

L 3 U 117/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 67 U 1028/07

Datum

25.03.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 117/11

Datum

18.04.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. März 2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind die Folgen eines Arbeitsunfalls und ein Anspruch des Klägers auf Gewährung von Verletztenrente (VR) aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der 1952 geborene Kläger stürzte am 07. Juni 2005 bei einer Objektbesichtigung, die er als Niederlassungsleiter der Deutschen Bahn (B) am S-Bahnhof S durchführte, mit dem rechten Bein in einen ca. 1,50 m tiefen, ungesicherten Hausanschlussschacht. Hierbei zog er sich eine Tibiakopffraktur des rechten Kniegelenks mit einem knöchernen Ausriss des vorderen Kreuzbandes zu (Durchgangsarzt [DA]-Bericht von Prof. Dr. H, M Krankenhaus, vom 08. Juni 2005). Der Tibiakopf wurde operativ mittels Scheiben stabilisiert und das vordere Kreuzband fixiert (Zwischenbericht von Prof. Dr. H vom 16. Juni 2005). Ausweislich des Arthroskopieprotokolls vom 08. Juni 2005 wurden bei der Operation (OP) außerdem ein zottiger älterer Knorpelschaden der Patellarrückfläche sowie ähnliche, aber tiefer reichende und drittgradige Knorpelveränderungen in der Trochlea festgestellt. Das vordere Tibiaplateau wies leichte Knorpelkontusionen auf und es wurde eine umfangreiche Synovektomie des Hoffa'schen Fettkörpers vorgenommen. Während der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) bis zum 03. Oktober 2005 erhielt der Kläger nach der vom Arbeitgeber geleisteten Entgeltfortzahlung Verletztengeld (VG). Ab dem 04. Oktober 2005 ging er seiner beruflichen Tätigkeit wieder nach. Eine Röntgenuntersuchung vom 21. November 2005 zeigte eine knöchern fast vollständig verheilte Tibiafraktur mit unverändert liegendem Schraubenmaterial und keine Entkalkung. Bei beiden Kniegelenken ergaben sich leichte degenerative Veränderungen.

In einem Ersten Rentengutachten vom 07. März 2006 stellte Prof. Dr. H (Dr. H) als wesentliche Unfallfolgen fest: - knöchern verheilte Schienbeinkopffraktur rechts, - verheilte knöcherner Ausriss des vorderen Kreuzbandes mit guter Stabilität, - Muskel- und Kraftminderung rechtes Kniegelenk, - Narbenbildung rechtes Kniegelenk.

Der Kläger habe ein ohne Hilfsmittel unauffälliges Gangbild bei X-Beinachsen, beidseits, aufgewiesen. Die Muskulatur des rechten Oberschenkels sei noch um 2 cm verschmälert und das rechte Kniegelenk ödematös geschwollen. Die Beweglichkeit sei rechts mit 0-0-130° gegenüber links mit 10-0-135° nur endgradig eingeschränkt, die Stabilität des vorderen Kreuzbandes gut. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) werde vom 04. Oktober 2005 bis zum 05. März 2006 mit 20 v. H. und vom 06. März 2006 bis auf Weiteres und auch nach Beendigung des dritten Jahres nach dem Unfall mit 10 v. H. eingeschätzt. Der Kläger sei in seinem Beruf arbeitsfähig.

Mit Bescheid vom 23. Mai 2006 gewährte die Beklagte unter Anerkennung eines verheilten knöchernen Ausrisses des vorderen Kreuzbandes rechts mit guter Stabilität und einer Muskel- und Kraftminderung des rechten Kniegelenks nach knöchern verheiltem Schienbeinkopffraktur als Unfallfolgen dem Kläger für den Zeitraum vom 04. Oktober 2005 bis zum 05. März 2006 eine Unfallrente nach einer MdE von 20 v. H. ... Für die Zeit ab dem 06. März 2006 bestehe mangels rentenberechtigender MdE kein Rentenanspruch. Nicht unfallbedingt seien die degenerativen Veränderungen des linken Kniegelenks.

Hiergegen erhob der Kläger am 16. Juni 2006 Widerspruch.

Zwischenzeitlich hatte er sich zu Dr. S, Klinikum M-B, in Behandlung begeben, der am 12. Juni 2006 das OP-Material entfernte. Am 13. Juni 2006 berichtete Dr. S über eine Beweglichkeit des rechten Kniegelenks von 0-5-140° bei einer Valgusfehlstellung von 4 Querfingern und

deutlichen Druckschmerzen über dem Gelenkspalt und empfahl eine Korrekturosteotomie. In Attesten vom 04. Juli 2006 und vom 13. März 2007 führte Dr. S aus, dass sich bei der Operation am 12. Juni 2006 eine deutliche retropatellare Arthrose sowie eine umschriebene Chondromalazie 3. - 4. Grades gezeigt habe und eine Knorpelglättung und Teilsynovektomie durchgeführt worden seien. Die Knorpelveränderungen seien weitestgehend unfallbedingt, ebenso die Valgusstellung des rechten Kniegelenks, denn sie stimmten mit den erlittenen Verletzungen überein. Der Kläger habe eine Tibiakopf- und eine Patellafraktur erlitten und sei vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen. Am 22. November 2006 führte Dr. S die Korrekturosteotomie durch. Es fand sich eine Valgusfehlstellung von ca. 7 - 10° sowie ein insuffizienter Kapsel-Band-Apparat, der durch die Umstellungsosteotomie gut gespannt werde. Anschließend zeigten Röntgenkontrollaufnahmen einen idealen Sitz des OP-Materials (OP-Bericht vom 22. November 2006). Der Kläger war bis zum 02. Februar 2007 unfallchirurgisch arbeitsunfähig und erhielt von der Beklagten nach dem Ende der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers VG.

Im Rahmen des gegen den Bescheid vom 23. Mai 2006 gerichteten Widerspruchsverfahrens trug der Kläger vor, das Gutachten von Prof. Dr. H sei falsch und mangelhaft, und schlug ein Gutachten des Dr. S vor. Wegen unfallbedingter psychischer Beeinträchtigungen sei er seit dem 11. Februar 2007 arbeitsunfähig. Der Arbeitgeber habe mit einem Verlust des Arbeitsplatzes gedroht.

