

L 10 U 771/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 1805/11
Datum
24.01.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 771/13
Datum
20.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 24.01.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erst

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin Verletztenrente auch über den 20.01.2010 hinaus, und zwar auf unbestimmte Zeit, zusteht.

Die am 1962 geborene Klägerin ist bei der Stadt S. als Reinigungskraft im Bereich der Schulreinigung (drei Stunden täglich) beschäftigt. Am 22.11.2007 erlitt sie auf dem Heimweg von ihrer Arbeit, den sie mit ihrem Moped zurücklegte, einen Wegeunfall, indem sie auf der rechten Seite von einem PKW angefahren wurde und stürzte.

Die Klägerin wurde in das Krankenhaus S. verbracht, wo Dr. V. nach röntgenologischer Untersuchung (erster Finger rechte Hand, Patella beidseits und Knie beidseits), die keinen Anhalt für frische knöcherne Verletzungen zeigte, eine Knieprellung beidseits, eine Daumensattelgelenksprellung rechts und multiple Schürfwunden diagnostizierte (Durchgangsarztbericht vom 23.11.2007, Bl. 5 VerwA). Zur weiteren Behandlung stellte sich die Klägerin nachfolgend bei dem Facharzt für Orthopädie Dr. R. vor, der am 06.12.2007 im Bereich des linken Knies u.a. eine erhebliche Bewegungseinschränkung (Extension/Flexion 0-10-60) fand, eine röntgenologische Untersuchung durchführte (Befund: subchondrale Sklerosierung medial mehr als lateral und geringe Gelenkspaltverschmälerung medial ca. 40 % und lateral 20 %, angedeutete Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche mit beginnender Osteophytenbildung entsprechend einer Arthrose Kellgren Stadium II, leichte Retropatellararthrose), den Verdacht auf einen Kniebinnenschaden links äußerte und eine Kernspintomographie (= Magnetresonanztomographie [MRT]) des linken Knies veranlasste (H-Arzt-Bericht vom 18.02.2007, Bl. 10 VerwA). Dabei ergab die Auswertung der am 12.12.2007 erfolgten MRT eine nicht dislozierte ventro-laterale Tibiakopffraktur, eine milde Innenbandzerrung und eine im Übrigen unauffällige Darstellung der Kniebinnenstrukturen (vgl. Bl. 39 VerwA). Bei fortbestehender erheblicher Bewegungseinschränkung am 18.01.2008 (Extension/Flexion 0-15-50, vgl. Bl. 9 VerwA) veranlasste Dr. R. zur Abklärung der Innenbandschädigung eine weitere MRT, die am 28.01.2008 durchgeführt wurde (Befund: Distorsion des vorderen Kreuzbandes mit Ausriss der Eminentia intercondylaris ohne Dislokation, allerdings gut erkennbarer Fissurlinie und perifokalem Knochenmarksödem, osteochondraler Tear retropatellar, perifokales Weichteilhämatom; vgl. Bl. 43 VerwA). Nach Durchführung einer weiteren MRT am 20.03.2008 (Befund: Zustand nach Zerrung des medialen Kollateralbandes, das noch einen ödematösen Reizzustand aufweist, Auffaserung des vorderen Kreuzbandes am tibialen Ansatz bei Zustand nach Abrissfraktur der Eminentia intercondylaris, kein Nachweis eines Bone bruise, keine Kreuzbandruptur, Chondromalazie Grad IV retropatellar, Gelenkerguss; vgl. Bl. 29 VerwA) und zunehmender Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung wurde im Krankenhaus S. im Rahmen einer stationären Behandlung am 31.03.2008 in Narkose eine Mobilisation durchgeführt, wobei sich bei Entlassung am 04.04.2008 eine Extension/Flexion von 0-0-115 zeigte (Behandlungsbericht vom 07.04.2008, Bl. 26 VerwA). Nachfolgend beschrieb Dr. R. eine Besserung der Beweglichkeit und Schmerzsituation durch intensive Behandlungsmaßnahmen (Extension/Flexion 0-0-140; vgl. Zwischenbericht vom 30.06.2008, Bl. 66/67 VerwA). Ein Kontroll-MRT am 03.07.2008 zeigte im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 20.03.2008 eine leichte Befundprogredienz der retropatellaren Chondropathie 4. Grades mit Betonung der lateralen Facette, eine komplette Rückbildung des ödematösen Reizzustandes bei Zustand nach Zerrung des Ligamentum collaterale mediale, ein aufgefaserter vorderer Kreuzband im tibialen Ansatzbereich bei Zustand nach Abrissfraktur der Eminentia intercondylaris sowie einen Gelenkerguss (vgl. Bl. 82 VerwA).

