S 3 U 79/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Schleswig-Holstein
Sozialgericht	Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Unfallversicherung
Abteilung	8.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Zurechnung, nicht erforderliche Behandlung, Kausalität, Delegation der Entscheidung durch den D-Arzt
Leitsätze	1. Die Folgen einer objektiv nicht erforderlichen Heilbehandlung sind Folgen eines Versicherungsfalles nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, wenn die Behandlung durch einen D-Arzt in der Annahme einer Folge eines Arbeitsunfalls veranlasst wird. 2. Delegiert der D-Arzt die Entscheidung über die Behandlung vollständig auf eine andere Klinik innerhalb der Universitätsklinik, sind die Folgen einer nicht erforderlichen Operation der Berufsgenossenschaft zuzurechnen. 3. Die ständige Übung innerhalb der Universitätsklinik, dass der D-Arzt die Entscheidung über die weitere Behandlung einschließlich der Berichterstattung gegenüber der Berufsgenossenschaft auf die Fachkliniken überträgt, führt zu einer Zurechnung von den Behandlungsentscheidungen auf die BG.
Normenkette	§ 11 SGB VII

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 U 79/16
Datum	26.10.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 U 16/19

Datum	20.02.2023

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin wird das Urteils des Sozialgerichts Kiel vom 26. Oktober 2018 aufgehoben.

Â

Unter AbÃ¤nderung des Bescheides der Beklagten vom 21. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2016 werden die aufgrund der am 21. Mai 2014 erfolgten Operation verbliebene minimale EinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit, die 3 Zentimeter lange Narbe mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung durch TaubheitsgefÃ¼hl und eine regelrecht einliegenden Platte und Cage-Interponat zur Fusion HWK 4 und HWK 5 sowie

eine AnpassungsstÃ¶rung mit verlÃ¤ngerter depressiver Reaktion bis April 2015 als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2014 festgestellt.

Â

Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin 4/5 ihrer notwendigen auÃ□ergerichtlichen Kosten im Vorâ□□, Klageâ□□ und Berufungsverfahren zu erstatten.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

<u>Tatbestand</u>

Die Beteiligten streiten noch um die Anerkennung weiterer Unfallfolgen.

Â

Die 1975 geborene KlÃ¤gerin ist als Verwaltungsangestellte beim Deutschen G beschÃ¤ftigt und befand sich am 12. Mai 2014 als angeschnallte Autofahrerin auf dem Weg von ihrer Wohnung in M zu ihrer Arbeitsstelle in N, als sie einen Autounfall erlitt. Sie befuhr die Rendsburger StraÃ□e in N stadteinwÃ¤rts und kam hinter vor ihr verkehrsbedingt stehenden Fahrzeugen ebenfalls verkehrsbedingt zum Stehen. Sodann fuhr die unmittelbar hinter ihr fahrende Unfallgegnerin auf ihr stehendes Fahrzeug auf. Ausweislich der polizeilichen Ermittlungsakte stieg die KlÃ¤gerin selbstÃ¤ndig aus ihrem Fahrzeug aus. Sie beklagte umgehend bei ihr bestehende

Kopf-, Nacken- und RÃ¼ckenschmerzen.

Â

Die KlÃ¤gerin fuhr anschlieÃend nach K und wurde bei dem Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. S vorstellig, der nach erfolgter Untersuchung und RÃ¶ntgen-Untersuchung eine Distorsion der HalswirbelsÃ¤ule (HWS) diagnostizierte. Ausweislich seines Ã¤rztlichen Berichtes von diesem Tag Ã¼berwies er die KlÃ¤gerin zur MRT-Untersuchung.

Â

Wegen anhaltender Beschwerden mit KribbelparÃ¤sthesien im Bereich beider HÃ¤nde stellte sich die KlÃ¤gerin am 15. Mai 2014 in der unfallchirurgischen Notfallambulanz des Berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses H im UniversitÃ¤tsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in K vor. Der zu diesem Zeitpunkt dort als D-Arzt tÃ¤tige Ãrztliche Direktor der Abteilung der Klinik fÃ¼r Unfallchirurgie und Zeuge Prof. Dr. S1 untersuchte die KlÃ¤gerin ausweislich seines an die Beklagte gerichteten Schreibens vom 19. Mai 2014, dort zugegangen am 23. Mai 2014. Er berichtete, dass bei unklarer pseudoradikulÃ¤rer Symptomatik eine neurochirurgische und neurologische Vorstellung und eine â€â¦Ãbernahme der Patientinâ¦â€ erfolgt sei. Die neurologische Vorstellung in der Neurochirurgischen Abteilung, in der zunÃ¤chst eine MRT-Untersuchung veranlasst wurde, ergab eine geringe dorsale BandscheibenvorwÃ¶lbung zwischen HalswirbelkÃ¶rper (HWK) 4/5 ohne relevante BedrÃ¤ngung des Spinalkanals. Der Arzt fÃ¼r Neurochirurgie und Zeuge Prof. Dr. M1 wertete diesen Befund als Nachweis einer traumatischen Bandscheibenruptur. Er empfahl eine operative Therapie, die am 21. Mai 2014 in Form einer ventralen Disektomie und Fusion HWK 4/5 sowie Abtragung von Spondylophyten und ventralen Verplattung erfolgte. Mit am 22. Mai 2014 per Fax Ã¼bersandtem Schreiben wurde die Beklagte Ã¼ber die am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrte Operation informiert.

Â

In der Zeit vom 20. Juni bis 4. Juli 2014 fÃ¼hrte die KlÃ¤gerin zu Lasten der Beklagten eine Anschlussheilbehandlung in der Helios Rehaklinik D durch. Ausweislich des Ã¤rztlichen Entlassungsberichtes vom 25. Juni 2014 erfolgte die Entlassung der KlÃ¤gerin als arbeitsunfÃ¤hig mit Hinweis auf schmerzhafte Bewegungs- und FunktionseinschrÃ¤nkungen der HWS bei Zustand nach erfolgter Operation sowie auf ein psychovegetatives ErschÃ¶pfungssyndrom.

Â

Mit Schreiben vom 25. Juni 2014 teilte der D-Arzt Dr. S der Beklagten mit, dass er die KlÃ¤gerin in die Neurochirurgische Abteilung des UKSH zur weiteren Diagnostik Ã¼berwiesen habe und die KlÃ¤gerin am 23. Juni 2014 nach erfolgter Operation an der HWS erneut bei ihm vorstellig geworden sei.

Â

Ausweislich des von der Beklagten eingeholten Vorerkrankungsverzeichnisses vom 19. August 2014 waren ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten im Zusammenhang mit Erkrankungen im Bereich der WirbelsÃ¤ule bis zum Unfalltag nicht vermerkt. DemgegenÃ¼ber finden sich als ArbeitsunfÃ¤higkeitszeiten begrÃ¼ndende Diagnosen andere AngststÃ¶rungen (14. November 2007), andere neurotische StÃ¶rung/Neurasthenie (18. Juli bis 25. Juli 2008), depressive Episode, nicht nÃ¤her bezeichnet (10. September bis 12. September 2008), depressive Episode, Reaktionen als schwere Belastungen und AnpassungsstÃ¶rungen (2. bis 20. Dezember 2013).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Die Beklagte holte von dem D-Arzt Prof. Dr. S1 ein Gutachten ein, der mit schriftlichen AusfÃ¼hrungen vom 8. November 2014 zu dem Ergebnis gelangte, bei der KlÃ¤gerin sei es aufgrund des Unfalls vom 12. Mai 2014 zu einer traumatischen Bandscheibenruptur in HÃ¶he der HWK 4/5 gekommen. Weiter bestÃ¼nden eine depressive Stimmungslage, Antriebslosigkeit, intermittierend starke AngstzustÃ¤nde, insbesondere als Mitfahrerin bei Autofahrten, wobei die KlÃ¤gerin noch in der Lage sei, selbstÃ¤ndig Auto zu fahren.

Â

Auf Nachfrage der Beklagte korrigierte Prof. Dr. S1 seine EinschÃ¤tzung mit AusfÃ¼hrungen vom 27. Januar 2015 dahingehend, dass ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. Mai 2014 und den bestehenden Beschwerden nicht nachgewiesen sei. Zwar sei eine traumatische Bandscheibenruptur im Bereich der HWS auch ohne Begleitverletzungen denkbar. Voraussetzung hierfÃ¼r sei jedoch ein adÃ¤quates Trauma, das im Fall der KlÃ¤gerin nicht vorgelegen habe. So sei ein solches Verletzungsmuster im Rahmen eines innerstÃ¤dtischen Verkehrsunfalls bei einer Geschwindigkeit von unter 50 Kilometer pro Stunde (km/h) recht unwahrscheinlich. Zudem habe sich im MRT vom 16. Mai 2014 kein Nachweis einer RÃ¼ckenmarkskontusion gezeigt, sondern lediglich eine geringe BandscheibenvorwÃ¶lbung zwischen HWK 4/5 ohne relevante BedrÃ¤ngung des Spinalkanals und ohne Myelopathie-Signal. Grundlage fÃ¼r seine vorherige EinschÃ¤tzung sei der Entlassungsbrief der Klinik fÃ¼r Neurochirurgie gewesen, ausweislich dessen eine traumatische Bandscheibenruptur in HÃ¶he HWK 4/5 mit Myelopathie-Signal bei Zustand nach Verkehrsunfall attestiert worden sei. Als Diagnose bleibe aus unfallchirurgischer Sicht letztlich eine HWS-Distorsion mit geringer dorsaler BandscheibenvorwÃ¶lbung, die als degenerativ zu bewerten sei.

