

L 6 U 2197/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 5 U 135/03
Datum
14.04.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2197/05
Datum
02.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der 1958 geborene Kläger wandte sich am 5. April 2000 an die Beklagte und beanspruchte die Gewährung einer Verletztenrente aufgrund des Unfallereignisses vom 5. März 1977.

Die Beklagte zog bei dem Orthopäden Dr. L. die Arztbriefe des Neurologen und Psychiaters Dr. M. vom 7. Juni 2000, des Radiologen Dr. S. vom 14. Juni 2000, von Dr. M., Chirurgische Abteilung der V.-Klinik S., vom 30. Juni 2000 und von Dr. M./Dr. S., Orthopädische Klinik P. S. vom 7. Dezember 2000 bei. Dr. M. hatte ausgeführt, der Kläger habe am 29. Juni 2000 angegeben, im Jahr 1977 eine Patellafraktur sowie einen Quadrizepsabriss am rechten Kniegelenk erlitten zu haben. Dr. M./Dr. S. hatten ausgeführt, der Kläger habe am 5. Dezember 2000 angegeben, er habe 23 Jahre vorher einen Verkehrsunfall mit Außen- und Innenknöchelfraktur erlitten. Danach sei er bis zum Frühjahr des Jahres 2000 beschwerdefrei gewesen. Die Beschwerden am Sprunggelenk seien insgesamt nicht sehr stark. Des Weiteren zog die Beklagte das Leistungsverzeichnis der DAK für den Zeitraum vom 26. Februar 1986 bis zum 3. März 1993 bei.

Der Kläger legte unter dem 17. Mai 2001 die Arztbriefe von Dr. G./Dr. K., Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses B., vom 13. Mai 1977 und vom Orthopäden Dr. W. vom 10. September 1998 vor. Dr. G./Dr. K. hatten ausgeführt, der Kläger sei vom 10. April bis zum 10. Mai 1977 wegen eines Quadrizepssehnenabrisses rechts stationär behandelt worden. Der Kläger habe sich, nachdem er drei Wochen vor der stationären Aufnahme bei einem Autounfall die rechte Patella erheblich geprellt habe, am 10. April 1977 bei einem Sturz auf das rechte Knie einen Quadrizepssehnenabriss zugezogen. Dr. W. hatte mitgeteilt, die am 8. September 1998 durchgeführte klinische und röntgenologische Untersuchung habe einen Zustand nach Patellafraktur im rechten Knie mit Quadrizepsabriss rechts, eine starke gonarthrotische Reizung im rechten Kniegelenk und einen Zustand nach Distorsion des rechten Fußgelenks mit operierter Innen- und Außenknöchelfraktur sowie eine chronische Reizung ergeben.

Unter dem 16. Juli 2001 legte der Kläger das Attest des Dr. L. vom 12. Juli 2001 vor, in welchem ausgeführt wurde, der Kläger habe über einen sich am 5. März 1977 ereigneten Pkw-Unfall berichtet. Er sei per Notarzt in die Unfallchirurgie des Krankenhauses L. eingeliefert worden, wo er operativ versorgt worden sei. Es habe sich eine Patellafraktur des rechten Kniegelenkes und ein Quadrizepssehnenabriss rechts dargestellt. Da es zu keiner Besserung gekommen sei, sei er im Krankenhaus B. stationär aufgenommen worden.

In seinem Schreiben vom 17. August 2001 teilte der Kläger mit, der Unfall vom 5. März 1977 sei ein Wegeunfall, der der Beklagten gemeldet worden sei, gewesen. Am rechten Knie sei es zu einer Patellafraktur gekommen. Als er einen starken Monat später mit einem Schulfreund im Wald unterwegs gewesen sei, sei er aufgrund der durch die Patellafraktur hervorgerufenen Kniebeschwerden gestürzt und habe sich dabei den Quadrizepssehnenabriss zugezogen. Bei diesem Unfall habe es sich um keinen Arbeitsunfall gehandelt. Beigefügt wurde das Attest des Dr. W. vom 10. Oktober 1977, wonach der Kläger nach der am 13. April 1977 erfolgten Operation wegen eines Quadrizepssehnenabrisses am rechten Oberschenkel in dessen fachärztlicher Behandlung gewesen sei.