Nachdem die Klägerin anlässlich des Kontrolltermins bei Dr. R. am 22.09.2008 (Befund: Extension/Flexion 0-0-135, keine Hinweise auf

Bänder- oder Meniskusschädigung, Lachmann-Zeichen negativ; Klägerin mache weiterhin regelmäßig Krankengymnastik und Eigentraining, gehe regelmäßig walken; vgl. Bl. 98 VerwA) über weiterbestehende Schmerzen berichtete, veranlasste die Beklagte eine Heilverfahrenskontrolle, die am 03.11.2008 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (BG-Klinik) durchgeführt wurde. In dem entsprechenden Krankheitsbericht führte Dr. K. aus, die Klägerin zeige zu ebener Erde ein flüssiges Gangbild, ein intraartikulärer Erguss liege nicht mehr vor, beim Durchbewegen des Kniegelenks spüre man retropatellar eine deutliche Krepitation, die sich abgeschwächt auch rechts auslösen lasse, die ligamentäre Führung des Kniegelenkes von Seiten der Kreuzbänder und Kollateralbänder sei stabil und die Meniskuszeichen sowie das Zohlenzeichen seien negativ. Diagnostisch ging er von einem Zustand nach Zerrung des medialen Kollateralbandes und Zerrung des vorderen Kreuzbandes, einer Abrissfraktur der Eminentia intercondylaris und einer viertgradigen retropatellaren Chondromalazie aus. Führend sei jetzt die retropatellare Problematik, die jedoch offensichtlich unfallunabhängig und anlagebedingt sei (vgl. Krankheitsbericht vom 03.11.2008, Bl. 117/118 VerwA). Die zur weiteren Klärung vorgeschlagene Arthroskopie des linken Kniegelenks wurde nachfolgend in der BG-Klinik im Rahmen einer stationären Behandlung vom 03. bis 11.12.2008 durchgeführt. Dabei zeigte sich eine ausgeprägte Arthrose im femoropatellaren Gleitlager (Chondromalazie vierten Grades), weshalb eine Mikrofrakturierung durchgeführt wurde, retropatellar eine Chondromalazie zweit- bis drittgradig, gleichermaßen ein zweit- bis drittgradiger Knorpelschaden im medialen Kompartiment sowie eine Chondromalazie zweiten Grades im lateralen Tibiaplateau. Hierbei handele es sich um degenerative Veränderungen, Traumafolgen seien nicht mehr nachweisbar (vgl. Bericht vom 09.12.2008 und OP-Bericht, Bl. 134, 149 VerwA).

Die Beklagte veranlasste sodann das Zusammenhangsgutachten des Dr. A., Chirurg/Unfallchirurg und Chefarzt im V.-Krankenhaus S., auf Grund Untersuchung der Klägerin im Februar 2009. Dieser führte aus, die Klägerin habe im Bereich des linken Kniegelenks neben der primär diagnostizierten Prellung eine Bruchschädigung der Eminentia intercondylaris erlitten, weshalb ununterbrochen ärztliche Behandlungen notwendig gewesen seien. Als unfallbedingte Veränderungen führte er eine Kapselschwellung des linken Kniegelenks, eine Minderung der Weichteilummantelung des linken Oberschenkels, eine Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks und einen Teil der radiologischen Veränderungen, nämlich die erheblichen Kalksalzveränderungen im gesamten Anteil des knöchernen Kniegelenks, auf. Nicht dem Unfall zuzuordnen seien die Chondromalazia patellae mit viertgradigen Veränderungen im femoralen Gleitweg, die zweitgradigen Veränderung retropatellar und der zweit- bis drittgradige Knorpelschaden im medialen Kompartiment. Im Verein mit diesen Veränderungen sei der Unfall jedoch wesentlich mitwirkende Teilursache der angegebenen Beschwerden, weshalb die anhaltende Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit dem Unfall zuzuordnen sei. Dr. A. rechnete nach Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit mit einer verbleibenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 vom Hundert (v. H.). Nachfolgend erhielt die Klägerin bis Mitte Juni 2009 Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP). Nach Inanspruchnahme ihres Urlaubs ab 20.07.2009 begann sie schließlich Mitte September 2009 mit einer Belastungserprobung, die sie erfolgreich absolvierte. Am 12.10.2009 nahm sie ihre Tätigkeit als Reinigungskraft im Umfang von drei Stunden täglich wieder auf, nunmehr in einer Schule mit der Einsatzmöglichkeit auf einer Stockwerksebene.