Der den Kläger seit Januar 2007 behandelnde Nervenarzt Dr. G berichtete über eine schwere psychische Erkrankung, die als generalisierte Angststörung über Jahre zurückzuverfolgen sei. Der Kläger habe in der Vergangenheit vom Hausarzt Medikamente bekommen. Therapieversuche bei Psychotherapeuten seien nicht erfolgreich verlaufen. Durch den Unfall bzw. die nachfolgende erhebliche Behinderung und chronische Schmerzsymptomatik sowie eine nicht kompensierbare Überforderung durch laufende gerichtliche Auseinandersetzungen habe sich die psychische Erkrankung verschlimmert. Es bestünden seit Monaten depressive Symptome (Attest vom 07. Juni 2007). Der Hausarzt des Klägers, der Allgemeinmediziner W bestätigte am 12. Juli 2007 eine seit Jugend bestehende generalisierende Angststörung, u. a. auch eine Klaustrophobie, die sich nach dem Sturz in den Schacht verschlimmert habe. Auch sei es bereits im August 2000 zu einer depressiven Episode im Zusammenhang mit Konflikten am Arbeitsplatz gekommen.

Des Weiteren lag der Beklagten ein von der Krankenversicherung des Klägers veranlasster Bericht zur Nachuntersuchung vom 11. April 2007 des Arztes für Neurologie und Psychiatrie W, V Klinikum H, vor, demzufolge beim Kläger eine mäßig bis deutlich ausgeprägte depressive Symptomatik in Kombination mit Panikattacken vorliege und eine durchgehende AU bestehe. Bei der Untersuchung hatte der Kläger angegeben, bis Ende 2006 nicht psychisch erkrankt gewesen zu sein und erst seit Anfang Januar 2007 bei hoher Arbeitsbelastung und Kostendruck (Umstrukturierung) und der Sorge, nicht ausreichend leistungsfähig zu sein, eine depressive und eine Angstsymptomatik entwickelt zu haben.

Der im Widerspruchsverfahren mit der Begutachtung des Klägers beauftragte Unfallchirurg Prof. Dr. H (Dr. Z) stellte in seinem Gutachten vom 09. Mai 2007 eine fortgeschrittene Gonarthrose rechts fest. An einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall bestehe kein vernünftiger Zweifel. Die Umstellungsosteotomie des Tibiakopfes sei wegen der bereits bestehenden Arthrose unfallbedingt erforderlich gewesen. Die Oberschenkelmuskulatur rechts sei im Seitenvergleich um ca. 1 cm verschmächtigt, wogegen das rechte Knie etwa 1 cm Mehrumfang habe und das rechte Bein gegenüber links um 1 cm kürzer sei. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sei mit 0-0-130° gegenüber links mit 10-0-140° endgradig einschränkt. Es bestehe ein geringer Gelenkerguss, aber keine Rötung oder Überwärmung. Die unfallbedingte MdE betrage seit dem 04. Oktober 2005 und auch weiterhin 20 v. H. ...

Der Beratungsarzt der Beklagten Dr. T führte in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2007 aus, unberücksichtigt sei geblieben, dass bereits bei der ersten OP ein erheblich älterer Knorpelschaden retropatellar und im Bereich des Kniescheibengleitlagers vorgefunden worden sei, es könne daher nur der damals noch nicht bestehende außenseitige Knorpelschaden als Unfallfolge bewertet werden. Er rechtfertige wegen der Gefahr einer Verschlimmerung die Notwendigkeit der Umstellungsosteotomie. Nach der OP zur Umstellungsosteotomie habe es eine vorübergehende wesentliche Verschlimmerung gegeben, die eine MdE von 20 v. H. ab dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 03. Februar 2007 bis zur gutachterlichen Untersuchung durch Prof. Dr. H am 16. April 2007 begründen würde. Nicht nachvollziehbar sei aber die Annahme einer MdE von 20 v. H. fortdauernd bei nur leichten funktionellen Einschränkungen.

Mit Bescheid vom 01. August 2007 erkannte die Beklagte u. a. als weitere Unfallfolge an: Nach Arbeitsunfall aufgetretene außenseitige Kniegelenksarthrose rechts mit Notwendigkeit varisierender Tibiakopf-Umstellungsosteotomie.

Die Beklagte holte zudem von dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. B eine beratungsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage ein. Dr. B verneinte in seiner Stellungnahme vom 10. August 2007 im Hinblick auf die bereits seit dem Jugendalter beim Kläger bestehende generalisierte Angststörung mit Neigung zu depressiven Episoden das Vorliegen psychischer Unfallfolgen. Der Unfall mit den daraus folgenden Funktionseinschränkungen sowie der Rechtsstreitigkeiten, Gerichtsverfahren, Arbeitslosigkeit habe zwar zu einer psychischen Belastung geführt, jedoch sei die gewöhnliche psychoreaktive Störung durch die chirurgische MdE mit abgedeckt. Bei Annahme einer außergewöhnlichen psychoreaktiven Störung liege die alles überragende Ursache in der Primärpersönlichkeit des Klägers begründet. Eine wesentliche Mitbedingung des Unfalls an der generalisierten Angststörung sei zu verneinen. Das Unfallereignis selbst sei ohne unmittelbare psychische Folgen geblieben, ein psychischer Unfallschaden sei erst im Januar 2007 erwähnt worden.

Mit zum Gegenstand des Widerspruchsverfahrens nach § 86 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gewordenen Bescheid vom 09. Oktober 2007 gewährte die Beklagte dem Kläger für den Zeitraum vom 03. Februar bis zum 15. April 2007 wegen einer vorübergehenden Verschlimmerung der Unfallfolgen eine Rente aufgrund einer MdE von 20 v. H. bei gleichzeitiger Ablehnung eines weiteren Rentenanspruches ab dem 16. April 2007. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juni 2005 erkannte sie an: Leichte Bewegungseinschränkungen des rechten Kniegelenks mit geringfügig vermehrter Aufdehnungsfähigkeit der vorderen Kreuzbandstruktur sowie eine posttraumatische außenseitige Kniegelenksarthrose rechts mit der Notwendigkeit einer varisierenden Umstellungsosteotomie nach knöchern verheiltem Schienbeinkopfbruch. Nicht als Folgen des Versicherungsfalls würden anerkannt: degenerative Veränderungen im linken Kniegelenk (vgl. Bescheid vom 23. Mai 2006), Erkrankungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet (generalisierte Angststörung), Morbus Scheuermann.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09. November 2007 wies die Beklagte den Widerspruch im Übrigen als unbegründet zurück und bezog sich zur Begründung insbesondere auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. T und Dr. B. Dem Gutachten von Prof. Dr. H sei nur insoweit zu folgen, als unfallbedingt laterale Knorpelschäden und eine zwischenzeitliche Verschlimmerung anzuerkennen seien. Die

sonstigen rechtsseitigen wie auch linksseitigen Knorpelschäden seien nicht unfallbedingt, und die funktionellen Befunde rechtfertigten auch keine dauerhafte MdE von 20 v. H. Auf psychiatrischem Fachgebiet seien keine Unfallfolgen anzuerkennen.