Â

In der Zeit vom 10. Februar 2015 bis 26. MÃ¤rz 2015 erfolgte eine Berufsgenossenschaftliche stationÃ¤re Heilbehandlung. Ausweislich des Entlassungsberichts vom 23. MÃ¤rz 2015 wurde auf psychiatrischem Fachgebiet die Diagnose einer AnpassungsstÃ¶rung und einer isolierten Fahrphobie nach

Autounfall gestellt.

Â

Auf Kosten der Beklagten nahm die KlÃ¤gerin erfolgreich therapeutische Fahrstunden (17. und 19. MÃ¤rz 2015) in Anspruch.

Â

Mit Bescheid vom 21. Oktober 2015 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 12. Mai 2014 als Arbeitsunfall und eine unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit sowie BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bis zum 21. Mai 2014 an. Unfallbedingt sei lediglich eine HWS-Distorsion als Unfallfolge festzustellen, mangels fehlender Begleitverletzungen nicht aber ein Bandscheibenvorfall. Das Unfallereignis sei lediglich als rechtlich unwesentliche Gelegenheitsursache zu bewerten.

Â

Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch der KlÃ¤gerin vom 27. Oktober 2015 holte die Beklagte ein chirurgisch-traumatologisches Gutachten bei dem Facharzt fÃ¼r Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K ein, der ausweislich seiner schriftlichen AusfÃ¼hrungen vom 19. September 2016 zu dem Ergebnis gelangte, das Ereignis vom 12. Mai 2014 habe weder einen objektiven PrimÃ¤rschaden im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule verursacht noch einen Vorschaden verschlimmert. Mit Aufnahme in die Neurochirurgische Abteilung und im Zeitpunkt der Operation am 21. Mai 2014 sei ein unfallunabhÃ¤ngiger Befund als traumatische Bandscheibenruptur fehlbezeichnet und als solche versorgt worden. Diese Diagnose lasse sich weder auf den konventionellen RÃ¶ntgenaufnahmen noch in der Kernspintomographie nachvollziehen. Aufgrund von Unfallfolgen und unter Annahme einer Zerrung sei eine ambulante Behandlung zu begrÃ¼nden, die aber durch den operativen Eingriff eine Ãnderung der Wesensgrundlage erfahren habe.

Â

Die Beklagte hÃ¶rte weiter den Facharzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie Dr. H1, der mit Gutachten vom 24. Oktober 2016 auf nervenÃ¤rztlichem Fachgebiet keine Unfallfolgen feststellte. Ausweislich der bekannten Unterlagen wie auch der Erstangaben der KlÃ¤gerin habe jene nach dem Unfallereignis unspezifische Kopfschmerzen und Schmerzen im Bereich der HWS, nicht aber psychische Missbefindlichkeiten beklagt. Objektivierbare Abweichungen im Neurostatus hÃ¤tten zu keinem Zeitpunkt bestanden und hÃ¤tten auch im Zeitpunkt der Untersuchung nicht festgestellt werden kÃ¶nnen. Wie sich aus dem chirurgischen Gutachten von Dr. K ergebe, kÃ¶nne im Bereich der HWS kein objektiver PrimÃ¤rschaden festgestellt werden. Der operative Eingriff habe nicht einer unfallbedingten Verletzung gegolten. Insoweit sei festzustellen, dass sich die anschlieÃenden Beschwerden erst nach und aufgrund des operativen Eingriffs eingestellt hÃ¤tten. Dies gelte zumal fÃ¼r die anschlieÃende Phase der psychischen Missbefindlichkeit, die von der KlÃ¤gerin in ihrem KausalitÃ¤tsdenken

auf den Unfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werde, die nachvollziehbar davon ausgegangen sei, die Operation sei aufgrund des Unfalls notwendig.

Â

Mit Bescheid vom 23. November 2016 wies die Beklagte den Widerspruch unter Bezugnahme auf die EinschÃ¤tzungen von Dr. K und Dr. H1 als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck.

Â

Die KlÃ¤gerin hat am 12. Dezember 2012 Klage vor dem Sozialgericht Kiel erhoben und dort geltend gemacht, entgegen der Auffassung der Beklagten seien die am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrte Operation und die hieraus resultierenden GesundheitsstÃ¶rungen auf die Folgen des Unfalls vom 12. Mai 2014 zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Bei diesem Unfall sei es zu einer Bandscheibenverletzung im Bereich der HalswirbelsÃ¤ule gekommen, die bis heute zu behandlungsbedÃ¼rftigen FunktionseinschrÃ¤nkungen fÃ¼hre. So habe auch Prof. Dr. S1 mit seiner ersten Stellungnahme vom 8. November 2014 einen Unfallzusammenhang festgestellt. Erst mit ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 27. Januar 2015 habe er ausgefÃ¼hrt, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden nachgewiesen werden kÃ¶nne. Zu diesem Zeitpunkt habe nicht eindeutig geklÃ¤rt werden kÃ¶nnen, ob und in welchem Umfang das bei ihr bestehende Beschwerdebild als unfallunabhÃ¤ngig zu bewerten sei oder nicht. Daher sei das von der Beklagten benannte Datum â 21. Mai 2014 â vÃ¶llig willkÃ¼rlich gewÃ¤hlt. Denn der operative Eingriff habe nachweislich unter der PrÃ¤misse gestanden, dass es sich um eine unfallbedingte Verletzung handle. Eine Abgrenzung zu mÃ¶glichen alternativen Unfallursachen sei erst zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt erfolgt. Auch fehlten AusfÃ¼hrungen der Beklagten zu der Frage, aus welchem Grund sie die Zerrung der HalswirbelsÃ¤ule bereits am 21. Mai 2014 als ausgeheilt bewerte. Im Ãbrigen sei trotz der Stellungnahme von Prof. Dr. S1 vom 21. Januar 2015 anschlieÃend die stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme im Unfallkrankenhaus H durchgefÃ¼hrt worden. Auch dieser Umstand deute darauf hin, dass die Beklagte nach wie vor von ihrer ZustÃ¤ndigkeit und von einer weiteren KlÃ¤rungsbedÃ¼rftigkeit ausgegangen sei. Auch sei nicht vorstellbar, dass von Seiten des UKSH lediglich aufgrund einer HWS-Distorsion eine Operation empfohlen werde. Sollte dies dennoch so gewesen sein, liege ein Behandlungsfehler vor, fÃ¼r den die Beklagte einzustehen habe. Die infolge dieser Operation verbliebenen Beschwerden wÃ¤ren dann als mittelbare Unfallfolgen anzuerkennen. Denn ohne den Arbeitsunfall wÃ¤re eine entsprechende Behandlung nicht eingeleitet worden. ZusÃ¤tzlich habe sich eine Angstsymptomatik entwickelt, die unterschwellig jeden Tag vorhanden sei und sich durch kÃ¶rperliche Reaktionen bemerkbar mache, z.B. in Form von PanikgefÃ¼hlen und SchweiÃausbrÃ¼chen, sobald Ã¼ber AutounfÃ¤lle gesprochen werde, sie entsprechende Zeitungsartikel lese oder sich in einer angespannten Verkehrssituation befinde. Der Gutachter Dr. H1 habe die Bedeutung ihrer seelischen BeeintrÃ¤chtigungen nicht hinreichend gewÃ¼rdigt.

Â

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

Â

den Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2015 in der FassungÂ des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2016 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, bei ihr eine Verletzung der Bandscheibe, AngststÃ¶rung, BewegungseinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ule, Muskelverspannungen im Schulter-Nacken-Bereich, Missempfindungen in den HÃ¤nden als Folgen des Unfalls vom 12. Mai 2014 anzuerkennen sowie die Beklagte zu verurteilen, auch Ã¼ber den 21. Mai 2014 hinaus Leistungen zur Behandlung der Unfallfolgen zu erbringen.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat auf die AusfÃ¼hrungen ihrer Verwaltungsentscheidungen und insbesondere auf die EinschÃ¤tzungen von Dr. K und Dr. H1 Bezug genommen.

Â

Das Sozialgericht hat die Verwaltungsunterlagen der Beklagten beigezogen, des Weiteren das bildgebende Material des F-Radiologicums, der Klinik fÃ¼r Radiologie und Neuroradiologie des UniversitÃ¤tsklinikums Schleswig-Holstein sowie des MVZ P, schlieÃlich einen Befund des MVZ Chirurgie K.

Â

Weiter hat das Sozialgericht gemÃ¤Ã Â§ 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Facharzt fÃ¼r Chirurgie, OrthopÃ¤die, Unfallchirurgie Dr. B gehÃ¶rt. Der SachverstÃ¤ndige ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die KlÃ¤gerin unfallbedingt eine HWS-Zerrung erlitten habe, die spÃ¤testens nach einer Woche als ausgeheilt zu bewerten sei. Eine aufgrund des betreffenden Unfalls erfolgte morphologisch strukturelle Verletzung der HWS kÃ¶nne ebenso wie â mangels Vorerkrankung â eine Verschlimmerung ausgeschlossen werden (Gutachten vom 19. Juni 2018).