Die Beklagte veranlasste die Erstattung des Ersten Rentengutachtens durch Dr. A., der die Klägerin am 10.12.2009 untersuchte. Die Bewegungsfähigkeit im linken Kniegelenk ermittelte er für die Extension/Flexion mit 0-0-130. Wie in seinem Vorgutachten ordnete er die Kapselschwellung des linken Kniegelenks, die Minderung der Weichteilummantelung des linken Oberschenkels, die Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks und einen Teil der radiologischen Veränderungen den Unfallfolgen zu, nicht jedoch die Chondromalazia patellae im femoralen Gleitlager und die Knorpelschäden retropatellar und im medialen Kompartiment. Die MdE bewertete er (ausgehend von einer am 20.07.2009 formal eingetretenen Arbeitsfähigkeit) für einen Gesamtvergütungszeitraum von sechs Monaten, d.h. bis zum 20.01.2010, mit 20 v.H. und im Hinblick auf die erstmalige Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit mit 10 v. H.

Mit Bescheid vom 14.04.2010 anerkannte die Beklagte den Unfall vom 22.11.2007 als Arbeitsunfall und gewährte der Klägerin eine Rente als vorläufige Entschädigung für den Zeitraum vom 12.10.2009 bis 20.01.2010 nach einer MdE um 20 v.H. Darüber hinaus lehnte sie die Gewährung einer Rente ab, weil eine rentenberechtigende MdE nicht mehr vorliege. Als Unfallfolgen anerkannte sie einen Schienbeinkopfbruch mit knöchernem Ausriss des vorderen Kreuzbandes im Bereich des linken Kniegelenks, abgeheilte Prellung des rechten Kniegelenks, Daumensattelgelenksprellung rechts und mehrfache Schürfwunden.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und wandte sich gegen die "Reduzierung der MdE" von 20 v.H. auf 10 v.H., was nicht angemessen sei. Hierzu legte sie die Stellungnahme des Dr. R. vom 28.04.2010 vor, der es aus orthopädischer/unfallchirurgischer Sicht nicht für angemessen erachtete, die MdE auf 10 v.H. zu reduzieren. Diese betrage auf Dauer mindestens 20 v.H. Die Beklagte veranlasste sodann das Gutachten des Prof. Dr. O., Direktor der Klinik für Unfallchirurgie im Klinikum M., auf Grund Untersuchung der Klägerin im September 2010. Dieser beschrieb als Unfallfolgen eine Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks für die Extension/Flexion auf 0-0-125, eine Muskelatrophie am linken Oberschenkel sowie eine schmerzhafte Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks nach Abrissfraktur der Eminentia intercondylaris und Zerrung des medialen Kollateralbandes. Die MdE bewertete er - wie zuvor schon Dr. A. - vom 20.07.2009 bis 20.01.2010 mit 20 v. H. und anschließend mit 10 v. H. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.04.2011 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Am 20.05.2011 hat die Klägerin dagegen beim Sozialgericht Mannheim (SG) unter Wiederholung ihres Vorbringens im Widerspruchsverfahren Klage erhoben.

