

L 3 U 18/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 67 U 312/07
Datum
29.11.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 18/14
Datum
14.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 57/16 B
Datum
02.06.2016
Kategorie
Urteil
Bemerkung
BSG: Beschwerde unzulässig
Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Kläger begehrt von der Beklagten wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls eine Verletztenrente.

Der 1964 geborene Kläger erlitt während seiner Beschäftigung als Estrichleger am 17. Dezember 1999 in Berlin laut Durchgangsarztbericht (DAB) vom 20. Dezember 1999 einen Unfall, als er eine Treppe hinaufstieg, mit dem rechten Fuß hängen blieb, sich dabei das rechte Knie verdrehte und anschließend stürzte. Es wurde am rechten Knie durchgangsärztlich eine sichtbare Weichteilanschwellung in Höhe des Innenbands mit dortigem Hauptdruck- und Dehnungsschmerz, vermehrte mediale Aufklappbarkeit bei positivem Lachmann-Test festgestellt; frische oder ältere knöcherne Verletzungen wurden röntgenologisch ausgeschlossen und eine Distorsion des rechten Kniegelenks mit Verdacht auf Innen- und Kreuzbandruptur diagnostiziert. Laut "Ergänzungsbericht bei Knieverletzungen oder Knieschäden" vom 17. Dezember 1999 war der Kläger über einen Betonschlauch gestolpert, hatte die Treppenstufe verfehlt und war er mit dem rechten Knie nach innen weggeknickt; als Befund wurden eine Weichteilschwellung, Druckempfindlichkeit, gelockerte Innenbandführung (mittel), vermehrtes geringes Schubladenzeichen und geringer Gelenkerguss festgestellt. Die anschließende Arthroskopie vom 20. Dezember 1999 erbrachte, nachdem am rechten Knie des Klägers in narkotisiertem Zustand ein positiver Lachmann-Test nicht mehr durchgeführt werden konnte, im Bereich der knorpelüberzogenen Kniescheibenrückfläche eine erst- bis zweitgradige degenerative Knorpelveränderung, welche als unfallfremd angesehen wurde, im Bereich des innenseitigen Kniekompartiments (des innenseitigen Kollateralbandapparates) eine Schleimhautzerreißung sowie -unterblutung im Sinne einer frischen Kompletterreißung des innenseitigen Kniebandapparates, einen unauffälligen Innenmeniskus, ein unauffälliges vorderes Kreuzband, einen kleinen inkompletten Horizontalriss des Außenmeniskushinterhorns frisch und unfallbedingt, beginnende degenerative Veränderungen im Randbereich des Außenmeniskus, vgl. Nachschaubericht vom 22. Dezember 1999. Bei intaktem vorderen Kreuzband sowie intaktem Innenmeniskus wurde von einer operativen Revision des medialen Kollateralbandapparates abgesehen und der Kläger mit einer Don-Joy-Schiene versorgt; mit Unterarmgehstützen wurde eine vollständige Mobilisierung erreicht, wobei das rechte Bein mit nur halbem Körpergewicht belastet werden sollte, vgl. Arztbrief vom 22. Dezember 1999. Eine MRT-Untersuchung vom 28. Januar 2000 (Befundbericht vom 08. Februar 2000) erbrachte eine Teiltraktur des Ligamentum collaterale mediale ohne eindeutige Hinweis für eine Ruptur des vorderen Kreuzbands und mit einem regelrechten Zustand des hinteren Kreuzbands sowie mit einem ausgeprägten Kniegelenkserguss. Die behandelnden Orthopäden sahen in den MRT-Aufnahmen kaum normdicke Strukturzeichen der Kreuzbänder, so dass kernspintomographisch der hochgradige Verdacht einer Kreuzbandläsion geäußert wurde, wobei der klinische Befund eines festen Kreuzbands als diesem Verdacht entgegenstehend gewertet und eine endgültige Beurteilung gegenwärtig als unmöglich angesehen wurde, vgl. Zwischenbericht vom 21. Februar 2000. Der Kläger litt nach den Feststellungen der behandelnden Orthopäden, vgl. Zwischenbericht vom 03. Mai 2000, in der Folgezeit unter starker Schmerzhaftigkeit bei erniedrigter Schmerztoleranz. In der Folgezeit wurden unter der Diagnose Innenbandruptur sowie Läsion des Außenmeniskushinterhorns rechts ein deutlich rechtshinkendes Gangbild mit fehlender Abrollbewegung und Beugung des rechten Kniegelenks und eine diskrete Muskelminderung im Bereich des Oberschenkels mit einer Vermehrung des Umfangs um die Kniescheibenmitte und klinisch festen Kreuzbändern festgestellt, vgl. DAB vom 24. Juni 2000. Es wurde beim Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) eine weitere MRT-Untersuchung durchgeführt, bei welcher eine alte vernarbte Innenbandruptur ohne Elongation, im Bereich des Pes anserinus eine 30 x 12 x 20 mm große Bursa und eine Verdickung des vorderen proximalen Kreuzbands wie nach einer Partialruptur ohne Elongation festgestellt wurden, vgl. Zwischenbericht vom 10. Juli 2000 und MRT-Bericht vom 10. Juli 2000, wonach der Einriss der Menisci als nicht traumatisch, geringe degenerative Veränderungen im Hinterhorn des lateralen Meniscus, eine ältere, vernarbte Teiltraktur des vorderen Kreuzbands, eine ältere, vernarbte Ruptur/ Teiltraktur des

