

L 6 U 847/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 2790/00
Datum
25.10.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 847/06
Datum
12.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25. Oktober 2005 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte die außergerichtlichen Kosten des Klägers aus dem Klageverfahren nur zu $\frac{3}{4}$ zu erstatten hat.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung streitig.

Der 1963 geborene Kläger erlitt am 17. Oktober 1998 während seiner beruflichen Tätigkeit als Bauhelfer einen bei der Beklagten versicherten Arbeitsunfall. Bei Verladearbeiten gestapelte Absperrbretter kamen ins Rutschen. Der Kläger wurde von den Brettern - während er sich vor ihnen in Sicherheit bringen wollte - bis zur Höhe des rechten Kniegelenks getroffen und hat sich dabei sein rechtes Knie verdreht.

Noch am Unfalltag stellte sich der Kläger in der Chirurgischen Abteilung des R.-Krankenhauses in B. vor. Der dort tätige Chefarzt Dr. H. teilte in seinem Durchgangsarztbericht vom 19. Oktober 1998 mit, der Kläger habe u. a. bei Hyperextension Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks angegeben. In seiner Befundbeschreibung gab Dr. H. an, das rechte Kniegelenk äußere sich ohne Verletzungszeichen. Das Bewegungsmaß habe 0/0/130 Grad betragen, ein intraartikulärer Erguss oder eine periartikuläre Schwellung hätten nicht vorgelegen. Das Meniskuszeichen sei negativ und die Bandführung stabil gewesen. Die Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenks habe keinen Anhalt für eine frische ossäre Läsion ergeben. Dr. H. diagnostizierte eine Unterschenkelprellung rechts und eine Prellung des rechten oberen Sprunggelenks. In seinem Nachschaubericht vom 20. Oktober 1998 beschrieb Dr. H. keine vermehrte Aufklappbarkeit des rechten Kniegelenks. Der Arzt S. beschrieb in seiner ärztlichen Unfallmeldung vom 22. Oktober 1998 das Kniegelenk als unauffällig. Wegen Belastungsschmerzen im Kniegelenk stellte sich der Kläger erneut bei Dr. H. vor. In seinem Nachschaubericht vom 26. Oktober 1998 führte dieser aus, auf genaues Befragen habe ein Verdrehen des Knies vorgelegen. Es bestehe ein deutlicher Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt und ein positiver schmerzhafter Varusstress.

Am 27. Oktober 1998 ließ der Kläger eine Arthroskopie durchführen. Dr. P./Dr. Z. diagnostizierten in ihrem Operationsbericht vom 27. Oktober 1998 einen Zustand nach Außenmeniskusvorderhornquetschung mit geringgradigem, oberflächlichem Schleimhautabriss an der synovialen Basis, eine degenerative Außenmeniskusinnenrandauffaserung, eine relative Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes (alte Teilruptur des lateralen Zügels) und eine Chondromalazie Grad II bis III med. tibial. Aus diesem Operationsbericht geht auch hervor, dass kein Hinweis für das Vorliegen einer Meniskusrissbildung vorgelegen habe und die Verhältnisse im Bereich des hinteren Kreuzbandes stabil gewesen seien. Wegen andauernder Kniebeschwerden wurde der Kläger weiterhin durch Dr. H. behandelt (Nachschauberichte vom 10., 12. und 20. November sowie 1. Dezember 1998). In seinem Arztbrief vom 20. November 1998 führte Dr. H. aus, es habe kein intraartikulärer Erguss, keine periartikuläre Schwellung, ein Druckschmerz über dem medialen und lateralen Gelenkspalt ohne sicher positives Meniskuszeichen, ein Bewegungsmaß von 0/0/140 Grad mit endgradigen Schmerzen und eine allseits stabile Bandführung vorgelegen.

Der Facharzt für Orthopädie Dr. R. beschrieb in seinem H-Arzt-Bericht vom 18. Januar 1999 ein Bewegungsmaß von 0/0/120 Grad, keine Ergussbildung, einen leichten Druckschmerz über dem medialen Seitenbandverlauf ohne pathologische Aufklappbarkeit, eine frei verschiebbliche Patella und stabile Kreuzbänder.

Die Beklagte holte das Leistungsverzeichnis der AOK - Die Gesundheitskasse S. O. über den Zeitraum vom 11. Januar 1995 bis zum 15.

November 1998 ein.

In seinem Befundbericht vom 21. Januar 1999 berichtete Dr. H. unter Beifügung des Arztbriefs des Radiologen Dr. K. vom 26. November 1998 über die dort durchgeführte Kernspintomographie des rechten Kniegelenks. Da der Kernspintomografiebefund die Kniebeschmerzen habe nicht erklären können und es zunehmend zu einer Schwellung im Bereich der medialen Narbe gekommen sei, sei in seiner Abteilung eine Narbenrevision Anfang Dezember 1998 durchgeführt worden. Das histologische Präparat habe ein Narbenneurom ergeben. Die am 28. Dezember 1998 durchgeführte Kontrolluntersuchung habe den Verdacht auf ein Patellaspatiensyndrom rechts, welches als unfallunabhängige Ursache zu werten sei, ergeben. In dem Arztbrief von Dr. K. vom 26. November 1998 wurden Zeichen einer Innenbandzerrung, wahrscheinlich auch einer Innenbandpartialruptur, eine uncharakteristische ödematöse Weichteilschwellung auch am Pes anserinus, sodass auch dort der Verdacht auf Faserrisse bestehe, ein Einriss im infrapatellaren Fettkörper, welcher Arthroskopiefolge sein könne, und degenerative Innenmeniskus- und Gelenknorpelveränderungen beschrieben.

Dr. R. berichtete in seinem Befundbericht vom 4. Februar 1999, während der klinischen Untersuchungen im Zeitraum vom 15. Januar bis zum 3. Februar 1999 habe sich lediglich eine geringe Ausprägung eines Patellaspatiensyndroms gezeigt, was die vom Kläger beschriebene Schmerzsymptomatik keinesfalls erkläre und rechtfertige. Der Hauptdruckschmerz liege beim Kläger nach wie vor im Bereich der Narbenrevision des rechten Kniegelenks medialseitig. Das Kniegelenk sei sonst reizlos und zeige keinerlei Ergussbildung. Die Beweglichkeit sei unauffällig und schmerzfrei durchführbar. Die Seiten- und Kreuzbänder seien stabil.

Der (Unfall-)Chirurg V. führte in seinem Befundbericht vom 10. Februar 1999 aus, es liege kein einfaches unfallunabhängiges Patellaspatiensyndrom vor. Vielmehr habe der Kläger nach den beiden Kniegelenkseingriffen eine nicht ausreichende Physiotherapie erhalten. Das jetzt noch vorhandene Krankheitsbild erkläre sich durch ein sekundäres Patellaspatiensyndrom bei Kraft- und Muskelminderung am gesamten rechten Bein.

