

L 3 U 5/12

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 25 U 809/10

Datum

01.12.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 5/12

Datum

03.04.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 01. Dezember 2011 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung weiterer Unfallfolgen des von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls vom 08. Dezember 2009.

Der 1963 geborene Kläger erlitt bei seiner Tätigkeit als Straßenreiniger bei den B S am 08. Dezember 2009 um 09:00 Uhr einen Unfall, als er beim Fegen des Gehweges mit dem linken Fuß in ein mit Laub bedecktes Loch trat, hängen blieb, sich dabei das linke Knie verdrehte, stürzte und versuchte sich mit dem linken Ellenbogen abzufangen (vgl. Unfallanzeige vom 01. Februar 2010, Durchgangsarztbericht &706;DAB&707; vom 10. Dezember 2009). Der Kläger arbeitete zunächst weiter und stellte sich am 10. Dezember 2009 bei dem DA G vor, der am linken Knie Bewegungs- und Belastungsschmerzen sowie am linken Ellenbogen einen Druckschmerz mit Bewegungs- und Belastungsschmerzen befand. Die Röntgenuntersuchung des linken Knies und des linken Ellenbogens ergab keine frischen knöchernen Verletzungen. Der DA G diagnostizierte eine schwere Knieprellung links sowie eine Prellung des linken Ellenbogens und stellte Arbeitsunfähigkeit (AU) fest.

Wegen persistierender Beschwerden erfolgte am 11. März 2010 eine Vorstellung im Unfallkrankenhaus B bei Prof. Dr. E(vgl. DAB vom 12. März 2010), wo der Kläger über morgendliche Anlaufschmerzen sowie Schmerzen beim Treppen- und nach vermehrtem Laufen berichtete. Er gab an, sich wegen früherer Arbeitsunfälle betreffend das linke Kniegelenk seit 1999 in der Behandlung des DA G zu befinden, wo bereits eine MRT-Untersuchung des linken Kniegelenkes und eine Kniegelenksspiegelung mit Knorpel- und Meniskusglättung durchgeführt worden seien. Die Untersuchung ergab einen im Wesentlichen unauffälligen Befund (unauffälliges Gangbild, stabile Bänder, Kniegelenksstreckung/-beugung mit 0/0/140°, stark schmerzhaft tiefe Hocke, geringer Druckschmerz am oberen Patellapol). Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Röntgenuntersuchung vom 24. Februar 2010 (kein Anhalt für ossäre Traumafolgen oder entzündliche Veränderungen) wurde als Diagnose eine beginnende Arthrosis deformans des linken Kniegelenkes gestellt.

Ausweislich des Zwischenberichtes des U vom 19. März 2010 ergab eine am 15. März 2010 erfolgte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenkes als Befund: "Offenbar ein Zustand nach Partialruptur des vorderen Kreuzbandes mit Nachweis mehrerer kleiner Ganglien, bei insgesamt kontinuierlicher Abbildung. Horizontale Rissbildung im Innenmeniskushinterhorn (Grad III). Geringe Tendinopathie der Quadrizepssehne am oberen Patellapol. Bis auf eine geringe Verschmälerung der Gelenkknorpel im medialen FT (= Femur-Tibia)-Kompartiment keine auffällige Chondropathie. Kein größerer Gelenkerguss. Narbige Veränderungen im Hoffa'schen Fettkörper, a. e. nach stattgehabter Arthroskopie." Es wurde eine zeitnahe stationäre Aufnahme zur Durchführung einer Kniegelenksspiegelung zur Befunderhebung und Resektion des Innenmenikushinterhornes bei Rissbildung und hieraus resultierender Beschwerden empfohlen.

Vom 24. März bis zum 01. April 2010 befand sich der Kläger in der stationären Behandlung des U, wo sich bei der Aufnahmeuntersuchung ein flüssiges Gangbild ohne Benutzung von Hilfsmitteln, ein unproblematischer Einbein-, Zehen- und Hackenstand und stabile Bänder zeigten. Der Kniegelenksbefund war bis auf einen diskreten Druckschmerz über dem proximalen Patellapol völlig unauffällig. Am 25. März 2010 erfolgte eine Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit partieller Hoffa-Resektion, Spülung und Drainage. Hierbei zeigte sich ein vorderes Kreuzband mit fehlendem synovialen Überzug und leichter Elongation. Ansonsten fanden sich feste Kreuz- und Seitenbandverhältnisse und keine Knorpelschäden. Außen- und Innenmeniskus stellten sich unauffällig dar. Die im MRT beschriebenen Ganglien ließen sich bei der Arthroskopie ebenfalls nicht nachweisen (vgl. Operations&706;OP&707;-Bericht vom 25. März 2010, Zwischenbericht des U vom 01. April 2010). Der Kläger wurde vollmobilisiert ohne Gehstützen entlassen und zunächst ab dem 02. April

2010 für arbeitsfähig befunden (DAB vom 01. April 2010).

Wegen erheblicher belastungsabhängiger Schmerzen sowie einer persistierenden geringen Schwellung im Bereich des linken Kniegelenkes wurde vom DA Gabriel wie auch vom U weiter AU bescheinigt (vgl. DAB 13. April 2010, Zwischenberichte des U vom 16. und 21. April 2010). Wegen starker Schmerzen und Einklemmungserscheinungen des Innenmeniskus am linken Kniegelenk stellte sich der Kläger in der Folgezeit beim DA G vor, der AU bescheinigte und weitere Untersuchungsmaßnahmen empfahl (DAB 11. Mai 2010). Eine Kernspintomographie des linken Kniegelenkes am 25. Mai 2010 ergab: 1. Komplexe Grad III-Läsion im Innenmeniskushinterhorn. 2. Leichtgradige Distension des vorderen Kreuzbandes mit Reizerguss im tibialen Ansatz. Zusätzlich grenzwertiges, ossäres, laterales Impingement. 3. Mäßiggradige, narbig imponierende Weichteilschwellung median der Patellarsehne im distalen Drittel, jedoch recht ausgedehnter Befund und noch leichtgradig reaktive Komponente, vermutlich operativer Zugangsweg nach mitgeteilter Arthroskopie 3/10. 4. Fokaler chondraler Defekt anterofemoral von wenigen Millimetern Ausdehnung am Condylenübergang – wie Grad III – Chondromalacie. 5. Leichtgradig posttraumatisch-reaktiver Erguss retropatellar und in der Bursa infrapatellaris profunda (keine Bursitis).

