

L 6 U 1937/13

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 3 U 1658/11

Datum

21.03.2013

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 1937/13

Datum

02.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. März 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 die Gewährung einer Verletztenrente.

Der 1957 geborene Kläger arbeitete ab Januar 2001 als Lastkraftwagenfahrer für die Handelskontor W. für Naturprodukte GmbH in Vaihingen/Enz. Am 27. Juli 2009 begann er um 2 Uhr früh mit seiner beruflichen Tätigkeit. Während des Beladens des Lastkraftwagens auf dem Betriebsgelände rollte ihm ein sich darin bereits befindender Warencontainer entgegen. Beim Versuch, ihn zu stoppen, prallte er gegen sein linkes Knie (Unfallanzeige der Arbeitgeberin vom 29. Juli 2009). Dem Kläger wurde mit Wirkung zum 31. Mai 2012 gekündigt, derzeit bezieht er Arbeitslosengeld II.

Am selben Tag gegen 16 Uhr suchte er den Chirurgen Dr. B. auf. Nach dessen Durchgangsarztbericht wurden im linken Kniegelenk eine Ruptur der Quadrizepssehne sowie Partialrupturen des vorderen Kreuz- und Innenbandes diagnostiziert. Es habe sich eine Prellmarke am linken lateralen Knie über dem Tibiakopf und dem proximalen Femur gefunden. Zudem hätten eine Schwellung des Schleimbeutels und ein Kniegelenkerguss vorgelegen. Bereits bei der klinischen Untersuchung habe sich der Verdacht auf eine Ruptur der Quadrizepssehne ergeben. Bei kräftiger Schwellung sei indes keine Lücke tastbar gewesen. Bei der röntgenologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis für eine frische knöcherne Verletzung, jedoch eine alte schalenförmige Absprengung am medialen Femurkondylus und periartikuläre Verkalkungen an der Patella gezeigt. Ein Hinweis auf eine frische Verletzung sei dem Magnetresonanztomogramm (MRT) vom "28.07.2009" nicht zu entnehmen gewesen. Im Ergänzungsbericht "Knie" von Dr. B. vom 27. Juli 2009 führte er weiter aus, es habe sich um eine frische Blutergussverfärbung gehandelt. Die Innen- und Außenbandführung, das Schubladenzeichen sowie die Bandführung der Gegenseite seien normal gewesen. Als unfallunabhängige Verletzungen an anderen Gelenken habe ein Zustand nach einer Ruptur der Quadrizepssehne rechts nach einem Arbeitsunfall im Jahre 2007 vorgelegen. Nach dem MRT vom 28. Juli 2009 diagnostizierte der Arzt für bildgebende Diagnostik Dr. Sch. eine subtotale Ruptur der Quadrizepssehne, den Verdacht auf eine subtotale Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie Partialrupturen des Retinaculum patellae mediale und des medialen Kollateralbandes. Weiter sei ein großer Gelenkerguss festgestellt worden.

Am 16. Juli 2007 war der Kläger kurz vor 3 Uhr früh auf der steinernen Außentreppe seines Wohnhauses auf das rechte Bein gefallen, als er sich auf den Weg zur Arbeitsstätte machte (Unfallanzeige der Arbeitgeberin vom 20. Juli 2007). Am selben Tag kurz nach 14 Uhr suchte er den Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Mühlacker, Dr. K., auf, der nach seinem Durchgangsarztbericht eine Verletzung des Muskels und der Sehne des Musculus quadriceps femoris (ICD-10 S76.1) diagnostizierte. Nach einer röntgenologischen Untersuchung am selben Tag diagnostizierte der Orthopäde Dr. P. eine Teilruptur der Quadrizepssehne im "linken" Oberschenkel, welche während eines stationären Aufenthaltes in der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Mühlacker vom 19. bis 23. Juli 2007 operativ versorgt wurde.