Der Orthopäde Dr. H. beschrieb in seinem Arztbrief vom 11. Februar 1999 ein auf ebener Erde leicht rechtshinkendes Gangbild, ein Bewegungsmaß von 5/0/140 Grad, einen Hyperextensionsschmerz, keine Bandinstabilität, keine Meniskuszeichen, eine ausgeprägte retropatellare Symptomatik, eine deutliche Krepitation bei passiver Mobilisierung, eine Quadrizepsumfangsdifferenz, reizfreie Wundverhältnisse und keine Ergussbildung. Diagnostiziert wurde ein therapierefraktäres Patellaspatiensyndrom. In seinen Arztbriefen vom 8. und 16. März sowie 1. April 1999 berichtete er nach Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen über eine Besserung des muskulären Zustandes.

Die Beklagte ließ den Kläger untersuchen und begutachten. Prof. Dr. H., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des K.-Hospitals in S., gelangte in seinem Gutachten vom 27. April 1999 zu dem Ergebnis, Unfallfolgen lägen nicht mehr vor. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe nur 4 Wochen ab dem Unfallereignis gedauert. Unfallunabhängig liege eine Retropatellararthrose beidseits vor. Der Unfall habe lediglich zu einer Kontusion des rechten Kniegelenks, des rechten Unterschenkels und des rechten oberen Sprunggelenks geführt.

Sodann ließ der Kläger bei Dr. V. eine Kernspintomographie und daraufhin eine Arthroskopie durchführen. In seinem Befundbericht vom 30. Juni 1999 berichtete Dr. V., bei der Kernspintomographie hätten die Meniskuszeichen keinen Hinweis für eine Ruptur gezeigt. Im Hinterraum des Innenmeniskus habe sich eine vermehrte Signalinhomogenität im Sinne einer Meniskopathie Grad I bis II gezeigt. In seinem Befundbericht vom 20. Juli 1999 führte Dr. V. unter Beifügung seines Operationsberichtes vom selben Tag aus, es habe sich eine alte Ruptur des vorderen Kreuzbandes gezeigt. Wahrscheinlich sei es bei dem Unfall zu einer Ruptur des Kreuzbandes im Synovialschlauch gekommen, was den früheren Arthroskopiebefund erkläre. Die jetzt zusätzlich diagnostizierte degenerative, laterale Meniskusklaision sei als Unfallfolge nicht eindeutig zuzuordnen. In seinem Zwischenbericht vom 11. August 1999 diagnostizierte Dr. V. eine vordere Kreuzbandruptur, einen Zustand nach Innenbandruptur und eine degenerative laterale Meniskopathie rechts. Mit seinem Zwischenbericht vom 24. August 1999 legte Dr. V. seinen Operationsbericht vom selben Tag vor. Prof. Dr. W., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der H.-Klinik in M., berichtete in seinem Zwischenbericht vom 2. September 1999 über die von Dr. V. durchgeführte Arthroskopie. Diagnostiziert wurde ein Zustand nach proximaler vorderer Kreuzbandruptur und einer arthroskopischen vorderen Kreuzbandplastik. In seinem Arztbrief vom 16. September 1999 berichtete Dr. H. über den gesamten Behandlungsverlauf.

Mit Bescheid vom 15. Oktober 1999 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Verletztenrente ab. Die beim Unfall erlittenen Quetschungen des Kniegelenks, Unterschenkels sowie des oberen Sprunggelenks rechts seien ab Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am 29. Dezember 1998 folgenlos abgeheilt. Die über den 28. Dezember 1998 hinausgehende Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit sei nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen, sondern vielmehr auf eine unfallunabhängige formverbildende Gelenkerkrankung beider Knieeiben.

Hiergegen erhob der Kläger am 20. Oktober 1999 Widerspruch. Er legte den Arztbrief des Arztes für Pathologie R. vom 30. August 1999 vor. Dieser gelangte in seiner Beurteilung zu der Ansicht, es lägen Bandteile mit Zustand nach älterer traumatischer Ruptur mit fortgeschrittenen bindegewebigen Reparationsvorgängen und herdförmig noch geringer chronisch-resorbierender Begleitentzündung (klinisch alte Ruptur des vorderen Kreuzbandes rechts) vor. Eine Neutralfettablagerung als Zeichen einer evtl. degenerativen Schädigung am vorliegenden Material sei nicht erkennbar. Für eine spezifische Entzündung oder Malignität im vorliegenden Material bestehe kein Anhalt. Ebenfalls wurden die Gutachten von Dr. C. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 21. Oktober und 22. November 1999 vorgelegt.

Die Beklagte holte die Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 22. Februar 2000 ein. Dieser hielt an seiner Einschätzung fest. Insbesondere habe während der Arthroskopie vom 27. Oktober 1998 kein Hinweis für eine vordere Kreuzbandruptur bestanden. Im Operationsbericht sei kein intraartikulärer Erguss beschrieben worden. Auch hätten sich stabile Ansatzverhältnisse gezeigt. Bei einem frisch rupturierten vorderen Kreuzband wäre ein blutig-seröser Kniegelenkserguss sowie eine frische Ruptur der Kreuzbandfasern zu erwarten und zu erkennen gewesen. Diese hätten sich arthroskopisch mit Sicherheit nachweisen lassen müssen. Passend hierzu sei auch die am 26. November 1998 durchgeführte Kernspintomographie, in welcher intakte Kreuz- und Kollateralbänder beschrieben worden seien. Auch der Arthroskopiebefund vom 20. Juli 1999 sowie der histologische Befund vom 30. August 1999 hätten keinen beweisenden Charakter für einen ursächlichen Zusammenhang der vorderen Kreuzbandruptur mit dem Unfallereignis.

Hierauf gestützt wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2000 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 14. September 2000 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG).

