

L 3 U 235/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 801/06
Datum
12.11.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 235/10
Datum
07.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. November 2010 geändert. Es wird festgestellt, dass auch der Zustand nach Innenmeniskusteilresektion Folge des Unfalls der Klägerin vom 27. Mai 2005 ist. Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Weitergewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls.

Die 1992 geborene Klägerin nahm am 27. Mai 2005 am Schulsportunterricht teil. Nach einem vollführten Weitsprung gelang es ihr wegen Schmerzen im linken Knie nicht mehr, aus der Hocke zu kommen, vgl. Unfallanzeige vom 30. Mai 2005 und Durchgangsarztbericht vom 27. Mai 2005. Durchgangsarztlich wurde zunächst der Verdacht auf Innenmeniskuseinklemmung links geäußert bzw. dann differenzialdiagnostisch ein Innenmeniskusriss (Korbhenkelriss) diagnostiziert. Es wurden eine Streckhemmung bei 45° der Beugung im Kniegelenk, "PAYR und APLEY" positiv, kein Erguss, Bandstabilität, keine Schublade, regelrechte Muskeleigenreflexe, keine Sensibilitätsstörungen und keine Pyramidenanzeichen festgestellt. Während der anschließenden stationären Krankenhausbehandlung in den DRK-Kliniken wurde ein Innenmeniskusriss, basisnah Zone 1 bis 2 festgestellt, welcher primär durch eine Meniskusnaht mit insgesamt drei Nähten operativ versorgt wurde; die Klägerin wurde am 01. Juni 2005 aus der Krankenhausbehandlung entlassen, vgl. Zwischenbericht von Dr. W von den DRK Kliniken vom 02. Juni 2005. Die behandelnden Ärzte äußerten sich mit Zwischenbericht vom 11. Juli 2005 dahingehend, dass aus dortiger Sicht der dokumentierte Meniskusschaden auf den von der Klägerin geschilderten Unfall zurückzuführen sei. Sie verwiesen auf den Operationsbericht (OP-Bericht) vom 27. Mai 2005.

Unter dem 05. September 2005 meldete der behandelnde Arzt der DRK-Kliniken B-K Dr. W der Beklagten den Abschluss der ambulanten Behandlung und schätzte die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf 10 vom Hundert (v.H.) ein. Die Klägerin stellte sich am 14. November 2005 erneut in der Rettungsstelle der DRK-Kliniken vor, vgl. Durchgangsarztbericht vom 15. November 2005. Es wurden Druckschmerz im medialen Bereich der Tibia, kein Erguss, keine Schwellung, ein Streckdefizit von 20°, eine endgradig schmerzhaft behinderte Beugung, fest erscheinende Kreuzbänder und Seitenbänder (ohne Prüfung in Streckung) befundet und der Verdacht auf eine Ruptur des medialen Meniskus geäußert. Im Durchgangsarztbericht wurden zum Unfallhergang festgehalten, dass die Klägerin am 04. November 2005 das Gleichgewicht verloren und dabei in die Knie gegangen sei; danach seien Beschwerden im linken Knie wie nach dem Unfall vom 27. Mai 2005 aufgetreten. Dr. W berichtete in seinem Zwischenbericht vom 15. November 2005, die Klägerin sei nach einem Bagatellunfall vom 04. November 2005 in der dortigen Rettungsstelle vorstellig geworden. Die weitere Verlaufskontrolle und Diagnostik habe den dringenden Verdacht auf eine Meniskusklaппeneinklemmung ergeben. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und des jetzigen Verlaufes sei davon auszugehen, dass es sich bei der derzeitigen Befundverschlimmerung um eine Folge des alten Unfalls handle. Es kam zu einer operativen Innenmeniskusglättung und Entfernung des Rupturats, nachdem eine Innenmeniskusruptur bei Zustand nach Meniskusnaht und posttraumatische Knorpelschäden des medialen Kompartiments festgestellt worden waren, vgl. Zwischenbericht vom 23. November 2005. Dr. W meldete unter dem 07. Dezember 2005 der Beklagten den Abschluss der ambulanten Behandlung und, dass nach vorläufiger Schätzung die unfallbedingte MdE 10 v.H. betrage. Laut OP-Bericht vom 16. November 2005 fand sich im Bereich des medialen Kompartiments ein nach vorn eingeschlagener Korbhenkelriss als Ausdruck der ehemaligen Verletzung. Die Ränder hätten sich bereits narbig verändert gezeigt, lediglich im Verbindungsbereich des vorderen Endes zum Meniskus hin habe sich ein kleiner frischer Einriss gefunden. Die Testung des vorderen und hinteren Kreuzbandes mittels des Tasthakens nach Anbringung eines medialen Arbeitszuganges habe stabile Verhältnisse gezeigt. Es fand eine pathologische Untersuchung statt, vgl. pathologischen Befund vom 18. November 2005. Zwischenzeitlich war wegen seit April 2005 anhaltender Beschwerden eine MRT-Untersuchung des rechten Knies am 28. Oktober 2005 durchgeführt worden, welche zum dringenden Verdacht auf eine Meniskusdegeneration zweiten Grades führte, vgl. MRT-Befund vom 31.

Oktober 2005.