Â

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 26. Oktober 2018 abgewiesen. Die KlÃ¤gerin habe weder einen Anspruch auf Anerkennung weiterer Unfallfolgen noch

auf Ãbernahme von Behandlungskosten Ã¼ber den 21. Mai 2014 hinaus. Sie habe aufgrund des Unfalls vom 12. Mai 2014 lediglich eine Zerrung der HWS erlitten. Es habe sich um eine Beschleunigungsverletzung mit dem Schweregrad I bis II nach Erdmann mit HWS-Beschwerden in Form von Schmerzen, Steifigkeit oder Ãberempfindlichkeit ohne objektivierbare neurologische AusfÃ¤lle mit geringer BewegungseinschrÃ¤nkung der HWS gehandelt. Eine traumatische Bandscheibenruptur habe entgegen der EinschÃ¤tzung von Prof. Dr. S1 vom 8. November 2014 nicht vorgelegen. An dieser EinschÃ¤tzung habe jener nach Auswertung des MRT-Befundberichtes vom 16. Mai 2014 nicht mehr festgehalten, sondern mit ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 27. Januar 2015 ausgefÃ¼hrt, es finde sich kein Nachweis einer RÃ¼ckenmarkskontusion, sondern lediglich eine geringe BandscheibenvorwÃ¶lbung HWK 4/5 ohne relevante BedrÃ¤ngung des Spinalkanals und ohne Myelopathie-Signal.

Â

Gegen das dem ProzessbevollmÃ¤chtigten am 1. MÃ¤rz 2019 zugestellte Urteil wendet sich die KlÃ¤gerin mit ihrer Berufung vom 7. MÃ¤rz 2019. Sie stÃ¼tzt sich dabei im Wesentlichen auf ihren erstinstanzlichen Vortrag. ErgÃ¤nzend macht sie geltend, die mÃ¶glicherweise fehlerhafte Diagnosestellung und die sich daran anschlieÃende operative Versorgung falle in den Verantwortungsbereich der Beklagten. Die BegrÃ¼ndung des Sozialgerichts, wonach der zuerst befasste D-Arzt Dr. S keine Bandscheibenruptur festgestellt habe und weder er noch die Beklagte einen operativen Eingriff veranlasst hÃ¤tten, kÃ¶nne nicht Ã¼berzeugen. Denn die Neurochirurgische Abteilung des UKSH habe mit Fax vom 21. Mai 2014 bei der Beklagten einen Antrag zur Anschlussheilbehandlung gestellt und bereits hier als Diagnose eine â traumatische Bandscheibenrupturâ benannt. Auch habe die Beklagte nach Vorlage der MRT-Aufnahme vom 20. Juni 2014 keine EinwÃ¤nde gegen die durchgefÃ¼hrten Behandlungen erhoben und diese zudem kostenmÃ¤Ãig Ã¼bernommen. Hinzu komme, dass der D-Arzt Dr. S mit Bericht vom 20. Juni 2014 gegenÃ¼ber der Beklagten darauf hingewiesen habe, dass sie â die KlÃ¤gerin â derzeit in die Neurochirurgische Abteilung des UKSH Ã¼berwiesen worden sei. Daher habe die Beklagte nicht erst im Nachhinein von der Ãbernahme der Behandlung in der Neurochirurgischen Abteilung erfahren. Vielmehr sei jene jeweils zeitnah Ã¼ber die erfolgte Behandlung und die Diagnosen unterrichtet worden. Wenn sich, wovon das Sozialgericht ausgehe, aus dem MRT-Befund keine Bandscheibenruptur ergebe, die einen operativen Eingriff erfordert habe, hÃ¤tte die Beklagte dies bereits im Juni 2014 gegenÃ¼ber den Behandlern und auch gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin Ã¤uÃern kÃ¶nnen. Da sie dies nicht getan habe, habe sie den Anschein erweckt und aufrechterhalten, alle Behandlungen und MaÃnahmen seien wegen der Folgen des Unfalls vom 12. Mai 2014 erforderlich. Aus der Aussage des D-Arztes Dr. S, dass er die KlÃ¤gerin zur Weiterbehandlung in die Neurochirurgische Abteilung Ã¼berwiesen habe, ergebe sich auch eine direkte Veranlassung zu der operativen Versorgung, die in den Verantwortungsbereich der Beklagten falle. Jedenfalls habe die vom D-Arzt Dr. S schriftlich bestÃ¤tigte Ãberweisung der KlÃ¤gerin an die Neurochirurgische Abteilung dazu gedient, die dort durchgefÃ¼hrte Behandlung als von der Beklagten und damit in ihrem Verantwortungsbereich befindlich darzustellen. MaÃgeblich sei nach

hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung, wie Versicherte bei verstÃ¤ndiger WÃ¼rdigung die objektiven Gegebenheiten zum Zeitpunkt ihrer DurchfÃ¼hrung verstehen kÃ¶nnen und dÃ¼rfen. So sei keinesfalls erkennbar gewesen, dass die in der Neurochirurgischen Abteilung des UKSH durchgefÃ¼hrte Diagnosestellung und Operation nicht in den Verantwortungsbereich der Beklagten falle. Mangels entsprechender Vorerkrankungen habe sie persÃ¶nlich auch keinen Anhaltspunkt dafÃ¼r gehabt, dass mÃ¶glicherweise andere Krankheitsursachen hÃ¤tten eine Rolle spielen kÃ¶nnen. Ebenso wenig habe sie davon ausgehen mÃ¼ssen, dass eine fehlerhafte Diagnose gestellt und daraufhin ein Eingriff vorgenommen werde, fÃ¼r den es keine medizinische Rechtfertigung gebe. Zudem habe im Zeitpunkt der Absicht, die KlÃ¤gerin zu operieren, noch eine unfallbedingte ArbeitsunfÃ¤higkeit und BehandlungsbedÃ¼rftigkeit wegen der festgestellten Zerrung der HWS bestanden. Ohne den anerkannten Wegeunfall und die daraufhin begonnene und durchgefÃ¼hrte Behandlung wÃ¤re es nicht zur Operation gekommen. Insoweit stelle sich der Geschehensablauf als ununterbrochen dar. Auch dieser Umstand spreche dafÃ¼r, dass die Beklagte fÃ¼r die erfolgte Operation einzustehen habe. Die Beklagte benenne keine objektive Gegebenheit, die im Zeitpunkt der Operation den Eindruck hÃ¤tte vermitteln kÃ¶nnen, bei dieser Operation wÃ¼rde es sich nicht um eine MaÃnahme handeln, die der Behandlung von Unfallfolgen diene. Wenn der MRT-Befund vom 20. Mai 2014 so eindeutig und offensichtlich eine Fehldiagnose belege, stelle sich die Frage, weshalb die Beklagte nicht den Antrag auf KostenÃ¼bernahme der Anschlussheilbehandlung sowie die Ãbernahme weiterer Behandlungskosten abgelehnt hat. In diesem Zusammenhang habe die Beklagte die Frage zu beantworten, ob sie einen Erstattungsanspruch gegenÃ¼ber der zustÃ¤ndigen Krankenkasse geltend gemacht hat. Nach den gesetzlichen Bestimmungen bestehe die Verpflichtung, die Kosten, die im Erstattungsfalle verlangt werden kÃ¶nnen, auch erstattet zu verlangen. Sollte dies nicht erfolgt sein, lieÃe sich ein solches Verhalten nicht mit den jetzigen AusfÃ¼hrungen zur fehlenden Verantwortlichkeit gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin in Einklang zu bringen. Ein entsprechender Regress hÃ¤tte bereits im Jahr 2014 erfolgen mÃ¼ssen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Kiel vom 26. Oktober 2018 den Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2016 zu Ã¤ndern und die aufgrund der am 21. Mai 2014 erfolgten Operation verbliebene minimale EinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit, die 3 Zentimeter lange Narbe mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung durch TaubheitsgefÃ¼hl und eine regelrecht eingelegte Platte und Cage-Interponat zur Fusion HWK 4 und HWK 5 sowie die AnpassungsstÃ¶rung mit verlÃ¤ngerter depressiver Reaktion (bis April 2015) als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2014 festzustellen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Zur BegrÃ¼ndung trÃ¤gt sie im Wesentlichen vor, erstmals mit D-Arztbericht von Dr. S vom 12. Mai 2014 von dem Unfall der KlÃ¤gerin Kenntnis erlangt zu haben. Darin habe Dr. S lediglich die Anfertigung einer MRT-Untersuchung in die Wege geleitet, nicht aber die Einweisung zur DurchfÃ¼hrung der betreffenden Operation. Der zeitlich nÃ¤chstgelegene Posteingang in der Verwaltungsakte sei ein Bericht des UKSH vom 19. Mai 2014, von dem sie am 23. Mai 2014, mithin erst nach erfolgter DurchfÃ¼hrung des operativen Eingriffs, Kenntnis erlangt habe. Von einem geplanten Eingriff sei in diesem Bericht im Ãbrigen keine Rede gewesen. Aus diesem Bericht gehe lediglich hervor, dass sich die KlÃ¤gerin auf eigene Veranlassung in der dortigen Notfallambulanz und nicht auf Weisung des D-Arztes vorgestellt habe. Erst mit Fax vom 3. Juni 2014 seien ihr âÂ der Beklagten âÂ der Bericht Ã¼ber den stationÃ¤ren Aufenthalt nebst DurchfÃ¼hrung der Operation sowie der betreffende MRT-Befundbericht zur Kenntnis gegeben worden. Der Bericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung in der Neurochirurgie sei im Ãbrigen nicht an den D-Arzt Dr. S, sondern an die HausÃ¤rztin Dr. K1 in H2 adressiert worden, so dass sich auch aus diesem Umstand ergebe, dass keine berufsgenossenschaftliche Behandlung durchgefÃ¼hrt worden sei. Die in aller Eile, ohne Einholung einer Zweitmeinung durchgefÃ¼hrte Operation, falle in den alleinigen Verantwortungsbereich der Ãrzte der Neurochirurgie des UKSH K und sei nicht Bestandteil des Berufsgenossenschaftlichen Verfahrens. Es habe kein am Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren beteiligter Arzt in einer der Beklagten zurechenbaren Art und Weise die DurchfÃ¼hrung der Operation eingeleitet, forciert oder in sonstiger Weise empfohlen. Der Verwaltungsakte kÃ¶nne weiter entnommen werden, dass im weiteren zeitlichen Ablauf begonnen worden sei, die Zusammenhangsfrage zu prÃ¼fen. Dies entspreche im Ãbrigen auch dem gesetzgeberischen Auftrag der UnfallversicherungstrÃ¤ger im System der verschiedenen SozialleistungstrÃ¤ger, zunÃ¤chst einmal Leistungen von Amts wegen zu gewÃ¤hren und erst dann zu prÃ¼fen, ob die erforderliche ZusammenhÃ¤nge tatsÃ¤chlich vorliegen. Hieraus kÃ¶nne aber nicht unterstellt werden, sie âÂ die Beklagte âÂ habe den Eindruck erweckt oder aufrechterhalten, sie sei die zustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤gerin fÃ¼r alle GesundheitsschÃ¤den der KlÃ¤gerin. Der KlÃ¤gerin sei insoweit Recht zu geben, als es sich bei der von der Neurochirurgie gestellten Diagnose einer traumatischen Bandscheibenruptur mit zwingender Operationsindikation nachweislich um eine Fehldiagnose handle. Da diese Operation gleichwohl durchgefÃ¼hrt wurde, handle es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen sogenannten Ã¤rztlichen Behandlungsfehler, fÃ¼r dessen Folgen der die Operations-Diagnose stellende Arzt bzw. Operateur und die dahinterstehende Institution auf zivilrechtlicher Ebene verantwortlich zu machen seien. Die KlÃ¤gerin habe lediglich davon ausgehen kÃ¶nnen, dass die KlÃ¤rung einer Diagnose nach einem Arbeitsunfall in den Verantwortungsbereich des