medialen Seitenbands und eine flüssigkeitsgefüllte Bursa am Pes anserinus in einer Größe von 28 x 12 mm im Sinne einer Bursitis festgestellt wurden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Exploration erbrachte keine fundierte psychiatrische Diagnostik, vgl. Bericht von Dr. F vom 15. August 2000. Die weiterbehandelnden Ärzte vom UKB stellten unter dem 22. September 2000 folgende Diagnosen: Restbeschwerden nach berufsgenossenschaftlich versichertem Unfall vom 17. Dezember 1999 mit Innenbandruptur und Außenmeniskushinterhornläsion am rechten Kniegelenk, Bursitis anserina am rechten Kniegelenk, stattgehabte Partialruptur des vorderen Kreuzbands rechts, Neurinom des Ramus infrapatellaris rechts bei stattgehabter Kniegelenksarthroskopie im Dezember 1999, jetzt Reizzustand im Bereich der medialen Arthroskopienarbe, unfallunabhängig Chondropathia patellae rechts. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) im rentenberechtigenden Maße werde nicht verbleiben. Laut Zwischenbericht vom 25. September 2000 wurde dem Kläger mit Auslaufen der physiotherapeutischen Behandlungen am 28. September 2000 zum 29. September 2000 Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Beklagte stellte die Verletztengeldzahlung dementsprechend mit Bescheid vom 29. September 2000 mit Ablauf des 28. September 2000 ein. Den hiergegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. November 2000 als unbegründet zurück.

Der Kläger unterzog sich am 12. Juli 2001 einer weiteren Kniespiegelung, vgl. OP-Bericht vom 25. Juli 2001 und Bericht der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis Dr. W vom 09. Oktober 2003. Laut Zwischenbericht der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der C vom 12. Februar 2003 ergab die retrospektive Analyse der unmittelbar nach dem Unfall angefertigten MRT-Aufnahmen alle Zeichen einer stattgehabten Patellaluxation des rechten Kniegelenks (bone bruise des lateralen Femurkondylus und Ruptur des medialen Retinakulums). Dementsprechend entsprächen die initial gestellte Diagnose einer Distorsionsverletzung mit Ruptur des medialen Kollateralbands sowie kleinem inkomplettem Riss am Hinterhorn des Außenmeniskus nicht dem Verletzungsmuster des Klägers. Die Patellaluxation sei nicht erkannt worden. Dementsprechend habe der Kläger keine adäquate Therapie erhalten und leide seither unter permanenten Knieschmerzen. Um eine Wiederaufnahme des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens werde gebeten. Unter dem 25. Juni 2003 und der Diagnose diffuse periartikuläre Insertionstendopathie des rechten Kniegelenks bei Zustand nach Patellaluxation berichtete die Charité über zunehmende persönliche Schwierigkeiten bei der Behandlung des Klägers; der Kläger besitze ein klares Korrelat für seine Beschwerden, eine Aggravation sei jedoch sehr wahrscheinlich.