Dr. L erstellte ein von der Beklagten in Auftrag gegebenes Gutachten nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 27. April 2006 und nach Durchführung einer weiteren MRT des linken Kniegelenks vom 12. Mai 2006 unter dem 23. Mai 2006. Dr. L führte zur Zusammenhangsbeurteilung aus, das geschilderte angeschuldigte Ereignis erscheine bzgl. einer traumatischen Verursachung eines Meniskusschadens wenig überzeugend. Die von der Versicherten geschilderte Beschwerdesymptomatik anlässlich des Ereignisses weise auf eine schmerzbedingte Kniegelenksblockierung in Folge einer Subluxationsbewegung eines Meniskusanteils hin. Ein Vorschaden im Bereich des linken Kniegelenks sei nicht zu belegen, jedoch bestünden Hinweise auf eine Affektion im Bereich des rechten Kniegelenks. Hier seien bei einer MRT-Untersuchung am 28. Oktober 2005 degenerative Veränderungen zweiten Grades gesehen worden. Der histologische Befund sei aufgrund des großen zeitlichen Abstands zwischen angeschuldigtem Ereignis und histologischer Aufarbeitung nicht zu bewerten. Spezielle kniebelastende sportliche Tätigkeiten ließen sich nicht eruieren. Auch wenn trotz des jugendlichen Alters eine ausgeprägte degenerative Schadensanlage vermutet werden müsse, unterliege ein solcher Vorzustand beweisrechtlich dem sogenannten Vollbeweis, der im vorliegenden Fall nicht zu führen sei. Zudem sei zu bedenken, dass derartige Ereignisabläufe wie ein Sprung sich in Sekundenbruchteilen abspielten, sodass es kaum jemals gelinge, den exakten Hergang und Belastungsmechanismus zu rekonstruieren. Deshalb erscheine es vorliegend geboten, im angeschuldigten Ereignis vom 27. Mai 2005 die Ursache für den Innenmeniskusschaden des linken Kniegelenks zu sehen. Dr. L nahm eine Staffelung der von ihm so eingeschätzten MdE ab dem 01. Juni 2005 vor und schätzte sie ab Februar 2006 bis Mitte März 2006 auf 10 v.H. und danach auf weniger als 10 v.H. ein. Im Zuge der Begutachtung wurde der Verdacht auf eine hintere Kreuzband-(LCP-)Bandläsion gestellt, vgl. Anfrage des mit begutachtenden Oberarztes Dr. G vom 06. Mai 2006 an die Radiologie. Die MRT-Untersuchung vom 12. Mai 2006 schloss eine Läsion des hinteren Kreuzbands indes aus.

Die Beklagte lehnte nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme Dr. K vom 27. Juni 2006 mit Bescheid vom 08. August 2006 die Gewährung einer Verletztenrente wegen der Folgen des Schul-/ Arbeitsunfalls ab. Sie erkannte eine geringe Muskelminderung im Bereich des linken Unterschenkels nach operativ behobenem Riss des Innenmeniskushinterhornes im linken Kniegelenk als Unfallfolge an. Sie verwies zur Begründung auf das Ergebnis der Zusammenhangsbegutachtung durch Dr. L. Die Beklagte gab dem hiergegen gerichteten Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2006 teilweise statt und gewährte ihr unter Zugrundelegung unterschiedlicher, zeitlich gestaffelter MdE für die Zeit vom 28. Mai 2005 bis zum 31. Januar 2006 eine Verletztenrente; im Übrigen (für die Zeit ab dem 01. Februar 2006) wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Hierzu erließ die Beklagte den Ausführungsbescheid vom 18. Oktober 2006. Der Widerspruchsbescheid wurde der Klägerin am 14. Oktober 2006 zugestellt.

Die Klägerin hat ihr Begehren nach einer höheren bzw. zeitlich weitergehenden Verletztenrente mit der am 13. November 2006 zum Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Sie hat vorgetragen, infolge der doppelten Ruptur sei das linke Kniegelenk bis heute im betroffenen Bereich in seiner Stabilität erheblich eingeschränkt. Sie könne das Kniegelenk insbesondere bei dynamischen Bewegungsabläufen nicht voll belasten. Sie verspüre regelmäßig Belastungsschmerz und nehme aufgrund der empfundenen Belastbarkeitswiderstände zwangsläufig eine Schonhaltung ein. Daher stehe ihr über den 31. Januar 2006 hinaus infolge des Schulunfalls eine Verletztenrente unter Zugrundelegung einer MdE von mindestens 20 v.H. zu.

Nachdem die Klägerin mit nach eigenen Angaben ab dem 25. Oktober 2007 im linken Kniegelenk bestehenden Schmerzen mit schmerzhafter Streckhemmung bei den DRK Kliniken vorstellig – vgl. Durchgangsarztbericht vom 30. Oktober 2007 - und daraufhin eine MRT-Untersuchung durchgeführt worden war, bei welcher sich im Bereich der medialen Hinterhornreststrukturen ein breiter in die Unterfläche einstrahlender "Reriss" festgestellt wurde (vgl. MRT-Befund vom 31. Oktober 2007), wurde bei den DRK-Kliniken am 02. November 2007 eine erneute Kniegelenksarthroskopie unter den Behandlungsdiagnosen degenerativer Innenmeniskushinterhornriss mit erheblicher Auffaserung, deutliche Elongation und Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes links, Knorpelschaden dritten Grades linkes Kniegelenk durchgeführt, vgl. Zwischenbericht vom 06. November 2007 und OP-Bericht vom 02. November 2007. Es wurden eine Resektion einer Plica synovialis, eine Meniskusteilresektion am medialen Hinterhorn, eine Mikrofrakturierung am Ursprung des vorderen Kreuzbandes in der Notch sowie eine Knorpelglättung vorgenommen. Bzgl. der festgestellten Elongation des vorderen Kreuzbandes sollte zunächst abgewartet werden. Es wurden für 14 Tage eine 15-kg-Teilbelastung und das Tragen einer Orthese verordnet. Die stationäre Krankenhausbehandlung endete am 05. November 2007.