Nach der Untersuchung am 3. August 2009 diagnostizierte Dr. K., welchen der Kläger auch nach dem zweiten Arbeitsunfall aufgesucht hatte, im linken Kniegelenk eine Verletzung des Muskels und der Sehne des Musculus quadriceps femoris (ICD-10 S76.1) sowie eine Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Rissen des tibialen Seitenbandes (ICD-10 S83.44) und des vorderen Kreuzbandes (ICD-10 S83.53). Die Streckung im linken Kniegelenk sei weitestgehend aufgehoben und ein deutlicher Gelenkerguss sei festzustellen gewesen. Am innenseitigen Oberschenkel habe sich ein Hämatom gefunden. Soweit beurteilbar, sei das Innenband stabil gewesen. Daneben habe ein

Zustand nach einer Ruptur der Quadrizepssehne rechts vor zwei Jahren bestanden. Nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 6. August 2009 führte der Ärztliche Direktor der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Orthopädie des Klinikums Ludwigsburg, Prof. Dr. A., aus, es seien Rupturen des vorderen Kreuzbandes, der Quadrizepssehne und des medialen Kollateralbandes, jeweils links, sowie ein hämorrhagischer Gelenkerguss diagnostiziert worden. Klinisch hätten sich ein deutlich intraartikulärer Erguss und ein solcher der Bursa infrapatellaris feststellen lassen. Nach dem stationären Aufenthalt des Klägers im Klinikum Ludwigsburg vom 18. bis 21. August 2009, währenddessen eine transossäre Refixation der Quadrizepssehne an der Patella erfolgte, äußerte Prof. Dr. A., das Kniegelenk sei passiv bis zu einer Beugung von 40° mobilisiert worden. Im Operationsbericht des Facharztes für Chirurgie B. wurde ausgeführt, da das Trauma schon älter sei, hätten sich bindegewebige Sehnenregenerate gezeigt. Nach dem Befundbericht des Pathologen Prof. Dr. H. vom 20. August 2009 seien Anteile der Quadrizepssehne links mit ausgeprägter Vernarbung und Residuen von Einblutungen, passend zu rezidivierenden traumatischen Ereignissen, festgestellt worden.

Am 24. August 2009 gab der Kläger gegenüber der Beklagten an, er wisse nicht mehr, ob er nach innen oder außen weggeknickt sei. Zuvor sei das Kniegelenk gestreckt gewesen.

Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie B. führte nach der Untersuchung am 7. Dezember 2009 aus, es hätten sich eine fortgeschrittene Polyneuropathie im Bereich der Beinnerven und eine Störung des Nervus cutaneus femoris lateralis links gefunden, allerdings jeweils ohne Zusammenhang zum Unfallereignis.

Nach der ambulanten Untersuchung des Klägers zur Heilverfahrenskontrolle am 18. November 2009 durch den Leitenden Arzt der Abteilung für berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerungen der Berufsgenossenschaftlichen (BG)-Unfallklinik Ludwigshafen, Dr. K., diagnostizierte dieser im linken Kniegelenk eine komplexe Kniebandverletzung und eine Ruptur der Quadrizepssehne. Der Kläger habe ein deutlich hinkendes Gangbild gezeigt. Das Kniegelenk sei umfangsvermehrt. Ein Erguss habe nicht vorgelegen. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei bis 0-0-100° gelungen. Es habe eine vordere Schublade (1+) bestanden. Von muskulärer Seite habe ein erhebliches Defizit im Bereich des Quadrizepsmuskels vorgelegen. Der Unterschenkel sei erheblich geschwollen, die Durchblutung, Motorik und Sensorik seien ohne Befund gewesen.