UnfallversicherungstrÃ¤gers fÃ¤llt. Auch unter BerÃ¼cksichtigung der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung kÃ¶nne nicht davon ausgegangen werden, dass im Fall der KlÃ¤gerin ein Anschein dafÃ¼r gesetzt wurde, sie â die Beklagte â wÃ¤re fÃ¼r alles, was in dem besagten Krankenhaus im Rahmen der kassenÃ¤rztlichen Behandlung passiert, zustÃ¤ndig. SchlieÃlich sei vÃ¶llig unerheblich fÃ¼r das von der KlÃ¤gerin behauptete âSetzen eines Anscheinsâ, ob Erstattungs- und RegressansprÃ¼che geltend gemacht werden oder nicht. Denn in Erstattungs- und Regressverfahren gehe es um die nachtrÃ¤gliche KlÃ¤rung von ZustÃ¤ndigkeiten und nicht um das Setzen eines Anscheins. UnabhÃ¤ngig davon seien tatsÃ¤chlich ErstattungsansprÃ¼che gegenÃ¼ber der DAK H angemeldet worden. Das Erstattungsverfahren ruhe aber aufgrund des vorliegenden Rechtsstreits. Im Ãbrigen bezieht sich die Beklagte auf die GrÃ¼nde des angefochtenen Urteils.

Â

Zur weiteren SachaufklÃ¤rung hat der Senat gemÃ¤Ã Â§ 106 SGG den Facharzt fÃ¼r Chirurgie, OrthopÃ¤die und Unfallchirurgie Dr. B in ErgÃ¤nzung zu seinem im Auftrag des Sozialgerichts erstatteten Gutachtens sowie den Facharzt fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie Dr. M2 gehÃ¶rt. Der SachverstÃ¤ndige Dr. B ist im Wesentlichen zu dem Ergebnis gelangt, unabhÃ¤ngig von dem am 12. Mai 2014 erlittenen Unfallereignis sei es aufgrund der am 21. Mai 2014 erfolgten Operation zu einer minimalen EinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit fÃ¼r Vor- und RÃ¼ckneigen, Seitneigen und Rotation nach rechts, einer 3 Zentimeter langen Narbe mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung durch TaubheitsgefÃ¼hl und einer regelrecht einliegenden Platte und Cage-Interponat zur Fusion HWK 4 und HWK 5 gekommen. Aus Sicht des SachverstÃ¤ndigen Dr. M2 sei es aufgrund des Unfalls mit daraus resultierenden EinschrÃ¤nkungen in direkter Folge zur Ausbildung eines komplexen psychischen Syndroms gekommen, das aus Inhalten einer sich herausgebildeten PTBS, aber auch der dann erneut aufgetretenen depressiven Symptomatik bestanden habe. Die damit assoziierten Beschwerden kÃ¶nnten aufgrund der fÃ¼r die KlÃ¤gerin eindeutigen Inhalte (Flashbacks, AlbtrÃ¤ume) bis April 2015 auf den Verkehrsunfall zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Zwar sei bei der KlÃ¤gerin von einer insgesamt erhÃ¶hten VulnerabilitÃ¤t bzw. erniedrigten Resilienz auszugehen. Doch wÃ¤ren die festgestellten StÃ¶rungen mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne das Unfallereignis vom 12. Mai 2014 nicht aufgetreten, bzw. nicht aufgrund eines jeden alltÃ¤glichen Ereignisses (Gutachten vom 27. Mai 2021).

Â

Mit Schriftsatz vom 30. Juli 2022 berichtet die Beklagte von dem Ergebnis ihrer in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 16. Januar 2022 angekÃ¼ndigten Recherchen, nach denen Prof. Dr. S1 in der betreffenden Unfallchirurgie des UKSH seit 2005 als D-Arzt tÃ¤tig sei. Hieraus folge, dass jener mÃ¶glicherweise auch dazu befugt gewesen sein kÃ¶nne, BehandlungsmaÃnahmen, wie etwa eine âÃbernahmeâ eines Patienten in seine stationÃ¤re Behandlung zu ihren Lasten einzuleiten. Allerdings gÃ¤be es vorliegend zu beachten, dass die stationÃ¤re Aufnahme und die DurchfÃ¼hrung der Operation nicht in der

Unfallchirurgie, sondern in der Neurochirurgischen Abteilung des UKSH erfolgt sei. Die Neurochirurgie sei im Zeitpunkt der Operation der KlÃ¤gerin von Prof. Dr. M1 geleitet worden, weshalb die KlÃ¤gerin nicht unter der durchgangsÃ¤rztlichen Leitung von Prof. Dr. S1 gestanden habe. Vielmehr sei zu prÃ¼fen, ob die Neurochirurgie berechtigt gewesen sei, stationÃ¤re Leistungen mit DurchfÃ¼hrung einer Bandscheiben-Operation fÃ¼r die Berufungsbeklagte zu erbringen und ob sich daraus eine Haftung der Berufungsbeklagten fÃ¼r verbliebene Folgen dieser Operation in Form einer Anerkennung von Unfallfolgen ergebe. Hierbei sei zu beachten, dass das UKSH der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Vereinbarung zwischen der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Ã¼ber die Behandlung von Versicherten der TrÃ¤ger der gesetzlichen Unfallversicherung vom 5. Dezember 2012 erst zum 27. November 2014 beigetreten sei. Hieraus folge, dass sowohl der VergÃ¼tungsanspruch des UKSH als auch die Frage, ob die Abteilung Neurochirurgie die Operation der KlÃ¤gerin Ã¼berhaupt hÃ¤tte durchfÃ¼hren dÃ¼rfen und wer fÃ¼r einen etwaigen Schaden hieraus zu haften habe, nach den Regeln der GeschÃ¤ftsfÃ¼hrung ohne Auftrag (GoA) zu bestimmen sei. Aber selbst wenn davon auszugehen sei, dass die benannte Rahmenregelung Anwendung finde, lÃ¤ge ein VerstoÃ gegen Â§ 5 der benannten Rahmenvereinbarung vor. Die Anzeige der stationÃ¤ren Aufnahme richte sich in analoger Anwendung nach Â§ 301 SGB FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), wobei die Vereinbarung zum Datenaustausch vom 11. MÃ¤rz 2014 fÃ¼r die gesetzliche Unfallversicherung zwischen der DGUV und der DKV vom 11. MÃ¤rz 2014 â Â Regelung zum elektronischen Datenaustausch ab 15. Januar 2015 â bereits zuvor Anwendung finde. Nach Â§ 3 dieser Regelung sei die Meldung nach Â§ 301 SGB V spÃ¤testens 3 Arbeitstage nach Aufnahme zu Ã¼bermitteln. Folge man der Auffassung, diese Vereinbarung finde erst ab 15. Januar 2015 Anwendung, bliebe es wiederum bei der UnverzÃ¼glichkeit des Â§ 5 der vorbenannten Rahmenvereinbarung. Jedenfalls habe sie â die Beklagte â erstmals mit einem Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB) mit Fax vom 22. Mai 2014 quasi beilÃ¤ufig von der am 15. Mai 2014 erfolgten stationÃ¤ren Aufnahme und der am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrten Bandscheibenoperation erfahren. Weil zu diesem Zeitpunkt der Aufnahmetag seit mehr als 3 Tage verstrichen war, sei somit von einer Verfristung der Aufnahmeanzeige auszugehen. Es habe keine MÃ¶glichkeit mehr bestanden, der DurchfÃ¼hrung der Operation zu widersprechen, weshalb weder die DurchfÃ¼hrung noch die Folge der Operation einer Berufsgenossenschaftlichen HeilbehandlungsmaÃnahme zurechenbar seien. Sollte die benannte Rahmenvereinbarung keine Anwendung finden, sei zu prÃ¼fen, welche Beurteilung sich bei Zugrundelegung der Regeln einer GoA ergebe. Entscheidend sei die Beantwortung der Frage, ob das UKSH nach Â§ 677 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) mit der DurchfÃ¼hrung der Operation ein GeschÃ¤ft gefÃ¼hrt hat, das ihrem wirklichen oder mutmaÃlichen Willen entsprochen habe. Diese Voraussetzungen wÃ¤ren nur dann erfÃ¼llt, wenn das UKSH eine medizinisch erforderliche Behandlung durchgefÃ¼hrt hÃ¤tte, die sie â die Beklagte â als Sachleistung der gesetzlichen Unfallversicherung hÃ¤tte erbringen mÃ¼ssen. Dies scheitere aber daran, dass die besagte Operation, weil nicht indiziert, nicht erforderlich gewesen sei. Bei rechtzeitiger Information wÃ¤re eine Zustimmung zu der beabsichtigten Operation nicht erteilt worden. Hieraus folge, dass das UKSH keinen

VergÃ¼tungsanspruch habe und fÃ¼r den aus der Operation entstandenen Schaden ausgleichspflichtig sei. SchlieÃlich lasse sich aus der nicht notwendigen Operation keine weitere Unfallfolge herleiten.