Am 11. Dezember 2007 wurde unter der Diagnose bzw. Indikation einer funktionellen Instabilität nach einer Teilruptur des vorderen Kreuzbandes eine Kreuzbandplastik durchgeführt, vgl. arthroskopischen OP-Bericht des linken Kniegelenks vom 11. Dezember 2007 des Arztes für Chirurgie/ Unfallchirurgie Dr. W. In der Untersuchung am 18. Dezember 2007 zeigte sich – vgl. Zwischenbericht der DRK Kliniken B (Dr. S) vom 02. Januar 2008 - ein insgesamt gut heilendes Kniegelenk mit noch leichtem Kniegelenkserguss, ausgedehnten Hämatomen im Operationsbereich und einem Streckdefizit von 10°; es wurden Physiotherapie und Thrombosestrümpfe verordnet; die Klägerin trug eine Orthese. Die Klägerin stellte sich am 14. Januar und 18. Februar 2008 zu Nachuntersuchungen vor, bei welchen sich zuletzt noch ein Streckdefizit und Schmerzen in der linken Kniekehle zeigten; die Beweglichkeit wurde mit 0-0-110° festgestellt, vgl. Zwischenbericht von Dr. W vom 14. Januar und 18. Februar 2008. Am 12. März 2008 stellte Dr. W bei einer weiteren Untersuchung noch ein 10°-iges Beugedefizit und Schmerzen beim Hocken fest; er schätzte die MdE auf weniger als 10 v.H. ein, vgl. Zwischenbericht vom 12. März 2008.

Am 08. Dezember 2008 stellte sich die Klägerin erneut bei den DRK Kliniken vor, nachdem sie eigenen Angaben zufolge auf dem Weg zur Schule umgeknickt war und sich das linke Knie verdreht hatte, vgl. Zwischenbericht vom 08. Dezember 2008 und Unfallanzeige vom 28. Januar 2009. Es wurde ein schmerzhaftes Streckdefizit von 15° mit minimalem Erguss festgestellt und eine MRT-Untersuchung veranlasst, welche Zeichen eines ausgedehnt teilresezierten Innenmeniskus ohne Anhalt für eine Rezidivläsion erbrachte, vgl. MRT-Bericht von Dr. R vom 10. Dezember 2008. Der Außenmeniskus zeigte sich intakt. Es fanden sich Zeichen einer initialen Chondropathie femorotibial medial, eine fokale drittgradige Chondropathie der Trochlea femoris zentral sowie Zeichen einer initialen Chondropathia patellae, ferner eine geringe Ergussbildung. Vgl. auch Durchgangsarztbericht von Dres. R u.a. vom 08. Dezember 2008 nebst Ergänzungsbericht sowie Hergangsschilderung der Klägerin bzw. ihrer Eltern vom 06. Februar 2009.

Die Beklagte veranlasste eine weitere Zusammenhangsbegutachtung durch Prof. Dr. P, Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie des M-L-Krankenhauses. Dieser erstellte sein Gutachten am 25. Januar 2009 nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 13. Dezember 2008. Prof. Dr. P sah die Teilruptur des vorderen Kreuzbandes durch den intraoperativ erhobenen Befund vom 11. Dezember 2007 als gesichert an. Auch die statische und dynamische Stabilitätsmessung sprächen für eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes als Ausdruck

z.B. einer Teiltraktur. Prof. Dr. P beantwortete die Zusammenhangsfrage, ob für die Entstehung der Teiltraktur des vorderen Kreuzbandes der am 27. Mai 2005 erlittene Schulunfall mit Wahrscheinlichkeit die rechtlich gewesene Ursache sei, positiv. Die mit der Beeinträchtigung des vorderen Kreuzbandes einhergehende Instabilität sei, so Prof. Dr. P weiter, erstmalig im Gutachten vom 23. Mai 2006 (von Dr. L) beschrieben worden. Auch die Klägerin bestätige, dass ihr die Instabilität erstmals im Sommer 2006 aufgefallen sei. Prof. Dr. Petersen nahm eine zeitliche Staffelung der MdE wie folgt vor: 01. Februar bis zum 22. Mai 2006 10 v.H. 23. Mai 2006 bis zum 11. November 2007 20 v.H. 02. bis zum 05. November 2007 100 v.H. (stationärer Aufenthalt) 06. bis zum 19. November 2007 40 v.H. (Orthese, Beugelimit, Teilbelastbarkeit) 20. November bis zum 10. Dezember 2007 20 v.H. (Instabilität) 11. Dezember 2007 100 v.H. (ambulante Operation) 12. Dezember 2007 bis zum 31. Januar 2008 40 v.H. (Orthese) 01. Februar bis zum 09. April 2008 20 v.H. (intensive Krankengymnastik, Vollbelastung, Bewegung ohne Limit) seit dem 10. April 2008 bis auf weiteres 10 v.H.

Die Beklagte holte bei Dr. K eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme ein, wonach der Einschätzung des Knieexperten Prof. Dr. P zu folgen sei. Die Beklagte hat es in der Folgezeit abgelehnt, der Zusammenhangsbeurteilung von Prof. Dr. P zu folgen. Die am 04. Dezember 2007 diagnostizierte Teiltraktur des vorderen Kreuzbandes im linken Kniegelenk sei nicht als Folge des erlittenen Unfalls vom 27. Mai 2005 hinreichend wahrscheinlich zu machen. Anzumerken sei, dass die Klägerin angegeben habe, dass sie im Laufe des Jahres 2006 wieder mit Laufsportarten begonnen habe, darüber hinaus sei die Klägerin seit 2004 Mitglied im G Kanuverein und übe dort fünfmal in der Woche Kanusport aus. Die Beklagte hat Ergebnislisten der B Kanumeisterschaften vorgelegt, denen zufolge die Klägerin am 13. bzw. 14. Mai 2006, 10. bis 11. Juni 2006, 02. bzw. 03. Juni 2007, 16. September 2007, und am Olympiapokal der Gruppe Ost am 30. September 2007 teilnahm.

Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W-R vom 12. Mai 2010 eingeholt. Dieser hat einen Zustand nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion im linken Kniegelenk, Zustand nach Innenmeniskusteilresektion im linken Kniegelenk und beginnenden Knieknorpelschaden links diagnostiziert. Dr. W hat bei der ambulanten Untersuchung bis auf eine mäßig erhöhte Druckempfindlichkeit über dem inneren Gelenkspalt keine Meniskuszeichen festgestellt. Die Gelenkbeweglichkeit sei frei gewesen, die Entzündungszeichen negativ und der Muskelapparat nahezu seitengleich ausgebildet. Es habe eine endgradige Einschränkung des Hock- und Fersensitzes vorgelegen, was jedoch keine höhere MdE begründen könne und zum Anderen die mögliche Folge der Kreuzbandverletzung sein könne. Dr. W hat weiter ausgeführt, trotz Vorbehalte aufgrund biomechanischer Überlegungen könne der Innenmeniskusriss dem Unfallereignis zugeordnet werden. Es hätten sich bei der ambulanten Untersuchung am 11. Mai 2010 und der Würdigung der Untersuchungsunterlagen jedoch keine klaren Indizien dafür ergeben, dass auch die Teilläsion des vorderen Kreuzbandes Folge des Weitsprungs gewesen sei. Eine normale Weitsprungbewegung wie bei der Klägerin gefährde weder die Menisken, noch den Kreuzbandapparat. Zeitnah hätte bei einer relevanten Verletzung der intraartikulären Bänder eine entsprechende Symptomatik auftreten müssen, wobei beachtenswert sei, dass durch wiederholte Tomografien als auch Operationen eine vollständige und optimale Befunderfassung ermöglicht worden sei. Über zweieinhalb Jahre hinweg sei kein Kreuzbandschaden objektiviert worden. Welche konkrete Ursache die Veränderungen eines Teils des vorderen Kreuzbandes tatsächlich gehabt habe, lasse sich nicht mehr schlüssig klären. Für die Begutachtung sei es relevant gewesen, den möglichen Einfluss des angeschuldigten Unfallereignisses abzugrenzen. Ein kausaler Einfluss lasse sich nicht identifizieren. Das Argument der Klägerin, dass sie frühzeitig Instabilitätsgefühle verspürt habe, könne den Gesamteindruck nicht entkräften. In Verbindung mit längeren Ruhigstellungen, welche nach Meniskusnähten erforderlich würden, entwickelten sich muskuläre Insuffizienzen, zumal für längere Zeit auch eine stabilisierende Orthese habe verwendet werden müssen. Die sogenannte Abgewöhnung von derartigen externen Stabilisatoren führe möglicherweise zu funktionellen Instabilitätsgefühlen, welche nicht Folge einer morphologischen Bandinsuffizienz gewesen seien; zumindest lasse sich letzteres nicht beweisen. Die unfallbedingte MdE sei ab dem 21. November 2005 bis auf weiteres auf 10 v.H. einzuschätzen. Spezifische Meniskuszeichen oder Einklemmungsphänomene lägen nicht vor. Der Zustand nach Innenmeniskusteilresektion habe nicht zu messbaren Bewegungsstörungen, Muskeldefiziten oder Reizerscheinungen geführt.

Nachdem die Beklagte auf Hinweis des Gerichts auch die Gewährung einer Verletztenrente unter Zugrundelegung einer MdE von 20 v.H. für die Zeit vom 07. September 2005 bis zum 03. November 2005 anerkannt und die Klägerin dieses Teilanerkennnis angenommen hatte, haben die Beteiligten von da an nur noch um die Gewährung einer Verletztenrente über den 31. Januar 2006 hinaus gestritten.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 12. November 2010 abgewiesen. Es bestünden über den 31. Januar 2006 hinaus keine rentenberechtigenden Unfallfolgen, welche eine MdE von mindestens 20 v.H. begründeten. Dies könne mit den soweit übereinstimmenden Gutachten von Dr. L und Dr. W-R auf der Grundlage der für die MdE-Bewertung bei eigentlich noch gar nicht erwerbsfähigen Kindern und Jugendlichen heranzuziehenden Maßstäben nicht angenommen werden. Auch Prof. Dr. P bestätige in seinem Gutachten vom 25. Januar 2009, dass der Innenmeniskusschaden der Klägerin spätestens ab dem 01. Februar 2006 soweit ausgeheilt gewesen sei, dass er keine rentenberechtigende MdE von 20 v.H. mehr begründete. Es sei festzustellen, dass ausnahmslos alle vorliegenden Gutachten und medizinischen Stellungnahmen spätestens ab Februar 2006 nur noch geringe funktionelle Einschränkungen der Klägerin in Folge eines am 27. Mai 2005 erlittenen Innenmeniskusschadens am linken Kniegelenk erkennen würden, die eine rentenberechtigende MdE von 20 v.H. nicht begründen könnten. Soweit Prof. Dr. P für die Zeit vom 23. Mai 2006 bis zum 09. April 2008 anders als die übrigen Gutachter eine rentenberechtigende MdE der Klägerin annehme, gründe sich dies auf der Annahme, die Klägerin habe am 27. Mai 2005 neben dem Meniskusschaden auch eine Überdehnung des vorderen Kreuzbandes erlitten, welches dann den alltäglichen Belastungen immer weniger Stand gehalten hätte und zu einer erstmals im Gutachten vom 23. Mai 2006 dokumentierten Instabilität des Kniegelenks sowie schließlich zu einer Teiltraktur geführt habe. Hiergegen sprächen, wie etwa Dr. W-R zutreffend ausführe, die zwischenzeitlich erhobenen Befunde, welche den Nachweis einer unfallnahen Kreuzbandruptur gerade nicht erbracht hätten.