Mit seiner hiergegen vor dem Sozialgericht (SG) Berlin erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, dass die MdE mindestens 20 v. H. betrage. Bei ihm bestünden eine Instabilität im rechten Kniegelenk und aufgrund der posttraumatischen Arthrose eine generalisierte Schmerzsymptomatik. Die Muskelminderung an Ober- und Unterschenkel zeige die mangelnde Funktionsfähigkeit des rechten Kniegelenks und des gesamten unteren Beins. Er könne keine längere Gehstrecke bewältigen, Treppen nur mit Mühe steigen und leide an erheblicher Gangunsicherheit. Auch seien seine beiden Kniegelenke betroffen, so dass das eine Bein nicht die bei dem anderen Bein bestehende Funktionsbeeinträchtigung kompensieren könne. Mittlerweile weise auch das linke Knie Schäden und Beschwerden infolge von Überlastung durch notwendige Schonung des rechten Beins auf. Außerdem sei die bei ihm bestehende generalisierte Angststörung als stärker behindernde Störung mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit mit einer MdE von 20 bis 40 v. H. zu bewerten, womit der allein aus der Verschlimmerung resultierende Anteil 10 bis 20 v. H. betragen dürfte. Bei der Beurteilung der Gesamt-MdE sei zu berücksichtigen, dass die auf chirurgisch-orthopädischem und auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Funktionsbeeinträchtigungen sich nicht überschneiden.

Im Auftrag des SG Berlin hat der Facharzt für Orthopädie Dr. W am 19. August 2009 nach Untersuchung des Klägers ein Sachverständigengutachten erstattet, in dem er zur Feststellung folgender orthopädisch/traumatologischen Erkrankungen gelangt ist: Z. n. operativ versorgter Tibiakopffraktur, Z. n. varisierender Umstellungsosteotomie rechtes Kniegelenk, Z. n. knöcherner Refixation der Eminenciae intercondylaris lateralis, Femoropatellargelenksarthrose bds., med. Gonarthrose links, Genu valgum links, Knick-Senk-Spreizfuß bds., Morbus Scheuermann.

Als wesentliche Unfallfolgen seien jedoch nur festzustellen: - Ein knöchern verheilte Schienbeinkopffraktur rechts, - ein verheilte knöcherner Ausriss des vorderen Kreuzbandes mit guter Stabilität, - eine umschriebene Muskel- und Kraftminderung des rechten Kniegelenks, - eine reizfreie Narbenbildung. Demgegenüber hätten bereits zum Unfallzeitpunkt eine Femoropatellargelenksarthrose und Knorpelschäden am medialen Schienbeinplateau bestanden, und zwar in gleicher Form auch am nicht verletzten linken Kniegelenk. Behandlungskomplikationen mit möglichen Sekundärschäden seien nicht zu berücksichtigen, alle Behandlungsberichte hätten ein problemloses Verheilen erwähnt. Die MdE sei bis einschließlich 05. März 2006 mit 20 v. H. zu bemessen. So habe bereits Prof. Dr. H etwa 10 Monate nach dem Unfall eine dem normalen Ausmaß entsprechende Bewegungsfähigkeit (Flexion/Extension 130-0-0°) und im Oberschenkelbereich nur noch eine geringgradige Minderung des Muskelumfanges festgestellt. Die Kniegelenksarthrose sei auf beiden Seiten als altersentsprechend eingestuft worden, ein direkter Knorpelschaden im femoro-patellaren Gelenkbereich sei somit nicht eingetreten. Es seien weder ein Gelenkerguss noch eine Rötung oder Überwärmung erkennbar gewesen. Eine Kniegelenksarthrose sei nicht getragen worden, so dass nicht von einer unzureichenden Situation im Gelenk auszugehen sei. Die Bewertung von Prof. Dr. H sei rückblickend nachvollziehbar. Nach dem 06. März 2006 sei die MdE mit 10 v. H. einzustufen gewesen. Später habe sich die Krankheitslage vorübergehend durch Operationen verschlechtert. Allerdings sei der Einschätzung Dr. S die Femoropatellargelenksarthrose sei unfallbedingt, insofern nicht zu folgen, als die aktuellen Röntgenbilder eine gleichsinnige Schadensanlage auf beiden Seiten gezeigt hätten. Da die linke Seite primär nicht betroffen gewesen sei und von einer massiven Fehlbelastung über Jahre hinweg nicht ausgegangen werden könne, sei die Zunahme der Knorpelschädigung in diesem Bereich als schicksalhaft zu bewerten. Im Übrigen lasse sich daraus keine wesentliche Funktionsstörung ableiten, die Gesamtbeweglichkeit des betroffenen Kniegelenks sei normal gewesen. Der Eingriff sei auch ausschließlich zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials erforderlich gewesen, die valgische Fehlstellung finde sich auch am linken Kniegelenk des Klägers als Ausdruck einer genetischen Disposition. Da es möglicherweise durch die laterale Tibiakopffraktur zu einer zunehmenden Verkipfung in die valgische Position gekommen sei, sei es gerechtfertigt, die Tibiakopffraktur am 22. November 2006 als sekundäre Maßnahme im Zuge sich allmählich entwickelnder Unfallfolgen einzustufen. Dieser Eingriff habe zudem dazu gedient, eine weitere Knorpelschädigung durch statische Entlastung zu vermeiden und eine Druckverlagerung in den weniger geschädigten Gelenkabschnitt zu erzielen. Eine MdE von 20 v. H. auf Dauer bestehe nicht. Es seien keine Behandlungskomplikationen eingetreten und die knöcherne Konsolidierung sei zeitgerecht verlaufen. Unter Zugrundelegung der von Dr. H im April 2007, also ein halbes Jahr nach der Umstellungsosteotomie, erhobenen Befunde sei das Streckdefizit verschwunden (130-0-0°), die angrenzenden Gelenke (Hüfte und oberes Sprunggelenk) hätten keine Bewegungsstörungen aufgewiesen, die Muskelumfänge hätten sich im Oberschenkelbereich angeglichen und seien in der Unterschenkelregion seitengleich gewesen. Die gemessene Beinlängendifferenz (rechts 1 cm mehr als links) habe sich in der heutigen Untersuchung nicht bestätigt. Auch wäre eine Differenz in diesem Ausmaß unerheblich. Der aktuelle Zustand lasse keine höhere MdE als 10 v. H. zu.