Das SG hat das Gutachten des Dr. S., Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, auf Grund Untersuchung der Klägerin im Oktober 2011 eingeholt. Der Sachverständige hat als Unfallfolgen eine endgradige Beugebehinderung des linken Kniegelenks um 5 Grad (Extension/Flexion: rechts 0-0-145, links 0-0-140) sowie diskrete radiologische Veränderungen im Sinne einer leichten Knochendystrophie des oberen Anteils der linken Knie Scheibe beschrieben und die MdE vom 20.07.2009 bis 20.01.2010 mit 20 v.H., nachfolgend bis zum Tag seiner Untersuchung mit 10 v.H. und ab 05.10.2011 mit weniger als 10 v.H. bewertet.

Nachfolgend hat die Beklagte das Gutachten des Prof. Dr. G. vom 14.09.2012 vorgelegt, der ausgeführt hat, dass die am 27.01.2012 erfolgte Implantation einer Knie totalendoprothese links (KTP) nicht als Unfallfolge zu werten sei. Diese sei auf Grund erneuter Beschwerdeprogredienz bei symptomatischer patello-femorale Gonarthrose links durchgeführt worden. Eine Verletzung in diesem Bereich sei nicht aufgetreten. Etwaige Veränderungen, die auf den Unfall zurückgeführt werden könnten, im Sinne einer Chondromalazie zweiten Grades nach lateraler Tibiakopftraktur oder auch Veränderungen am vorderen Kreuzband nach Eminentia-Ausriss seien nach Implantation der KTP nicht mehr vorhanden und könnten nicht neu beurteilt werden.

Mit Gerichtsbescheid vom 24.01.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Die zunächst vorhanden gewesenen Unfallfolgen hätten sich - ausweislich der Untersuchungen am 10.12.2009, 23.09.2010 und 04.10.2011 - im Laufe des Verfahrens gebessert und seien nach der unfallmedizinischen Literatur bezogen auf die Zeit ab 21.01.2010 jedenfalls mit einer MdE unter 20 v.H. zu bewerten.

Am 22.02.2013 hat die Klägerin dagegen beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt und ihr bisheriges Vorbringen wiederholt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 24.01.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 14.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2011 zu verurteilen, ihr Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. über den 20.01.2010 hinaus auf unbestimmte Zeit zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig.

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat der Senat das Gutachten des Dr. H. , Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, auf Grund Untersuchung der Klägerin im September 2013 eingeholt. Der Sachverständige hat die Auffassung vertreten, dass der aktuelle Zustand des linken Kniegelenks wesentlich unfallbedingt sei und die MdE ab 14.07.2013 (Beginn der Arbeitsfähigkeit nach Implantation der KTP) mit 30 v.H. eingeschätzt. Im Hinblick auf den Zeitraum davor hat er ausgeführt, dass nach dem 20.01.2010 eine wesentliche Besserung des Zustandes nicht eingetreten sei.

Der Senat hat darüber hinaus das Gutachten nach Aktenlage des Dr. B. , Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, eingeholt, der die erfolgte endoprothetische Versorgung des linken Kniegelenks nicht wesentlich auf Unfallfolgen zurückgeführt hat. Diese sei auf Grund einer Femoropatellararthrose, die zum Unfallzeitpunkt bereits bestanden habe, erfolgt. Das Gutachten des Dr. H. hat er nicht für überzeugend erachtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte und gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig, sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 14.04.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.04.2011 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Folgen des am 22.11.2007 erlittenen Unfalls nach dem 20.01.2010 nicht mehr mit einer MdE um 20 v.H. bewertete und dementsprechend über diesen Zeitpunkt hinaus weder Rente als vorläufige Entschädigung noch Verletztenrente auf unbestimmte Zeit gewährte.

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, haben nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vorhundertssätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nach [§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#) nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)).

Versicherungsfälle sind nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Hierzu gehört nach [§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit.

Bei dem Ereignis vom 22.11.2007 handelt es sich um einen Arbeitsunfall in diesem Sinne. Dies anerkannte die Beklagte auch mit dem angefochtenen Bescheid. Streitig ist lediglich, ob die Unfallfolgen auch über den 20.01.2010 hinaus die Bemessung mit einer MdE um wenigstens 20 v.H. rechtfertigen.

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2004, [B 2 U 14/03 R](#) in [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)): 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.