Gegen das am 23. November 2010 der Klägerin zugestellte Urteil hat diese am 13. Dezember 2010 Berufung eingelegt. Sie hat für die Zeit ab dem 01. Februar 2006 bis zum 09. April 2008 die Gewährung einer Verletztenrente unter Zugrundelegung der von Prof. Dr. P gestaffelten MdE geltend gemacht. Sie sieht insbesondere die Kreuzbandteiltraktur als unfallbedingt an.

Die Klägerin beantragt zuletzt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. November 2010 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 08. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 2006 zu ändern und festzustellen, dass die gesamten linksseitigen Knieschäden einschließlich einer Teiltraktur des vorderen Kreuzbandes Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Mai 2005 sind, und die Beklagte zu verurteilen, wegen der Folgen dieses Arbeitsunfalls ihr eine Verletztenrente vom 01. Februar 2006 bis zum 09. April 2008 sowie vom 08. Dezember 2008 bis zum 11. Dezember 2008 jeweils unter Zugrundelegung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von durchgehend mindestens 20 vom Hundert zu

gewähren, wobei eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40 vom Hundert vom 06. November 2007 bis zum 19. November 2007 und vom 12. Dezember 2007 bis zum 31. Januar 2008 sowie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100 vom Hundert vom 02. November bis zum 05. November 2007 sowie am 11. Dezember 2007 zugrunde zu legen ist,

hilfsweise eine ergänzende Auskunft nach [§ 109 SGG](#) des Sachverständigen Dr. M einzuholen zur Frage, inwieweit seine MdE-Beurteilung auf die Folgen aus der Teilruptur des Kreuzbandes im Gegensatz zur Ruptur des Innenmeniskus abstellt

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag der Klägerin das schriftliche Sachverständigengutachten des Chefarztes der Klinik für Kinderorthopädie und Kindertraumatologie des H Klinikums E B Dr. M vom 20. Juni 2012 eingeholt. Dr. M zufolge wurden der Innenmeniskusschaden und die damit verbundene Narbenbildung und ein posttraumatischer Knorpelschaden mit Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 27. Mai 2005 verursacht. Welches auslösende Trauma zur Kreuzbandläsion geführt habe, sei zurzeit nicht nachvollziehbar. Die unfallbedingte MdE sei ab Februar 2006 bis zum 24. Oktober 2007 nach bis dahin abgeschlossener Behandlung auf 10 v.H. einzuschätzen, für die Zeit danach wie folgt: 25. Oktober 2007 bis 01. November 2007 MdE 20 v.H. (Streckhemmung, Schmerzen) 02. November 2007 bis 05. November 2007 MdE 100 v. H. (stationärer Aufenthalt) 06. November 2007 bis 19. November 2007 MdE 40 v.H. (Orthese, Beugelimit, TB) 20. November 2007 bis 10. Dezember 2007 MdE 20 v.H. (Instabilität) 11. Dezember 2007 bis 11. Dezember 2007 MdE 100 v.H. (ambulante OP) 12. Dezember 2007 bis 31. Januar 2008 MdE 40 v.H. (Orthese, Beugelimit, TB) 01. Februar 2008 bis 09. April 2008 MdE 20 v.H. (Belastungsaufbau, KG, Vollbelastung, Entwöhnung Orthese) 10. April 2008 bis 07. Dezember 2008 MdE 10 v.H. 08. Dezember 2008 bis 11. Dezember 2008 MdE 20 v.H. (Symptom- und Funktionsverschlechterung nach Folgeunfall) Seit 12. Dezember 2008 MdE 10 v.H.

Dr. M hat zum Schriftsatz der Klägerin vom 26. Juli 2012 unter dem 04. Januar 2013 ergänzend Stellung genommen. Die Beklagte ist dem Gutachten insoweit kritisch entgegengetreten, als sie die von Dr. M vorgenommene MdE-Bewertung für nicht nachvollziehbar hält (vgl. Schriftsatz vom 02. April 2013).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nur zum Teil begründet. Das SG hat die Klage im Wesentlichen zu Recht abgewiesen.

Der verfahrensgegenständliche Bescheid vom 08. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2006 ist allein insoweit rechtswidrig und die Berufung nur insoweit begründet, als die Beklagte als Unfallfolge bislang den Zustand nach Innenmeniskusteilresektion links nicht, sondern nur eine geringe Muskelminderung im Bereich des linken Unterschenkels nach operativ behobenem Riss des Innenmeniskushinterhorns im linken Kniegelenk anerkennt. Ein Anspruch auf Anerkennung bzw. Feststellung weiterer Unfallfolgen besteht indes nicht. Hinsichtlich der Begründung hierzu wird auf die weiter unten folgenden Ausführungen verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Der angefochtene Bescheid ist, soweit die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab Februar 2006 ablehnt, rechtmäßig und beschwert die Klägerin nicht. Die Klägerin hat für die Zeit ab Februar 2006 keinen weitergehenden Anspruch auf Verletztenrente aus der hierfür einzig in Betracht zu ziehenden Anspruchsgrundlage aus [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII).