Die Beklagte stellte den Kläger am 14. Juni 2010 zur Heilverfahrenskontrolle bei dem DA Dr. W vor, der anhand des Untersuchungsbefundes sowie des MRT vom 15. März 2010 eine mukoide polyzystische Degeneration des vorderen Kreuzbandes links und eine Innenmeniskusläsion Grad II diagnostizierte. Des Weiteren wies er darauf hin, dass es sich eher um ein unfallunabhängiges Problem handele, da sich schon im MRT von 2007 polyzystische degenerative Veränderungen des vorderen Kreuzbandes und eine Innenmeniskusläsion (degenerativ) zeigten. Im Hinblick auf die erfolgte Kniedistorsion empfahl er, eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit für 6 Wochen anzuerkennen (DAB vom 14. Juni 2010).

Mit Bescheid vom 24. Juni 2010 erkannte die Beklagte als Folgen des Arbeitsunfalles vom 08. Dezember 2009 an: "Ausgeheilte Distorsion des linken Kniegelenkes bei unfallunabhängigem Vorschaden sowie ausgeheilte Prellung des linken Ellenbogens". Als Folgen des Arbeitsunfalles würden nicht anerkannt: - mukoide polyzystische Degeneration des vorderen Kreuzbandes linkes Kniegelenk - degenerative Innenmeniskusläsion linkes Kniegelenk - degenerative Außenmeniskusläsion linkes Kniegelenk - Gonarthrosis deformans im Bereich des linken Kniegelenkes - Rezidivierende Lumboschialgie. Zur Begründung führte sie aus, die angeschuldigte Distorsion des linken Kniegelenkes hätte nach den medizinischen Erfahrungswerten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit von maximal 6 Wochen, d. h. bis zum 26. Januar 2010 beansprucht. Die darüber hinausgehende Behandlungsbedürftigkeit und AU bestehe wegen der unfallunabhängigen Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenkes. Die weitere Behandlung hätte somit bereits zu Lasten der zuständigen Krankenkasse durchgeführt werden müssen.

Des Weiteren hörte die Beklagte mit Schreiben vom gleichen Tag den Kläger zur beabsichtigten Einstellung des Verletztengeldes an.

Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, der Zustand des Knies sei nicht ausschließlich auf den Arbeitsunfall vom 08. Dezember 2009 zu beschränken. Er habe bereits vier weitere Arbeitsunfälle betreffend das linke Knie am 26. August 1998, 14. Juni 1999, 03. Juli 2002 und 23. Februar 2007 erlitten und sei deswegen durchgehend in ärztlicher Behandlung gewesen. Daher könne auch nicht von unfallunabhängigen Veränderungen gesprochen werden.

Die Beklagte zog den Befund über die am 15. März 2007 durchgeführte Kernspintomographie des linken Kniegelenkes mit der folgenden Beurteilung bei: 1. Zarte komplexe Grad III-Läsion im Innenmeniskushinterhorn. 2. Geringgradige Distension des vorderen Kreuzbandes bei zusätzlich leichtgradigem Impingement. 3. Geringgradige postkontusionelle Bone bruise von Tibiakopf und Patella. 4. Leichtgradige posttraumatisch-reaktive Peritendinitis der Patellarsehne im proximalen Drittel ohne assoziierte Bandläsion, auch im Übrigen unauffälliger Bandapparat. 5. Sehr gering posttraumatisch-reaktiver Erguss im Recessus retropatellaris. Ferner nahm sie die Berichte des DA G vom 07. September und 22. Oktober 2007 nebst dem OP-Bericht über die am 06. September 2007 durchgeführte diagnostische Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit partieller Menisektomie Außenmeniskus (Diagnose: Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung, Vorderhorn des Außenmeniskus) zu den Verwaltungsakten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 2010 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Weitere Gesundheits(erst)schäden als die anerkannte Prellung des linken Ellenbogens und die Distorsion des linken Kniegelenkes, die folgenlos ausgeheilt seien, könnten unter Wertung der erhobenen Befunde nicht mit dem erforderlichen Grad der Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Weder bei den Röntgenuntersuchungen am 10. Dezember 2009 noch bei der Arthroskopie im U im März 2010 ließen sich Gesundheitsschäden objektivieren, die als Folge eines frischen traumatischen Geschehens hätten diskutiert werden können. Die durch den Unfall erlittenen Gesundheitsschäden, insbesondere im Bereich des linken Kniegelenks, hätten für sich allein eine Behandlungsbedürftigkeit von maximal 6 Wochen (bis zum 26. Januar 2010) bedingt. Über diesen Zeitpunkt hinaus lägen keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen vor, so dass auch kein Anspruch auf Heilbehandlungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung mehr bestehe. Hinsichtlich der weiteren Arbeitsunfälle würden Ermittlungen durchgeführt und gesondert entschieden.

Zwischenzeitlich hatte die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 13. Juli 2010, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 2010, die Einstellung des Verletztengeldes mit Ablauf des 18. Juli 2010 mitgeteilt, da eine unfallbedingte AU nur bis zum 26. Januar 2010 bestanden habe. Hiergegen richtet sich der Kläger mit der am 02. Dezember 2010 beim Sozialgericht Berlin (SG) zum Aktenzeichen S 68 U 824/10 erhobenen Klage. Das SG hat mit Beschluss vom 08. November 2012 das Verfahren bis zur rechtskräftigen Entscheidung im vorliegenden Rechtsstreit ausgesetzt.

Mit seiner am 24. November 2010 zum SG Berlin erhobenen Klage hat der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 24. Juni 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2010 aufzuheben. Der Bescheid sei unvollständig, da er sich mit der im MRT vom 15. März 2010 festgestellten Partialruptur des vorderen Kreuzbandes sowie der horizontalen Rissbildung im Innenmeniskushinterhorn (Grad III) überhaupt nicht auseinandersetze. Von einer Ausheilung der Distorsion des linken Kniegelenkes könne nicht ausgegangen werden. Zudem habe sich sein Zustand nach dem MRT vom 15. März 2010 weiter verschlechtert.