Im Anschluss an einen im Sozialrechtsstreit vor dem Sozialgericht Berlin (SG) geschlossenen Vergleich erstellte der Orthopäde Dr. W dem 17. Februar 2005 ein Gutachten, wonach als Unfallfolge zum jetzigen Zeitpunkt – vorbehaltlich einer umfassenden Zusammenhangsbegutachtung – am rechten Kniegelenk folgende Veränderungen vorliegen würden: Zustand nach traumatischer Patellaluxation mit sekundärem retropatellarem Knorpelschaden, laterales Hyperkompressionssyndrom der Patella, Zustand nach narbig verheilte Partialruptur des vorderen Kreuzbands und erstgradiger Instabilität, Zustand nach stabil verheilte Innenbandruptur. Eine Patellakorrektur durch einen Weichteileingriff sei medizinisch sinnvoll.

Am 23. Februar 2006 unterzog sich der Kläger unter der Diagnose laterale Patellahyperkompression rechts einer weiteren Arthroskopie mit Lateral-Release am Krankenhaus, vgl. Zwischenbericht vom 28. Februar 2006 und OP-Bericht vom 23. Februar 2006.

Der Kläger entschied sich für eine Rentenbegutachtung durch den Chirurgen D. Dieser erstellte unter dem 29. Juli 2006 das sog. Erste Rentengutachten. Er stellte als Unfallfolgen fest: Zustand nach Distorsion des rechten Kniegelenks mit Riss des Innenbands (folgenlos verheilt), Subluxation der Kniescheibe durch eine unfallbedingte Schädigung des innenseitigen Kniescheibenhaltebandapparates mit leichter Verkipfung der Kniescheibe, keine unfallbedingte verstärkte Schädigung der Kniescheibengelenkfläche, leichtgradige Minderung der Muskulatur am rechten Ober- und Unterschenkel, subjektive Schmerzsymptomatik (objektiv keinem Substrat zuzuordnen, entsprechende medikamentöse oder Schmerzbehandlung nicht erforderlich). Die Beschwerden des Klägers würden übertrieben dargestellt; weiterhin bestehe aus der Art der Darstellung der Verdacht auf eine unfallunabhängige psychosomatische Störung, welche zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden solle. Die unfallbedingte MdE betrage nach wie vor 10 vom Hundert (v.H.).

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 25. August 2006 die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Unfalls vom 17. Dezember 1999 ab. Sie erkannte als Unfallfolgen an: geringgradige Muskelminderung am rechten Ober- und Unterschenkel, endgradige Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk, leichte Fehlstellung der rechten Kniescheibe nach außen nach Verrenkung der rechten Kniescheibe, folgenlos verheilte Riss des Innenbands am rechten Kniegelenk. Den hiergegen gerichteten Widerspruch, in welchem sich der Kläger kritisch mit der Begutachtung durch den Chirurgen D auseinandersetzte und – unter Bezugnahme auf das o.g. Gutachten von Dr. W – einen Zustand nach traumatischer Patellaluxation mit sekundärem retropatellarem Knorpelschaden geltend machte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. Januar 2007 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 22. Februar 2007 zum SG erhobenen Klage weiterverfolgt und am bisherigen Vorbringen festgehalten. Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen Dr. B vom 02. Mai 2008 beigezogen. Dieser hat als Unfallfolgen festgestellt: Zustand nach erlittener Distorsion des rechten Kniegelenks und ehemaliger Ruptur des Innenbands mit folgenloser Ausheilung dieser Verletzungen, Zustand nach lateralem Release bei unfallbedingter Schädigung des Kniescheibenhalteapparates, verbleibende, geringfügige, endgradige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks gegenüber der linken Seite. Die unfallbedingte MdE betrage 10 v.H. Das gegen den Sachverständigen Dr. B gerichtete Ablehnungsgesuch vom 01. September 2008 hat das SG mit Beschluss vom 10. Dezember 2008 zurückgewiesen. Die hiergegen gerichtete Beschwerde hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG) mit Beschluss vom 16. Februar 2009 zurückgewiesen.