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Diese Voraussetzungen liegen für die Zeit ab Februar 2006 nicht vor. Zwar liegt ein Arbeitsunfall vor. Die bei der Klägerin festgestellten Funktionseinbußen und krankhaften Veränderungen "infolge" dieses Arbeitsunfalls begründen jedoch für den vorstehenden Zeitraum keine rentenberechtigende MdE - mangels Stützrententatbestands - von mindestens 20 v.H.

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. Versicherte Tätigkeit ist u. a. auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ([§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)). 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 (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, zitiert nach 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. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet

sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris).

Hieran gemessen bestehen keine Zweifel am Vorliegen eines als Arbeitsunfall i.S.v. [§ 2 Abs. 1 Nr. 8](#) lit. b SGB VII (Schüler während des Besuchs von allgemeinbildenden Schulen) versicherten, von der Beklagten anerkannten Schulunfalls vom 27. Mai 2005. Auch besteht eine haftungsausfüllende Kausalität zwischen der beim Unfall als Gesundheitserstschaden zugezogenen Innenmeniskusküsläsion und einem Teil der von der Klägerin behaupteten Unfallfolgen, nämlich insoweit, als bei der Klägerin ein fortdauernder Zustand nach Innenmeniskusteilresektion links gesichert ist, wohingegen die übrigen Leiden (Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik und Knorpelschäden) nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen durch den Unfall verursacht wurden.

Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" - vgl. [§§ 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) - das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Versicherungsfalls bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 20/04 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und erste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenzurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße überzeugt, dass bei der Klägerin infolge des unstrittigen und anerkannten Arbeitsunfalls vom 27. Mai 2005 über den Zustand nach Innenmeniskusteilresektion links hinaus keine weiteren Krankheiten bestehen. Hierfür bezieht sich der Senat auf die insofern übereinstimmenden Erwägungen zur Zusammenhangsfrage der Gerichtssachverständigen Dr. W (vgl. schriftliches Sachverständigengutachten vom 12. Mai 2010) und Dr. M (vgl. schriftliches Sachverständigengutachten vom 20. Juni 2012), welche jeweils nach umfassender Befunderhebung bzw. eingehender ambulanter Untersuchung der Klägerin im Einklang mit den Ausführungen von Dr. L in dessen für die Beklagte erstellten Gutachten vom 23. Mai 2006 zur überzeugenden Einschätzung gelangt sind, dass sich - trotz eines kaum verifizierbaren geeigneten Verletzungsmechanismus - lediglich und allenfalls die Innenmeniskusschädigung auf den Unfall zurückführen lässt und deshalb auch der Zustand nach Innenmeniskusteilresektion mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen ist. Hierbei geht der Senat zumindest im Einklang mit dem Sachverständigen Dr. M davon aus, dass die erneuten Meniskusrisse, welche im November 2005 bzw. Ende Oktober 2007 diagnostiziert und mittels einer Innenmeniskusküglättung bzw. -teilresektion behandelt wurden (vgl. OP-Berichte vom 16. November 2005 und 02. November 2007), im Wesentlichen auf den Unfall vom 27. Mai 2005 zurückzuführen und grundsätzlich zu entschädigen sind. Dr. W hat sich hierzu in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten zwar nicht geäußert; seine Ausführungen konzentrieren sich jedoch nur auf die Frage, ob auch die vordere Kreuzbandruptur unfallbedingt ist. Soweit nach alledem der Zustand nach Innenmeniskusteilresektion in einem haftungsausfüllenden Kausalitätsverhältnis zum anerkannten Unfall steht, ist dieser dem klägerischen Antrag entsprechend als weitere Unfallfolge festzustellen.

Soweit Prof. Dr. P in seinem für die Beklagte erstellten Gutachten vom 25. Januar 2009 auch die Schädigung des vorderen Kreuzbandes links als Unfallfolge ansieht, ist dem nicht zu folgen. Hierfür bezieht sich der Senat vor allem auf die stichhaltigen Ausführungen von Dr. W in

dessen schriftlichem Sachverständigengutachten, wonach zwar trotz Vorbehalte aufgrund biomechanischer Überlegungen der Innenmeniskusriss dem Unfallereignis noch zugeordnet werden kann, dies aber bzgl. der vorderen Kreuzbandruptur nicht mehr der Fall ist. Hierfür verweist Dr. W überzeugend darauf, dass eine normale Weitsprungbewegung wie bei der Klägerin an sich weder die Menisken noch den Kreuzbandapparat gefährdet und dass zeitnah bei einer relevanten Verletzung der intraartikulären Bänder eine entsprechende Symptomatik hätte auftreten müssen, wobei beachtenswert ist, dass durch wiederholte Tomografien als auch Operationen eine vollständige und optimale Befunderfassung ermöglicht war. Über zweieinhalb Jahre hinweg wurde kein Kreuzbandschaden objektiviert. Welche konkrete Ursache die Veränderungen eines Teils des vorderen Kreuzbandes tatsächlich hatten, vermag Dr. W nicht zu erklären, wobei er zutreffend darauf hinweist, dass für die Begutachtung relevant war, den möglichen Einfluss des angeschuldigten Unfallereignisses abzugrenzen. Dem Argument der Klägerin, dass sie frühzeitig Instabilitätsgefühle verspürt habe, tritt er plausibel unter Hinweis darauf entgegen, dass in Verbindung mit längeren Ruhigstellungen, welche nach Meniskusnähten erforderlich werden, sich muskuläre Insuffizienzen entwickeln konnten, zumal für längere Zeit auch eine stabilisierende Orthese verwendet werden musste. Die sogenannte Abgewöhnung von derartigen externen Stabilisatoren führte möglicherweise zu funktionellen Instabilitätsgefühlen, welche nicht Folge einer morphologischen Bandsuffizienz waren. Zwar geht Dr. M in seinem auf Antrag der Klägerin für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten anders als Dr. W davon aus, dass Weitsprung ein adäquates Trauma für eine Meniskusläsion ist, sieht jedoch einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Elongation des vorderen Kreuzbands ebenfalls als unwahrscheinlich an. Nach Auffassung des Senats erscheint die von Prof. Dr. Pgezogene Schlussfolgerung auch in sich nicht konsistent. Er beschreibt einen im Alpinskielauf geeigneten Verletzungsmechanismus ("Hierbei stürzt der Skifahrer nach hinten, der Körperschwerpunkt ist hinter dem Knie. Der Fuß wird durch den Skistiefel fixiert, es kommt zur maximalen Beugung im Kniegelenk."), ohne zu erläutern, wie es beim angeschuldigten Weitsprung zu einer auch nur vergleichbaren Bänderbelastung gekommen sein konnte.