Auf Anfrage der Beklagten teilte die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums L. am 18. September 2001 mit, über das Unfallereignis aus dem Jahr 1977 keine Unterlagen mehr zu haben. Unter dem 19. September 2001 teilte die IKK L. mit, nicht über eine Leistungskartei in Bezug auf den Kläger zu verfügen.

Die Beklagte ließ den Kläger untersuchen und begutachten. Prof. Dr. H., Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums L., führte in seinem chirurgischen Zusammenhangsgutachten vom 22. Mai 2002 aus, eine Auswertung der Röntgenaufnahmen des rechten Kniees vom 5. März 1977 habe unauffällige Verhältnisse, insbesondere keinen Nachweis einer Fraktur im Bereich von Femur, Tibia oder Patella ergeben. Die Auswertung des Röntgenbefundes des rechten Kniees vom 12. Dezember 1977 habe ebenfalls keinen Nachweis einer Fraktur von Femur, Tibia oder Patella ergeben. Es sei eine deutlich knöcherne Apposition an der cranialen dorsalen Patella neu im Vergleich zur Voruntersuchung festzustellen. Die am 16. November 2001 durchgeführte Röntgenuntersuchung habe eine massive Retropatellararthrose bei multiplen, teilweise sehr groß ausgebildeten Exostosen des Patellainnen- und -außenrandes, ebenso exostotische Veränderungen im Bereich des Quadrizepssehnenansatzes ergeben. Prof. Dr. H. gelangte zu der Einschätzung, dass zwar eine massive degenerative Veränderung der Kniescheibenhinterfläche und ausgeprägte knöcherne Appositionen am Kniescheibenrand sowohl medial als auch lateral und im Bereich der Quadrizepssehne vorlägen. Keine dieser krankhaften Veränderungen sei aber mit der zu fordernden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. März 1977 zurückzuführen. Sämtliche Veränderungen seien auf den Unfall vom 10. April 1977 zurückzuführen. Der Unfall vom 5. März 1977 habe aufgrund eines Anpralles zu einer Platzwunde im Bereich des rechten Kniees geführt, welche klinisch versorgt worden sei. Der Kläger habe keine längeren Entlastungszeiten oder Beschwerden aufgrund dieser Platzwunde angegeben. Er habe auch nicht von einer ausgeprägten Hämatomentwicklung oder Bewegungseinschränkung nach diesem Unfall berichtet. Am 10. April 1977 habe sich der Kläger bei dem Sturz auf das rechte Knie einen Sehnenabriss der Quadrizepssehne an diesem Knie zugezogen. Offensichtlich sei der Kläger soweit genesen gewesen, dass Spaziergänge möglich gewesen seien. Eine weiterreichende Unfallfolge erscheine aufgrund dieser Schilderung nicht logisch.

Mit Bescheid vom 14. August 2002 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 5. März 1977 als Arbeitsunfall und lehnte einen Rentenanspruch ab. Als Folge des Arbeitsunfalls bestehe eine verheilte Prellung mit Platzwunde am rechten Knie. Ursächlich für die Beschwerden des Klägers seien Veränderungen der rechten Kniescheibenhinterfläche und des Kniescheibenrandes, welche auf den privaten Unfall vom 10. April 1977 zurückzuführen seien. Den hiergegen am 12. September 2002 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2002 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 17. Januar 2003 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Der Kläger trug vor, dass er nach dem Wegeunfall noch krankgeschrieben gewesen sei, als es zu dem zweiten Unfall auf dem Waldboden gekommen sei. Während des Spaziergangs habe er sein verletztes Bein noch nicht richtig durchbiegen können. Nur aus diesem Grunde habe es geschehen können, dass er gestürzt sei. Ohne die unfallbedingte Streckhemmung des Beines wäre er nie gestürzt.