Zwischenzeitlich erlitt der Kläger am 12. Mai 2009 einen weiteren Arbeitsunfall, bei welchem ihm eine Spanplatte aufs rechte Knie fiel; ärztlicherseits wurde ein diskreter Gelenkerguss festgestellt, vgl. Attest von Dr. K vom 09. September 2009, DAB vom 03. September 2009 und MRT-Bericht vom 08. September 2009. Die Beklagte zog im Anschluss einen Behandlungsbericht des Chefarztes Dr. M vom S Klinikum L vom 18. Dezember 2009 bei, in welchem die Unfallfolgeproblematik neuerlich erörtert wurde und wonach eine posttraumatische, vermehrte Verschleißumformung des rechten Kniegelenks nach dem Unfall vom 17. Dezember 1999 sowie ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Kniegelenks vorlägen. Die MdE betrage im Zeitpunkt der Untersuchung 20 v.H. Insgesamt ergebe sich der Eindruck, dass es aufgrund der vielleicht nicht deutlichen, aber dennoch durch minimale Verletzung bzw. Elongation des vorderen Kreuzbands – hierauf sei angesichts der durchaus seitendifferenten Stabilität für das vordere Kreuzband zu schließen – und auch durch veränderte Statik bei fest ausgeheilte Verletzung des medialen Kapselkomplexes zu einer gewissen Instabilität im Bereich des Kniegelenks gekommen sei.

Der Kläger hat sich die Einschätzung von Dr. M zu eigen gemacht. Der Kläger unterzog sich am 15. September 2010 einer Arthroskopie des

rechten Kniegelenkes u.a. unter der Diagnose einer proximalen vorderen Kreuzbandruptur mit ventraler Instabilität zweiten bis dritten Grades, vgl. OP-Bericht vom 15. September 2010. Es wurde die Indikation zu einer Kreuzbandplastik zur Gelenkstabilisierung gesehen.

Das SG hat das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden und Chirurgen Prof. Dr. S vom 16. Dezember 2010 eingeholt. Dieser hat beim Kläger unfallbedingt einen Zustand nach komplexer Binnenschädigung des rechten Kniegelenks mit geringgradiger verbleibender Instabilität (anteromediale Instabilität Grad I) mit Verschmächtigung des Muskelmantels und eine Bewegungseinschränkung als Folge der kinematischen Störung im Kniegelenk und unfallunabhängig einen Zustand nach lateralem Release nach Knorpelglättungen bei beginnenden Knorpelveränderungen im rechten Knie festgestellt. Die unfallbedingte MdE betrage 10 v.H. Der Kläger hat sich mit dem schriftlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. S kritisch auseinandergesetzt und den Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Nach Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. S vom 07. April 2011 hat das SG das Ablehnungsgesuch mit Beschluss vom 20. Juni 2011 zurückgewiesen. Die hiergegen gerichtete Beschwerde hat das LSG mit Beschluss vom 18. Oktober 2011 zurückgewiesen. Das SG hat eine weitere gutachterliche Stellungnahme von Prof. Dr. S vom 20. Dezember 2011 eingeholt, wonach unfallbedingt lediglich eine Instabilität Grad I verblieben sei, die muskulär kompensiert sei, so dass die Knorpelschäden als unfallunabhängige Erkrankungen betrachtet werden müssten. Es stehe angesichts der Geringfügigkeit der Instabilität fest, dass die Knorpelveränderungen nicht als Folge des Unfallereignisses, sondern als Folge einer schicksalsmäßigen Erkrankung zu bewerten seien. Der Kläger hat sich kritisch mit der ergänzenden Stellungnahme von Prof. Dr. S auseinandergesetzt und ausgeführt, sehr früh sei der Verdacht auf eine Teilruptur des Kreuzbands aufgekommen, die aufgrund der Lage der Verletzung auch intraoperativ habe übersehen werden können.

