Er wollte klären, ob es objektive Gründe dafür gab, dass die Beschwerden der Klägerin seit den Unfällen zugenommen hatten. Insbesondere hatte er den Verdacht einer Läsion von Meniskus oder Bändern. Hieraus ergibt sich deutlich, dass der Eingriff der Aufklärung der Unfallfolgen im Sinne von § 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII diente. Dr. W. wollte dagegen nicht in erster Linie unfallfremde Gesundheitsschäden suchen, untersuchen oder behandeln, auch nachdem die kernspin-tomografische Untersuchung vom 14.08.2006 keine höhergradigen degenerativen Vorschäden ergeben hatte. Seine Handlungstendenz war eine solche, die noch vom Schutzzweck des § 11 Abs. 1 SGB VII erfasst wird. Hieran ändert sich auch nichts dadurch, dass Dr. W. bei der Arthroskopie letztlich nur unfallunabhängige Befunde festgestellt hat. Seine präoperative Einschätzung war so, dass unfallbedingte Ursachen für die zunehmenden Beschwerden nicht ausgeschlossen waren. Dr. W. war als Durchgangsarzt auch befugt, eine Untersuchung der Unfallfolgen anzuordnen und selbst durchzuführen. Dass die Tätigkeit von Dr. W. einen unfallversicherungsrechtlichen Zweck hatte, zeigt sich auch darin, dass die Beklagte seine Rechnung beglichen und nicht etwa an einen anderen Sozialleistungsträger weitergeleitet hat. An dieser Einschätzung der Handlungstendenz des Arztes ändert auch der Inhalt des OP-Berichts vom 05.10.2006 nichts. Darin hatte Dr. W. zwar auch als präoperative Diagnose allein unfallunabhängige Erkrankungen genannt, vor allem das Plica-Sydrom. Bei Erstellung des OP-Berichts hat sich Dr. W. jedoch keine Gedanken über die Bedeutung seiner Handlungstendenz gemacht, sodass davon ausgegangen werden kann, dass er lediglich die postoperativen Diagnosen, die in der Tat keine unfallbedingten Erkrankungen umfassten, auch als präoperativ verzeichnet hat. Seiner späteren Zeugenaussage, die schlüssig und nachvollziehbar ist, kommt demgegenüber höhere Bedeutung zu, zumal der nunmehr geschilderte Ablauf auch von den tatsächlichen Umständen gestützt wird. Diese Handlungstendenz Dr. W.s kam auch in ausreichender Weise zum Ausdruck, sodass auch die Klägerin davon ausgehen durfte, es handle sich um eine Untersuchung zur Aufklärung der Unfallfolgen zu Lasten der Beklagten. Die Schmerzen der Klägerin waren nach den Unfällen entstanden und hatten sich seitdem nicht gebessert. Zur Zeit der Arthroskopie hatte die Beklagte der Klägerin gegenüber auch noch nicht angezweifelt, dass die fortbestehenden Schmerzen Unfallfolgen seien. Ebenfalls nichts anderes ergibt sich aus der Unfallanzeige vom 21.07.2006. Dr. B. hat darin eine Vorstellungspflicht der Klägerin beim D-Arzt nicht absolut für unnötig gehalten, sondern nur wegen des Nichtvorliegens bestimmter Gründe

(Andauernde Arbeitsunfähigkeit bzw. Behandlungsbedürftigkeit über eine Woche, Heilmittelverordnung oder Wiedererkrankung). Daraus ist nicht zu entnehmen, dass Dr. B. zum Ausdruck bringen wollte, eine (weitere) Behandlung der Klägerin wegen der Unfallfolgen, ggfs. auch bei anderen Ärzten, sei nicht notwendig. (3) Sowohl die Unfälle am 04. und 20.07.2006 als auch die Arthroskopie bei Dr. W. waren auch geeignet, ein CRPS zu verursachen. Dr. W. selbst hat darauf hingewiesen, dass ein CRPS durch eine traumatische, aber auch durch eine operative Einwirkung entstehen kann. Wie Dr. X. umfassend dargestellt hat, kann ein CRPS mit Nervenläsion auch durch Stauungen entstehen, die auf die Nervenbahnen drücken. Insbesondere die Quetschung am 04.07.2006 kann eine solche Stauung verursacht haben. Die Klägerin hatte bereits bei der Vorsprache bei Dr. B. am 26.07.2006 von Schmerzen seit dem ersten Vorfall berichtet. Gegenüber den Gutachtern hat sie dann auch angegeben, es habe eine Schwellung gegeben, die sie medikamentös und durch Kühlung behandelt habe, wenngleich sie nicht sofort zum Arzt gegangen sei. Der weitere Verlauf der Erkrankung bis zu der Arthroskopie mit lokalen Schmerzen und einer etwas eingeschränkten Beweglichkeit entspricht den Kriterien, die Dr. X. für die erste Phase eines CRPS beschrieben hat. Jedenfalls nach der Arthroskopie haben sich dann die Symptome eines CRPS entwickelt, die dann Anfang 2007 Dr. G. festgestellt und zu der erstmaligen Diagnose veranlasst haben. Dass bei der Arthroskopie eine Stauchung oder sonstige Schädigung der Nerven entstanden ist, erscheint auch nicht ausgeschlossen, nachdem die Operation umfassend war und Dr. W. außerdem eine ausgiebige Gelenkspülung durchgeführt und zwei Redondrainagen in verschiedenen Bereichen des Kniegelenks gelegt hat. (4) Andere Umstände als die Unfälle vom 04. und 20.07.2006 oder die Arthroskopie