Der Kläger hat im November 2009 wieder eine Erwerbstätigkeit als Immobilienverwalter mit Außendienst aufgenommen. Er hat ein im Rahmen des Haftpflichtversicherungsprozesses von dem Facharzt für Arbeitsmedizin und Direktor des Institutes und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der L-Universität M, Prof. Dr. N, nach Untersuchung am 16. Dezember 2009 erstattetes arbeitsmedizinisches Fachgutachten vom 28. Januar 2010 vorgelegt. Hierin hat Prof. Dr. N als Unfallfolgen eine posttraumatische Fehlstellung und eine Gonarthrose des rechten Kniegelenks sowie Belastungs- und Bewegungseinschränkungen und eine verschwollene und verstrichene Kniegelenkskontur festgestellt und die unfallbedingte MdE mit 20 v. H. bewertet.

Mit Urteil vom 25. März 2011 hat das SG Berlin die Klage abgewiesen. Sie sei bereits unzulässig, soweit der Kläger die Anerkennung einer Kniegelenksinstabilität seitens des vorderen Kreuzbandes und des lateralen Außenbandes rechts und der außenseitigen (lateralen) Gonarthrose als abgrenzbarer unfallbedingter Teil der Knorpelschäden des rechten Kniegelenks als Unfallfolgen geltend mache, denn diese Gesundheitsschäden habe die Beklagte im Bescheid vom 09. Oktober 2007 bereits als Unfallfolgen anerkannt. Im Übrigen sei die Klage unbegründet. Wie der Sachverständige Dr. W in seinem Gutachten vom 19. August 2009 nachvollziehbar ausgeführt habe, seien außer einer leichten Einschränkung der Beweglichkeit, einer geringfügig vermehrten Aufdehnungsfähigkeit des vorderen Kreuzbandes des rechten Kniegelenks und einer lateralen posttraumatischen Gonarthrose sowie einer dadurch bedingten Umstellungs-osteotomie-Operation rechts am 22. November 2006 mit einer zwischenzeitlichen vorübergehenden Verschlimmerung der Unfallfolgen keine wesentlichen Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juni 2005 und der damals erlittenen Verletzungen - Tibiakopffraktur und knöcherner Aussprengung des vorderen Kreuzbandes rechts - verblieben. Dr. W befinde sich in seiner Einschätzung auch in Übereinstimmung mit der gutachterlichen Bewertung durch Prof. Dr. H/Dr. H im Gutachten vom 07. März 2006 sowie den Ausführungen von Dr. T in der Stellungnahme nach Aktenlage vom 15. Juni 2007. Nicht gefolgt werden könne demgegenüber der Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. S sowie des Prof. Dr. H im Gutachten vom 15. Juni 2007 und des Prof. Dr. N im Gutachten vom 28. Januar 2010, die alle den Unfall als Ursache der gesamten rechtsseitigen