Mit Beweisanordnung vom 24. März 2011 hat das SG den Facharzt für Orthopädie Dr. W mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dr. W hat am 28. Juni 2011 nach Untersuchung des Klägers am 27. Juni 2011 sowie unter Berücksichtigung des Befundes der MRT-Untersuchung des linken Kniegelenkes vom 18. November 2010 und der Arthroskopieberichte vom

06. September 2007 und 19. April 2011 ein orthopädisches Fachgutachten erstellt. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, beim Kläger ließen sich als am linken Kniegelenk bestehende Störungen eine Innenmeniskushinterhorndegeneration ohne Rissbildung sowie ein Zustand nach Elongation des vorderen Kreuzbandes nachweisen. Das Unfallereignis vom 08. Dezember 2009 habe nicht zu Gewebsverletzungen an Knorpelüberzügen, dem Meniskus oder dem vorderen Kreuzband geführt. Die 4 Monate später im Rahmen der Arthroskopie gefundene Elongation des vorderen Kreuzbandes sei bereits Jahre zuvor im MRT vom 15. März 2007 erwähnt worden. Ein messbare zusätzliche Schwächung/Strukturschädigung habe dieses Band nicht erfahren. Die in den MRT-Aufnahmen von 2007 und 2010 beschriebene Grad III-Läsion des Innenmeniskushinterhorns habe weder bei den Arthroskopien vom 06. September 2007 und 25. März 2010 noch bei der von Dr. W am 19. April 2011 durchgeführten Arthroskopie bestätigt werden können. Der geschilderte Unfallmechanismus habe lediglich eine Distorsion ausgelöst, die nach 6 Wochen folgenlos abgeheilt gewesen sei. Zu Recht habe Dr. W darauf hingewiesen, dass zur Diagnosestellung hierfür nicht unbedingt ein operativer Eingriff erforderlich gewesen sei. Bereits anhand der kernspintomographischen Morphologie habe eindeutig auf eine Vorschädigung rückgeschlossen werden können, zumal die MRT-Aufnahmen aus dem Jahre 2007 ein identisches intrameniskales Schadensmuster abbildeten. Ein Vergleich zwischen den MRT-Aufnahmen hätte genügt, um den fehlenden traumatischen Einfluss zu identifizieren. Im Übrigen sei auch 1 ½ Jahre nach dem angeschuldigten Ereignis keine Veränderung erkennbar, welche einerseits als altersungemäß eingestuft werden könne und andererseits Folge einer früheren Verletzung hätte sein können. So sei 2011 präoperativ das Gelenk frei beweglich gewesen und habe keine Schwellung oder Ergussneigung aufgewiesen. Zudem habe eine stabile Bandsituation bestätigt werden können. Intraoperativ habe sich lediglich eine Vergrößerung des Hoffa'schen Fettkörpers und ein hypertrophes, aber nicht vorverletztes vorderes Kreuzband aufdecken lassen. Bei seiner Untersuchung des Klägers seien bis auf ein endgradiges Beugedefizit keine objektivierbaren pathologischen Befunde zu erheben gewesen. Es ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv vorgetragenen und vor allem therapieresistenten Beschwerden gegenüber dem tatsächlichen Kniegelenkszustand.

Der Kläger hat hierzu unter Vorlage von Auszügen des im Schwerbehindertenverfahren (S 46 SB 765/09) erstellten allgemein-medizinischen Gutachtens von Dr. B vom 18. März 2011 nebst ergänzender Stellungnahme vom 23. Mai 2011 Einwendungen erhoben.

In seiner Stellungnahme hierzu vom 23. August 2011 hat der Sachverständige Dr. W darauf hingewiesen, dass für die Frage des Ursachenzusammenhangs die MRT vor der stattgehabten Arthroskopie im März 2010 maßgeblich seien. Danach habe sich zwar eine Rissbildung im Innenmeniskushinterhorn vermuten lassen, die sich jedoch im Verlauf der Arthroskopie nicht habe objektivieren lassen. Bei der Arthroskopie sei die Entfernung eines vergrößert wirkenden Hoffa'schen Fettkörpers erfolgt, welcher definitiv unfallfremd gewesen sei. Soweit der Kläger auf Dr. B verweise, handele es sich um einen Allgemeinmediziner, dem es an einer entsprechenden Fachkenntnis über operative Maßnahmen an Gelenken fehlen möge. Nicht anders sei zu erklären, dass diesem nicht bekannt sei, dass kernspintomographische Befunde durchaus von intraoperativen Eindrücken abweichen können, da sie unterschiedliche Gewebsbereiche darstellen könnten. Zudem müsse ein fachbezogener Gutachter wissen, dass MRT-Untersuchungen sowohl falsch-positive als auch negative Befunde abbildeten. Dies bewirke, dass ein im Kernspin erscheinender Meniskusriss nicht in jedem Fall auch tatsächlich vorliege. Auch umgekehrte Konstellationen seien denkbar.