Das SG zog u. a. den Operationsbericht von Dr. G./Dr. H. von der H.-R.-Klinik in B. über die am 4. Dezember 1998 durchgeführte Arthroskopie bei. Des Weiteren holte das SG die sachverständigen Zeugenauskünfte von Prof. Dr. W. und Dr. V., jeweils vom 17. Januar 2001, ein. Prof. Dr. W. schloss sich den Beurteilungen von Prof. Dr. H. an. Da bei der kurz nach dem Unfall erfolgten Arthroskopie kein frischer blutiger Kniegelenkserguss und keine Einblutungen in das vordere Kreuzband festgestellt worden seien, sei eine frische Kreuzbandruptur zu diesem Zeitpunkt auszuschließen. Bei einer frischen Kreuzbandruptur hätte in jedem Fall ein Bluterguss oder eine Einblutung gesehen werden müssen. Insofern könne es durch dieses Unfallereignis nicht zur frischen Ruptur des Kreuzbandes gekommen sein. Dr. V. führte aus, aus dem histologischen Befundbericht ergebe sich, dass keinerlei degenerative Veränderungen zu der Kreuzbandschädigung geführt hätten. Durch den Unfallmechanismus sei es möglich gewesen, dass eine derartige Verletzung entstanden sei, zumal bei der kernspintomographischen Untersuchung vom 26. November 1998 eine möglicherweise vorhandene Innenbandteiltraktur beschrieben worden und somit beim Kläger als Unfallfolge eine so genannte anteromediale Bandinstabilität eingetreten sei. Zwar sei bei der Arthroskopie vom 27. Oktober 1998 kein Bluterguss im Bereich des Kniegelenks beschrieben worden. In seltenen Fällen könne es aber durch einen Unfall zu einer so genannten intraligamentären Überdehnung oder auch Ruptur des vorderen Kreuzbandes kommen. Bei dieser Verletzung reiße der Synovialschlauch des Kreuzbandes nicht ein, so dass es nicht in das Kniegelenk hineinblute. Das Kreuzband selbst sei nur von wenigen Blutgefäßen durchsetzt, so dass es dann beim Einreißen im Synovialschlauch nicht unbedingt eine Blutung geben müsse. Wenn man in derartigen Fällen den Synovialschlauch bei der Arthroskopie eröffne, könne man rupturierte Bandfasern finden. Dass man bei der klinischen Untersuchung des Klägers die auf die Ruptur des vorderen Kreuzbandes zurückzuführende Instabilität nicht habe feststellen können, erkläre sich durch eine gut ausgebildete dorsale Kapselschale, welche es dem Untersucher nicht immer gestatte, eine so genannte vordere Schublade eindeutig nachzuweisen. Da der Kläger vor dem Unfall klinisch gesund gewesen sei, so dass er auch schwere körperliche Arbeiten habe durchführen können, und da es nach Stabilisierung des rechten Kniegelenks zu einem völligen Verschwinden des vom Kläger geklagten Instabilitätsgefühls gekommen sei, sei das Unfallereignis zumindest eine wesentliche Teilursache für die geklagten Beschwerden. Die unfallbedingte MdE habe 100 v. H. bis zum 29. Juli 2000 und 20 v. H. bis zum 26. Januar 2001 betragen. Die weitere MdE sei durch eine Nachuntersuchung festzulegen.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Chirurgie Dr. B. vom 6. Februar 2001 vor. Dieser führte aus, soweit Dr. V. auf die Möglichkeit einer subsynovialen Ruptur oder Teilruptur hinweise, müsse ihm entgegen gehalten werden, dass die narbigen Veränderungen im Bereich des lateralen Kreuzbandzügels - nicht erst nach Eröffnung der Synovialis - offenbar sichtbar gewesen seien. Insofern könne nicht von einer womöglich versteckten Teilruptur die Rede sein, ganz abgesehen davon, dass diese Vernarbung auf jeden Fall schon deutlich älter als 10 Tage gewesen sei. Außerdem sei schon damals eine Auslockerung des verbliebenen vorderen Kreuzbandes beschrieben worden, was bei Kenntnis dieser alten Vernarbung auch gar nicht verwundere. Das Fehlen zumindest grober degenerativer Veränderungen im späteren Kreuzbandpräparat sei ebenfalls nicht unverständlich. Schließlich müsse eine alte Läsion in diesem Bereich nicht vordergründig degenerativ bedingt sein. Meistenteils lägen derartigen Verletzungen frühere Unfälle und Unfallmechanismen zugrunde. Teilverletzungen im Bereich des vorderen Kreuzbandes könnten sich initial sehr verstärken und selbst dem Betroffenen nicht unbedingt mehr vermitteln als das Gefühl einer Zerrung des Kniegelenks.

Das SG holte das unfallchirurgische Gutachten von Dr. M., Oberarzt in der Chirurgischen Universitätsklinik am Universitätsklinikum F., vom 15. August 2001 ein. Dieser gelangte unter Berücksichtigung des röntgendiagnostischen Zusatzgutachtens von Prof. Dr. L. vom 6. August 2001 zu dem Ergebnis, dass das Unfallereignis zu einer Partialruptur des vorderen Kreuzbandes des rechten Kniegelenkes geführt habe und daher die weiteren Behandlungen sowie der dadurch bedingte Dauerschaden als unfallabhängig zu werten sei. Es habe unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 29. Juli 2000 bestanden. Die MdE sei mit 20 v. H. bis zum 15. Mai 2001 und mit 15 v. H. auf Dauer einzuschätzen. Dass bei der Erstuntersuchung am Unfalltag feste Bandverhältnisse dokumentiert seien, sei kritisch zu werten. Bei einem traumatisierten Kniegelenk mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung könne schmerzbedingt nicht sicher eine Kniebandinstabilität ausgeschlossen werden. Die genaue Untersuchung der Kniebandstabilität könne erst bei beschwerdefreiem Knie erfolgen, da Partialrupturen sonst nicht diagnostiziert werden könnten. In Bezug auf den Erstarthroskopiebefund wies Dr. M. darauf hin, eine intraligamentäre Kreuzbandruptur mit erhaltenem Synovialschlauch mache zum Einen keinen Hämarthros und zum Anderen sei diese sehr schwer zu diagnostizieren. Es sei auch anzunehmen, dass das Kreuzband zwar elongiert, aber noch im Synovialschlauch fest verwachsen gewesen sei. Bei weiterer Belastung sei es durchaus denkbar und bekannt, dass die Festigkeit eines vorderen Kreuzbandes bei stattgehabter frischer Partialruptur im weiteren Verlauf abnehme. Daher sei es nicht widersprüchlich, dass nach einem gewissen Intervall bei der dritten Arthroskopie durch Dr. V. deutlich lockerere Verhältnisse gefunden worden seien. Des Weiteren wies Dr. M. darauf hin, dass anhand von Kernspinaufnahmen eine Kreuzbandpartialruptur nicht sicher ausgeschlossen werden könne, da keine kreuzbandparallelen Schichtungen vorlägen. Somit seien die Befunde der beiden Kernspinaufnahmen nicht aussagekräftig in Bezug auf eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes. Die These einer frischen stattgehabten Kreuzbandpartialruptur werde auch dadurch unterstützt, dass der Kläger nach stattgehabter Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes zunehmend beschwerdefrei geworden sei. Außerdem sei in dem histologischen Befundbericht des Pathologen Rau eine alte Kreuzbandruptur bestätigt worden. Da diese Probe ca. 10 Monate nach dem Unfallereignis entnommen worden sei, habe letztlich nur noch eine alte Ruptur befundet werden können. Im Übrigen sei der Kläger vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen und habe zwischen dem Unfall und der dritten Arthroskopie kein Zweittrauma erlitten.