Knieschäden einschließlich aller arthrotischen Veränderungen ansähen. Diese Ärzte hätten sich nicht genügend mit den zeitnahen Befunden auseinandergesetzt, insbesondere nicht mit der Tatsache, dass im Bericht über die am Tag nach dem Unfall durchgeführte Arthroskopie zweitgradige, teilweise sogar drittgradige ältere Knorpelschäden an der Patellarrückfläche und der Trochlea beschrieben seien. Solche Schäden entstünden nur in einem langjährigen Prozess und könnten, anders als die ebenfalls befundeten leichten Knorpelkontusionen im Bereich des vorderen Tibiaplateaus, nicht erst tags zuvor durch den Unfall entstanden sein. Hinzu kämen auch im nicht verletzten linken Kniegelenk radiologisch nachgewiesene entsprechende retropatellare Knorpelschäden. Schwerwiegende und lang anhaltende funktionelle Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks und Beines, aufgrund derer eine starke Über- und Fehlbelastung des linken Beines angenommen werden könnte, würden vom Kläger zwar geltend gemacht, ließen sich den Untersuchungsergebnissen und den klinischen Befunden nicht entnehmen. Hätte es sie tatsächlich gegeben, wäre eine zunehmende Verschmächting der rechtsseitigen Beinmuskulatur wegen der permanenten Entlastung und als Brückenbefund eine Schädigung der Hüftgelenksstrukturen zu erwarten gewesen, die es aber nicht gebe. Nicht nachvollziehbar führe Dr. S im Attest vom 04. Juli 2006 zudem aus, dass der Kläger bei dem Unfall neben einer Tibiakopffraktur auch eine Patellafraktur erlitten habe, und versuche mit der Angabe, dass das Verletzungsmuster zu den Knorpelschäden korrespondiere, die Unfallbedingtheit der retropatellaren Knorpelschäden zu begründen. Tatsächlich habe der Kläger keine Patellafraktur erlitten, die posttraumatische retropatellare Knorpelschäden schlüssig erscheinen lassen könnten, sondern einen knöchernen Ausriss des vorderen Kreuzbandes. Eine rechtsseitige Beinverkürzung um einen Zentimeter sei allein von Prof. Dr. H bei der Begutachtung im Jahr 2007 befundet worden und nicht im Vollbeweis nachgewiesen und wäre darüber hinaus auch ohne funktionelle Bedeutung. Eine X-Beinstellung und eine damit in Verbindung zu bringende Außenbandlockerung könnten nicht als Unfallfolge angesehen werden, so wie dies Dr. S und Prof. Dr. H getan hätten. Keiner der beiden und auch sonst keiner der den Kläger behandelnden oder untersuchenden Ärzte habe beschrieben, inwieweit sich der Unfall bzw. die dabei erlittenen Verletzungen bei radiologisch ohne Fehlstellung ausgeheilte Tibiakopffraktur auf die X-Beinstellung hätten ausgewirkt haben sollen. Die deswegen rechts im November 2006 durchgeführte Korrekturosteotomie sei deshalb auch nicht unfallbedingt erforderlich geworden, als sie der unmittelbaren Beseitigung der Unfallfolgen gedient hätte, sondern lediglich deshalb, weil aufgrund der unfallunabhängig vorbestehenden X-Beinstellung ein beschleunigter Verlauf der unfallbedingten lateralen Kniegelenksarthrose gedroht habe und dieser vorzubeugen gewesen sei. Unabhängig davon sei darauf hinzuweisen, dass die X-Beinfehlstellung rechts ebenso wie die Lockerung des Außenbandes nach der Korrekturosteotomie am 22. November 2006 nicht mehr bestanden hätten, folgte man den Berichten von Dr. S von 2006 und dem Gutachten von Prof. Dr. H vom 09. Mai 2007, die über derartige Fehlstellungen nicht mehr berichteten. Das vom Kläger als Unfallfolge geltend gemachte generalisierte Schmerzsyndrom, ob als allgemeines oder sich auf die Kniegelenke beschränkendes Schmerzsyndrom, sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht zu begründen. Die lateralen, nicht hochgradigen Knorpelschäden des rechten Kniegelenks als Folgen des Arbeitsunfalls könnten ein Schmerzsyndrom nicht begründen, eher schon die unfallunabhängig bestehende deutliche retropatellare Arthrose sowie die mediale Gonarthrose. Es ergebe sich auch kein Anhaltspunkt, dass psychische Unfallfolgen ernsthaft in Erwägung zu ziehen seien. Zwar möge ein Sturz in einen ca. 1,5 m tiefen Bauschacht bei vorbestehender generalisierter Angsterkrankung, u. a. Klaustrophobie, grundsätzlich geeignet sein, diese Angsterkrankung zu verschlimmern. Allerdings sei der Kläger im Bauschacht nicht eingeschlossen gewesen, sondern habe diesen unmittelbar nach dem Sturz wieder verlassen können. Eine durch die Angsterkrankung bedingte Symptomatik sei nirgendwo beschrieben. Vielmehr habe der Kläger gegenüber der Beklagten erstmals im Februar 2007 geltend gemacht, aufgrund des zu diesem Zeitpunkt bereits mehr als 1 ½ Jahre zurückliegenden Unfalls psychische Probleme zu haben, und er sei auch erst seit Januar 2007 wegen Verschlimmerung vorbestehender psychischer Probleme fachärztlich behandelt worden. Aus keinem der Arztberichte ergebe sich, dass der Kläger durch den Unfall psychisch traumatisiert worden sei. Eine weitere Sachaufklärung durch Einholung eines psychiatrischen Sachverständigengutachtens sei daher nicht angezeigt gewesen. Auch hinsichtlich der MdE-Einschätzung sei Dr. W zu folgen. Er habe sich ausführlich mit der abweichenden MdE-Bewertung von Prof. Dr. H auseinandergesetzt und in Übereinstimmung mit der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. T vom 15. Juni 2007 dargelegt, dass die von Prof. Dr. H dokumentierten und der MdE-Bewertung allein zugrunde zu legenden objektivierbaren klinisch-funktionellen Befunde in Anbetracht der fast uneingeschränkten Beweglichkeit des rechten Kniegelenks, einer nur geringgradigen Umfangminderung der rechtsseitigen Beinmuskulatur und einer bis auf eine gering vermehrte Aufdehnungsfähigkeit des vorderen Kreuzbandes mit festem Anschlag noch hinreichenden Kniestabilität keine MdE von 20 v. H. begründen könne. Bei der Untersuchung durch Dr. W im August 2009 sei die rechtsseitige Beinmuskulatur überhaupt nicht mehr gemindert gewesen und auch kein Erguss des Kniegelenks mehr festzustellen gewesen. Die Bewertung der unfallbedingte MdE werde auch nicht durch das Gutachten von Prof. Dr. N vom 28. Januar 2010 für die Haftpflichtversicherung erschüttert. Die dortige Annahme einer unfallbedingten MdE von 20 v. H. beruhe im Wesentlichen auf Angaben des Klägers zu Beschwerden und Schmerzen der unteren Extremitäten, die nicht durch entsprechende klinisch-funktionelle Befunde gestützt worden seien. Insbesondere enthalte das Gutachten keine Aussage zum Bewegungsausmaß des rechten Kniegelenks, sondern lediglich die Aussage, dass die Beugung ab 70° schmerzhaft sei. In der abschließenden Beurteilung der Unfallfolgen sei von einer subjektiv belastungsunabhängigen erheblichen Schwellneigung des rechten Kniegelenks die Rede, was darauf schließen lasse, dass eine derartige Schwellung zum Untersuchungszeitpunkt nicht bestanden habe. Prof. Dr. N führe auch lediglich aus, dass die Oberschenkelmuskulatur rechts optisch geringgradig verschmälert erscheine, ohne jedoch eine Umfangmessung vorzunehmen. Insgesamt gehe er unzutreffend davon aus, dass alle Beschwerden und Beeinträchtigungen auf beiden Beinen auf den Unfall vom 07. Juni 2005 zurückzuführen seien.

Mit seiner hiergegen bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) erhobenen Berufung vom 11. Mai 2011 rügt der Kläger, das SG habe sich nicht ausreichend mit den gutachterlichen Feststellungen von Prof. Dr. H und Prof. Dr. N auseinandergesetzt. Fehlerhaft schließe Dr. W aus der vermeintlich fehlenden Schädigung von Hüftgelenksstrukturen links auf eine fehlende Mehrbelastung des linken Beines. Angesichts der unfallbedingten Fraktur des rechten Tibiakopfes sei die Verursachung der Retropatellararthrose hinreichend plausibel, das Bestehen einer Patellafraktur sei zur Begründung des Ursachenzusammenhangs nicht erforderlich. Die Tibiakopffraktur habe das SG nicht im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung berücksichtigt. Dr. S habe im Attest vom 13. März 2007 dargelegt, dass es als Folge des Unfalles zu einer wesentlich stärker ausgeprägten Valgus-Stellung am rechten Kniegelenk gekommen sei. Zu berücksichtigen wäre hier zumindest der unfallbedingte Verschlimmerungsanteil. Gänzlich unberücksichtigt gelassen habe das SG auch die erhebliche Belastungsinsuffizienz des rechten Beines mit Schmerzen und Schwellung des Kniegelenks bei bereits leichter Beanspruchung. Entsprechend den Bewertungen von Prof. Dr. H und von Prof. Dr. N sei von einer MdE von mindestens 20 v. H. über den 05. März 2006 hinaus auszugehen.