Unter Anwendung dieser Grundsätze hat das SG zutreffend entschieden, dass die Beklagte ihrer Beurteilung zu Recht zu Grunde legte, dass die Klägerin auch nach dem 20.01.2010 noch an Unfallfolgen im Bereich des linken Kniegelenks litt, diese allerdings jedenfalls ab diesem Zeitpunkt nicht mehr die Bemessung mit einer MdE um 20 v.H. rechtfertigten. Insoweit hat das SG unter Hinweis auf die unfallmedizinische Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 654) zutreffend dargelegt, dass die Erfahrungswerte bei der Bewegungseinschränkung eines Kniegelenks für die Streckung/Beugung (Extension/Flexion) von 0-0-120 eine MdE um 10 v.H. vorsehen, sich bei der Klägerin anlässlich der gutachtlichen Untersuchungen am 10.12.2009 (Dr. A.) und 23.09.2010 (Prof. Dr. O.) ebenso wie am 04.10.2011 (Dr. S.) mit Bewegungsmaßen von 0-0-130 und 0-0-125 sowie zuletzt mit 0-0-140 jedoch bessere Beweglichkeiten zeigten, die angesichts des jeweils vorhanden gewesenenen unauffälligen Gangbildes auch unter Berücksichtigung der beklagten Schmerzen nicht die Bemessung mit einer MdE um 20 v.H. rechtfertigten. Eine MdE in diesem Ausmaß wird nach Schönberger/Mehrtens/Valentin (a.a.O.) erst bei einer Bewegungseinschränkung für die Streckung/Beugung von 0-0-80 oder bei einer muskulär nicht kompensierten Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie) erreicht (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 655) und damit bei einer im Vergleich mit den Beeinträchtigungen der Klägerin deutlich weitreichenderen Einschränkung. Beeinträchtigungen in einem solchen Ausmaß lagen bei der Klägerin (jedenfalls) nach dem 20.01.2010 nicht vor, weder anlässlich der Untersuchung bei Prof. Dr. O. im September 2010 noch zum Untersuchungszeitpunkt bei dem Sachverständigen Dr. S. im Oktober 2011, im Übrigen ausweislich des Gutachtens des Dr. A. nicht einmal im Dezember 2009. Angesichts dessen ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die MdE für die Folgen des von der Klägerin erlittenen Unfalls ab 21.01.2010 mit weniger als 20 v.H. bewertete.

Soweit Dr. R. ausweislich seiner Stellungnahme vom 28.04.2010 eine Reduzierung der MdE auf 10 v.H. ab 21.01.2010 nicht für angemessen erachtet, die MdE seines Erachtens vielmehr auf Dauer mit 20 v.H. zu bewerten sei, überzeugt dies nicht. Denn es ist schon nicht ersichtlich, welche konkreten Funktionsbeeinträchtigungen er seiner Beurteilung zu Grunde legte. Das konkrete Ausmaß der Bewegungseinschränkung gab er nämlich ebenso wenig an wie den Zeitpunkt einer entsprechenden Feststellung. Auch aus der Beschreibung des vorhanden gewesenenen Schadens und dem Umstand, dass die Klägerin vor dem Unfall beschwerdefrei war, lässt sich nicht auf eine MdE um 20 v.H. schließen.