Hierzu legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 28. Januar 2002 vor. Dieser führte aus, in dem radiologischen Zusatzgutachten von Prof. Dr. L. sei ein für das Alter eindeutig pathologischer Degenerationszustand der beiden Kniegelenke, rechts stärker als links ausgeprägt, sowie eine Retropatellararthrose beidseits beschrieben. Außerdem unterstelle Dr. M. ein Kniegelenksverdrehtrauma, wofür sich aber kein Anhaltspunkt finden lasse. Das Kniegelenk sei bei der ersten ärztlichen Untersuchung völlig unauffällig zur Darstellung gekommen, Beschwerden und Verletzungssymptome seien auch zwei Tage später nicht dargestellt worden und drei Tage später sei ein unauffälliges Kniegelenk vorgefunden worden. Dabei handle es sich um einen Erstverlauf, der mit einer nennenswerten Traumatisierung des Kniegelenks nicht vereinbar sei. Es seien keine wesentlichen Kniebeschwerden angegeben worden, das Knie habe sich äußerlich unverletzt gezeigt, sei frei beweglich gewesen, habe keinen Binnenerguss, keine periartikuläre Schwellung und keine Meniskuszeichen gezeigt und die Bandprüfung sei unauffällig ausgefallen. Da sich bei der zweiten Arthroskopie gegenüber der ersten Arthroskopie keine verstärkte Auslockerung des vorderen Kreuzbandes ergeben habe, treffe das von Dr. M. angenommene Szenario einer intraligamentären Kreuzbandruptur bei erhaltenem Synovialschlauch nicht zu. Außerdem sei bei der ersten Arthroskopie eine beginnende

Degeneration des Außenmeniskus im Randbereich festgestellt worden. Die im Juli 1999 vorhandene feinzottige Synovialitis im oberen Rezessus könne nicht mit einer rezenten Verletzung des vorderen Kreuzbandes begründet werden. Insofern habe sich vordergründig die Patellar-Symptomatik ausgewirkt. Nicht nachvollziehbar sei, woraus Dr. V. einen Zustand nach Innenbandruptur ableite, zumal die erste Arthroskopie keinerlei frische Verletzungsspuren oder Hinweise auf irgendwelche kapsulären Läsionen ergeben habe. Gegen eine möglicherweise subsynovial versteckte und übersehene intraligamentäre Kreuzbandruptur spreche, dass die bei der ersten Arthroskopie festgestellten Vernarbungen im Ursprung des Kreuzbandes eine vollständig erhaltene Synovialis unwahrscheinlich machten. Fraglich sei auch, woraus eine frische Läsion des vorderen Kreuzbandes abgeleitet werden solle, wenn ursprungsnahe ganz eindeutig schon eine alte Vernarbung und Teilläsion vorhanden gewesen sei, ansatznahe dann auch noch ein Altschaden unterstellt werden müsste, sich irgendeine weitergehende Verletzung klinisch und auch kernspintomographisch nicht dargestellt habe und sogar eine deutliche Verschlimmerung der Auslockerung des ganzen Bandes nicht gesichert sei. Aus dem histologischen Befund des Kreuzbandes sei keine Rückprojizierung auf den Arbeitsunfall möglich, da Läsionen des vorderen Kreuzbandes immer vordergründig auf Verletzungen zurückzuführen seien, worauf die alte Vernarbung am Ursprung auch hindeute. Der aus der ersten Arthroskopie festgestellte Narbenbefund im Ursprung des vorderen Kreuzbandes könne nur durch einen früheren Unfall erklärt werden. Zusammenfassend führte Dr. B. aus, dass eine Unfallverletzung entscheidungsrelevanten Ausmaßes das Knie betreffend für den 17. Oktober 1998 nicht belegbar sei, der Narbenbefund und die Auslockerung des vorderen Kreuzbandes, wie sie sich in der ersten Arthroskopie ohne jedwede sonstige und frisch wirkende Verletzungen dargestellt habe, aus einer früheren Verletzung stammen müsse, sich hieraus die rechts gegenüber links etwas stärker ausgeprägte Arthrose des ganzen rechten Kniegelenks und die Patellararthrose abgeleitet habe, die im ganzen weiteren Verlauf vordergründig zugrunde gelegen haben dürfte.

Hierzu nahm Dr. M. unter dem 6. März 2002 Stellung. Der sich aus dem Durchgangsarztbericht vom 19. Oktober 1998 ergebende Unfallhergang sei adäquat für die Entstehung einer vorderen Kreuzbandruptur. Außerdem sei bei Kenntnis der aktuellen Literatur bekannt, dass ein Hämarthros nicht zwingend mit einer vorderen Kreuzbandruptur einhergehen müsse. Bei erhaltenem Synovialschlauch könne ein Hämarthros durchaus ausbleiben.