Auf Antrag des Klägers hat der Facharzt für Chirurgie Dr. K am 25. Juli 2012 nach Untersuchung des Klägers am 09. Juli 2012 ein Gutachten nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstattet. Hierin hat er ausgeführt, dass der Kläger bei dem Unfall eine Tibiakopffraktur rechts mit knöchernem Ausriss des vorderen Kreuzbandes erlitten habe. Laut Aktenlage habe sich eine Achsenfehlstellung (Valgus) entwickelt, die mit einer Umstellungsosteotomie behandelt worden sei. Es bestehe eine rechtsbetonte Arthrose der Kniegelenke im Femorotibialgelenk. Wegen fehlender Röntgenaufnahmen könne keine Stellungnahme zum Zeitpunkt der Entstehung bzw. der Entwicklung der Arthrose abgegeben und

damit auch nicht zur Indikation der Umstellungs-Operation Stellung genommen werden. Die Arthrose des Femoropatellargelenks ergebe sich aber bereits aus dem OP-Bericht des M-Krankenhauses, in welchem ein Knorpelschaden 3. Grades an der Patellarrückfläche beschrieben werde, der mit einer Knorpelglättung behandelt worden sei. Dieser Knorpelschaden sei nicht durch den Unfall verursacht worden, zu diskutieren sei bestenfalls eine unfallbedingte Verschlimmerung. Der Kläger gebe eine Instabilität im rechten Kniegelenk an, die seinerzeit im M-Krankenhaus gemessen und auch bei der jetzigen Untersuchung anhand einer Messung mit dem Rollimeter festgestellt worden sei. Durch die Achsenkorrektur habe das rechte Bein eine andere Achse und damit eine andere Lastverteilung als das linke. Dies und die damit resultierenden Probleme seien eindeutig mittelbare Unfallfolgen.

Die MdE sei ab der Umstellungsoperation mit 20 v. H. zu bewerten. Der Kläger dürfe nicht schlechter gestellt werden, als Patienten mit einer regelrecht funktionierenden Endoprothese, zumal die erzeugte Beinachse nicht der physiologischen, linksseitigen Beinachse entspreche. Hierbei dürfe der Kläger nicht allein anhand der Bewegungsumfänge, der Umfangmaße usw. beurteilt werden, sondern es seien die erfolgten operativen Maßnahmen und deren Bedeutung für die Gesamtstatik zu beurteilen. Es liege nicht nur eine Tibiakopffraktur vor, sondern es habe ein unfallbedingter Achsenfehler, der operativ sogar überkorrigiert worden sei, bestanden. Achsenfehler würden mit einer höheren MdE bewertet, als es dem relativ guten Bewegungsumfang des Klägers entspreche. Die Größe des Eingriffs zur Entlastung der posttraumatisch arthrotisch veränderten Gelenkareale, die Mehrbelastung anderer Gelenkabschnitte sei einem teilweisen oder totalen Gelenkersatz in seinen Auswirkungen vergleichbar.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. März 2011 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheides vom 23. Mai 2006 in Gestalt des Bescheides vom 09. Oktober 2007 und des Widerspruchsbescheides vom 09. November 2007 1. festzustellen, dass die gesamten rechts- und linksseitigen Knieschäden und Kniebeschwerden einschließlich einer posttraumatischen Retropatellararthrose und fortgeschrittenen Gonarthrose im medialen Gelenkspalt rechts, einer Kniegelenksinstabilität seitens des lateralen Außenbandes rechts, einer Beinverkürzung rechts um einen cm, einer generalisierten Schmerzsymptomatik sowie einer depressiven Symptomatik und einer Verschlimmerung der Angststörung, Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juni 2005 sind, 2. die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juni 2005 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 v. H. auch für die Zeit vom 05. März 2006 bis zum 02. Februar 2007 sowie über den 15. April 2007 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist dem Gutachten von Dr. K mit einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. C vom 28. August 2012 entgegen getreten. Der Schätzung Dr. K über eine MdE von 20. v. H. könne nicht gefolgt werden. Der Schienbeinkopfbruch sei in korrekter Stellung verheilt. Beim Kläger hätten zuvor eine leichte X-Achsigkeit und deutliche umformende Veränderungen der Knie Scheibenrückfläche und des Oberschenkelgleitlagers bestanden. Eine geringe Achsabweichung begründe keine messbare MdE. Der nach Umstellungsosteotomie vorliegende Befund sei nicht mit dem Zustand nach Implantation einer Kniegelenks- oder einer totalen Knieendoprothese gleichzusetzen. Der Gelenkersatz werde grundsätzlich höher bewertet als ein arthrotisch verändertes Kniegelenk, bei dem erhebliche Funktionseinschränkungen gefordert würden. Eine bedeutsame Änderung der Kniestatik liege nicht vor. Auch nach den Feststellungen Dr. K könne das Kniegelenk frei gestreckt und um 110° gebeugt werden, darüber hinaus beschreibe er eine Verschieblichkeit des Schienbeinkopfes bei der Rollimetermessung um 7 Millimeter. Die Knieachse sei jetzt rechts eben so gerade wie links. Die Funktionseinschränkung eines Kniegelenks mit den Bewegungsausmaßen von 0-0-120° und eine muskuläre kompensierbare Lockerung des Kniebandapparates würden von der unfallmedizinischen Literatur übereinstimmend mit einer MdE von 10 v. H. bewertet (u. a. Schönenberger/Mertens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 2010, Seite 655).

Der Kläger hat gerügt, dass das von der Beklagten vorgelegte Gutachten Dr. C unter Verstoß gegen [§ 200 Abs. 2](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) eingeholt worden sei. Aufgrund des erheblichen Umfangs, der Auseinandersetzung mit dem gesamten Inhalt der Verwaltungsakte und der sich in diesen befindlichen ärztlichen Unterlagen sowie der eigenständigen Bewertungen sei es nicht nur als Stellungnahme, sondern als Gutachten zu bezeichnen. Dies führe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sowie der Landessozialgerichte (BSG, Urteil vom 05. Februar 2008, [B 2 U 8/07](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 30. Januar 2009, [L 2 U 198/04](#); Thüringer LSG, Urteil vom 22. Januar 2009, [L 1 U 1089/06](#)) zu einem Beweisverwertungsverbot, wobei die Heilung ausgeschlossen sei.