Dr. K. führte nach der komplex stationären Rehabilitationsbehandlung mit intensiver Krankengymnastik, Physio- und Ergotherapie in der BG-Unfallklinik Ludwigshafen vom 3. bis 10. Dezember 2009 aus, bei der stationären Aufnahme sei die Beweglichkeit des linken Kniegelenkes mit 0-0-100° gemessen worden. Es habe sich eine vordere Schublade ("+") gefunden. Eine Instabilität medial oder lateral habe nicht vorgelegen. Weder seien eine Schwellung des Knies noch eine Umfangsvermehrung des Unterschenkels zu erkennen gewesen. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität hätten sich intakt gezeigt. Im Bereich des Quadrizeps habe ein Kraftdefizit vorgelegen. Der stationäre Aufenthalt habe abgebrochen werden müssen, da der Kläger sich trotz Krankengymnastik und Physiotherapie wegen einer unfallunabhängig bestehenden Wirbelsäulenproblematik heimatnah habe behandeln lassen wollen. Nach der ambulanten Untersuchung am 24. Februar 2010 führte Dr. K. aus, der Kläger habe eine Arbeits- und Belastungserprobung Mitte Februar 2010 abgebrochen und sei vom Hausarzt krankgeschrieben worden. Bei der Vorstellung hätten sich im Bereich des linken Kniegelenkes noch ein leichter Gelenkerguss sowie eine endgradige Bewegungseinschränkung bei der Beugung und eine freie Streckung gezeigt. Der Bandapparat sei stabil gewesen. Die Streckung sei gegen die Schwerkraft möglich gewesen. Peripher hätten sich beidseits erhebliche Unterschenkelödeme gezeigt. Bei klinischen Beschwerden im Sinne einer Gonarthrose mit Innen- und Außenmeniskussymptomatik sowie retropatellarem Reiben und Gelenkerguss sei am 4. März 2010 die Erstellung eines MRT veranlasst worden. Auf diesem habe sich ein deutlicher Kniegelenkerguss mit wahrscheinlich degenerativen Veränderungen im Bereich des linksseitigen Innenmeniskushinterhorns gezeigt. Die Kreuzbänder seien durchgehend nachweisbar gewesen. Eine knöcherne Verletzung habe nicht vorgelegen. Eine Ödembildung habe nicht festgestellt werden können. Bei der röntgenologischen Untersuchung habe sich eine regelrechte Artikulation des Kniegelenkes ohne wesentliche arthrotische Veränderung gezeigt. Eine Seitenbandinstabilität bei Varus-Valgus-Stressaufnahme habe nicht vorgelegen. Zusammenfassend sei die klinische Beschwerdesymptomatik mit Schmerzen im Bereich des Innenmeniskushinterhorns bei Außenrotation des linken Kniegelenkes mit dem radiologischen Befund kongruent. Bei dieser Symptomatik handle es sich am ehesten um eine degenerative Schädigung des Innenmeniskus, welche nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei.

Die Ärztin für Radiologie der Abteilung für Radiologische Diagnostik der BG-Unfallklinik Ludwigshafen, Dr. H., welche das MRT des linken Knies am 4. März 2010 erstellte, berichtete, es seien ein ausgedehnter Gelenkerguss und ein Weichteilödem zu erkennen gewesen. Ein Knochenmarködem als Hinweis für eine frische knöcherne Verletzung oder einen entzündlichen Prozess habe nicht vorgelegen. Die Patellasehne sei lediglich am Ansatz zur Kniescheibe etwas signalverändert, ansonsten aber intakt gewesen. Die Quadrizepssehne habe ausgedehnte, wahrscheinlich postoperative Veränderungen gezeigt. Es habe eine geringe Degeneration des Innenmeniskushinterhorns mit einer fraglichen Rissbildung festgestellt werden können. Das Vorderhorn, der Knorpel im medialen Kompartiment und die Kreuzbänder seien intakt gewesen. In Bezug auf das Außenmeniskushorn habe eine minimale Degeneration vorgelegen. Eine Rissbildung habe insoweit ausgeschlossen werden können. Lateral habe sich kein Knorpelschaden nachweisen lassen. Der Knorpel medial-retropatellar habe etwas verändert gewirkt, sei jedoch noch ausreichend vorhanden gewesen. Es habe eine Patelladysplasie vorgelegen. Die Kniescheibe habe etwas lateralisiert gestanden. Das Innenband sei verdickt, aber intakt gewesen. Das Außenband habe sich regelrecht dargestellt. Relevante Arthrosezeichen hätten nicht festgestellt werden können.

Auf Nachfrage der Beklagten teilte der Hausarzt des Klägers, der Facharzt für Innere Medizin Dr. R., Anfang April 2010 mit, diesen seit Mitte März 2003 zu behandeln. Er sei wegen des linken Knies bei ihm noch nie in Behandlung gewesen. Sie zog des Weiteren das Vorerkrankungsverzeichnis der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), wo der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert war, ab Mitte Juni 2000 und ab Ende Juli 2009 bei.