Das SG hat nach Anhörung des Klägers durch Gerichtsbescheid vom 01. Dezember 2011 die Klage, die es auch auf die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung von Verletztengeld über den 18. Juli 2010 hinaus sowie von Heilbehandlungsmaßnahmen über den 26. Januar 2010 hinaus gerichtet angesehen hatte, abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, es sehe es nicht als erwiesen an, dass beim Kläger über den 26. Januar 2010 hinaus noch Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. Dezember 2009 vorlägen. Insoweit stütze es sich auf das auf einer umfassenden Befunderhebung beruhende, nach wissenschaftlichen Maßstäben erstellte, in sich schlüssige und letztlich überzeugende orthopädische Fachgutachten des gerichtlich bestellten Sachverständigen Dr. W in Verbindung mit seiner ergänzenden Stellungnahme. Danach habe der Kläger bis auf eine Distorsion des linken Kniegelenks keine strukturelle Verletzung, insbesondere keine Meniskusverletzung oder Elongation des vorderen Kreuzbandes erlitten. Die Distorsion sei spätestens innerhalb von 4 bis 6 Wochen folgenlos abgeheilt gewesen. Dem Ergebnis der Begutachtung stehe auch nicht das allgemeinmedizinische Gutachten von Dr. B entgegen, welches sich nicht zu den hier entscheidungserheblichen Kausalitätsfragen ausspreche. Zudem dürften Dr. B als Allgemeinmediziner bzw. aufgrund seiner fehlenden intraoperativen Kenntnisse die nicht selten bestehenden Diskrepanzen zwischen präoperativem MRT und tatsächlichen Operationsbefunden nicht bekannt gewesen sein. Auch die Diagnosemitteilungen anlässlich des Arbeitsunfalls an die Krankenkasse des Klägers gäben in keiner Weise Aufschluss zu Kausalitätsfragen und seien eine Aufstellung nicht nur der am 08. Dezember 2009 eingetretenen Verletzungen, sondern des gesamten, zu diesem Zeitpunkt bestehenden Beschwerdebildes im vom Unfall betroffenen Gelenk. Auch der Umstand, dass im Auftrag der Beklagten am 15. März 2010 eine MRT-Untersuchung des Klägers und am 25. März 2010 eine Operation im Bereich des linken Kniegelenkes durchgeführt worden seien, sei nicht geeignet, zu einer abweichenden Bewertung zu gelangen.

Gegen den ihm am 14. Dezember 2011 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich der Kläger mit seiner am 13. Januar 2012 beim Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegten Berufung. Er trägt unter Vorlage weiterer Befunde über die Kernspintomographieuntersuchungen des linken Kniegelenkes vom 26. August 2011 und 11. Oktober 2012 vor, er sei nicht innerhalb von 6 Wochen nach dem Unfall im Dezember 2009 beschwerdefrei gewesen. Vielmehr sei sein Knie seit dem Unfall durchgehend mit Beschwerden behaftet, die ihn in der Ausübung seiner Tätigkeit bei der BSR, bei der er ca. 7 km täglich zu Fuß zurücklege, stark beeinträchtigten. Wegen dieser Beschwerden sei am 25. März 2010 eine OP durchgeführt worden, bei der das Knie wahrscheinlich weiter beschädigt worden sei. Nach Aussage seines behandelnden Arztes Dr. W sei der Einsatz eines Shavers bei der Arthroskopie sträflich gewesen. Das SG habe auch in unzulässiger Weise über den von ihm geltend gemachten Anspruch auf Verletztengeld entschieden. Insoweit sei ein eigenständiges Streitverfahren zum Aktenzeichen S 68 U 824/10 anhängig. Der vorliegend angefochtene Bescheid vom 24. Juni 2010 befasse sich mit der Frage, ob die Knieverletzung des Klägers als Folge eines Arbeitsunfalls anzuerkennen sei oder nicht.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 01. Dezember 2011 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 24. Juni 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Oktober 2010 zu ändern und festzustellen, dass die im Kernspintomographiebefund vom 25. März 2010 beschriebenen Veränderungen am linken Kniegelenk des Klägers Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. Dezember 2009 sind.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Ansicht, der hier streitbefangene Bescheid regle allein die Ablehnung von Heilbehandlungsmaßnahmen über den 26. Januar 2010 hinaus, nicht jedoch von Verletztengeld. Im Übrigen seien die Bescheide auch nach dem Ergebnis der weiteren Ermittlungen rechtmäßig.

Der Senat hat die Patientenakte des U bezüglich des stationären Aufenthaltes vom 24. März bis zum 01. April 2010 in Kopie beigezogen. Auf Anforderung des Senats hat PD Dr. W unter dem 07. April 2013 einen Befundbericht erstellt und einen Ausdruck seiner Patientenkartei (07. November 2000: gesichert VKB-Ganglion links; 04. April 2008: aktuell Schmerzen unter Belastung linkes Knie eher Quadssehne mit DS, lat. Patellacatte DS; Befund und Behandlung am 14. Juni 2010 etc.), eine Kopie des OP-Berichts des linken Kniegelenkes vom 19. April 2011 sowie des Befundes des H Klinikums B über die Vorstellung des Klägers vom 20. August 2011 vorgelegt.