Die Beklagte hat dahingehend Stellung genommen, dass es sich bei den Ausführungen von Dr. C vom 28. August 2012 deutlich erkennbar nicht um ein Gutachten, sondern um eine beratungsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage zu dem Gutachten des Dr. K handele. Es entspreche gängiger Praxis, dass bei der Auswertung eines im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachtens der beratende Arzt beteiligt werde. Der Umfang der beratungsärztlichen Stellungnahme habe sich dabei selbstverständlich an den zu beurteilenden Gutachten bzw. am Akteninhalt zu orientieren. Im zweitinstanzlichen Verfahren lägen naturgemäß ein umfangreicher Sachverhalt als auch mehrere gutachterliche Ausführungen/Beurteilungen vor.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der vorliegenden Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht erhobene Berufung ist nach Einschränkung des Klageantrags zu 1. im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat vom 18. April 2013 unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung seiner gesamten rechts- und linksseitigen Knieschäden und Kniebeschwerden einschließlich einer posttraumatischen Retropatellar- und fortgeschrittenen Gonarthrose rechts, der Kniegelenksinstabilität seitens des vorderen Kreuz- und des lateralen Außenbandes rechts, einer Beinverkürzung rechts um 1 cm, einer generalisierten Schmerz- sowie einer depressiven Symptomatik und einer Verschlimmerung seiner Angststörung als weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Juni 2005, und er hat auch keinen Anspruch auf die Gewährung von VR für die Zeit vom 05. März 2006 bis zum 02. Februar 2007 sowie über den 15. April 2007 hinaus.

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Versicherungsfälle

sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (BSG, Urteil vom 02. April 2009, [B 2 U 29/07 R](#), in juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [B 2 U 1/05 R](#), in juris). Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 02. April 2009, [a.a.O.](#), Rn. 16). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006, [a.a.O.](#), Rn. 13 ff.).

Erst dann, wenn sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Mithin hängt die MdE-Bemessung von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004, [B 2 U 14/03 R](#), in juris).

Dies zugrunde gelegt spricht mehr gegen als für die Annahme, dass weitere als die bislang von der Beklagten anerkannten Gesundheits(folge)schäden beim Kläger im Sinne einer wesentlichen Verursachung oder richtungsweisenden Verschlimmerung - abgrenzbar - auf den Unfall vom 07. Juni 2005 zurückgeführt werden und beim Kläger eine über die von der Beklagten anerkannten Zeiträume hinaus rentenberechtigende MdE bedingen könnten. Der Senat verweist diesbezüglich in vollem Umfang auf die Gründe des angefochtenen Urteils des SG Berlin vom 25. März 2011, denen in ihrer Ausführlichkeit, Vollständigkeit und inhaltlichen Richtigkeit nichts hinzuzufügen ist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Eine für den Kläger günstigere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts lässt sich auch nicht aus dem auf seinen Antrag nach [§ 109 SGG](#) von dem Facharzt für Chirurgie Dr. K am 25. Juli 2012 erstatteten Gutachten herleiten. Dr. K erwähnt einleitend die bekannten und von der Beklagten anerkannten Unfallfolgen, nämlich eine Tibiakopffraktur rechts mit knöchernem Ausriss des vorderen Kreuzbandes. Soweit er jedoch weitere Gesundheitsstörungen als unfallbedingt bezeichnet, nämlich eine rechtsbetonte Arthrose der Kniegelenke im Femorotibialgelenk, eine Instabilität im rechten Kniegelenk und die geänderte Beinachse, lassen sich diese nicht mit Wahrscheinlichkeit als wesentlich durch das Unfallgeschehen verursacht feststellen. So führt auch Dr. K aus, dass bereits im Rahmen der einen Tag nach dem Unfall durchgeführten OP im MKrankenhaus Knorpelschäden an der Patellarückfläche erkennbar gewesen seien, die keinesfalls durch den Unfall verursacht worden sein könnten. In diesem Zusammenhang ist nochmals darauf hinzuweisen, dass ein zottiger älterer Knorpelschaden der Patellarückfläche sowie ähnliche, aber tiefer reichende und drittgradige Knorpelveränderungen in der Trochlea und leichte Knorpelkontusionen am vorderen Tibiaplateau festgestellt wurden und eine umfangreiche Synovektomie des Hoffa'schen Fettkörpers vorgenommen wurde (vgl. Arthroskopiebogen vom 08. Juni 2005 und Zwischenberichte von Prof. Dr. H vom 08. Juni und 16. Juni 2005). Zudem weist auch Dr. K selbst darauf hin, dass auch im nicht verletzten linken Kniegelenk entsprechende retropatellare Knorpelschäden radiologisch nachgewiesen sind, und führt aus, dass kein sicherer Tatbestand vorliege, der für eine richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorschadens spreche. Hierfür wäre die positive Feststellung etwa einer Fortentwicklung des festgestellten zweit- bis drittgradigen Knorpelschadens in einen solchen vierten Grades erforderlich, um eine mögliche richtungsweisende Verschlimmerung des Arthroseleidens zu diskutieren. Daran fehlt es aber. Dr. K vermochte auch nicht das Begehren des Klägers auf Feststellung, dass die gesamten rechts- und linksseitigen Knieschäden und Kniebeschwerden als unfallbedingte Gesundheitsstörungen anzuerkennen seien, zu stützen. Abgesehen davon, dass diese vom Kläger geltend gemachten Unfallfolgen zu unbestimmt gefasst sind und dass sie Doppelungen/Überschneidungen enthalten (Retropatellar-/Femorotibialgelenks-/Gonarthrose) ergibt sich - wie eben dargelegt - aus dem Gutachten des Dr. K selbst, dass die Femorotibialgelenksarthrose vorbestehend war und auch die von ihm erwogene richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorschadens nicht sicher festgestellt werden könne. In diesem Zusammenhang ist auch nochmals auf das Sachverständigengutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. W vom 19. August 2009 zu verweisen, wonach sich ausweislich der im August 2009 gefertigten Röntgenbilder eine gleichsinnige Schadensanlage in diesem Gelenkabschnitt auf beiden Seiten gezeigt habe. Auch Folgeschäden nach Durchführung der - auch von der Beklagten als Unfallfolge anerkannten - Umstellungsosteotomie und der dadurch geänderten Beinachse mit geänderter Lastverteilung lassen sich entgegen dem Vorschlag von Dr. K nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als durch den Unfall wesentlich bedingt feststellen. Abgesehen davon, dass sich die valgische Fehlstellung auch am linken Kniegelenk des Klägers als Ausdruck genetischer Disposition findet, hat sich auch Dr. K nicht in der Lage gesehen, aus der "geänderten Lastverteilung" konkrete Unfallfolgeschäden abzuleiten. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass keiner der Gutachter eine stärkere Beeinträchtigung des rechten wie des linken Kniegelenks in Form von maßgeblichen Bewegungseinschränkungen oder entzündlichen Überlastungserscheinungen, wie etwa Rötung oder Erwärmung, festgestellt hat. Der Kläger habe einen normalen Gang gezeigt und keine Hilfsmittel benutzt. Schon von daher ist nicht erkennbar, inwieweit die vom Kläger geltend gemachten schwerwiegenden und lang anhaltenden funktionellen Beeinträchtigungen des rechten Kniegelenks und Beines zu einer starken Über- und Fehlbelastung des