Das SG hat auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) weiter Beweis erhoben durch Einholung des unfallchirurgischen Gutachtens von Dr. H., Oberarzt am Zentrum für Chirurgie des Universitätsklinikums G., vom 14. Juli 2003. Der Sachverständige gelangte zu dem Ergebnis, der Kläger habe am 17. Oktober 1998 ein Verdrehtrauma des rechten Kniegelenks erlitten. Hierbei sei es zu einer frischen substantiellen Schädigung des Innenbandes und mit Wahrscheinlichkeit zu einer zusätzlichen frischen substantiellen Schädigung des unfallunabhängig durch eine alte Teiltraktur vorgeschädigten vorderen Kreuzbandes gekommen. Als Folge dieser frischen substantiellen Schädigungen sei es zu einem Muskeldefizit am rechten Bein mit objektivierbarer Instabilität des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes gekommen. Durch operative und konservative Behandlung sei es zu einer deutlichen Besserung im Beschwerdebild und den objektivierbaren Befunden gekommen. Die unfallbedingte MdE schätzte Dr. H. u. a. auf 20 v. H. bis zum 15. Mai 2001 und auf 10 v. H. ab 16. Mai 2001 bis auf Weiteres. Zur Begründung führte Dr. H. aus, sowohl die Erstbeschreibung des Unfallhergangs als auch der Erstbefund machten ein Verdrehtrauma des rechten Kniegelenks deutlich. Von Anfang an seien Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks dokumentiert. Zudem habe der Erstbefund ein geringgradiges Beugedefizit aufgewiesen. Da es sich um ein Verdrehtrauma gehandelt habe, welches geeignet gewesen sei, eine substantielle Schädigung des Kreuzbandes und des Innenbandes herbeizuführen, sei ein Zusammenhang der im Juli 1999 objektivierbaren Instabilität des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes durchaus denkbar. Zeitnah zum Unfallereignis hätten sich im MRT-Untersuchungsbefund Zeichen einer frischen Innenbandschädigung nachweisen lassen, die als Folgeschaden eine einfach positive innere Aufklappbarkeit nach sich gezogen habe. Sowohl der für eine Innenbandschädigung geeignete Unfallhergang, das klinische Beschwerdebild, die in der magnetresonanztomographischen Bilddokumentation nachgewiesene frische Innenbandschädigung als auch die im Juli 1999 nachweisbare geringgradige Insuffizienz des Innenbandes sprächen für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der stattgehabten Innenbandschädigung. Die unfallchirurgisch-orthopädische Erfahrung lasse bei dem vorliegenden Unfallhergang und der nachgewiesenen Innenbandschädigung an eine zusätzliche Schädigung des vorderen Kreuzbandes denken. Gegen eine zusätzliche Schädigung spreche zwar der Arthroskopiebericht vom 27. Oktober 1998, der zweifelsfrei eine alte Teiltraktur des vorderen Kreuzbandes als unfallunabhängig beschreibe. Unklar bei dieser Arthroskopie bleibe jedoch, ob die verbliebenen vorderen Kreuzbandfasern, die nicht durch diese unfallunabhängige alte Teiltraktur vorgeschädigt gewesen seien, durch das Unfallereignis eine zusätzliche Schädigung erfahren hätten. Für eine zusätzliche frische Schädigung des vorgeschädigten vorderen Kreuzbandes spreche die nur mäßige Anspannung der Restfasern bei der Erstarthroskopie und die nahezu vollständige Insuffizienz des Restes des vorderen Kreuzbandes bei der Zweitarthroskopie im Juli 1999. Für eine zusätzliche frische Schädigung des Restes des vorderen Kreuzbandes spreche zudem der hierfür geeignete Unfallhergang und das mit dem Unfallereignis einsetzende Beschwerdebild mit der nach einsetzendem Muskelschwund am rechten Oberschenkel einhergehenden klinisch objektivierbaren vorderen Kreuzbandinsuffizienz, also der Kniegelenksinstabilität. Auch der Umstand, dass die zunächst dauerhaften Beschwerden erst nach Ersatz des vorderen Kreuzbandes zu einer deutlichen Beschwerdebesserung geführt hätten, spreche eher für eine zusätzliche Schädigung des vorderen Kreuzbandes durch das Unfallereignis. Außerdem schließe das Fehlen einer frischen Einblutung in den Kreuzbandrest und/oder eines Blutergusses im Kniegelenk eine Zerreißen von Kreuzbandfasern grundsätzlich nicht aus. Erstbefunde und Erstverlauf sprächen für das Vorliegen eines Verdrehtraumas, da ab dem Unfalltag Beschwerden und Schmerzen im Kniebereich aktenkundig seien. Die Kniegelenksschmerzen hätten zu einer eingeschränkten Untersuchung der Bandführung mit der Folge einer zunächst übersehenen Bandinstabilität führen können. Außerdem sei das vordere Kreuzband bei der ersten Arthroskopie gegenüber der zweiten Arthroskopie als eindeutig stabiler beschrieben worden. Für eine Innenbandschädigung spreche der am 23. Oktober 1998 angegebene Druckschmerz über dem inneren Gelenkspalt, das Ergebnis der am 26. November 1998 durchgeführten MRT sowie die anhaltend geklagten Schmerzen am 21. Januar sowie 4. und 11. Februar 1999. Die von Dr. B. angeführten fehlenden frischen Verletzungszeichen an der inneren Gelenkkapsel bei der arthroskopischen Untersuchung vom 27. Oktober 1998 schlossen eine Innenbandschädigung nicht aus. Denn das Innenband liege außerhalb der Gelenkkapsel und sei vom Gelenkinnenraum aus nicht direkt einzusehen. Die überwiegende Anzahl der Innenbandrupturen gehe nicht mit einer zusätzlichen sichtbaren Verletzung der inneren Gelenkkapsel bzw. der hinteren inneren Gelenkecke einher und bleibe der arthroskopischen Befunderhebung damit oft verborgen.

Hierzu legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 3. November 2003 vor. Dr. B. hielt zwar den von Dr. H. geschilderten Ablauf für denkbar, jedoch nicht mit dem notwendigen Grade an Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückführbar. Da in aller Regel Kreuzbandverletzungen mit Verletzungen hauptsächlich auch des medialen Seitenbandes und ggfs. auch des Innenmeniskus vergesellschaftet seien, wobei sich all dies ausgesprochen häufig primär und über längere Zeiträume nicht entsprechend verdeutliche, müsse dies auch schon für die frühere vor dem Unfallereignis stattgehabte Verletzung annehmbar sein. Gegen eine ohne Zerreißen des

Synovialschlauches einhergehende, vor allem intraligamentäre, Teilruptur ohne Blutung spreche, dass sich eine akute Überlastung vordergründig im Bereich der bestehenden Narben und/oder zumindest im Bereich der synovialen Vernarbungen hätte niederschlagen müssen. Außerdem habe die histologische Untersuchung keine Blutungsreste ergeben. Zumindest geringfügige Blutungen, die auch nach dem verstrichenen Zeitraum noch mikroskopisch hätten festgestellt werden können, hätten generell und besonders auch bei Kenntnis des Vorschadens im Falle einer entscheidungsrelevanten frischen Verletzung durch das Unfallereignis vorliegen müssen, es sei denn, die Durchblutungsverhältnisse seien durch den Vorschaden im proximalen Abschnitt des Kreuzbandes schon so verschlechtert gewesen, dass von einem pathologischen Riss auszugehen wäre. Im Übrigen gehe weder aus dem histologischen Befundbericht noch aus dem Operationsbericht vom 24. August 1999 hervor, dass hier mehr oder weniger weit ab vom Altschaden eine zusätzliche Verletzung eingetreten wäre. Schließlich seien weder die von Dr. H. angenommene weitergehende Verletzung noch die Annahme einer Teilläsion des medialen Seitenbandes belegt.

Hierzu äußerte sich Dr. H. in seiner Stellungnahme vom 6. Mai 2004. Er wies darauf hin, es gebe keinen Hinweis auf das Vorliegen eines Vorschadens am Innenband. Innenbandläsionen heilten sehr häufig nicht nur narbig aus, sondern seien durch eine Teilverknöcherung meist im körpernahen Ansatzbereich röntgenologisch und magnetresonanztomographisch im Sinne eines Altschadens sehr gut nachweisbar. Vorliegend seien Veränderungen am inneren Seitenband in der magnetresonanztomographischen Untersuchung als frische Läsionen beschrieben worden. Außerdem müsse eine nachgewiesene vordere Kreuzbandschädigung nicht zwangsläufig auch mit einer Schädigung des Innenbandes einhergehen. An seiner MdE-Einschätzung von 10 v. H. hielt Dr. H. fest.