Nach Beiziehung aller Original-MRT-Aufnahmen aus den Jahren 2010 bis 2012 hat der Sachverständige Dr. W auf Anforderung des Senats unter dem 11. Dezember 2013 eine weitere gutachterliche Stellungnahme abgegeben. Der Sachverständige hat ausgeführt, bereits 2007 sei eine Diskrepanz zwischen einer kernspintomographischen Befundbeschreibung (MRT vom 15. März 2007) und einem intraoperativen Eindruck (Arthroskopie ein halbes Jahr später) deutlich geworden. Eine die Oberfläche erreichende Rissformation des Innenmeniskus sei trotz gegenteiliger kernspintomographischer Abbildung bei der ersten Arthroskopie nicht gesehen worden. Zudem sei im MRT der Gewebszustand frühzeitig als komplex degeneriert am Innenmeniskushinterhorn eingestuft worden. Unabhängig von zwischenzeitlich stattgehabten Eingriffen ändere sich an dieser Beschreibung auch in allen weiteren MRT's nichts. So gingen sowohl die prä- als auch die postoperativen Aufnahmen von März bzw. Mai 2010 unverändert von einer komplexen Grad III-Läsion am Innenmeniskushinterhorn aus. Folglich habe die Kniespiegelung vom 25. März 2010 auch nichts am Innenmeniskuszustand geändert. Auch in den Folgeaufnahmen von November 2010, August 2011 und Oktober 2012 sei jeweils von einer degenerativen Innenmeniskopathie Grad III des Hinterhorns gesprochen worden. So habe sich im August 2011 sogar eine leichtgradige Progredienz abgezeichnet, ohne dass dies über 4 Jahre hinweg als substantielle Veränderung eingestuft werden könne. Zu würdigen sei, dass der Kläger auch über die Jahre hinweg natürlich einem gewissen Altersverschleiß unterliege. Die frühen Reizerscheinungen an der Patellarsehne hätten sich über die Jahre hinweg vollständig zurückgebildet, was auch zu erwarten sei, da diese vorübergehende Reaktionen auf eine allgemeine Distorsion im Jahre 2007 darstellten. Bei Ganglien am Ursprung von Kreuzbändern handle es sich weder um spezifische Unfallfolgen noch um operativ bedingte Defekte. Narbige Umformungen entwickelten sich über Jahre und seien Ausdruck einer allmählichen Gelenkdegeneration unter Einbeziehung der intraartikulären Bänder. Bei der Arthroskopie im März 2010 seien bis auf eine Inspektion, Spülung und Teilentfernung des vergrößerten Hoffa'schen Fettkörpers weder die Bandstrukturen, die Knorpelüberzüge noch die Meniskussubstanz operativ angegangen worden. Hierdurch werde bereits ersichtlich, dass der Eingriff selber sehr umschrieben gewesen sei und keine invasiven Maßnahmen beinhaltet habe. Auch der mögliche Teileinriss des vorderen Kreuzbandes, beschrieben worden sei eine so genannte Lambda-Verheilung einzelner Fasern, sei belassen worden. Somit stelle sich die Frage, welche Schädigung für nachfolgende Funktionsstörungen hätte gesetzt werden sollen. Da auch postoperativ keine Komplikationen wie Thrombose, Arthrofibrose oder Infektion einsetzten, bleibe offen, worauf sich der Vorwurf des Klägers beziehe. Abgesehen davon, dass sich innerhalb von mehreren Jahren bildgebend aus einer Grad III eine Grad IIb-Läsion entwickelt habe, was dem altersbedingten Verlauf zuzuordnen sei, sei auch in den späteren Eingriffen kein Meniskusriss festgestellt worden. Dies lasse den Rückschluss zu, dass im März 2010 an der Substanz des Meniskus operativ nichts geändert worden sei. Hinsichtlich der Knorpelüberzüge sei darauf hinzuweisen, dass diese im März 2010 an der Kniescheibenrückfläche allenfalls erstgradig und auch nur partiell ausgedünnt gewesen seien. Bei einem damals 47jährigen Mann handle es sich um einen altersgemäßen Zustand. Es bleibe unklar, worauf sich der pauschale Vorwurf des Klägers beziehe. Auch sein Bevollmächtigter habe nicht benannt, durch welche Maßnahmen die Operation von März 2010 zu einem eigenständigen Krankheitsprozess mit dauerhaften Funktionsstörungen hätte führen können.

Zwischenzeitlich hatte die Beklagte von Prof. Dr. E (PD Dr. S und Assistenzärztin H) unter dem 02. August 2011 ein fachchirurgisches-orthopädisches Gutachten zur Zusammenhangsfrage betreffend die früheren Arbeitsunfälle des Klägers erstellen lassen. Prof. Dr. E PD Dr. S und Assistenzärztin H kamen zu dem Ergebnis, dass nach Zusammenschau aller Befunde alle vier Unfallereignisse nicht zu einer Meniskusläsion oder Kreuzbandläsion geführt hätten. Dies sei in beiden nach den Unfällen durchgeführten Arthroskopien von 2007 und 2010 übereinstimmend nachgewiesen. Zudem sei auch kein Erguss nachgewiesen, so dass nicht von einem Reizzustand ausgegangen werden könne. Das vordere Kreuzband werde als leicht elongiert, jedoch im Stresstest fest beschrieben. Im MRT sei es als polyzystisch verändert (degenerativ) beschrieben. Ein Kniebinnenschaden könne also bei den angeklagten vier Unfallereignissen nicht nachgewiesen werden. Auch habe sich bei der eigenen Untersuchung am 28. Juni 2011 keine Muskelmantelminderung zu Ungunsten der linken Seiten feststellen lassen, was auf eine seitengleiche Benutzung beider Beine hindeute. Sämtliche Unfallfolgen seien jeweils nach längstens 4 Wochen als ausgeheilt zu betrachten. Nach Zusammenschau aller Befunde und dem persönlichen Gespräch mit dem Kläger bestehe der deutliche Verdacht auf Aggravation sowie ein Rentenbegehren. Ein Unfallzusammenhang sei abzulehnen. Daraufhin hatte die Beklagte mit Bescheiden vom 06. Dezember 2011 jeweils die Gewährung einer Verletztenrente anlässlich der Folgen des Unfalls vom 26. August 1998, 14. Juni 1999, 02. Juli 2002 und 23. Februar 2007 abgelehnt.

Hinsichtlich der näheren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten, der Streitverfahrensakten des SG Berlin S 68 U 824/10 und der Verwaltungsakten der Beklagten (2 Bände), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen.

Der Kläger führt sein auf Feststellung bestimmter Unfallfolgen gerichtetes Begehren in zulässiger Weise im Rahmen seiner Berufung fort. Anders, als vom SG im angefochtenen Gerichtsbescheid angenommen, hat der Kläger nach seinem erstinstanzlichen Vorbringen (vgl. Klageschrift vom 23. November 2011) von Anfang an nur die Feststellung von weiteren, andauernden Folgen des Arbeitsunfalls vom 08. Dezember 2009, insbesondere eine Verletzung des vorderen Kreuzbandes und des Innenmeniskushinterhorns, in Form der kombinierten Anfechtungs- und Feststellungsklage nach §§ 54 Abs. 1, 55 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend gemacht. Zwar hat er in seinen erstinstanzlichen Schriftsätzen keinen konkreten Feststellungsantrag formuliert, jedoch hat sich ein solcher bei sachdienlicher und prozessrechtskonformer Auslegung (§ 123 SGG) seines Begehrens und unter Berücksichtigung der angefochtenen Bescheide sowie des

Verwaltungsverfahren von Anfang an annehmen lassen. Das Feststellungsbegehren entspricht auch dem Inhalt der angefochtenen Bescheide. Mit dem hier streitgegenständlichen Bescheid vom 24. Juni 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2010 wollte die Beklagte erkennbar noch keine konkrete Regelung im Sinne von [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zu einem Anspruch auf Verletztengeld treffen, wie auch durch das am gleichen Tage verfasste Anhörungsschreiben zur beabsichtigten Einstellung des Verletztengeldes deutlich wird. Ebenso wenig enthält der angefochtene Bescheid einen Verfügungssatz zur Ablehnung von konkreten Heilbehandlungsmaßnahmen, so dass vorliegend mit der Klage in zulässiger Weise nur ein Feststellungsbegehren bezüglich fortbestehender Unfallfolgen geltend gemacht werden kann. Die Verurteilung der Beklagten zur Fortzahlung von Verletztengeld und Weitergewährung von Heilbehandlungsmaßnahmen hat der Kläger – entgegen der vom SG im angefochtenen Gerichtsbescheid vertretenen Auffassung – im erstinstanzlichen Verfahren nicht beantragt. Der Bescheid der Beklagten vom 13. Juli 2010 betreffend die Einstellung des Verletztengeldes in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2010 war nicht Streitgegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens, so dass diesbezüglich eine Rechtskraftentfaltung der Klageabweisung im angefochtene Gerichtsbescheid nicht in Betracht kommt ([§ 141 Abs. 1 SGG](#)).