linken Beines geführt haben könnten. Ein derartiges Übergreifen von Unfallfolgen am rechten auf das linke Bein lässt sich den Untersuchungsergebnissen und den klinischen Befunden nicht entnehmen. Insbesondere vermochte keiner der Sachverständigen eine dafür typische, zunehmende Verschmächtigung der rechtsseitigen Beinmuskulatur wegen der permanenten Entlastung und eine entsprechende Zunahme der Muskulatur am linken Bein festzustellen.

Zur Einschätzung der unfallbedingten MdE wird ebenfalls zunächst auf das Urteil des SG Berlin verwiesen (S. 13, 14 der Entscheidungsgründe). Der Begründung des Sachverständigen Dr. K, der Kläger sei einem Patienten mit regelrecht funktionierender Endoprothese gleichzustellen, ist nicht zu folgen. Der Gelenkersatz wird hinsichtlich der MdE-Bemessung in der maßgebenden unfallmedizinischen Literatur grundsätzlich höher bewertet als ein arthrotisch verändertes Kniegelenk. Maßgebend ist und bleibt hier die Funktionalität, wie dies Dr. K ja auch selbst feststellt (S. 21 des Gutachtens). Demgegenüber begründen Arthrose bzw. Knorpelschäden unabhängig von der Ausprägung keine eigenständige MdE, sondern ist für die Höhe der MdE das damit verbundene Funktionsdefizit maßgeblich. Die Funktion des Kniegelenks des Klägers ist mit den Bewegungsausmaßen von 0-0-120° fast uneingeschränkt und daher maximal mit einer MdE von 10 v. H. einzustufen; eine MdE von 20 v. H. kann erst ab einer Bewegungseinschränkung 0-0-80° angenommen werden (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 654, Thomann, Schröter, Grosser, Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 1. Aufl. 2009, S. 545). So wird auch der knöchern verheilte Kniescheibenbruch ohne wesentliche Behinderung nur mit einer MdE von 0 v. H. bemessen, und erst eine Minderung der Muskulatur von mehr als 2,5 cm am Oberschenkel deutet auf eine Funktionsschwäche hin (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 654 f).

Nicht begründet ist schließlich die Rüge des Klägers, die dem Schriftsatz der Beklagten vom 03. September 2012 beigefügten Ausführungen ihres beratenden Arztes Dr. C vom 28. August 2012 unterlägen einem Verwertungsverbot nach [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#), weil es sich nicht um eine beratungsärztliche Stellungnahme, sondern tatsächlich um ein Gutachten handele. Dieser Rechtsauffassung tritt der Senat nicht bei. Auf ärztliche Stellungnahmen, die nur eine fachliche Bewertung von anderweitig eingeholten Gutachten abgeben, ist [§ 200 Abs. 2 SGB VII](#) nicht anwendbar (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011, [B 2 U 5/10 R](#), in juris). Maßstab zur Abgrenzung einer solchen beratungsärztlichen Stellungnahme gegenüber einem Gutachten nach Aktenlage ist es, inwieweit eigene gutachterliche Schlussfolgerungen vorgenommen werden. Ist die Stellungnahme des Beratungsarztes von solchen Überlegungen geprägt und nicht hauptsächlich auf eine kritische Auseinandersetzung mit den Ausführungen in dem zu bewertenden Gutachten anhand der herrschenden Lehre und üblicher Untersuchungsstandards beschränkt, ist trotz einer gegen ein Gutachten sprechenden äußeren Form von einem Gutachten auszugehen. Im Streitfall verhält es sich so, dass Dr. C seine Äußerung als beratend bezeichnet, dass er weder den Kläger begutachtet noch eine eigenständige MdE-Einschätzung vorgenommen, sondern sich auftragsgemäß lediglich mit dem Gutachten von Dr. K auseinandergesetzt hat. Die gut fünf Seiten umfassende Stellungnahme von Dr. C vom 28. August 2012 beinhaltet zunächst auf nahezu vier Seiten eine Zusammenfassung des gesamten Aktenmaterials, erst auf S. 4 unten setzt sich Dr. C im Einzelnen mit der MdE-Einschätzung von Dr. K auseinander, übernimmt die Ergebnisse von dessen Funktionsprüfungen und sonstigen Befunderhebungen, vergleicht diese mit den diesbezüglichen MdE-Werten in der maßgeblichen unfallmedizinischen Literatur und zieht ein fallbezogenes Resümee. Inhaltlich stellt sich damit die Stellungnahme von Dr. C als fachärztliche, kritische Bewertung der MdE-Einschätzung im Gutachten von Dr. K dar, die nicht überwiegend von eigenen gutachtlichen Auswertungen der Akten und eigenen gutachtlichen Schlussfolgerungen geprägt ist. Dass sich Dr. C dabei erstmal einen Überblick über die Entwicklung des unfallmedizinischen Sachverhaltes verschaffen musste, ist daher nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil keine Revisionszulassungsgründe gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-07-04