Das SG hat zunächst Beweis erhoben durch Einholung des fachorthopädischen Gutachtens von Dr. T. vom 2. September 2003. Der Sachverständige führte aus, nach Durchsicht der Röntgenaufnahmen aus dem Jahr 1977 sei eine Patellafraktur weder für den 5. März 1977 noch für den 10. April 1977 mit Sicherheit auszuschließen. Unabhängig von dem Entstehungsmechanismus einer Quadrizepsruptur sei immer ein sofortiger Funktionsverlust der Quadrizepsmuskulatur gegeben. Ein zeitlich verzögerter, schlussendlich kompletter Quadrizepssehnenriss sei denkbar, setze jedoch ein entsprechendes adäquates Trauma sowie entsprechende deutliche klinische Brückensymptome voraus. Unabhängig von der Ursache sei eine Quadrizepssehnenruptur aufgrund des sofortigen Kraftverlustes immer ein hoch akutes eindrucksvolles Ereignis. Eine Quadrizepsruptur zum Zeitpunkt des 5. März 1977 sei aufgrund der Tatsache, dass der Kläger hinterher wieder habe Spaziergehen können, auszuschließen. Bei einem Quadrizepssehnenriss sei zwangsweise zu erwarten, dass eine massive Hämatombildung im Bereich des Oberschenkels mit zumindest einer wesentlichen Teileinschränkung der Belastbarkeit des Beines bestehe. Eine derartige Beschwerdeschilderung sei jedoch auch im Nachhinein von dem Kläger nicht zu erfragen. Denkbar sei zwar, dass eine durch ein früheres Unfallereignis teiltraktierte Quadrizepssehne bei einem Bagateltrauma komplett reisse. Da exakte Befundunterlagen über den Verkehrsunfall nicht mehr vorhanden seien, müsse eine degenerative Veränderung als Regelursache für die Quadrizepssehnenruptur im Rahmen eines Gelegenheitstraumas bei dem Sturz am 10. April 1977 angenommen werden. Dafür spreche auch die Höhenlokalisierung der Quadrizepssehnenruptur kniescheibennahe. Denn infolge der dort fehlenden Gefäßversorgung handle es sich um einen minderbelastbaren, besonders schadenanfälligen Bereich. Die Quadrizepssehnenruptur sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallunabhängig.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) holte das SG das unfall- und sozialmedizinische Gutachten von Dr. A. vom 9. Februar 2004 ein. Dr. A. ging aufgrund der beim Kläger noch sichtbaren Narbe von einer unfallbedingten Platzwunde und daher davon aus, dass am 5. März 1977 eine Direkttraumatisierung eingetreten sei. Richtig sei zwar, dass in der Röntgenaufnahme vom 5. März 1977 eine Fissur oder gar eine Fraktur nicht sichtbar sei. Bezogen auf eine Fissur könne dies aber in dieser Aufnahmetechnik auch nicht erwartet werden. Allerdings habe der Abstand zwischen Kniescheibenrückfläche und Oberschenkelknochen am oberen Pol ca. 2,3 cm betragen und sei der Kniegelenkspalt disharmonisch gewesen. Dies beweise, dass an diesem Ort eine massive lokale Schwellneigung bestanden haben müsse. Auch sei entgegen der Einschätzung von Dr. T. im Oberschenkelbereich eine massive Hämatombildung nicht zu erwarten gewesen. Ein Hämatom könne nur da eintreten, wo Gewebszerstörungen bestünden, die auch entsprechend durchblutet seien. Im Bereich der Quadrizepssehne am oberen Patellapol befände sich keinerlei Muskulatur, sodass es dort auch nicht zu einer massiven Hämatombildung kommen könne. Auch gebe es keinerlei Hinweise auf degenerative Veränderungen für den Sehnenriss, zumal der damals 19-jährige Kläger keine Systemerkrankung des Haltungs- und Bewegungsapparates gehabt habe. Dr. A. wies auch auf ein vom Kläger vorgelegtes Foto vom damaligen Waldspaziergang vom 10. April 1977 hin, auf welchem deutlich sichtbar sei, dass sich das rechte Kniegelenk im Vergleich zum linken Kniegelenk in fixierter, d. h. nicht in frei pendelnder Stellung befunden habe. Damit sei nachgewiesen, dass zu diesem Zeitpunkt noch eine erhebliche Bewegungsstörung des rechten Kniegelenkes vorgelegen habe. Im Übrigen befände sich die beim Verkehrsunfall erlittene Platzwunde genau über dem oberen Patellapol.