Das SG hat sodann das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. W vom 19. Juni 2013 eingeholt. Dieser hat für die Beantwortung der Zusammenhangsfrage vor allem auf die klinischen Zustände in den ersten Wochen sowie die übermittelten Eindrücke anlässlich der Operation vom 20. Dezember 1999 und der MRT-Erhebung vom 28. Januar 2000 abgestellt und hieraus abgeleitet, dass das vordere Kreuzband durch den Unfall nicht in Mitleidenschaft gezogen worden sei. Es habe innerhalb des ersten posttraumatischen Monats weder klinisch noch intraoperativ noch kernspintomographisch ein instabiles Kreuzband oder gar eine gesicherte Teilläsion dargestellt werden können. Unfallunabhängig habe im Unfallzeitpunkt ein leichter bis partiell mittelgradiger Knorpelschaden vorgelegen. Frische Knorpelschäden seien seinerzeit nicht aufgedeckt worden. So habe der Unfall lediglich zu einer Zerreißung des Innenbandapparates mit einer möglicherweise stattgefundenen, kurzfristigen Patellaluxation geführt. Auch der als frisch eingestufte Außenmeniskusriss könne als Unfallkorrelat eingeordnet werden. Durch die Ausheilung des Innenbands und spätere Fixierung der Patella einschließlich der frühzeitigen Teilresektion des Außenmeniskus seien alle Unfallschäden korrigiert worden. Für die spätere Entwicklung eines zunehmenden Knorpelschadens in Bereich des inneren Kniegelenkbereichs seien somit weder der Innenbandriss noch die einmalige Ausrenkung der Knie Scheibe noch der Außenmeniskusriss verantwortlich. Abgrenzbare unfallbedingte Funktionsstörungen seien nicht verblieben. Insbesondere ist auch das zunehmende Bewegungsdefizit (Streckdefizit von 10°) weder als primäre noch als sekundäre Unfallfolge einzustufen. Die unfallbedingte MdE betrage allenfalls 10 v.H. Der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 29. November 2013 ergänzend Stellung genommen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 29. November 2013 abgewiesen. Die auf den Unfall zurückzuführenden Verletzungen (Kompletterreißung des Innenbandapparates des rechten Kniegelenks einschließlich einer eventuell damit verbundenen Subluxation der Knie Scheibe sowie ein incompletter Riss am Hinterhorn des Außenmeniskus) seien ausgeheilt, ohne dass durch sie noch wesentliche funktionell relevante Kniebeschwerden und Beeinträchtigungen verursacht worden seien. Ein wesentlicher Einfluss der Innenbandverletzung etc. auf die Entwicklung der bereits wenige Tage nach dem Unfall retropatellar nachweisbaren und damit eindeutig vorbestehenden Knorpelschäden sei nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit zu begründen. Nach dem Gesamtergebnis der medizinischen Ermittlungen, d.h. nach Einholung der schriftlichen Sachverständigengutachten von Dr. B, Prof. Dr. S und Dr. W sei insbesondere auszuschließen, dass der Unfall zu keiner strukturellen Verletzung des vorderen Kreuzbands geführt habe. Soweit Dr. M in seiner Stellungnahme von 18. Dezember 2009 von einer solchen ausgehe, sei diese Einschätzung durch das schriftliche Sachverständigengutachten und die Vernehmung des Sachverständigen Dr. W widerlegt, zumal Dr. M nach den von ihm selbst gewählten Formulierungen keineswegs von einem gesicherten Riss des vorderen Kreuzbands ausgegangen sei. So lasse sich ein wesentlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Knorpelschäden, welche hauptsächlich für die Beschwerden des Klägers verantwortlich seien, und dem Unfall vom 17. Dezember 1999 nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit begründen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 02. Januar 2014 zugestellte Urteil am 19. Mai 2009 Berufung eingelegt und im Wesentlichen an seinem bisherigen Vorbringen festgehalten. Es sei davon auszugehen, dass eine kurzfristige Elongation des vorderen Kreuzbands die Kniebinnenstrukturen derart destabilisiert habe, dass sich hieraus der beklagte Knorpelschaden gebildet habe. Ein in der Elongation des vorderen Kreuzbands liegender Gesundheitserstschaden ergebe sich bereits aus dem durchgangsärztlich festgestellten positiven Lachmantest.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. November 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 25. August 2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 30. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls von 17. Dezember 1999 ab dem 23. Juni 2006 eine Rente auf der Grundlage einer unfallbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert zu gewähren,