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 24. Juni 2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Oktober 2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Weitergehende Unfallfolgen als die von der Beklagten anerkannte ausgeheilte Distorsion des linken Kniegelenkes und ausgeheilte Prellung des linken Ellenbogens sind nicht festzustellen.

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 (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 Arbeitsunfalls einschließlich der oben angesprochenen haftungsbegründenden Kausalität. Der Kläger zog sich am 08. Dezember 2009 in Ausübung seiner versicherten Beschäftigung als Straßenreiniger jedenfalls zumindest eine Prellung bzw. Distorsion des linken Kniegelenkes und eine Prellung des linken Ellenbogens zu, vgl. DAB vom 10. Dezember 2009.

Jedoch fehlt es an der haftungsausfüllenden Kausalität, d.h. an Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens, denn die erlittene Prellung bzw. Distorsion des linken Kniegelenkes und die Prellung des linken Ellenbogens sind folgenlos ausgeheilt.

Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" – vgl. auch [§§ 11 Abs. 1, 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 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 ernste 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. BSG, Urteil 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 einzelfallbezogenen 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 Ursachenbeurteilung 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, kann nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die in den MRT-Aufnahmen vom 15. März 2010 und 25. Mai 2010 sich zeigenden dauerhaften Veränderungen am linken Kniegelenk des Klägers (Elongation bzw. Distension des vorderen Kreuzbandes, Innenmeniskushinterhornläsion Grad III, Chondropathie im medialen FT-Kompartiment bzw. geringer chondraler Defekt anterofemoral am Condylenübergang wie Grad III-Chondromalazie), wie sie auch in den späteren MRT vom 18. November 2010, 26. August 2011 und 11. Oktober 2012 wiederholt bzw. hinsichtlich der Chondropathie in zunehmend stärkerer Ausprägung beschrieben werden, durch den Arbeitsunfall vom 08. Dezember 2009 wesentlich verursacht worden sind. Kniebinnenverletzungen, d.h. Gewebeverletzungen an Knorpelüberzügen, Menisken oder vorderem Kreuzband, infolge des Unfalls lassen sich nicht feststellen.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 SGG](#)), insbesondere dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Dr. W-R vom 28. Juni 2011 nebst ergänzenden Stellungnahmen vom 23. August 2011 und 11. Dezember 2013. Dr. W-R hat sich nicht nur einen unmittelbaren Eindruck von den beim Kläger bestehenden Funktionseinschränkungen des linken Kniegelenkes aufgrund persönlicher Untersuchung am 27. Juni 2011 verschafft, sondern anhand des Befundes der MRT-Untersuchung vom 15. März 2007 und der Arthroskopie vom 06. September 2007 den prätraumatischen Zustand des linken Kniegelenkes rekonstruiert und sich anhand der weiteren intraoperativen Befunde vom 25. März 2010 und 19. April 2011 mit den falsch-positiven Befunden der nach dem Unfall durchgeführten MRT-Untersuchungen fachgerecht auseinandergesetzt.