Die Gewährung von Verletztenrente ist auch nicht vor dem Hintergrund der im Januar 2012 erfolgten Implantation einer KTP gerechtfertigt. Denn diese Versorgung ist nicht wegen Unfallfolgen erfolgt, weshalb sie ihrerseits auch keine Unfallfolge darstellt und damit nicht Grundlage einer Rentengewährung sein kann. Soweit der Sachverständige Dr. H. die aus dieser Versorgung resultierenden Beeinträchtigungen daher mit einer MdE um 30 v.H. bewertet hat, lässt sich ein Rentenanspruch hieraus nicht herleiten.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie allgemein im Sozialrecht für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (hierzu und zum Nachfolgenden BSG, Urteil vom 12.04.2005, [B 2 U 27/04 R](#) in [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#)). Diese setzt zunächst einen naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden voraus. Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, ob der Gesundheitsschaden auch ohne das Unfallereignis eingetreten wäre. Ist dies der Fall, war das Unfallereignis für den Gesundheitsschaden schon aus diesem Grund nicht ursächlich. Andernfalls ist in einem zweiten, wertenden Schritt zu prüfen, ob das versicherte Unfallereignis für den Gesundheitsschaden wesentlich war. Denn als im Sinne des Sozialrechts ursächlich und rechtserheblich werden nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Gab es neben der versicherten Ursache noch andere, konkurrierende Ursachen (im naturwissenschaftlichen Sinn), z.B. Krankheitsanlagen, so war die versicherte Ursache wesentlich, sofern die unversicherte Ursache nicht von überragender Bedeutung war. Eine überwiegende oder auch nur gleichwertige Bedeutung der versicherten gegenüber der konkurrierenden Ursache ist damit für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs nicht Voraussetzung. Kann ein behaupteter Sachverhalt nicht nachgewiesen oder der ursächliche Zusammenhang nicht wahrscheinlich gemacht werden, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der objektiven Beweislast zu Lasten des Beteiligten, der aus diesem Sachverhalt Rechte herleitet, bei den anspruchsbegründenden Tatsachen also zu Lasten des jeweiligen Klägers (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.1991, [2 RU 31/90](#) in [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#)).

Unter Anwendung dieser Grundsätze vermag sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass die Folgen des von der Klägerin am 22.11.2007 erlittenen Unfalls rechtlich wesentliche Ursache der Ende Januar 2012 erfolgten Implantation der KTP sind. Insoweit folgt der Senat der Auffassung des Sachverständigen Dr. B. , der überzeugend dargelegt hat, dass die endoprothetische Versorgung des linken Kniegelenks wegen unfallunabhängigen - bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vorhanden gewesenenen - Knorpelschäden im Femoropatellargelenk erfolgte, nicht jedoch wegen Unfallfolgen. Entsprechend ist im Operationsbericht vom 27.01.2012 (vgl. Bl. 510 VerwA) als Indikation für die knieprothetische Versorgung auch eine symptomatische patello-femorale Gonarthrose aufgeführt. Hinweise hierauf zeigten sich bereits unfallnah, so insbesondere anlässlich der am 20.03.2008 durchgeführten MRT, die eine Chondromalazie Grad IV zeigte, was schließlich durch die am 03.12.2008 in der BG-Klinik durchgeführten Arthroskopie bestätigt wurde, mit der eine ausgeprägte Arthrose im femoropatellaren Gleitlager (Chondromalazie vierten Grades) nachgewiesen wurde. Im Zusammenhang mit der Darstellung der Operationsindikation wird hierauf gerade auch im Operationsbericht vom 27.01.2012 ausdrücklich Bezug genommen.

Im Gegensatz hierzu betraf die unfallbedingte Strukturschädigung gerade nicht das Femoropatellargelenk, sondern vielmehr den anterolateralen Tibiakopf und die Eminentia intercondylaris.

Soweit der Sachverständige Dr. H. im MRT-Befund vom 28.01.2008 Hinweise dafür gesehen hat, dass der in Rede stehende Unfall auch zu einer Knorpelknochenschädigung hinter der Kniescheibe führte und sich insoweit auf die beschriebene strukturelle Schädigung des Knorpelknochengewebes hinter der Kniescheibe bezogen hat, hat der Sachverständige Dr. B. für den Senat überzeugend eingewandt, dass aus dem insoweit beschriebenen "chondralen Tear" nicht auf eine osteochondrale Schädigung im Sinne einer frischen Traumafolge geschlossen werden kann. Denn dies wäre - so Dr. B. - mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit einer erheblichen Symptomatik namentlich in Form eines Gelenkergusses einhergegangen. Ein solcher wurde im Rahmen der verschiedenen kernspintomographischen Untersuchungen jedoch nicht beschrieben und auch in den klinischen Befunden fand sich - so Dr. B. weiter - keine Entsprechung. In diesem Zusammenhang hat Dr. B. darüber hinaus deutlich gemacht, dass sich in kernspintomographischen Untersuchungen bei Knorpelschäden

erfahrungsgemäß auch bei fehlendem Trauma im Rahmen degenerativer Prozesse teils fissurale Veränderungen bis in den subchondralen Knochen zeigen, auch wenn dies nicht für die Mehrzahl der Fälle einer meist diffusen Knorpelschädigung im Rahmen arthrotischer Prozesse zutreffen mag. Jedenfalls lässt sich aus dieser alleinigen radiologischen Darstellung nicht auf eine unfallbedingte Schädigung schließen.