Â

Hierzu erwidert die KlÃ¤gerin, auf die vertraglichen Beziehungen zwischen der Beklagten und dem Leistungserbringer komme es nicht an. Zudem habe die Beklagte mit Schriftsatz vom 19. Juni 2019 ausgefÃ¼hrt, die von dem D-Arzt Dr. S empfohlene Vorstellung in der Neurochirurgie habe lediglich der DiagnoseklÃ¤rung und Anfertigung eines MRT gedient. Mit dieser Aussage stehe fest, dass auch die Beklagte davon ausgegangen sei, dass die ÃberweisUng der KlÃ¤gerin in die Neurochirurgie einerseits von Dr. S, einem D-Arzt, veranlasst worden sei, und damit zumindest die Untersuchungen und Behandlungen, die der Diagnosefindung dienten, auf jeden Fall auch ihr â der Beklagten â zuzurechnen seien, dies unabhÃ¤ngig von der Frage, ob mit der Neurochirurgischen Abteilung des UKSH eine irgendwie geartete vertragliche Beziehung bestanden habe. SchlieÃlich dÃ¼rfe unstreitig sein, dass der KlÃ¤gerin die DurchfÃ¼hrung einer Operation â als medizinisch notwendig â empfohlen worden sei. Sie habe jedenfalls zum Zeitpunkt der Operation nicht erkennen kÃ¶nnen, dass diese Operation medizinisch mÃ¶glicherweise nicht erforderlich war. Auch sei sie weder von dem D-Arzt Dr. S noch von der Neurochirurgischen Abteilung noch von der Beklagten darauf hingewiesen worden, dass die Neurochirurgie zur DurchfÃ¼hrung der Operation nicht berechtigt gewesen sei.

Â

Der Senat hat einen Aktenauszug aus dem Verfahren vor dem Landgericht Kiel â Klage der KlÃ¤gerin gegen das UKSH (AZ 8 O 409/18) â beigezogen. Mit der Klage hat die KlÃ¤gerin wegen der am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrten Operation Schmerzensgeld und Schadensersatz geltend gemacht. Beigezogen wurden u.a. das Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Dr. A vom 24. Juni 2020 sowie dessen ergÃ¤nzende Stellungnahme vom 4. April 2022. Der dortige SachverstÃ¤ndige Dr. A ist im Wesentlichen zu dem Ergebnis gelangt, es habe kein Anhalt fÃ¼r eine C5-Radikulopathie rechts und keine OP-Indikation bestanden. Er bestÃ¤tigt dabei u.a. die von dem SachverstÃ¤ndigen Dr. B erhobenen BewegungsausmaÃe.

Â

Die Beklagte trÃ¤gt nach erfolgter Einsichtnahme in den beigezogenen Auszug aus der Akte des LG Kiel (8 O 409/18) mit Schriftsatz vom 25. Juli 2022 ergÃ¤nzend vor, sie sehe sich durch den Vortrag der dortigen Klagepartei in ihrer Auffassung insoweit bestÃ¤tigt, als die HWS-Versteifungsoperation ohne ausreichende medizinische Indikation durchgefÃ¼hrt worden sei. Hinsichtlich der Folgen der indikationslos durchgefÃ¼hrten Operation biete der Inhalt der betreffenden Gerichtsakte keine weiteren Erkenntnisse, weil die in vorliegendem Verfahren streitigen Fragen nicht Gegenstand des dortigen Verfahrens gewesen seien. Daher verbleibe es bei der Auffassung, dass eine Zurechnung von Handlungen der

Abteilung der Neurochirurgie des UKSH in den Verantwortungsbereich der Beklagten nicht opportun erscheine, zumal sich die vertraglichen Beziehungen zu dieser Abteilung abweichend von den vertraglichen Beziehungen zu einem D-Arzt darstellten und sich eine andere Haftung fÃ¼r das Handeln der dort beschÃ¤ftigten Ãrzte ergebe.

Â

Mit Schriftsatz vom 13. Februar 2023 hat der ProzessbevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin das Grund- und Teilurteil vom 25. November 2022 Ã¼bersandt, mit dem das Landgericht Kiel festgestellt hat, dass das beklagte UKSH verpflichtet ist, der KlÃ¤gerin den zukÃ¼nftigen weiteren materiellen und zum Schluss der letzten mÃ¼ndlichen Verhandlung noch nicht vorhersehbaren immateriellen Schaden, der auf der Behandlung der KlÃ¤gerin bei dem beklagten UKSH vom 15. Mai bis 26. Mai 2014 beruht, zu ersetzen, soweit diese AnsprÃ¼che nicht auf SozialversicherungstrÃ¤ger oder andere Dritte Ã¼bergangen sind oder Ã¼bergehen werde.

Â

Der Senat hat in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 20. Februar 2023 Beweis erhoben durch die Vernehmung des verantwortlichen D-Arztes Prof. Dr. S1, zugleich Leiter der Unfallchirurgie des UKSH, und als weiteren Zeugen den Leiter der Neurochirurgischen Abteilung des UKSH Prof. Dr. M1, in dessen Abteilung die KlÃ¤gerin am 21. Mai 2014 operiert wurde. Zum Ergebnis der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift vom 20. Februar 2023 (Blatt 375 ff der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Â

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen. Die Akten sind Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin ist statthaft (Â§ 143 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben (Â§ 151 Abs. 1 SGG), und auch begrÃ¼ndet.

Â

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 21. Oktober 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. November 2016 ist rechtswidrig und verletzt die KlÃ¤gerin in ihren Rechten (Â§ 54 Abs. 2 SGG).

Â

1. Richtige Klageart fÃ¼r die Feststellung weiterer Unfallfolgen ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage (Â§Â§ 54 Abs. 2 SGG, 55 Abs. 1, 3 SGG).

Â

2. Die Beklagte hat bereits mit Bescheid vom 21. Oktober 2015 festgestellt, dass die KlÃ¤gerin am 12. Mai 2014 einen Arbeitsunfall (vgl Â§ 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]) mit der Folge einer HWS-Distorsion erlitten hat.

Â

3. Die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf Feststellung weiterer Unfallfolgen, auf psychiatrischem Fachgebiet (hierzu a)) sowie auf orthopÃ¤disch-chirurgischem Fachgebiet (hierzu b)).

Â

Die von der KlÃ¤gerin geltend gemachten GesundheitsstÃ¶rungen kÃ¶nnen nur dann als Folgen eines Arbeitsunfalls angesehen werden, wenn ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem jeweiligen Gesundheitsschaden nachgewiesen ist. Hinsichtlich des BeweismaÃstabes gilt dabei, dass das â□□Unfallereignisâ□□ sowie der â□□Gesundheitserst- bzw. -folgeschadenâ□□ im Wege des Vollbeweises, demnach mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, fÃ¼r das Gericht feststehen mÃ¼ssen. DemgegenÃ¼ber genÃ¼gt fÃ¼r den Nachweis der wesentlichen UrsachenzusammenhÃ¤nge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloÃe MÃ¶glichkeit, die dann zu bejahen ist, wenn mehr fÃ¼r als gegen die Annahme des Ursachenzusammenhangs spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (*vgl hierzu BSG, Urteil vom 2. April 2009 â□□ B 2 U 30/07 R â□□ juris, Rn 16 mwN*). Sind â□□ wie hÃ¤ufig â□□ mehrere Bedingungen fÃ¼r den Eintritt des Schadens ursÃ¤chlich im naturwissenschaftlichen Sinn gewesen, gilt die KausalitÃ¤tslehre der wesentlichen Bedingung. Danach sind nur die Ursachen rechtserheblich, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg an dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (*vgl BSG, Urteil vom 13. November 2012 â□□ B 2 U 19/11 R â□□ juris, Rn 20 mwN*). Die KausalitÃ¤tsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu erfolgen. MaÃgeblich sind demnach die Erkenntnisse, die von der Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tÃ¤tigen Fachwissenschaftler anerkannt werden (*vgl BSG, Urteil vom 6. September 2018 â□□ B 2 U 13/17 R â□□ juris, Rn 20 mwN*).