Der Sachverständige hat unter Würdigung der in den Akten befindlichen Befunde und des vom Kläger geschilderten Unfallmechanismus nachvollziehbar dargelegt, dass der Kläger am 08. Dezember 2009 eine Kniegelenksdistorsion erlitten hatte, ohne dass hierbei Band-, Meniskus- oder Knorpelstrukturen verletzt wurden, und die Kniegelenksdistorsion nach spätestens 6 Wochen folgenlos ausgeheilt war. So fand sich bei der Röntgenuntersuchung des linken Kniegelenks vom 10. Dezember 2009 wie auch vom 24. Februar 2010 kein Anhalt für ossäre Traumafolgen oder für entzündliche Veränderungen. Bereits im vor dem hier maßgeblichen Unfall gefertigten MRT vom 15. März 2007 wies das vordere Kreuzband leichte Signalanhebungen im Sinne einer stattgehabten Distension und Zeichen einer Elongation auf, ohne dass es in seiner Struktur bzw. seinem Verlauf gefährdet war. Das OP-Protokoll zur Arthroskopie vom 06. September 2007 enthält dagegen keinen Hinweis für eine mögliche Kreuzbandverletzung, auch nicht bezogen auf den Unfall vom 23. Februar 2007. Soweit die nach dem hier maßgeblichen Unfall am 15. März 2010 erfolgte MRT-Untersuchung des linken Kniegelenkes als Befund u.a. einen Zustand nach Partialruptur des vorderen Kreuzbandes mit Nachweis mehrerer kleiner Ganglien ergab, hat sich dieser Befund in der am 25. März 2010 durchgeführten Arthroskopie nicht bestätigt. Gemäß dem OP-Bericht vom 25. März 2010 zeigte sich ein vorderes Kreuzband mit fehlendem synovialen Überzug und leichter Elongation bei festen Kreuz- und Seitenbandverhältnissen; die im MRT beschriebenen Ganglien ließen sich nicht nachweisen. Vom Operateur ist keine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes beschrieben, sondern auf eine Elongation hingewiesen worden, die bereits 3 Jahre zuvor im MRT gesehen worden war. Des Weiteren ergaben die klinischen Erstuntersuchungen des DA G und im Ustabile Bandverhältnisse und damit keinen Hinweis auf eine Kreuzbandverletzung. Bei der am 19. April 2011 von Dr. W vorgenommenen Arthroskopie zeigte sich ebenfalls eine stabile Bandsituation und ein hypertrophes, aber nicht vorverletztes vorderes Kreuzband. Auch Dr. W-R vermochte bei seiner Untersuchung eine Instabilität/Auslockerung des vorderen Kreuzbandes nicht nachzuweisen. Daher ist der Beurteilung des Sachverständigen zu folgen, wonach eine stattgehabte frühere Elongation des vorderen Kreuzbandes denkbar ist, jedoch diese Bandstruktur bei dem Unfall vom 08. Dezember 2009 keine zusätzliche traumatische Schädigung erlitten hat. Ebenso wenig lässt sich eine Verletzung des Innen- oder Außenmeniskus oder sonstiger Knorpelstrukturen durch den Unfall am 08. Dezember 2009 nachweisen. So weist bereits nach dem MRT vom 15. März 2007 das Innenmeniskushorn eine Grad III-Läsion auf, wobei ausweislich des OP-Protokolls vom 06. September 2007 bei der Arthroskopie eine Rissformation des Innenmeniskus nicht nachgewiesen werden konnte. Bei der Arthroskopie zeigte sich nur am Vorderhorn des Außenmeniskus ein "alter Riss", der zur Meniskektomie führte. Soweit das MRT vom 15. März 2010 erneut auf einen möglichen Innenmeniskushornriss (Grad III) hinwies, konnte dieser ausweislich des OP-Berichts vom 25. März 2010 durch die spätere Arthroskopie ausgeschlossen werden. Zudem zeigte auch der intraoperative Befund des lateralen Gelenkabschnittes trotz der Jahre zuvor durchgeführten partiellen Resektion des Außenmeniskusvorderhorns weder Verletzungsfolgen noch ungewöhnliche Ausdünnungen der Meniskusränder oder des Meniskuskorpus. Ebenso wenig ließen sich bei der Arthroskopie am 25. März 2010 traumatische Knorpelschäden feststellen. Die in den späteren MRT-Aufnahmen vom 25. Mai 2010 und 18. November 2010 wiederholt beschriebene Grad III-Läsion des Innenmeniskushornes konnte auch nicht bei der von Dr. W am 19. April 2011 durchgeführten Arthroskopie bestätigt werden. Der Beurteilung des Sachverständigen Dr. W-R, wonach intraoperativ im März 2010 ein strukturelles Verletzungskorrelat der Menisken ausgeschlossen werden konnte, ist daher zu folgen. Der Sachverständige hat diesbezüglich erläutert, dass eine kernspintomographische Grad III-Läsion an sich einen nach außen, d.h. für den Operateur erkennbaren Riss darstellt. Grad II-Läsionen entsprechen rein intrameniskalen Aufhellungen und damit so genannten mukoiden Umbauten; hierbei handelt es sich um einen schleichenden degenerativen Prozess. Bleibt die Oberfläche intakt, kann der Operateur diese Veränderungen im Rahmen der Arthroskopie nicht beobachten. Die Einschätzung des Sachverständigen wird auch durch die Beurteilung des den Kläger behandelnden DA Dr. W bestätigt, der am 14. Juni 2010 anhand des Untersuchungsbefundes sowie des MRT vom 15. März 2010 eine mukoides polyzystische Degeneration des vorderen Kreuzbandes links und eine Innenmeniskus Grad II-Läsion diagnostizierte und darauf hinwies, dass es sich eher um ein unfallunabhängiges Problem handelt, da sich schon im MRT von 2007 polyzystische degenerative Veränderungen des vorderen Kreuzbandes und eine Innenmeniskusläsion (degenerativ) zeigten. Er war ebenfalls der Ansicht, dass der Kläger lediglich eine Knielaxation erlitten hatte, die nach spätestens 6 Wochen folgenlos ausgeheilt war. Auch Prof. Dr. E (PD Dr. S und Assistenzärztin H) vertrat in seinem für die Beklagte erstellten fachchirurgisch-orthopädischen Gutachten vom 02. August 2011 die Auffassung, dass bei der Arthroskopie von 2010 weder eine Meniskus- noch eine Kreuzbandläsion nachgewiesen wurde.

Der Kläger kann auch nicht die Feststellung der am linken Kniegelenk nach den MRT-Befunden bestehenden andauernden Veränderungen als mittelbare Unfallfolgen verlangen.

Gemäß [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalls auch Gesundheitsschäden infolge der Durchführung einer Heilbehandlung (Nr. 1) oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordneten Untersuchung (Nr. 2). Zur Heilbehandlung gehören auch die Maßnahmen zur Feststellung von Art, Umfang und Ausmaß der unfallbedingten Gesundheitsschäden, da dies wesentlich auch für die Behandlung sein kann (BSG, [SozR 2200 § 548 Nr. 59](#)).

Vorliegend kann offen bleiben, ob die Arthroskopie am 25. März 2010 im UKB zur Erfüllung eines (so bewilligten) Heilbehandlungsanspruches durchgeführt wurde oder es sich etwa bei der Arthroskopie um eine Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts einer Unfallfolge handelte. Zwar haben sowohl der Sachverständige Dr. W-R als auch der DA Dr. W (Bericht vom 14. Juni 2010) darauf hingewiesen, dass zur Diagnosestellung hierfür nicht unbedingt ein operativer Eingriff erforderlich war. Bereits anhand der kernspintomographischen Morphologie hätte eindeutig auf eine Vorschädigung rückgeschlossen werden können, zumal die MRT-Aufnahmen aus dem Jahre 2007 ein identisches intrameniskales Schadensmuster abbildeten. Ein Vergleich zwischen den MRT-Aufnahmen hätte genügt, um den fehlenden traumatischen Einfluss zu identifizieren. Jedoch kommt es bei den besonderen Zurechnungstatbeständen des [§ 11 SGB VII](#) nicht notwendig darauf an, dass objektiv, d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Betrachters, die Voraussetzungen eines Versicherungsfalls oder einer Unfallfolge im engeren Sinn wirklich vorlagen. Vielmehr kommt es für die Frage, ob eine derartige Durchführung einer gegenüber dem Versicherten angeordneten Maßnahme vorliegt, an der er grundsätzlich pflichtig teilnehmen muss, entscheidend darauf an, ob der Träger (durch seine Organe) oder seine Leistungserbringer dem Versicherten den Eindruck vermittelt haben, es solle eine solche Maßnahme des Unfallversicherungsträgers durchgeführt werden, an der er teilnehmen solle (vgl. BSG, Urteil vom 05. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) -, in juris Rn. 42, 43). Daher ist im Fall des Klägers maßgeblich, dass die Anordnung der Arthroskopie zur "Befunderhebung und Resektion des Innenmeniskushinterhornrisses" im Rahmen der besonderen Heilbehandlung in der durchgangsarztlichen Sprechstunde des U erfolgte vgl. DAB vom 12. März 2010 und Zwischenbericht vom 19. März 2010.