hilfsweise,

zur Ausräumung der Widersprüche zwischen den Zusammenhangserwägungen in den schriftlichen Sachverständigengutachten von Dr. B, Prof. Dr. S und Dr. W gegenüber dem schriftlichen Sachverständigengutachten von Dr. M ein Obergutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers das schriftliche Sachverständigengutachten des Chirurgen und Orthopäden Dr. M vom 23. Dezember 2014 eingeholt. Dieser hat eine vermehrte Verschleißumformung im Bereich des rechten Kniegelenks als Unfallfolge erachtet und für die Zeit bis Dezember 2009 mit einer MdE von 10 v.H. und für die Zeit danach mit einer MdE von 20 v.H. bewertet. Merkwürdig sei, dass bei der Erstoperation eine Chondromalazie im patellofemorale Gleitlager ersten bis zweiten Grades festgestellt worden sei, die in der Arthroskopie im Jahre 2005 bei Prof. Dr. H (Krankenhaus) nicht mehr vorhanden gewesen sein solle, so dass hier die Aussagekraft der arthroskopischen Befunderhebung doch eingeschränkt erscheine. In den durchgeführten MRT-Untersuchungen werde unisono eine Partialruptur des vorderen Kreuzbands beschrieben, die, auch wenn sie arthroskopisch nicht unfallzeitnah aufgedeckt worden sei, kontinuierlich weiter in den Befunden auftauche. Letztlich sei es beim Kläger zu einem seitendifferenten weiteren Fortschreiten der Verschleißumformung zu Ungunsten des rechten Kniegelenks gekommen. Konkurrierende Unfallereignisse oder Erkrankungen, die ein unilaterales Auftreten der vermehrten Verschleißumformung begründeten, seien nicht erhebbar. Im Nachhinein erscheine das Ereignis vom 17. Dezember 1999 doch ein relevantes gewesen zu sein. Es sei immerhin zu einer sofortigen Ergussbildung im betroffenen rechten Kniegelenk gekommen. Zudem sei der Kläger – egal welcher Verletzungstheorie nun gefolgt werde – nach diesem Ereignis niemals beschwerdefrei am rechten Kniegelenk geworden und habe sich kontinuierlich immer wieder wegen anhaltender Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben, so dass der zeitliche Zusammenhang zumindest eindeutig erscheine. Ein beweisendes Verletzungsmuster sei letztendlich 15 Jahre nach dem eigentlichen Ereignis schwer zu eruieren. Die Theorie der Patellsubluxation durch das Ereignis vom 17. Dezember 1999 sei eine mögliche; eine weitere sei, dass trotz arthroskopischer Überprüfung eine Schädigung im Bereich des vorderen Kreuzbandes vorgelegen habe, die arthroskopisch nicht sichtbar gewesen sei, dann natürlich auch primär nicht so relevant sein könne, dass sie zu einer auffälligen Instabilität im Bereich des Kniegelenks geführt habe. Letztendlich seien die Verschleißumformungen langsam entstanden und jetzt mittlerweile 15 Jahre nach dem Ereignis immanent. Die Behauptung der Beklagten, die Verschleißumformungen seien auf jeden Fall unfallfremd, ließen sich ebenso wenig beweisen. Die Chondromalazie ersten Grades, also letztlich bloß der Verlust der spiegelnden Oberfläche, sei bei einem (damals) 35-jährigen nicht ungewöhnlich.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen, welche vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist, soweit mit ihm eine Verletztenrente abgelehnt wird, rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht. Er hat keinen 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 Vorphundertsätze 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 nicht vor. Zwar liegt ein Arbeitsunfall vor. Die beim Kläger festgestellten Funktionseinbußen und krankhaften Veränderungen "infolge" des Arbeitsunfalls begründen jedoch 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 Arbeitsunfalls. Der Kläger zog sich am 17. Dezember 1999 in Ausübung seiner versicherten Beschäftigung als Estrichleger eine Binnenschädigung des rechten Knies zu, welche operativ versorgt werden musste. Jedoch besteht eine haftungsausfüllende Kausalität nur insoweit, als bei dem Kläger allenfalls (laut dem schriftlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. S) noch eine gewisse Instabilität des rechten Knies verblieben ist. Die übrigen Leiden, insbesondere der für die anhaltenden Beschwerden des Klägers verantwortliche Knorpelschaden, wurden nicht im Wesentlichen durch den Unfall verursacht.

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 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. 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 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 ist der Senat nicht im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) erforderlichen Maße überzeugt, dass beim Kläger infolge des Arbeitsunfalls über allenfalls ein leichte Instabilität des rechten Kniegelenks hinaus weitere Krankheiten bestehen. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird hier zunächst abgesehen, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen ist, [§ 153 Abs. 2 SGG](#).