Â

a) Ausgehend von diesen MaÃstÃ¤ben steht aufgrund des Akteninhalts und insbesondere der Feststellungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. M2 zur Ãberzeugung des Senats fest, dass aufgrund des Unfallereignisses vom 12. Mai 2014 Ã¼ber die anerkannte HWS-Distorsion hinaus die auf psychiatrischem Fachgebiet mit dem zuletzt gestellten Antrag geltend gemachte AnpassungsstÃ¶rung mit verlÃ¤ngerter depressiver Reaktion als weitere â unmittelbare â Unfallfolge festzustellen ist.

Â

Der Senat stÃ¼tzt sich insoweit auf die schlÃ¼ssigen und fÃ¼r ihn Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen Dr. M2 in seinem neurologisch-psychiatri-schen Gutachten vom 30. Mai 2022 nebst ergÃ¤nzender Stellungnahme vom 9. Juni 2022, die auf dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand beruhen.

Â

Zwar kann der Senat der EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen Dr. M2 insoweit nicht folgen, als er ein bei der KlÃ¤gerin unfallbedingt bestehendes komplexes psychisches Syndrom diagnostiziert hat, das aus Inhalten einer sich herausgebildeten PTBS und einer sodann erneut aufgetretenen depressiven Symptomatik bestanden haben soll. Zu dieser EinschÃ¤tzung gelangt der SachverstÃ¤ndige Dr. M2 ausdrÃ¼cklich lediglich unter Zugrundelegung der diagnostischen Leitlinien des ICD-11, die aber in Deutschland noch nicht in Kraft getreten sind. UnabhÃ¤ngig davon, dass der Senat im Hinblick auf den erlittenen Auffahrunfall erhebliche Zweifel an dem Vorliegen eines geeigneten A-Kriteriums hat, hat die KlÃ¤gerin zuletzt die Feststellung einer AnpassungsstÃ¶rung mit verlÃ¤ngerter depressiver Reaktion (ICD-10F43.21) geltend gemacht, die der SachverstÃ¤ndige Dr. M2 alternativ als bei der KlÃ¤gerin unfallbedingt verursacht bewertet. Zur Ãberzeugung des Senats liegen die fÃ¼r die Stellung dieser Diagnose notwendigen Voraussetzungen bei der KlÃ¤gerin vor. So hat der SachverstÃ¤ndige Dr. M2 Ã¼berzeugend dargelegt, dass es bei der KlÃ¤gerin aufgrund des Auffahrunfalls zu einer identifizierbaren psychosozialen Belastung von einem nicht auÃergewÃ¶hnlichen oder katastrophalen AusmaÃ (und Beginn der Symptome innerhalb eines Monats), Symptomen und VerhaltensstÃ¶rungen, wie sie bei affektiven StÃ¶rungen und bei StÃ¶rungen des Sozialverhaltens vorkommen und zu Symptomen gekommen ist, die in der Regel nicht lÃ¤nger als 6 Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen andauern, auÃer bei der lÃ¤ngeren depressiven Reaktion. Dabei hat sich der SachverstÃ¤ndige Dr. M2 umfÃ¤nglich und Ã¼berzeugend mit dem Vorliegen vorbestehender Erkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet auseinandergesetzt und nachvollziehbar herausgearbeitet, dass sich bei der KlÃ¤gerin infolge des Unfalls und der im Rahmen dessen erlebten Hilflosigkeit trotz der bei ihr erhÃ¶hten VulnerabilitÃ¤t eine psychische Symptomatik entwickelt hat. Der Senat teilt die EinschÃ¤tzung des SachverstÃ¤ndigen, der die Angaben der KlÃ¤gerin im Rahmen der eigenen Untersuchung auch im Hinblick auf die Konsistenz der Beschwerden im Wege Ã¼blicher Tests geprÃ¼ft hat und nachvollziehbar zu dem Ergebnis gelangt ist, dass keine relevante Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und

kÃ¶rperlicher und psychischer BeeintrÃ¤chtigung feststellbar war und sich Hinweise auf das erwartbare MaÃ Ã¼berschreitende Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation nicht finden lieÃen. Die Ã¼berzeugende Annahme einer unfallbedingten psychiatrischen Erkrankung stimmt zudem mit den aktenkundigen psychiatrischen Befunden Ã¼berein. So heiÃt es nach Entlassung aus der stationÃ¤ren Behandlung vom 20. Mai bis 20. Juni 2014, bei der KlÃ¤gerin bestehe ein psychovegetatives ErschÃ¶pfungssyndrom. Dem von der Beklagten veranlassten Rehabilitationsplan vom 15. Dezember 2014 sind der Verdacht auf unfallbedingte AnpassungsstÃ¶rung und der Hinweis auf SchlafstÃ¶rungen und FahrÃ¤ngste zu entnehmen. Weiter weist der ausfÃ¼hrliche Ã¤rztliche Entlassungsbericht der BGSW nach erfolgter stationÃ¤rer Behandlung vom 10. Februar bis 26. MÃ¤rz 2015 die bei der KlÃ¤gerin bestehenden Diagnosen einer Fahrphobie und einer AnpassungsstÃ¶rung aus. SchlieÃlich teilt das MVZ am 15. April 2015 mit, dass bei der KlÃ¤gerin seit dem Unfall ein psychovegetatives ErschÃ¶pfungssyndrom bestehe. Insbesondere wegen der aufgrund des Unfalls bestehenden Fahrphobie hat die Beklagte therapeutische Fahrstunden bewilligt. In diesem Zusammenhang hat der SachverstÃ¤ndige Dr. M2 weiter Ã¼berzeugend ausgefÃ¼hrt, dass mit dem im April 2015 abgeschlossenen erfolgreichen therapeutischen Fahrtraining weiterhin bestehende psychiatrische Beschwerden nicht mehr als unfallbedingt bewertet werden kÃ¶nnen (Verschiebung der Wesensgrundlage). Die Bewertung durch den SachverstÃ¤ndigen Dr. M2 macht sich der Senat im Wege seiner BeweiswÃ¼rdigung nach Â§ 128 SGG iVm Â§Â§ 402 ff. Zivilprozessordnung (ZPO) zu eigen. Dessen AusfÃ¼hrungen beziehen die eingeholten Befund- und Behandlungsberichte ein und setzen sich auf dem Stand der Fachwissenschaft mit dem Erkrankungsbild der KlÃ¤gerin auseinander.

Â

Dieser EinschÃ¤tzung hat sich die KlÃ¤gerin angeschlossen und mit ihrem in der mÃ¼ndlichen Verhandlung gestellten Antrag Rechnung getragen.

Â

b) Auf orthopÃ¤disch-chirurgischem Fachgebiet sind Ã¼ber die anerkannte HWS-Distorsion hinaus weitere GesundheitsstÃ¶rungen als mittelbare Unfallfolgen nach Â§ 11 Abs. 1 SGB VII festzustellen.

Â

aa) In diesem Zusammenhang grundsÃ¤tzlich unerheblich ist, falls am 21. Mai 2014 keine Unfallfolge behandelt wurde. Denn auch objektiv nicht durch den Arbeitsunfall bedingte Heilbehandlungen kÃ¶nnen den Tatbestand des Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII auslÃ¶sen. Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII setzt nicht voraus, dass bei der HeilbehandlungsmaÃnahme ein weiterer â Unfallâ vorliegt, so dass auch GesundheitsstÃ¶rungen ohne ein neues Unfallereignis erfasst sein kÃ¶nnen. Â§ 11 SGB VII stellt eine spezielle Zurechnungsnorm dar, die GesundheitsschÃ¤den auch dann einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet, wenn sie etwa im Rahmen der DurchfÃ¼hrung einer Berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder durch

eine Untersuchung zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts wesentlich verursacht werden (*vgl BSG, Urteil vom 6. September 2018 â□□ B 2 U 16/17 R â□□ juris, mwN*).

Â

Die gesetzliche Zurechnung beruht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (*vgl Urteil vom 5. Juli 2011 â□□ B 2 U 17/10 R â□□ juris*) auf der (grundsÃ¤tzlich auch mitwirkungspflichtigen) Teilnahme des Versicherten an einer vom UnfallversicherungstrÃ¤ger oder ihm zurechenbar bewilligten oder angesetzten MaÃ□nahme. Dabei kommt es rechtlich nicht darauf an, ob die HeilbehandlungsmaÃ□nahme durch den TrÃ¤ger objektiv rechtmÃ¤Ã□ig bzw. geboten war oder ob objektiv ein Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung (Â§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII) Ã¼ber die Bewilligung eines Anspruchs auf diese Heilbehandlung bestand (*vgl BSG, Urteil vom 5. Juli 2011, aaO).*

Â

Mit Urteil vom 15. Mai 2012 *(B 2 U 31/11 R â□□ juris*) hat das BSG die in der o.g. Entscheidung vom 5. Juli 2011 vertretene Rechtsauffassung â□□mit der MaÃ□gabeâ□□ bestÃ¤tigt, dass Â§ 11 Abs. 1 SGB VI darauf abstellt, dass sich die Mitwirkung an einer vom LeistungstrÃ¤ger angeordneten Ã¤rztlichen MaÃ□nahme auch dann als versichert erweist, wenn sich spÃ¤ter herausstellt, dass in Wirklichkeit kein Versicherungsfall vorlag. Als Voraussetzung fÃ¼r die Zurechnung eines Gesundheitsschadens, der rechtlich wesentlich durch eine im Sinne des Â§ 11 Abs. 1 SGB VII vom UnfallversicherungstrÃ¤ger angeordnete MaÃ□nahme als verursacht bewertet werden kann, setzt das BSG seine bisherige Rechtsprechung eingrenzend voraus, dass der TrÃ¤ger oder seine Leistungserbringer gegenÃ¼ber dem durch die Verrichtung einer bestimmten versicherten TÃ¤tigkeit Versicherten durch (festgestellte) Handlungen den Anschein begrÃ¼ndet hat, die Behandlungs- oder UntersuchungsmaÃ□nahme erfolge zur Behandlung von Unfallfolgen oder zur AufklÃ¤rung des Sachverhaltes eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge. DemgegenÃ¼ber wird teilweise in der Rechtsprechung und Unfallliteratur die Auffassung vertreten, dass es nicht ausreiche, wenn nur irrtÃ¼mlich davon ausgegangen werde, dass ein Versicherungsfall vorliegt (*vgl zB LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 14. Dezember 2016 â□□ L 3 U 3579/14 â□□ juris, Rn 66; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 2. MÃ¤rz 2017 â□□ L 3 U 176/15 â□□ juris; Wagner in jurisPK-SGB VII, 2. Aufl., Â§ 11, Rn 25 mit Hinweis darauf, dass sich die oben beschriebene Einbeziehung nicht im Einklang befinde mit dem Wortlaut des Â§ 11 Abs. 1 SGB VII, der auf die â□□Folgen eines Versicherungsfallsâ□¦â□□Â Bezug nehme*).