Dass auch die spätestens durch die MRT-Untersuchung vom 30. Oktober 2007 bzw. durch die Operation am 02. November 2007 gesicherten degenerativen Knorpelschäden auf den Unfall vom 27. Mai 2005 zurückzuführen sind, ist ebenfalls nicht geklärt. Eine nachvollziehbare Interpretation als Unfallfolge findet sich in keinem der vorliegenden Gutachten. Dr. M stellt die Knorpelschäden ohne plausible Begründung lediglich als Unfallfolge fest, was zumindest angesichts der im MRT vom 28. Oktober 2005 festgestellten degenerativen Erscheinungen im rechten Kniegelenk und angesichts des - wie gezeigt - nicht unfallbedingt interpretierbaren Kreuzbandschadens zu viele Fragen offen lässt, als dass die Knorpelschäden ohne Weiteres mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen auf den Unfall vom 27. Mai 2005 zurückgeführt werden könnten.

Erst soweit sich die haftungsausfüllende Kausalität - wie hier zum Teil - 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. Bei jugendlichen Versicherten wird die MdE gemäß [§ 56 Abs. 2 S. 2 SGB VII](#) nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII](#) werden bei der Bemessung der MdE Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden. Die Bemessung der MdE hängt also 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 und unterliegen einem ständigen Wandel (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rn. 18).

Hieran gemessen lässt sich für die MdE-Bewertung nur auf die mit dem vollbeweislich als Unfallfolge gesicherten Zustand nach Innenmeniskusteilresektion einhergehenden Funktionseinbußen abstellen. Dr. W stellte bei der ambulanten Untersuchung am 11. Mai 2010 bis auf eine mäßig erhöhte Druckempfindlichkeit über dem inneren Gelenkspalt keine Meniskuszeichen fest. Die Gelenkbeweglichkeit war frei, die Entzündungszeichen waren negativ und der Muskelapparat nahezu seitengleich ausgebildet. Es gab nur eine endgradige Einschränkung des Hock- und Fersensitzes, mithin einen insgesamt zu milden Befund, als dass sich eine rentenberechtigende MdE von mehr als 10 v.H. feststellen ließ, und zwar unabhängig davon, ob nur auf den Zustand nach Innenmeniskusteilresektion oder auch auf weitergehende (und nicht schon vom vorstehenden Zustand erfasste) Knorpelschäden als Unfallfolge abgestellt werden kann. Dr. M hat bei der von ihm durchgeführten ambulanten Untersuchung am 20. März 2012 keinen schwereren Befund erhoben. Die Bewegungsausmaße waren mit 155-0-10° rechts gegenüber 155-0-0° links nahezu gleich. Die Kniegelenkskonturen zeigten sich regelrecht erhalten. Die Operationsnarben waren unauffällig. Es fanden sich keine Zeichen einer Ergussbildung oder einer Weichteilschwellung im Gelenkinnern und kein Hinweis auf Bursitiden. Die Beweglichkeit beider Kniescheiben war frei und weder hypo- noch hypermobil. Anhaltspunkte für ein Luxations- oder Subluxationsereignis bestanden nicht. Dementsprechend gelangt auch Dr. M zumindest für die Zeit ab dem 12. Dezember 2008 ebenfalls nur zu einer MdE von 10 v.H. Mit dieser MdE-Bewertung stehen beide Sachverständige im Einklang mit dem einschlägigen unfallmedizinischen Schrifttum, wonach ein Meniskusteilverlust bei komplikationslosem Verlauf keine wesentliche MdE bedingt und, wenn es zu sekundären Knorpelschäden kommt, sich eine relevante MdE ergeben kann, wobei sich die Einschätzung nach dem Ausmaß der

Funktionseinschränkungen richtet (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.10.5.5.3, S. 640).