Den Beweis dafür, dass beim Kläger bestehende Knorpelschäden ebenfalls mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen auf den Arbeitsunfall vom 17. Dezember 1999 zurückzuführen sind, hat auch das auf Antrag des Klägers im Berufungsverfahren eingeholte schriftliche Sachverständigengutachten von Dr. M nicht erbracht. Soweit dieser einen beim Kläger bestehenden Knorpelschaden mit einem beim Arbeitsunfall zugezogenen Riss des vorderen Kreuzbands in Verbindung bringt, überzeugt dies nicht. Ein Riss des vorderen Kreuzbands ließ sich nach dem Unfall weder klinisch noch intraoperativ sichern. Zwar wurde durchgangsärztlich ein positiver Lachmann-Test vollführt, was als Indiz für eine Kreuzbandverletzung gelten kann. Die anschließende Arthroskopie vom 20. Dezember 1999 erbrachte, nachdem am rechten Knie des Klägers in narkotisiertem Zustand ein positiver Lachmann-Test nicht mehr hatte vollführt werden können, ein stabiles vorderes Kreuzband. Auch bei der am 23. Februar 2006 im M-Krankenhaus durchgeführten Arthroskopie fanden sich keine Spuren eines gerissenen vorderen Kreuzbands, so dass den zwischenzeitlich erstellten MRT-Befunden nach der Überzeugung des Senats keine wegweisende Bedeutung zukommt. Letztlich räumt Dr. M in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten der Sache nach selbst ein, dass der Riss des vorderen Kreuzbands nicht bewiesen, sondern nur eine Kausalitätshypothese ist, indem er ausführt, ein beweisendes Verletzungsmuster sei letztendlich 15 Jahre nach dem eigentlichen Ereignis schwer zu eruieren. Eine vom Kläger ins Feld geführte kurzfristige Elongation als Ursache für eine zur Arthrosierung führende Destabilisierung des Knies verantwortlich zu machen, findet abgesehen davon, dass auch eine Elongation sich unmittelbar nach dem Unfall gerade nicht sichern ließ, in keinem der beigezogenen schriftlichen Sachverständigengutachten eine Stütze.

Erst soweit sich die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. 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 (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 allenfalls auf eine leichte Instabilität im rechten Kniegelenk abstellen, ohne dass Anhaltspunkte dafür bestehen, dass diese eine MdE von mehr als 10 v.H. begründet. So haben die Sachverständigen Prof. Dr. S, Dr. B und Dr. W die MdE-Bewertung vorgenommen. Dies entspricht den Erfahrungswerten des unfallmedizinischen Fachschrifttums (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.10.11/ 12, S. 654 ff.), wonach eine leichte muskulär kompensierte Lockerung des Kniebandapparates allenfalls mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten ist. Bei alldem ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die MdE für körperliche Funktionseinschränkungen eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung mit umfasst und in den Richtwerten erfahrungsgemäße Begleitschmerzen mit eingeschlossen sind (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., Kap. 5.5.10, S. 221), so dass auch die vom Kläger vorgetragene Schmerzen, soweit sie sich überhaupt auf den Unfall vom 17. Dezember 1999 zurückbeziehen lassen, bei der MdE-Bewertung keine gesonderte Berücksichtigung finden können. Soweit Dr. M in seinem auf Antrag des Klägers erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten eine MdE von 20 v.H. annimmt, überzeugt dies nicht. Dr. M bezieht unzutreffend eben auch unfallunabhängige Beschwerden bzw. Funktionsbeeinträchtigungen mit ein.

Nach alldem hat sich der Senat auch angesichts des hilfsweise gestellten Antrags des Klägers zu weiteren Ermittlungen von Amts wegen ([§ 103 SGG](#)) nicht gedrängt gesehen, nachdem zu den tatsächlichen Voraussetzungen der anspruchsbegründenden gesetzlichen Merkmale bereits vier schriftliche Sachverständigengutachten eingeholt worden sind und zumal auch das vom Kläger gewünschte Obergutachten letztlich nur zu einer (ggf. weiteren) ärztlichen Meinung zur Zusammenhangsfrage geführt hätte, welche bei der richterlichen Beweiswürdigung lediglich ebenso mit einzubeziehen wäre wie die bereits aktenkundigen ärztlichen Kausalitätserwägungen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-06-29