Hierzu nahm Dr. T. unter dem 15. April 2004 Stellung. Wenn eine knöcherne Verletzung derart minimal sei, dass sie auf einer Röntgensummationsaufnahme von ausreichender technischer Qualität nicht sichtbar sei, sei aus orthopädischer/unfallchirurgischer Erfahrung davon auszugehen, dass eine biomechanisch relevante Verletzung des Knochens, z. B. auch durch Verschiebung von Fragmentteilen, auszuschließen sei. Aus der Tatsache, dass eine Platzwunde kniescheibennah rechts bei dem Unfallereignis vom 5. März 1977 aufgetreten sei, sei keine Aussage über die Schwere des Anpralltraumas zu machen. Da über der Quadrizepssehne subcutanes Fettgewebe und Haut gelagert sei, die durchaus reichlich mit Gefäßen durchsetzt sei, könne man anhand der Befunde des Kniegelenks und den Oberschenkel umhüllenden Weichteilgewebes durchaus je nach Schwere des Aufpralltraumas eine unterschiedliche Weichteilschwellung und Hämatombildung erwarten. Wegen des Fehlens der klinischen Erstbefunde vom 5. März 1977 seien Spekulationen über die Schwere der primären Schädigung des Kniegelenkes und über die Unfallmechanik möglich. Dabei ergebe sich die ganze Bandbreite

einer Schädigung des rechten Oberschenkels und Kniegelenkes durch direktes Anpralltrauma, beginnend mit einer geringen Prellung mit oberflächlicher Riss-/Platzwunde bis hin zu einer massiven Kontusion des Kniegelenkes mit retropatellarer Knorpelabschöpfung, Quetschung und stumpfer Teildurchtrennung der Quadrizepssehne. Hierzu führte Dr. A. unter dem 21. Dezember 2004 aus, dass eine Direkttraumatisierung, die in eine Platzwunde einmünde, nicht mit einer groben Prellung von Unterhaut und Weichteilgeweben in Zusammenhang stehe. Auch der Einwand, dass der Kläger nach dem Verkehrsunfall wieder habe spazieren gehen können, greife nicht, da es vorliegend nicht um eine intraartikuläre sondern eine extraartikuläre Schädigung gehe. Schließlich wies Dr. A. darauf hin, dass, wenn die für die Führung des Kniescheibengleitsystems entscheidende Quadrizepssehne verletzt und repariert werde, es zu einer Inkongruenz des zuvor bestehenden Bewegungsablaufes komme. Dr. T. wies in seiner abschließenden Stellungnahme vom 14. Februar 2005 darauf hin, eine massive Traumatisierung der kniegelenksnahen Weichteile führe zu einem erheblichen Funktionsverlust des Kniegelenkes, unabhängig ob die Quadrizepssehne inkomplett gerissen sei, und damit auch zu einer lang anhaltenden Behandlungsbedürftigkeit und klinischen Symptomatik.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 14. April 2005 ab. Hierbei stützte sich das SG auf das Gutachten von Dr. T. und wies darauf hin, die Ausführungen des Dr. A. basierten überwiegend auf Spekulationen. Insgesamt könne nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass es bei dem Unfallereignis vom 5. März 1977 zu einer Ruptur oder Teilruptur der Quadrizepssehne gekommen sei. Der spätere Quadrizepssehnenriss des Klägers im Rahmen des Unfalls vom 10. April 1977 könne auf - möglicherweise auch bei 19-jährigen Personen auftretende - degenerative Veränderungen der Quadrizepssehne wesentlichen Umfangs, auf die möglicherweise entfaltete Krafteinwirkung im Rahmen des Sturzes sowie die vorliegend diskutierte Vorschädigung durch den Unfall vom 5. März 1977 zurückgeführt werden. Nach Auffassung des SG seien die eigenen Angaben des Klägers über das Schadensbild vom 5. März 1977 sowie das jegliche Fehlen knöcherner Verletzungen sowie der Bildung von Hämatomen und Schwellungen ausschlaggebend. Eine derartige massive Traumatisierung der kniegelenksnahen Weichteile, wie diese von Dr. A. unterstellt werde, führe regelmäßig zu einem erheblichen Funktionsverlust des Kniegelenks und damit auch zu einer lang anhaltenden Behandlungsbedürftigkeit und klinischen Symptomatik. Diese Behandlungsnotwendigkeit und massiven klinischen Befunde seien jedoch weder bei der Begutachtung durch Prof. Dr. H. noch bei der Begutachtung durch Dr. T. angegeben worden, sodass die theoretisch durchaus zu diskutierende Möglichkeit eines zweiseitigen (gemeint zweiseitigen) Quadrizepssehnenrisses als Folge eines stumpfen Anpralltraumas mit Teildurchtrennung der Quadrizepssehne nicht als wahrscheinlich eingestuft werden könne.