Die Beklagte legte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 14. Juni 2004 vor. Er wies darauf hin, dass gerade die Ruptur des medialen Seitenbandes besonders schmerzhaft sei, was der tatsächliche initiale Verlauf jedoch nicht widerspiegele. Auch bei der Gelenkspiegelung am 27. Oktober 1998 und der Kernspintomographie vom 27. November 1998 hätten sich keine beweisenden Hinweise für eine frische Innenbandverletzung ergeben.

Das SG hat weiter Beweis erhoben durch Einholung des unfallchirurgischen Gutachtens von Dr. F., Oberfeldarzt an der Chirurgischen Klinik des Bundeswehrkrankenhauses U., vom 29. März 2005. Er gelangte zu dem Ergebnis, beim Kläger habe vor dem Unfall eine asymptomatische vordere Kreuzbandteiltraktur vorgelegen. Durch den Unfall sei es zu einer weiteren Schädigung des vorderen Kreuzbandes gekommen, die zu einer symptomatischen Instabilität geführt habe. Folge dieser Instabilität sei die dadurch notwendig gewordene Durchführung einer Kreuzbandersatzplastik. Diese sei erfolgreich gewesen, so dass der Kläger wieder in seinem Beruf vollzeitig arbeiten könne. Die durch den Unfall noch zusätzlich entstandenen Gesundheitsstörungen des rechten Sprunggelenkes und der Prellungen seien nach kurzer Zeit schon folgenlos ausgeheilt gewesen. Dr. F. benannte als unfallabhängige Krankheitsfolgen eine symptomatische Teiltraktur des rechten vorderen Kreuzbandes bei Zustand nach asymptomatischer Vorschädigung des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Teiltraktur, einen Zustand nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes rechts 1999, eine Einschränkung der Hockfähigkeit im rechten Bein, eine Einschränkung der Beweglichkeit um 15 Grad im Vergleich zur Gegenseite und eine beginnende leichte Gonarthrose rechts. Der Kläger sei bis zum 29. Juli 2000 behandlungsbedürftig und arbeitsunfähig gewesen. Die MdE betrage 20 v. H. bis zum 26. Januar 2001 und seither 15 v. H. Der Unfallmechanismus sei geeignet, einen Riss des vorderen Kreuzbandes auszulösen. Die klinische Untersuchung könne nur komplette Rupturen diagnostizieren, nicht aber die so genannten Teiltrakturen. Die Kernspintomographie habe lediglich einen Teilriss oder eine Zerrung des inneren Seitenbandes bei unauffälligem Kreuzband erbracht. Selbst aktuell durchgeführte Kernspintomographien könnten allerdings Kreuzbandverletzungen übersehen. Erst die zweite Arthroskopie habe die Diagnose einer alten Kreuzbandruptur erbracht. Es sei bekannt, dass sich aus einem Teilriss im Laufe der Zeit eine symptomatische komplette Ruptur ergeben könne. Dies sei vorliegend offensichtlich geschehen, sodass sich beim Kläger aus einer asymptomatischen Teiltraktur eine symptomatische Ruptur entwickelt habe. Bei einem vorgeschädigten, schon teilvernarbten Kreuzband sei die Wahrscheinlichkeit eines fehlenden Hämarthros eher höher.

Schließlich legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. B. vom 23. Mai 2005 vor. Er blieb bei seiner Auffassung, dass ein wirklich entscheidungsrelevantes Trauma im Sinne eines Drehsturzes von den Befunden her nicht gestützt werde oder belegt werden könne und vor allem diese richtunggebende Verschlimmerung des Vorschadens am vorderen Kreuzband im Sinne einer zusätzlichen Läsion bzw. im Sinne einer zusätzlichen Überdehnung mit entsprechenden Verläufen und vor allem Detailbefunden absolut auch nicht begründet werden könne.

Mit Urteil vom 25. Oktober 2005 hob das SG den Bescheid vom 15. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2000 auf, stellte fest, dass eine symptomatische Teiltraktur des rechten vorderen Kreuzbandes bei Zustand nach asymptomatischer Vorschädigung des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Teiltraktur, ein Zustand nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes rechts 1999, eine Einschränkung der Hockfähigkeit im rechten Bein, eine Einschränkung der Beweglichkeit um 15 Grad im Vergleich zur Gegenseite und eine beginnende leichte Gonarthrose rechts Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 seien, verurteilte die Beklagte, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 Verletztengeld und Heilbehandlung über den 28. Dezember 1998 hinaus bis zum 29. Juli 2000 sowie eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. vom 30. Juli 2000 bis zum 15. Mai 2001 zu gewähren, und wies die Klage im Übrigen ab. Dabei stützte sich das SG auf die Gutachten von Dr. M. und Dr. F. ... Darin werde von einer bei und durch den Arbeitsunfall erlittenen weiteren Rissbildung des vorderen Kreuzbandes bei erhaltenem Synovialschlauch und asymptomatischer Vorschädigung ausgegangen und dies überzeugend mit dem anamnestischen Auftreten für eine derartige Verletzung typischer Beschwerden im Anschluss an den Unfall bei beschwerdefreier Vorgeschichte, der Befundbesserung nach Vornahme der vorderen Kreuzbandplastik, dem geeigneten Unfallhergang sowie der unfallchirurgisch-orthopädischen Erfahrung des Sachverständigen begründet.

Gegen das ihr am 30. Januar 2006 zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 20. Februar 2006 Berufung eingelegt.

Sie hat die beratungsärztliche Stellungnahme des Orthopäden Dr. H. vom Institut für Medizinische Begutachtung in R., vom 2. März 2006 vorgelegt. Der Unfallanzeige vom 19. Oktober 1998 könne kein Verdrehtrauma sondern lediglich ein Ablauf im Sinne einer äußeren Gewalteinwirkung entnommen werden. Man könne sich im Rückblick gut vorstellen, dass der Untersucher am 23. Oktober 1998, als vom Versicherten ein Verdrehen angegeben worden sei, weniger nach-, sondern vielmehr hineingefragt habe. Anfangs sei auch kein auffälliger Befund im Bereich der Kreuz- und Seitenbänder erhoben worden. Bei der ersten Arthroskopie sei kein Teilriss beschrieben worden. Außerdem ließen die zeitnah gesicherten und ärztlich zugrundezulegenden operativen Befunde die Annahme, dass der gegenständliche Unfall zu einer weiteren Schädigung des vorderen Kreuzbandes mit einer symptomatischen Instabilität geführt habe, nicht zu.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25. Oktober 2005 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die mündliche Verhandlung zu vertagen und von Amts wegen PD Dr. F. sowie gem. [§ 109 SGG](#) PD Dr. H. zur Erläuterung Ihrer Gutachten in die Sitzung zu laden.