Â

bb) Der Senat schlieÃ□t sich der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung an, nach der GesundheitsschÃ¤den bzw. FunktionseinschrÃ¤nkungen auch dann als mittelbare Unfallfolgen zugerechnet und als Unfallfolgen festgestellt werden kÃ¶nnen, wenn diese aufgrund der Heilbehandlung ausgelÃ¶st wurden, aber objektiv nicht aufgrund des Arbeitsunfalls notwendig war. Denn anders, als noch die VorgÃ¤ngerregelung

des Â§ 555 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) setzt Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII nicht mehr voraus, dass bei der HeilbehandlungsmaÃnahme ein â€Unfallâ€ vorliegt, weshalb auch GesundheitsstÃ¶rungen ohne ein neues Unfallereignis erfasst sein mÃ¼ssen. In diesem Zusammenhang fÃ¼r den erkennenden Senat weiter Ã¼berzeugend weist das BSG darauf hin, dass Â§ 11 SGB VII eine spezielle Zurechnungsnorm darstellt, die GesundheitsschÃ¤den ausdrÃ¼cklich auch dann einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet, wenn sie etwa durch die DurchfÃ¼hrung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung zur AufklÃ¤rung des Sachverhalts wesentlich verursacht wurden.

Â

Von der DurchfÃ¼hrung einer Heilbehandlung im Sinne des Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist dann auszugehen, wenn der UnfallversicherungstrÃ¤ger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte HeilbehandlungsmaÃnahme nach den Â§Â§ 26 ff SGB VII â€ nicht notwendig durch Verwaltungsakt in Schriftform â€ bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen diagnostischen oder therapeutischen MaÃnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der MaÃnahme des TrÃ¤gers â€ den Anordnungen der Ãrzte folgend â€ teilnimmt (*vgl BSG, Urteil vom 5. Juli 2011,* aaO).

Â

Eine HeilbehandlungsmaÃnahme im Sinne des Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII ist daher zu bejahen, wenn ein D-Arzt der gesetzlichen Unfallversicherung in dieser Funktion zur Behandlung einer von ihm als unfallbedingt eingeschÃ¤tzten GesundheitsbeeintrÃ¤chtigung ohne weiteren Kontakt zum UnfallversicherungstrÃ¤ger tÃ¤tig wird oder dem Versicherten gegenÃ¼ber eindeutig und klar erklÃ¤rt, dass es sich bei dem Ã¤rztlichen Eingriff um eine HeilbehandlungsmaÃnahme zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund eines Arbeitsunfalls handelt. Denn der D-Arzt hat gemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 des Vertrags nach Â§ 34 Abs. 3 SGB VII unter BerÃ¼cksichtigung von Art oder Schwere der Verletzung zu beurteilen und zu entscheiden, ob eine allgemeine oder eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist. Leitet er eine besondere Heilbehandlung ein, so fÃ¼hrt er die Behandlung durch. Dem D-Arzt kommt damit an dieser Stelle die Funktion eines Amtswalters des UnfallversicherungstrÃ¤gers zu, der fÃ¼r den VersicherungstrÃ¤ger verbindlich den Behandlungs- und Untersuchungsanspruch des Versicherten konkretisiert und fÃ¼r dessen Fehler der VersicherungstrÃ¤ger ggf. zu haften hat (*vgl BSG, Urteil vom 6. September 2018 â€ B 2 U 16/17 R â€ juris; vgl auch BGH, Urteil vom 10. MÃ¤rz 2020 â€ VI 281/19 â€ juris; BGH, Urteil vom 29. November 2016 â€ VI ZR 208/15 â€ BGHZ 213, 120*). Bei den ZurechnungstatbestÃ¤nden des Â§ 11 SGB VII muss sich der UnfallversicherungstrÃ¤ger daher das Handeln des D-Arztes grundsÃ¤tzlich zurechnen lassen (*vgl BSG, Urteil vom 5. Juli 2011,* aaO).

Â

cc) Orientiert an diesen GrundsÃ¤tzen ist die im Fall der KlÃ¤gerin am 21. Mai 2014

erfolgte Operation der Beklagten zuzurechnen.

Â

Zwar handelt es sich bei dem Arzt, den Zeugen Prof. Dr. M1, der die KlÃ¤gerin operiert hat bzw. in seiner Abteilung hat operieren lassen, nicht um einen D-Arzt und damit nicht um ein â□□Organâ□□ der Beklagten. Auch hat die Beklagte selbst die am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrte Operation weder in Auftrag gegeben noch im Nachhinein genehmigt.

Â

Indessen steht zur Ã□berzeugung des Senats fest, dass der Zeuge Prof. Dr. M1 die betreffende Operation im Auftrag und auf Veranlassung des Zeugen und D-Arztes Prof. Dr. S1 durchgefÃ¼hrt hat.

Â

Entgegen des Vortrags der Beklagten, nach dem sich die Ã□berweisung der KlÃ¤gerin durch den Zeugen Prof. Dr. S1 in die Neurochirurgische Abteilung lediglich auf eine â□□ ambulante â□□ MRT-Untersuchung bezogen haben soll, ergibt sich zur Ã□berzeugung des Senats aus den glaubhaften und widerspruchsfreien sowie Ã¼bereinstimmenden Aussagen in der mÃ¼ndlichen Verhandlung der Zeugen Prof. Dres. S1 und M1, dass der Zeuge Prof. Dr. S1 die KlÃ¤gerin an die Neurochirurgische Abteilung als berufsgenossenschaftlichen Fall zwecks Diagnostik und auch Behandlung weitergeleitet hat, ohne eine Mitteilung des MRT-Befundes oder RÃ¼cksprache einzufordern. Hierzu hat der Zeuge und D- Arzt Prof. Dr. S1 nachdrÃ¼cklich betont, dass die weiterbehandelnde Klinik â□□ hier die Neurochirurgische Abteilung â□□ die Einordnung als berufsgenossenschaftlichen Fall ohne seine Zustimmung oder ohne Entscheidung der zustÃ¤ndigen Berufsgenossenschaft grundsÃ¤tzlich nicht selbstÃ¤ndig Ã¤ndern dÃ¼rfe und weiter, dass regelhaft keine RÃ¼ckmeldung erfolge. In diesem Zusammenhang hat der Zeuge und D-Arzt Prof. Dr. S1 weiter angegeben, dass er Ã¼blicherweise, und so auch im Fall der KlÃ¤gerin, selbst bei vorheriger Kenntnis von der beabsichtigten Operation deren DurchfÃ¼hrung nicht widersprochen hÃ¤tte, weil er â□□ grundsÃ¤tzlich â□□ auf die fachliche Kompetenz der weiterbehandelnden Kollegen vertraut, wobei auch der spÃ¤tere Abschluss der Rahmenvereinbarung Ã¼ber die Behandlung von Versicherten der TrÃ¤ger der gesetzlichen Unfallversicherung an diesem Ã¼blichen Prozedere nichts geÃ¤ndert habe. Das von dem Zeugen und D-Arzt Prof. Dr. S1 geschilderte Ã¼bliche wie auch bezogen auf die KlÃ¤gerin konkrete Prozedere wird bestÃ¤tigt durch die Aussagen des Zeugen Prof. Dr. M1. Dieser hat angegeben, dass ihm die KlÃ¤gerin aus der Berufsgenossenschaftlichen Ambulanz zwecks Diagnosestellung und Weiterbehandlung zugewiesen und von der Neurochirurgischen Abteilung zu Lasten der Berufsgenossenschaft in eine Anschluss-RehabilitationsmaÃ□nahme Ã¼berwiesen wurde. Lediglich versehentlich sei der Abschlussbericht im Fall der KlÃ¤gerin an die Berufsgenossenschaft und nicht an die HausÃ¤rztin Ã¼bersandt worden. In diesem Zusammenhang stellt der Zeuge Prof. Dr. M1 klar, dass es unÃ¼blich sei, im Fall eines Arbeitsunfalls nach Zuweisung

durch den D-Arzt RÃ¼ckmeldungen vorzunehmen oder Genehmigungen fÃ¼r eine als notwendig erachtete Operation einzuholen. Mit der Zuweisung auch von berufsgenossenschaftlichen FÃ¤llen werde die pauschale Aufgabe Ã¼bertragen, dazu beizutragen, der Patientin bestmÃ¶glich zu helfen und sie bestmÃ¶glich versorgt zu entlassen. Die Patientin bzw. der Patient werde Ã¼ber den D-Arzt in seine Hand Ã¼bergeben, und im Anschluss erfolge in dessen Auftrag die entsprechende Behandlung einschlieÃlich der Entscheidung Ã¼ber die weitere Behandlung. Dabei werde nicht geprÃ¼ft, ob und wie die gesundheitliche BeeintrÃ¤chtigung auf dem Arbeitsunfall beruht.