Gegen das ihm am 29. April 2005 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 19. Mai 2005 Berufung erhoben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 14. April 2005 und den Bescheid vom 14. August 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Dezember 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund des Unfallereignisses vom 5. März 1977 eine Verletztenrente in Höhe von 20 vom Hundert (v. H.) der Vollrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat das Krankenblatt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses B. über den dortigen stationären Aufenthalt des Klägers ab 10. April 1977 beigezogen. Dort war ausgeführt worden, der Kläger habe angegeben, sich drei Wochen vor der stationären Aufnahme bei einem Autounfall eine erhebliche Prellung der rechten Patella zugezogen zu haben, wobei das Knie damals erheblich angeschwollen gewesen sei und bis zum Unfall am 10. April 1977 immer etwas geschmerzt habe. Des Weiteren hat der Senat über Dr. L. das Attest des Dr. W. vom 29. Dezember 1978 sowie neben bereits bekannten Unterlagen weitere Arztbriefe über eine Sprunggelenksfraktur aus dem Jahr 1986 und eine Radiusfraktur aus dem Jahr 1998 beigezogen. Telefonisch hat Dr. W. gegenüber dem Senat mitgeteilt, er könne sich an die Unfallereignisse aus dem Jahr 1977 nicht mehr erinnern. Wenn ihm aber der Kläger vom Erstunfall vom 5. März 1977 berichtet hätte, hätte er dies als erfahrener Durchgangsarzt in seinem Attest vom 10. Oktober 1977 niedergeschrieben.

Auf Anfrage des Senats konnte die Krankenkasse des Klägers keine im Zusammenhang mit dem streitgegenständlichen Unfallereignis stehenden Unterlagen vorlegen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Dem Kläger steht aus Anlass des Unfallereignisses vom 5. März 1977 keine Verletztenrente zu.

Vorliegend sind noch die Vorschriften der Rechtsversicherungsordnung (RVO) anzuwenden, da der streitgegenständliche Versicherungsfall vor dem am 1. Januar 1997 erfolgten Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) eingetreten ist ([§§ 212](#) und [214 Abs. 3 SGB VII](#)) und die Beklagte erstmals nach diesem Zeitpunkt über einen Rentenanspruch entschieden hat.

Der Verletzte erhält eine Rente, wenn die zu entschädigende MdE über die 13. Woche nach dem Arbeitsunfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist (§ 580 Abs. 1 Satz 1 und § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO). Arbeitsunfall ist ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet (§ 548 Abs. 1 Satz 1 RVO). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, d. h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSG, Urteil vom

4. August 1955 - [2 RU 62/54](#) - [BSGE 1, 174](#), 178; BSG, Urteil vom 14. November 1984 - [9b RU 38/84](#) - [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)).

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen allerdings nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit ausreicht (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84 BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Daran fehlt es, wenn die Krankheitsanlage so leicht ansprechbar gewesen ist, dass die Auslösung akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte (BSG, Urteil vom 27. Oktober 1987 - [2 RU 35/87](#) - [BSGE 62, 220](#), 222; BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 - [B 2 U 18/00 R](#) - HVBG-Info 2001, 1713). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze stehen dem Kläger aus Anlass des Unfalls vom 5. März 1977 keine Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu.

Denn vorliegend ist es nicht hinreichend wahrscheinlich, dass die vom Kläger beim Verkehrsunfall vom 5. März 1977 erlittene Schädigung wesentliche Ursache für den am 13. April 1977 in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses B. operativ versorgten Quadrizepssehnenabriss rechts war.