Soweit Dr. H. die prothetische Versorgung selbst unter der Annahme, dass die angesprochene strukturelle Schädigung des Knorpelknorpelgewebes hinter der Kniescheibe unfallunabhängig aufgetreten war, auf die Unfallfolgen zurückgeführt hat, weil es jedenfalls im Schienbeinkopf zu einer Knochenschädigung mit einer Beschwerdesymptomatik kam, die sich vom Unfall bis zum Untersuchungszeitpunkt fortgesetzt habe, weshalb ohne den Unfall Ende Januar 2012 kein Kniegelenkersatz notwendig gewesen wäre, lässt sich auch hieraus keine abweichende Beurteilung herleiten. Hiermit hat der Sachverständige zwar einen naturwissenschaftlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem später erfolgten Gelenkersatz behauptet, allerdings nicht überzeugend begründet, weshalb gerade auch die Unfallfolgen Teilursache für diese Maßnahme gewesen sein sollen. Insoweit trifft bereits nicht zu, dass sich die Beschwerdesymptomatik ab dem Zeitpunkt des Unfall bis zum Zeitpunkt seiner Untersuchung fortgesetzt hat. Diesbezüglich hat der Sachverständige Dr. B. vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass der Unfall gerade keine durchgängigen funktionellen Einschränkungen nach sich zog. Im zeitlichen Längsschnittverlauf zeigte sich nämlich gerade kein durchgängiges zunehmendes Beschwerdebild, das ausgehend von dem am 22.11.2007 erlittenen Unfall schließlich in den im Januar 2012 implantierten Kniegelenkersatz gemündet hätte. Denn beginnend mit der im März 2008 erfolgten Mobilisation zeigte sich - wie oben dargestellt - eine zunehmende, wenn auch zögerliche funktionelle Verbesserung, die schließlich eine Belastungserprobung ermöglichte, die die Klägerin auch erfolgreich abschloss und zur Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit am 12.10.2009 führte. Auch nachfolgend zeigte sich bis hin zu der gutachtlichen Untersuchung bei dem Sachverständigen Dr. S. im Oktober 2011 noch eine weitere Verbesserung der Beweglichkeit bis hin zu der dann lediglich noch objektivierten endgradigen Beugebehinderung um 5 Grad im Vergleich zur rechten Seite, ohne dass es erneut zu Arbeitsunfähigkeit gekommen wäre. Dass diese Besserung letztlich nicht stabil gewesen ist und nachfolgend erneut Beschwerden aufgetreten sind, deren Zunahme schließlich die endoprothetische Versorgung erforderlich gemacht hat, spricht - so Dr. B. weiter - gegen eine unfallbedingte Verursachung. Schließlich hat sich schon von jeher - so Dr. B. - die Lokalisation der bei dem Unfall erlittenen primären Verletzung von den die endoprothetische Versorgung erforderlich machenden Knorpelschäden abgehoben. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Dezember 2008 anlässlich der damals erfolgten Arthroskopie dokumentiert wurde (vgl. Bl. 143 f VerwA), dass die Klägerin hauptsächlich Schmerzen retropatellar beklagte, die Beschwerden sich also auf den Ort des unfallunabhängigen Knorpelschadens bezogen.