Der Senat hat die Stellungnahme von Dr. F. vom 15. Mai 2006 eingeholt. Dieser hat zunächst die Schwierigkeit der Erhebung von Primärbefunden in einer Ambulanz oder Notaufnahme beschrieben. Hinsichtlich des Unfallhergangs hat er auf die ihm gegenüber gemachte Beschreibung des Klägers verwiesen. Auch könne die Beschreibung im Erstbefund, nämlich die einer Prellung, durchaus genau der Hinweis auf die erforderliche Krafteinwirkung sein, die zu einer entsprechenden Verletzung im Kniegelenk geführt habe. Außerdem müsse offensichtlich eine relevante Schmerz- und Befundsymptomatik vorgelegen haben, wenn 10 Tage nach einer Verletzung ein operativer Eingriff durchgeführt werde.

Hierzu hat die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. H. vom 4. Juli 2006 vorgelegt. Er ist bei seiner Einschätzung verblieben, die ärztlichen Darlegungen indizierten nichts, was sich einer frischen Gewalteinwirkung zuordnen lasse.

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 zulässig, jedoch in der Hauptsache nicht begründet. Lediglich im Kostenpunkt führt sie zu einem Teilerfolg der Beklagten.

1.

Zutreffend hat das SG die Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 beschrieben und entsprechend festgestellt.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1 SGB VII](#)). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen 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 dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Leistungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (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). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). 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](#) S. 33).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu dem Ergebnis gelangt, dass eine symptomatische Teiltraktur des rechten vorderen Kreuzbandes bei Zustand nach asymptomatischer Vorschädigung des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Teiltraktur, ein Zustand nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes rechts 1999, eine Einschränkung der Hockfähigkeit im rechten Bein, eine Einschränkung der Beweglichkeit um 15 Grad im Vergleich zur Gegenseite und eine beginnende leichte Gonarthrose rechts mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 17. Oktober 1998 zurückzuführen sind.

Der Senat stützt sich dabei auf das Gutachten von Dr. M. vom 15. August 2001 und seine Stellungnahme vom 6. März 2002, das Gutachten von Dr. H. vom 14. Juli 2003 und seine Stellungnahme vom 6. Mai 2004 sowie auf das Gutachten von Dr. F. vom 29. März 2005 und seine Stellungnahme vom 15. Mai 2006.

Für eine arbeitsunfallbedingte Verletzung des vorderen Kreuzbandes des Klägers spricht zunächst die Geeignetheit des Unfallereignisses für die Entstehung einer vorderen Kreuzbandtraktur. Der Senat geht dabei davon aus, dass der Kläger am 17. Oktober 1998 ein Verdrehtrauma im rechten Kniegelenk erlitten hat. Hierfür sprechen zunächst die Angaben im Durchgangsarztbericht von Dr. H. vom 19. Oktober 1998, wonach sich der Kläger vor den herabstürzenden Absperrbrettern hat in Sicherheit bringen wollen, ehe diese ihn bis zur Höhe des rechten Kniegelenks getroffen haben. Die Absperrbretter fielen somit nicht auf ein unbewegtes Kniegelenk, sondern trafen den Kläger in Bewegung.

Im Übrigen hat der Kläger ausweislich des Nachschauerichts von Dr. H. vom 26. Oktober 1998 und mithin zeitnah zum Unfallereignis angegeben, dass er sich das Knie verdreht habe. Aus dem Umstand, dass diese Angaben auf genaues Befragen durch den behandelnden Arzt gemacht wurden, schließt der Senat nicht, dass ihm diese Angaben - so wie von Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 2. März 2006 vermutet - quasi in den Mund gelegt wurden. Vielmehr war ein genaues Befragen des Klägers zur diagnostischen Einschätzung und Beurteilung des weiteren Behandlungsprocedere erforderlich. Im Übrigen hat Dr. H. in seinem Gutachten vom 14. Juli 2003 dargelegt, dass nachvollziehbar sei, wie die herabstürzenden Teile den rechten Fuß und Unterschenkel eingeklemmt haben, den Kläger zu Fall gebracht haben und er sich sodann bei fixiertem Unterschenkel das rechte Kniegelenk verdreht hat. Hiermit korrespondiert auch die von Dr. F. in seinem Gutachten vom 29. März 2005 durchgeführte Anamnese zum Unfallmechanismus. Ihm gegenüber hat der Kläger berichtet, die Absperrbretter seien von rechts auf sein Bein gefallen und er habe sich dabei nach links weggedreht. Insbesondere auch im Hinblick auf die von Dr. F. in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2006 beschriebene Schwierigkeit der Erhebung von Primärbefunden in einer Ambulanz oder Notaufnahme hat der Senat keine Anhaltspunkte, davon auszugehen, der Kläger habe unwahre Angaben gemacht.

Für einen Unfallzusammenhang spricht weiterhin, worauf Dr. M. in seinem Gutachten vom 15. August 2001 zu Recht hingewiesen hat, dass der Kläger vor dem Unfallereignis beschwerdefrei war und zwischen dem Unfall und der dritten Arthroskopie kein Zweittrauma erlitten hat. Im Übrigen sind von Anfang an seit dem Unfallereignis Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks dokumentiert, sodass eine entsprechende Brückensymptomatik vorliegt. So hat der Kläger ausweislich des Durchgangsarztberichts von Dr. H. am 19. Oktober 1998 u. a. bei Hyperextension Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks angegeben und am 26. Oktober 1998 Belastungsschmerzen im Kniegelenk beklagt, weswegen am 27. Oktober 1998 und wegen persistierender Beschwerden am 4. Dezember 1998 und 20. Juli 1999 Arthroskopien sowie am 26. November 1998 und 11. Juni 1999 Magnetresonanztomographien durchgeführt wurden. Zudem hat der Erstbefund ein - wenn auch geringgradiges - Beugedefizit ergeben.

Der Senat hält es für hinreichend wahrscheinlich, dass sich aus dem unfallunabhängigen Teilriss des vorderen Kreuzbandes unfallbedingt eine komplette Ruptur ergeben hat. Dies hat Dr. F. in seinem Gutachten vom 29. März 2005 dargelegt. Denn es hat sich im Laufe von neun Monaten nach dem Unfallereignis eine symptomatische Instabilität entwickelt, indem die - im Rahmen der am 27. Oktober 1998 durchgeführten Arthroskopie festgestellte - vorbestehende Teilruptur weiter elongiert bzw. vergrößert wurde. Diese Entwicklung hat auch Dr. M. in seinem Gutachten vom 15. August 2001 beschrieben, wonach die Festigkeit des vorderen Kreuzbandes bei einer stattgehabten frischen Partialruptur im weiteren Verlauf abgenommen und zu lockeren Verhältnissen geführt hat. Auch Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 14. Juli 2003 für den Senat nachvollziehbar dargelegt, wie es infolge der frischen substantiellen Schädigungen des unfallunabhängig durch eine alte Teilruptur vorgeschädigten vorderen Kreuzbandes zu einer objektivierbaren Instabilität desselben gekommen ist.