Zur Beurteilung des Unfallereignisses vom 5. März 1977 stehen dem Senat neben den Unfallbeschreibungen des Klägers (Seite 5 des Gutachtens von Prof. Dr. H. vom 22. Mai 2002, Seite 15 des Gutachtens von Dr. A. vom 9. Februar 2004) nur die gutachterlichen Auswertungen der am 5. März 1977 im Klinikum L. angefertigten Röntgenbilder (Seite 9 des Gutachtens von Prof. Dr. H. vom 22. Mai 2002, Seite 30 des Gutachtens von Dr. T. vom 2. September 2003, Seite 20 des Gutachtens von Dr. A. vom 9. Februar 2004) zur Verfügung. Hieraus ergibt sich für den Senat lediglich, dass der Kläger am 5. März 1977 mit seinem VW Käfer mit einem anderen Pkw zusammenstieß und sich dabei eine blutende Platzwunde am rechten Bein zuzog. Ob er mit seinem rechten Kniegelenk unter die Lenksäule oder gegen das Zündschloss bzw. den Zündschlüssel schlug, konnte der Kläger auch in seiner ausführlichsten gegenüber Dr. A. gemachten Unfallbeschreibung nicht darlegen.

Dass sich der Kläger über diese Platzwunde hinaus eine Verletzung zuzog, die für den späteren Quadrizepssehnenriss rechts wesentlich ursächlich war, ist nicht hinreichend wahrscheinlich.

Zwar führte Dr. A. in seinem Gutachten vom 9. Februar 2004 aus, die beim Verkehrsunfall erlittene Platzwunde habe sich genau über dem Patellapol befunden. Er hat auf die im Rahmen seiner Untersuchung und mit Foto dokumentierte Narbe am rechten Kniegelenk verwiesen und argumentiert, für einen Riss der Quadrizepssehne spreche, dass das Areal des Anpralltraumas im Bereich der Quadrizepssehne lokalisiert sei (Seite 27 seines Gutachtens). Hierzu weist der Senat darauf hin, dass Arztbriefe oder Befundberichte des Klinikums L. über die Versorgung des Klägers nach dem Verkehrsunfall nicht mehr vorhanden sind. In den Gutachten von Prof. Dr. H. vom 22. Mai 2002 (Seite 7 seines Gutachtens) und Dr. T. vom 2. September 2003 (Seite 6 seines Gutachtens) finden sich keine Hinweise auf eine verkehrsunfallbedingte Narbe. Selbst wenn aber die von Dr. A. beschriebene und von ihm auf den Verkehrsunfall zurückgeführte Narbe vorhanden wäre, kann nach Ansicht des Senats hieraus nicht zwingend der Schluss gezogen werden, dass durch den diese Narbe verursachenden Anprall auch die Quadrizepssehne verletzt wurde. Die Unsicherheit über die beim Verkehrsunfall vom 5. März 1977 tatsächlich eingetretene Schädigung ergibt sich auch aus dem Umstand, dass Dr. M./Dr. S. in ihrem Arztbrief vom 7. Dezember 2000 mitteilten, der Kläger habe am 5. Dezember 2000 angegeben, er habe 23 Jahre vorher einen Verkehrsunfall mit Außen- und Innenknöchelfraktur erlitten. Ohne Erwähnung blieben Verletzungen am Knie. Außerdem erlitt der Kläger ausweislich des Arztbriefs des Chirurgen Dr. Reinke vom 27. März 1986 die Sprunggelenksfraktur Anfang 1986. Laut Attest von Dr. L. vom 12. Juli 2001 berichtete der Kläger, er sei infolge des sich am 5. März 1977 ereigneten Pkw-Unfalls per Notarzt in die Unfallchirurgie des Krankenhauses L. eingeliefert worden, wo er operativ versorgt worden sei. Es habe sich eine Patellafraktur des rechten Kniegelenkes und ein Quadrizepssehnenabriss rechts dargestellt. Da es zu keiner Besserung gekommen sei, sei er im Krankenhaus B. stationär aufgenommen worden. Der sich ausweislich des Arztbriefs des Krankenhauses B. vom 13. Mai 1977 zwischenzeitlich zugetragene Sturz vom 10. April 1977 fand dort keine Erwähnung.