Diese degenerativen Veränderungen haben letztlich auch durch das Unfallereignis vom 22.11.2007 keine richtungsweisende Verschlimmerung erfahren, da sie sich in der zuletzt beschriebenen Ausprägung (Chondromalazie vierten Grades) - wie dargelegt - schon in der MRT vom 20.03.2008 zeigten. Auch die Aktivierung einer vorbestehenden Schadensanlage durch den Unfall ist nicht festzustellen. Zuzugeben ist der Klägerin zwar, dass ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Beginn der retropatellaren Beschwerden besteht. Der ursächliche Zusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn kann jedoch nicht rein zeitlich begründet werden, sondern muss sachlich-inhaltlich nachvollziehbar sein. Dem entsprechend kann im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auch nicht im Sinne eines Anscheinsbeweises aus dem Vorliegen einer bestimmten Einwirkung auf die berufliche Verursachung der Erkrankung geschlossen werden (BSG, Urteil vom 07.09.2004, [B 2 U 34/03 R](#)). Allein aus dem Umstand, dass sich zeitlich nach dem Unfallgeschehen auf dem Boden zuvor stummer Schadensanlagen Symptome entwickeln, lässt sich somit - hierauf hat Dr. B. zu Recht hingewiesen - ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden nicht herleiten. Eine weiter gehende Erklärung für den von ihm angenommenen ursächlichen Zusammenhang hat auch Dr. H. nicht gegeben. Soweit er auf die weiter stumme Schadensanlage im rechten Kniegelenk verweist, bezieht sich dies inhaltlich wiederum nur auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Entstehung der klinischen Symptomatik des retropatellaren Schadens am linken Kniegelenk.

Die von der Klägerin zuletzt vorgebrachten Gesichtspunkte rechtfertigen keine abweichende Beurteilung. Insoweit ist zwar zutreffend, dass linksseitig Kniebeschwerden erst ab dem in Rede stehenden Unfall aufgetreten sind, jedoch rechtfertigt der damit allein konstatierte zeitliche Zusammenhang zwischen dem Unfall und der später erfolgten Implantation einer KTP - wie oben ausführlich dargelegt - nicht die Schlussfolgerung, dass diese Unfallfolge ist. Soweit sie darüber hinaus in Zweifel zieht, dass eine Besserung der Beschwerden eingetreten sei, nachdem ein Kniegelenkersatz erforderlich geworden ist und die Unfallfolgen bis April 2011 eine MdE um 20 v.H. begründet hätten, trifft schon nicht zu, dass bei der Klägerin noch bis April 2011 Beeinträchtigungen im Bereich des linken Kniegelenks vorlagen, die eine MdE um 20 v.H. bedingten. Eine MdE in diesem Ausmaß lag - wie dargelegt - auf Grund der eingetretenen Besserung vielmehr schon im Januar 2010 nicht mehr vor. Offenbar lässt die Klägerin - ebenso wie der Sachverständige Dr. H. - gänzlich unberücksichtigt, dass sich nach dem 22.11.2007 gerade kein durchgängiges zunehmendes Beschwerdebild zeigte, das schließlich im Januar 2012 in den prothetischen Kniegelenkersatz gemündet hat. Vielmehr fand der Sachverständige Dr. S. anlässlich seiner Untersuchung Anfang Oktober 2011 mit Ausnahme einer geringfügigen Funktionseinschränkung von 5 Grad im Vergleich zu rechts klinisch einen gänzlich unauffälligen Befund, weshalb sich nicht erschließt, weshalb die dann wenige Monate später implantierte KTP unfallbedingt notwendig geworden sein soll, zumal der OP-Bericht als Indikation gerade eine symptomatische patello-femorale Gonarthrose ausweist, die unfallunabhängig - wie bereits dargelegt - schon im März 2008 kernspintomographisch dokumentiert und arthroskopisch im Dezember 2008 bestätigt wurde. Soweit die Klägerin dies in Zweifel zieht und sich insoweit auf die Ausführungen des Dr. H. stützt, verkennt sie, dass auch dieser vom Vorliegen eines Gelenkknorpelschadens hinter der Kniescheibe ausgeht. Denn S. 18 seines Gutachtens führt er zusammenfassend zur Sachlage unter Nr. 4 aus, "ein höhergradiger Gelenkknorpelschaden hinter der Kniescheibe ist arthroskopisch eindeutig beschrieben."

Der Senat vermag sich nach alledem daher nicht davon zu überzeugen, dass das Unfallereignis rechtlich wesentlich teilursächlich für die Implantation der KTP gewesen ist.

Die Berufung der Klägerin kann nach alledem keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Für eine Zulassung der Revision besteht keine Veranlassung.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved
2016-10-26