Für die Unfallbedingtheit dieser symptomatischen Teilruptur des vorderen Kreuzbandes spricht des Weiteren, dass sich die zunächst dauerhaften Beschwerden erst nach dem Ersatz des vorderen Kreuzbandes deutlich gebessert haben. Hierauf haben Dr. M. in seinem Gutachten vom 15. August 2001 und Dr. H. in seinem Gutachten vom 14. Juli 2003 zutreffend hingewiesen.

Demgegenüber spricht nicht gegen einen Unfallzusammenhang, dass bei der Erstuntersuchung am Unfalltag feste Bandverhältnisse dokumentiert wurden. Insoweit hat Dr. M. in seinem Gutachten vom 15. August 2001 zutreffend darauf hingewiesen, dass bei einem traumatisierten Kniegelenk mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung schmerzbedingt nicht sicher eine Kniebandinstabilität ausgeschlossen werden und die genaue Untersuchung der Kniebandstabilität erst bei beschwerdefreiem Knie erfolgen kann.

Ebenfalls unschädlich ist der Umstand, dass bei der am 26. November 1998 durchgeführten Kernspintomographie das Kreuzband unauffällig erschien. Denn insoweit hat Dr. F. in seinem Gutachten vom 29. März 2005 nachvollziehbar dargelegt, dass derartige Verletzungen bei Kernspintomographien übersehen werden können. Ebenso hat Dr. M. in seinem Gutachten vom 15. August 2001 ausgeführt, dass anhand von Kernspinaufnahmen eine Kreuzbandpartialruptur nicht sicher ausgeschlossen werden kann und die Befunde der beiden Kernspinaufnahmen somit nicht aussagekräftig in Bezug auf eine Partialruptur des vorderen Kreuzbandes sind. Auch Dr. H. hat in seinem Gutachten vom 14. Juli 2003 erläutert, dass magnetresonanztomographische Untersuchungen insoweit eingeschränkt aussagekräftig seien.

Gegen einen Unfallzusammenhang spricht auch nicht, dass es im Rahmen der unfallbedingten Verletzung nicht zu einem Hämarthros gekommen ist. Insoweit hat Dr. F. in seinem Gutachten vom 29. März 2005 für den Senat schlüssig dargelegt, dass ein Hämarthros nicht auftritt, wenn der Synovialschlauch um das Kreuzband nicht mit einreißt und die Wahrscheinlichkeit eines fehlenden Hämarthros bei einem vorgeschädigten, schon teilvernarbten Kreuzband höher ist. Auch Dr. M. nimmt in seinem Gutachten vom 15. August 2001 an, dass das Kreuzband zwar elongiert, aber noch im Synovialschlauch fest verwachsen war und weist - in seiner Stellungnahme vom 6. März 2002 ergänzend nochmals - darauf hin, dass eine intraligamentäre Kreuzbandruptur mit erhaltenem Synovialschlauch keinen Hämarthros verursacht. Insoweit hat auch Dr. H. in seinem Gutachten vom 14. Juli 2003 ausgeführt, dass das Fehlen einer frischen Einblutung in den Kreuzbandrest und/oder eines Blutergusses im Kniegelenk eine Zerreißung von Kreuzbandfasern grundsätzlich nicht ausschließt.

Nach alledem folgt der Senat nicht dem Gutachten von Prof. Dr. H. vom 27. April 1999 und seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2002 sowie den beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dr. B. vom 6. Februar 2001, 28. Januar 2002, 3. November 2003, 14. Juni 2004 und 23. Mai 2005 und von Dr. H. vom 2. März und 4. Juli 2006.

2.

Wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 stehen dem Kläger Verletztengeld und Heilbehandlung über den 28. Dezember 1998 hinaus bis zum 29. Juli 2000 zu.

Versicherte haben Anspruch auf Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern ([§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)) und Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen ([§ 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII](#)). Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 5 SGB VII](#)). Dabei umfasst die Heilbehandlung insbesondere die ärztliche Behandlung ([§ 27 Nr. 2 SGB VII](#)).

Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können ([§ 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Dass der Kläger bis zum 29. Juli 2000 arbeitsunfallbedingt behandlungsbedürftig und arbeitsunfähig war, ergibt sich für den Senat aus den übereinstimmenden Gutachten und Stellungnahmen von Dr. M., Dr. H. und Dr. F ...

3.

Der Kläger hat auch Anspruch auf eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. vom 30. Juli 2000 bis zum 15. Mai 2001.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)).

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 ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), 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](#)). Für die Bewertung der unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urteil vom 26. Juni 1985 - [2 RU 60/84](#) - [SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23](#); BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 - [B 2 U 49/99 R](#) - [HVBG-Info 2001, 499](#)). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - [2 BU 101/89](#) - [HVBG-Info 1989, 2268](#)). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Die arbeitsunfallbedingte MdE betrug 20 v. H. vom 30. Juli 2000 bis zum 15. Mai 2001. Auch insoweit stützt sich der Senat auf die Gutachten und Stellungnahmen von Dr. M. und PD Dr. H ... Soweit Dr. F. zu dem Ergebnis gelangt ist, eine MdE um 20 v. H. habe nur bis zum 26. Januar 2001 vorgelegen, hat er die darin liegende Abweichung zu den Vorgutachtern nicht begründet. Der Senat gibt deshalb der zeitnäher abgegebenen Beurteilung von Dr. M. und PD Dr. H. den Vorzug.

Nach alledem hat das SG zurecht mit seinem Urteil vom 25. Oktober 2005 den Bescheid vom 15. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2000 aufgehoben, festgestellt, dass eine symptomatische Teilruptur des rechten vorderen Kreuzbandes bei Zustand nach asymptomatischer Vorschädigung des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Teilruptur, ein Zustand nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes rechts 1999, eine Einschränkung der Hockfähigkeit im rechten Bein, eine Einschränkung der Beweglichkeit um 15 Grad im Vergleich zur Gegenseite und eine beginnende leichte Gonarthrose rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 sind und die Beklagte verurteilt, dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. Oktober 1998 Verletztengeld und Heilbehandlung über den 28. Dezember 1998 hinaus bis zum 29. Juli 2000 sowie eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v. H. vom 30. Juli 2000 bis zum 15. Mai 2001 zu gewähren. Die Berufung der Beklagten war daher zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung. Anders als das SG hält der Senat hinsichtlich des erstinstanzlichen Verfahrens eine Kostenteilung für angemessen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-01-08