vom 05.10.2006 sind dagegen nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als überwiegend wahrscheinliche Ursache für das CRPS am linken Knie anzunehmen. Eine relevante psychische Vorerkrankung der Klägerin ist nicht anzunehmen. Worauf die Sachverständigen auf dem psychiatrischen Fachgebiet, Frau ß. und Dr. C., hingewiesen haben, lag bei der Klägerin allenfalls eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur vor, die dazu beigetragen haben kann, dass das CRPS einen derart eskalativen Verlauf genommen hat. Solche eine solche Persönlichkeitsstruktur aber keinen Krankheitswert hat, sondern sich noch im medizinisch anerkannten Normbereich bewegt, schließt sie eine unfallversicherungsrechtliche Absicherung von Gesundheitsschäden nicht aus, weil sich auch der Schutz der Unfallversicherung nur auf krankheits- oder unfall-, nicht aber auf persönlichkeitsbedingte Gesundheitsschäden erstreckt. Die späteren Schicksalsschläge im Leben der Klägerin im Jahre 2008 können schon deshalb keine überwiegende Ursache sein, weil das CRPS zu diesem Zeitpunkt bereits vorlag. Bei ihrer Einschätzung, vor dem Unfall habe die Klägerin nicht an relevanten psychische Erkrankungen gelitten, fehlte den Sachverständigen zwar das vollständige Vorerkrankungsverzeichnis der Klägerin, da diese unmittelbar vor den Unfällen ihre Krankenkasse gewechselt hatte. Jedoch bestätigen die Ermittlungen des Senats die Grundlage für die Einschätzungen der Sachverständigen: Während ihrer Mitgliedschaft bei der BKK K. bzw. der mh-plus vom 01.05.2004 bis 30.06.2006 war die Klägerin überhaupt nicht arbeitsunfähig erkrankt. Das Vorerkrankungsverzeichnis der BKK B. weist auf psychischem Gebiet im weitesten Sinne lediglich eine lange zurückliegende depressive Episode bzw. Dysthymia im Herbst 2000 und eine kurzfristige 13-tägige "Reaktion auf schwere Belastung" mit Spannungskopfschmerz im Juli 2003 aus. Degenerative Vorerkrankungen im linken Knie selbst lagen ebenfalls nicht vor. Darauf hat Dr. W. in seiner Zeugenaussage unter Verweis auf die kernspintomografische Untersuchung vom 14.08.2006 nochmals hingewiesen. Die weiteren Schädigungen der Klägerin am 20.08.2006 und am 30.01.2007 schlössen einen Ursachenzusammenhang ebenfalls nicht aus. Der Vorfall am 30.01.2007 geschah im Schwimmbad der berufsgenossenschaftlichen Klinik im Rahmen einer Heilbehandlung. Auch insoweit griffe § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ein, weil diese Maßnahme der Behandlung der unfallbedingten Beschwerden der Klägerin diente (vgl. Rapp, a.a.O., Rn. 4). Der Unfall am 20.08.2006 mit der erneuten Distorsion des Knies geschah zwar im privaten Bereich der Klägerin, also außerhalb unfallversicherungsrechtlichen Schutzes. Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass er die wesentliche Ursache für das CRPS war. Über Schmerzen und Beschwerden hatte die Klägerin bereits zuvor geklagt. Und die Arthroskopie am 05.10.2006 hat Dr. W. nicht konkret zur Aufklärung der Folgen dieses Sturzes angeordnet, sondern allgemein, weil die erwartete Beschwerdeverringerung seit der erstmaligen Vorstellung bei ihm - die zeitlich vor dem Sturz am 20.08.2006 lag - ausgeblieben war. 3. Jedoch war der Tenor des zusprechenden sozialgerichtlichen Urteils von Amts wegen einzuschränken. Das SG hat allgemein festgestellt, dass "das" CRPS der Klägerin Folge der Arbeitsunfälle sei. Bei der Klägerin bestehen jedoch inzwischen drei CRPS. Die beiden weiteren am rechten Arm und rechten Bein sind aber weder direkte noch mittelbar verursachte Unfallfolgen. Das CRPS am rechten Arm hat sich nach der Einschätzung von Dr. X., die Dr. C. bestätigt hat, nach einer Überbein-Operation im Januar 2008 entwickelt. Das CRPS am rechten Bein hat keine klare Ursache. Selbst wenn dieses CRPS noch auf die Folgen des CRPS am linken Knie zurückzuführen sein sollte, etwa vermittelt durch die fehlende Mobilisation der Klägerin auf Grund der Unfallfolgen, so wäre der Ursachenzusammenhang doch unterbrochen. Insoweit hätten die Reserveursachen wie die genannte Immobilisation oder - erneut - die Persönlichkeitsstruktur der Klägerin - den überwiegenden Anteil, zumal dieses CRPS erst mehrere Jahre nach den Unfällen aufgetreten ist. Insofern ist nur festzustellen, dass das eine CRPS der Klägerin am linken Bein auf die Unfälle zurückzuführen ist. Wie insbesondere Dr. C. ausgeführt hat, hat diese Beschränkung Auswirkungen auf die Höhe einer etwaigen Minderung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin. 4. Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf § 193 SGG. 5. Gründe für eine Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-04-26