Die am 5. März 1977 angefertigten Röntgenaufnahmen zeigen nach übereinstimmender Auswertung von Prof. Dr. H. (Seite 9 seines Gutachtens) und Dr. T. (Seite 7 seines Gutachtens) einen unauffälligen Befund. Zwar hat Dr. A. ausgeführt (Seite 20 seines Gutachtens), der Abstand zwischen Kniescheibenrückfläche und Oberschenkelknochen am oberen Pol habe ca. 2,3 cm betragen und der Kniegelenksspalts sei disharmonisch gewesen. Der von Dr. A. hieraus gezogene Schluss, damit sei bewiesen, dass an diesem Ort eine massive lokale Schwellneigung bestanden haben müsse, ist aber für den Senat nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Hiergegen spricht vor allem der Umstand, dass eine massive Schwellung im Kniebereich eine Bewegungseinschränkung nach sich gezogen hätte. Der Kläger hat jedoch in der Untersuchungssituation anlässlich der Erstellung des Gutachtens von Prof. Dr. H. zum Unfallereignis vom 5. März 1977 mitgeteilt, eine Ruhigstellung des Knies sei zum damaligen Zeitpunkt nicht erfolgt. Längere Entlastungszeiten oder Beschwerden aufgrund der verkehrsunfallbedingten Platzwunde hat der Kläger laut Prof. Dr. H. nicht angegeben. Er habe auch nicht von einer ausgeprägten Hämatomentwicklung oder Bewegungseinschränkung berichtet. Auch gegenüber Dr. T. machte er keine Angaben, die für eine verkehrsunfallbedingte Bewegungseinschränkung sprechen. Schließlich hat Dr. T. zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger sich trotz

der Verkehrsunfallfolgen in der Lage sah, einen Waldspaziergang zu unternehmen, was ebenfalls gegen eine unfallbedingte Bewegungseinschränkung spricht. Im Übrigen ergibt sich aus dem Krankenblatt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses B., dass zwar das Knie "erheblich geschwollen" gewesen sei, es andererseits bis zum zweiten Unfall nur "etwas geschmerzt" habe. Eine massive Traumatisierung der kniegelenksnahen Weichteile führt aber - der ergänzenden Stellungnahme von Dr. T. vom 24. Februar 2005 folgend - zu einem erheblichen Funktionsverlust des Kniegelenks und damit zu einer lang anhaltenden Behandlungsbedürftigkeit. Schließlich teilt der Senat nicht die Ansicht von Dr. A., auf dem anlässlich des Waldspaziergangs am 10. April 1977 angefertigten Foto sei erkennbar, dass sich das rechte Kniegelenk im Vergleich zum linken Kniegelenk in fixierter, d. h. nicht in frei pendelnder Stellung befunden habe, sodass damit nachgewiesen sei, dass zu diesem Zeitpunkt noch eine erhebliche Bewegungsstörung des rechten Kniegelenkes vorgelegen habe.

Es spricht daher mehr dafür, dass der am 13. April 1977 operativ versorgte Quadrizepssehnenabriss rechts nicht durch den Verkehrsunfall vom 5. März 1977 sondern durch den Privatunfall vom 10. April 1977 oder degenerativ - wofür nach den Ausführungen von Dr. T. die Höhenlokalisation der Quadrizepssehnenruptur kniescheibennahe spricht - verursacht wurde. In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass die in der unfallmedizinischen Fachliteratur beschriebenen geeigneten Unfallereignisse - z. B. plötzliche Anspannung der Quadrizepssehne beim Versuch, einen Sturz mit gebeugtem Knie abzufangen - (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, 8.2.6, Seite 515) sowohl dem streitgegenständlichen Verkehrsunfall als auch dem Privatunfall zugeordnet werden können.

Da sich nach alledem ein Zusammenhang zwischen der beim Verkehrsunfall vom 5. März 1977 erlittenen Schädigung (Knieprellung mit Platzwunde) und der am 13. April 1977 festgestellten Gesundheitsstörung (Quadrizepssehnenabriss rechts) nicht wahrscheinlich machen lässt und dies nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Klägers geht, war die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-05