Jedenfalls lässt sich ein durch die Arthroskopie vom 25. März 2010 und der dabei erfolgten Teilentfernung des vergrößerten Hoffa'schen Fettkörpers rechtlich wesentlich verursachter Kniebinnenschaden nicht feststellen. Wie der Sachverständige Dr. W-R nachvollziehbar dargelegt hat, sind bei der Arthroskopie bis auf eine Inspektion, Spülung und Teilentfernung des vergrößerten Hoffa'schen Fettkörpers, der unfallfremd war, weder die Bandstrukturen, die Knorpelüberzüge noch die Meniskussubstanz oder der mögliche Teileinriss des vorderen Kreuzbandes operativ angegangen worden. Hierdurch wird bereits ersichtlich, dass der Eingriff selber sehr umschrieben war und keine invasiven Maßnahmen beinhaltete. Insbesondere änderte die Knie Spiegelung vom 25. März 2010 nichts am Innenmeniskuszustand, da sowohl die prä- als auch die postoperativen MRT-Aufnahmen von März bzw. Mai 2010 unverändert von einer komplexen Grad III-Läsion am Innenmeniskushinterhorn ausgingen. Zudem wird in den Befunden der Folgeaufnahmen von November 2010, August 2011 und Oktober 2012 jeweils von einer degenerativen (und nicht von einer verletzungsbedingten) Innenmeniskopathie Grad III des Hinterhorns gesprochen. Abgesehen davon, dass sich innerhalb von mehreren Jahren bildgebend aus einer Grad III- eine Grad IIb-Läsion entwickelte, was dem altersbedingten Verlauf zuzuordnen ist, wurde auch in dem späteren Eingriff von 2011 kein Meniskusriss festgestellt. Dies lässt nach Auffassung des Sachverständigen den Rückschluss zu, dass im März 2010 an der Substanz des Meniskus operativ nichts geändert wurde. Hinsichtlich der Knorpelüberzüge weist Dr. W-R darauf hin, dass diese (nach dem intraoperativen Befund) im März 2010 an der Knie Scheibenrückfläche allenfalls erstgradig und auch nur partiell ausgedünnt waren und es sich bei einem damals 47jährigen Mann um einen altersgemäßen Zustand handelte. Die Knorpelsubstanz im inneren und äußeren Hauptkompartiment zeigte (intraoperativ) keine Abweichungen (vgl. OP-Bericht vom 25. März 2010). Es ist für den Senat auch nachvollziehbar, dass der Sachverständige - anders als der Kläger - den im MRT vom 25. Mai 2010 beschriebenen chondralen Defekt anterofemoral von wenigen Millimetern Ausdehnung am Condylen (Gelenkknorren)übergang in Form einer Chondromalacie (Knorpelweichung) Grad III bzw. der im MRT vom 18. November 2010 beschriebene Chondropathie (Knorpelweichung/-abnutzung) Grad III am lateralen Tibiacondylos nicht dem arthroskopischen Eingriff vom 25. März 2010 zuzuordnen vermochte. Zum einen wurde bereits im MRT vom 15. März 2010 eine Chondropathie in Form einer geringen Verschmälerung der Gelenkknorpel im medialen FT-Kompartiment, d.h. der Gelenkflächen zwischen Femur und Tibia (Schienbeinknochen) beschrieben, die sich im Laufe der Zeit in zweit- bis drittgradige Chondropathien fortentwickelten (vgl. MRT-Aufnahmen vom 18. November 2010, 11. Oktober 2012 etc.), was für einen degenerativen Prozess spricht. Zum anderen kann, wie vom Sachverständigen anhand des OP-Berichts vom 25. März 2010 dargelegt, keine intraoperative Verletzung von Knorpelstrukturen des Kniegelenkes bei der durchgeführten Inspektion einschließlich Gelenktoilette (Débridement) festgestellt werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Kläger durch seine Tätigkeit als Straßenreiniger mit einer täglichen Gehstrecke von 7 km einer erheblichen Belastung des Kniegelenkes ausgesetzt war und ist, was den Knorpelabbau begünstigt. Nach den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen handelt es sich bei Ganglien am Ursprung von Kreuzbändern weder um spezifische Unfallfolgen noch um operativ bedingte Defekte. Narbige Umformungen entwickeln sich über Jahre und sind Ausdruck einer allmählichen Gelenkdegeneration unter Einbeziehung der intraartikulären Bänder. Da postoperativ keine Komplikationen wie Thrombose, Arthrofibrose oder Infektion einsetzten, lassen sich keine Anhaltspunkte für eine Schädigung des linken Kniegelenkes bei der Arthroskopie am 25. März 2010, so wie vom Kläger pauschal mit Hinweis auf den Einsatz eines Shavers behauptet, feststellen. Dass die Verheilung der operativen Zugänge bzw. das Abklingen der damit verbundenen Reizerscheinungen nach der Arthroskopie im März 2010 längere Zeit beanspruchte als bei der 2007 durchgeführten Arthroskopie, lässt keine andere Beurteilung zu. Im Übrigen hat auch der den Kläger seit Juni 2010 (erneut) behandelnde DA Dr. W weder in seinen Berichten für die Beklagte noch für das Gericht den Verdacht auf eine Knorpelverletzung durch die Arthroskopie vom 25. März 2010 geäußert.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), sie folgt dem Ausgang des Rechtsstreites in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision im Sinne von [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-05-27