Â

Der Senat hat keine Anhaltspunkte fÃ¼r Zweifel, seine Ãberzeugung auf die Aussagen der benannten Zeugen stÃ¼tzen. Beide Zeugen haben das aus ihrer Sicht Ã¼bliche und im Fall der KlÃ¤gerin konkrete Prozedere beschrieben, wonach die vom D-Arzt Ã¼berwiesenen Patienten in der zugewiesenen Abteilung als im Auftrag der betreffenden Berufsgenossenschaft ohne RÃ¼cksprache und âmeldung weiterbehandelt und gegebenenfalls operiert werden.

Â

Auch wenn sich die Beklagte mit der DurchfÃ¼hrung der Operation nicht einverstanden erklÃ¤rt, muss sie sich das Handeln ihres D-Arztes, des Zeugen Prof. Dr. S1, zurechnen lassen. Dieser hat die bei der KlÃ¤gerin durchgefÃ¼hrte Operation zwar nicht ausdrÃ¼cklich genehmigt, aber deren DurchfÃ¼hrung veranlasst, weil er jegliche Entscheidung Ã¼ber die Weiterbehandlung einschlieÃlich der Entscheidung Ã¼ber eine etwaige Operation weitergereicht hat. Weil, wie ausgefÃ¼hrt, dem D-Arzt die Funktion eines Amtswalters des UnfallversicherungstrÃ¤gers zukommt, fÃ¼r dessen Fehler der UnfallversicherungstrÃ¤ger haftet, haftet vorliegend die Beklagte auch fÃ¼r die Folgen einer solchen Entscheidung des D-Arztes, wenn er die Versicherte zwecks Weiterbehandlung an eine andere Abteilung Ã¼berweist, die ihrerseits Ã¼ber die Behandlung entscheiden soll, und damit auch fÃ¼r die dort am 21. Mai 2014 erfolgte, wenn auch nicht indizierte Operation. Zwar Ã¼bt ein zur Heilbehandlung vom D-Arzt hinzugezogener Arzt kein Ã¶ffentliches Amt aus, weshalb jener fÃ¼r Fehler persÃ¶nlich haftet *(vgl BGH, Urteil vom 13. MÃ¤rz 2020, aaO)*. Auch hat der Zeuge Prof. Dr. S1 weder konkret zur Operation aufgefordert noch um die fehlende Operationsindikation gewusst. Der Senat sieht den hier maÃgeblichen Fehler des D-Arztes Prof. Dr. S1 darin, dass dieser in seiner Funktion als D-Arzt die allein ihm obliegende Aufgabe, die Entscheidung Ã¼ber âObâ und âWieâ der Weiterbehandlung, nicht erfÃ¼llt hat, sondern vielmehr an die Neurochirurgische Abteilung weitergegeben und auf die notwendige RÃ¼ckmeldung des Befundes nicht nur verzichtet, sondern die KlÃ¤gerin auch zur Entscheidung Ã¼ber die Weiterbehandlung Ã¼berwiesen hat, dies ausdrÃ¼cklich mit Hinweis auf eine â weitere â Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung.

Â

Wenn sich aus dieser nach den gesetzlichen Regelungen fehlerhaften Entscheidung heraus ein Fehler ergibt, so wie hier die Entscheidung und DurchfÃ¼hrung einer objektiv nicht indizierten Operation, sind dessen Folgen der Beklagten als UnfallversicherungstrÃ¤ger nach den oben genannten GrundsÃ¤tzen zuzurechnen.

Â

dd) Die von dem Senat vorgenommene Bewertung passt auch zu der hÃ¶chstrichterlichen zivilrechtliche Rechtsprechung, nach der die wesentliche Entscheidung zur ErfÃ¼llung der Steuerungsfunktion des D-Arztes gemÃ¤Ã Â§ 27 des Vertrages Ãrzte/UnfallversicherungstrÃ¤ger an jener Schnittstelle â ZÃ¤sur zwischen hoheitlichen Pflichten und dem sich daran anschlieÃenden privatrechtlichen BehandlungsverhÃ¤ltnis â angesiedelt ist, der zuvor Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung einer allgemeinen Heilbehandlung, Einleitung einer besonderen Heilbehandlung oder die Ablehnung einer Heilbehandlung zu Lasten des UnfallversicherungstrÃ¤gers zu entscheiden hat (*vgl BGH, Urteil vom 13. MÃ¤rz 2020, aaO, Rn 22 mwN).*

Â

Eben diese ZÃ¤sur war im Zeitpunkt der Ãberweisung der KlÃ¤gerin an die Neurochirurgische Abteilung des UKSH noch nicht erreicht. Vielmehr hat der D-Arzt Prof. Dr. S1 die Neurochirurgische Abteilung pauschal zur Weiterbehandlung ermÃ¤chtigt, dies im Rahmen einer HeilbehandlungsmaÃnahme und einschlieÃlich der Entscheidung zur DurchfÃ¼hrung einer Operation, der er selbst bei Kenntnis von der beabsichtigten Operation nach eigenen und fÃ¼r den Senat glaubhaften Bekundungen nicht widersprochen hÃ¤tte.

Â

Steht eine Zurechnung der durchgefÃ¼hrten Operation durch das Handeln des D-Arztes fest, stellt die am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrte Operation eine HeilbehandlungsmaÃnahme im Sinne des Â§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII dar, und es kommt weder auf vertragliche Beziehungen zwischen der DGUV und der DKV noch darauf an, ob die Beklagte rechtzeitig von der Operation Kenntnis erlangt hat.

Â

ee) Der Senat hat keine Zweifel daran, dass sich fÃ¼r die KlÃ¤gerin aus Sicht einer verstÃ¤ndigen Versicherten der Anschein ergab, die operative Versorgung diene unfallbedingten GesundheitsstÃ¶rungen. Der D-Arzt hat sie an die Neurochirurgische Abteilung Ã¼berwiesen, wo man ihr mitgeteilt hat, dass die MRT-Untersuchung einen operationsbedÃ¼rftigen Befund ergeben habe und sie umgehend operiert werden mÃ¼sse. Anhaltspunkte fÃ¼r die Annahme eines unfallunabhÃ¤ngigen oder nicht operationsbedÃ¼rftigen Befundes bestanden fÃ¼r sie nicht, zumal ihr lediglich ein Tag Bedenkzeit gewÃ¤hrt wurde, was die OperationsbedÃ¼rftigkeit sogar dringlich erscheinen lieÃ. Zudem war eine MRT-Diagnostik in der Praxis des erstbehandelnden D-Arztes nicht mÃ¶glich, weshalb sie

auch nicht von einer vom D-Arzt Dr. S getroffenen abweichenden Diagnose ausgehen konnte. Zudem hatte ihr der D-Arzt Dr. S geraten, sich bei weiteren Beschwerden in der betreffenden BG-Ambulanz des UKSH vorzustellen und sie bereits zur MRT-Untersuchung an das UKSH Ã¼berwiesen. Im Ãbrigen war selbst der D-Arzt Prof. Dr. S1 zunÃ¤chst selbst von einer traumatischen Bandscheibenruptur ausgegangen (Gutachten vom 8. November 2014).

Â

ff) Zur Ãberzeugung des Senats sind aufgrund der am 21. Mai 2014 durchgefÃ¼hrten Operation die im Tenor benannten GesundheitsstÃ¶rungen verblieben, die gemÃ¤Ã Â§ 11 SGB VII als mittelbare Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Mai 2014 festzustellen sind. Der SachverstÃ¤ndige Dr. B hat Ã¼berzeugend dargelegt, dass es aufgrund der ventralen Disektomie und Fusion der Halswirbel 4/5 bei der KlÃ¤gerin zu einer minimalen EinschrÃ¤nkung der HalswirbelsÃ¤ulenbeweglichkeit fÃ¼r Vor- und RÃ¼ckneigen, Seitneigen und Rotation nach rechts, einer 3 Zentimeter langen Narbe mit SensibilitÃ¤tsstÃ¶rung durch TaubheitsgefÃ¼hl und einer regelrecht einliegenden Platte und Cage-Interponat zur Fusion HWK 4 und HWK 5 gekommen ist. Die Bewertung des SachverstÃ¤ndigen Dr. B, die zudem mit der EinschÃ¤tzung des im zivilgerichtlichen (8 O 409/18) Verfahren bestellten gerichtlichen SachverstÃ¤ndigen Dr. A Ã¼bereinstimmt, macht sich der Senat im Wegen seiner BeweiswÃ¼rdigung nach Â§ 128 SGG iVm Â§Â§ 402 ff ZPO zu eigen.

Â

4. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§Â 193 SGG. Hierbei war zu berÃ¼cksichtigen, dass die KlÃ¤gerin ursprÃ¼nglich die Feststellung weiterer Unfallfolgen auf psychiatrischem Fachgebiet sowie die Ãbernahme von Heilbehandlungskosten begehrt hat und ein weiterer Anspruch, als zugesprochen, nach Auffassung des erkennenden Senats nicht besteht.

5. GrÃ¼nde, die Revision zuzulassen (Â§Â 160 Abs. 2 SGG), liegen nicht vor.

Erstellt am: 14.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024