Soweit Dr. M - anders als Dr. W und teilweise im Einklang mit Prof. Dr. P - für die Zeit vor dem 12. Dezember 2008 Zeiten rentenberechtigender MdE - ab Ende Oktober 2007 bis April 2008 und im Dezember 2008 - annimmt, ist dem nicht zu folgen. Zwar lassen sich zunächst für die Zeit ab Ende Oktober 2007 Funktionseinbußen der Klägerin im Bereich des linken Kniegelenks objektivieren. Hierfür ist etwa auf den Durchgangsarztbericht vom 30. Oktober 2007 zu verweisen, wonach die Klägerin mit - nach eigenen Angaben - ab dem 25. Oktober 2007 im linken Kniegelenk bestehenden Schmerzen mit schmerzhafter Streckhemmung bei den DRK Kliniken vorstellig wurde. Jedoch lässt sich nicht ermesen, ob die von der Klägerin beklagten Funktionsbehinderungen im linken Knie von dem erneuten Innenmeniskusriss oder der zeitgleich aufgedeckten Elongation und Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes links (vgl. MRT-Befund vom 31. Oktober 2007 und OP-Bericht vom 02. November 2007) herrührten. Dr. W zieht einen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Innenmeniskusriss nicht einmal ansatzweise in Erwägung. Dr. M geht im Ergebnis wohl von einem unfallbedingten Zusammenhang aus, indem er eine rentenberechtigende MdE auswirft, ohne dies aber auch nur annähernd durch entsprechende Zurechnungserwägungen plausibel zu machen. Ebenso verhält es sich, soweit Dr. M anlässlich eines leichten Umknicktraumas am 08. Dezember 2008 kurzzeitig von einer rentenberechtigenden MdE ausgeht, ohne zu erläutern, ob und inwiefern gerade dieses zu einem Wiederaufflammen des meniskusbedingten Beschwerden geführt haben kann, zumal ein substantieller Meniskusschaden damals auch mittels einer MRT-Untersuchung nicht aufgedeckt werden konnte, bei welcher vielmehr kein Anhalt für eine Rezidivläsion erbracht wurde, vgl. MRT-Bericht von Dr. R vom 10. Dezember 2008. Hinzukommt, dass sich der Kniebefund, welchen Prof. Dr. P bei der von ihm am 13. Dezember 2008, also nur wenige Tage nach dem Vorfall am 08. Dezember 2008 durchgeführten Untersuchung erhob, ebenfalls weitgehend unauffällig war. Prof. Dr. P stellte reizfreie Narben, annähernd seitengleich frei bewegliche Knie, keine bewegungsabhängigen Schmerzen am linken Kniegelenk, beidseitig möglichen Einbeinstand, beidseitig mögliches Einbeinhüpfen und Hinknien fest. Die tiefe Hocke konnte beidseits eingenommen werden, links lediglich nicht vollständig.

Der Senat hat sich nicht veranlasst gesehen, dem hilfsweise gestellten Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) auf weitergehende Befragung des Sachverständigen Dr. M nachzukommen. Diese Entscheidung beruht auf [§ 109 Abs. 2 2. Alt. SGG](#), wonach das Gericht einen Antrag ablehnen kann, wenn durch die Zulassung die Erledigung des Rechtsstreits verzögert werden würde und der Antrag nach der freien Überzeugung des Gerichts aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht worden ist. Eben dies ist hier der Fall. Zum Einen hätte sich durch die Zulassung des Antrags die Erledigung des Rechtsstreits verzögert, weil sich durch die angestrebte Beweisaufnahme der bereits durch die stattgefundene Terminierung ins Auge gefasste Zeitpunkt der Beendigung der Streitsache verschoben hätte. Zum Anderen hat die Klägerin den Antrag aus grober Nachlässigkeit nicht früher vorgebracht. Eine Verspätung aus grober Nachlässigkeit liegt vor, wenn jede zur sorgfältigen Prozessführung erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen ist. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Beteiligte es versäumt, den Antrag innerhalb angemessener Frist ab dem Zeitpunkt zu stellen, in welchem zu erkennen war, dass das Gericht keine weiteren Ermittlungen von Amts wegen durchführt, wobei der Beteiligte sich gemäß [§ 73 Abs. 6 S. 7 SGG](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) das Verhalten seines Vertreters zurechnen lassen muss (Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG - Kommentar, 10. Aufl. 2012, § 109 Rn. 11). Vorliegend hatte die - anwaltlich sach- und fachkundig vertretene - Klägerin bereits spätestens mit der per Empfangsbekanntnis vom 02. Oktober 2013 bewirkten Ladung zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat zum 07. November 2013 davon Kenntnis, dass der Senat von Amts wegen keine weiteren Ermittlungen beabsichtigte, so dass es ihr deutlich vor dem Termin möglich gewesen wäre, einen Antrag nach [§ 109 SGG](#) zu stellen.

Davon abgesehen ist vorsorglich darauf hinzuweisen, dass der Senat auch eingedenk der ihm nach [§ 103 SGG](#) obliegenden Untersuchungsmaxime objektiv keine Veranlassung gesehen hat, den Sachverständigen Dr. M (von Amts wegen) erneut zu hören. Denn dieser hat als letzter mit der Beantwortung der Zusammenhangsfrage betrauter Sachverständiger den sich bis dahin bereits vollständig abbildenden medizinischen Streitstand bei der von ihm durchgeführten Begutachtung überblicken können - dies gilt erst recht auch für seine spätere ergänzende Stellungnahme - und hatte so mithin Gelegenheit, auch zu den von der Klägerin zuletzt im Rahmen ihres nach [§ 109 SGG](#) gestellten Antrags aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen. Dies wird insbesondere daran deutlich, dass Dr. M in seinem für den Senat erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten selbst zwischen dem Innenmeniskusschaden als Unfallfolge und der Kreuzbandläsion als unfallunabhängigem Geschehen differenziert hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst. Hierbei fällt das nur geringfügig teilweise Obsiegen der Klägerin nicht ins Gewicht, weil sie im Wesentlichen mit ihrer Klage und Berufung unterlegen ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-01-20