Anschließend beauftragte sie den Chirurgen Dr. C. mit der Erstattung eines Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 16. August 2010 führte dieser aus, im Bereich des linken Kniegelenkes seien eine Verschmächting der Oberschenkelmuskulatur, eine Kapselschwellung nach Refixation der Quadrizepssehne und eine Gonarthrose mit geringer Instabilität des Innenbandes sowie eine Polyneuropathie, eine Störung des Nervus cutaneus lateralis, eine Fettstoffwechselstörung, ein Diabetes mellitus, eine chronische Herzerkrankung und ein erhöhter Blutdruck festgestellt worden. Der Kläger habe geäußert, am 27. Juli 2009 sei ihm bei Beladen des Lastkraftwagens ein Rollcontainer, der zwischen 100 kg und 200 kg gewogen habe, gegen das linke Knie geprallt. Hierdurch sei es lediglich zu einer Prellung des linken Kniegelenkes gekommen. Diese sei so gering gewesen, dass sie weder unfallbedingte

Arbeitsunfähigkeit noch Behandlungsbedürftigkeit nach sich gezogen habe. Eine messbare Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) lasse sich deswegen zu keinem Zeitpunkt begründen. Die Knieprellung sei mittlerweile folgenlos ausgeheilt gewesen. Die Bewegungsmaße für die Streckung und Beugung seien nach der Neutral-0-Methode beidseits mit 0-0-140° festgestellt worden.

Mit Bescheid vom 9. September 2010 stellte die Beklagte, im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. C., fest, dass der Kläger wegen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 keinen Anspruch auf eine Verletztenrente hat.

Nachdem der Kläger Widerspruch erhoben hatte, befragte die Beklagte den Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. J., der in beratungsärztlichen Stellungnahmen von Dezember 2010 und Januar 2011 äußerte, Dr. C. argumentiere, dass eine Sehne nur dann unfallbedingt reißen könne, wenn sie entgegen ihrer Zugrichtung belastet werde. Im Falle einer Ruptur der Quadrizepssehne sei zu fordern, dass das gebeugte Kniegelenk gegen den muskulär gesteuerten Versuch, es in die Streckung zu bringen, durch eine äußere Einwirkung weiter gebeugt werde. Ein derart geeigneter Geschehensablauf sei durch den Anprall des Rollcontainers von außen an das Kniegelenk nicht andeutungsweise abgelaufen. Hierbei gehe Dr. C. in Bezug auf den Unfallhergang fehlerhaft davon aus, dass er eine mögliche Ursache einer traumatischen Zerreißung der Sehne als die einzig in Betracht zu ziehende darstelle. Er übersehe die unzweifelhaft vorhandenen Verletzungsmerkmale, die einen anderen Unfallhergang belegten. Nach den Schilderungen des Klägers sei ihm ein schwerer Rollcontainer, dessen Gewicht zwischen 100 kg und 200 kg gehabt habe, von außen gegen sein Knie geschlagen. Passend hierzu habe sich eine Prellmarke am lateralen Knie über dem Tibiakopf und über dem "proximalen", so Dr. C., was demgegenüber wohl eher distalen heißen solle, Femur mit Beteiligung des Schleimbeutels gefunden. Es sei genau an der Stelle gewesen, wo sich später im MRT und auch intraoperativ die Ruptur der Sehne gefunden habe. Es sei daher von einer direkten traumatischen Einwirkung auszugehen, welche den Oberschenkel und das Kniegelenk bei feststehendem Unterschenkel im Sinne eines Valgusstress bei gleichzeitiger Überstreckung getroffen habe. Hierfür spreche auch der kernspintomographische Befund, wonach Partialrupturen des medialen Kollateralbandes, des Retinaculum patellae und des vorderen Kreuzbandes beschrieben worden seien. Die im MRT zu sehenden Einblutungen und der wahrscheinliche Bluterguss seien, so Dr. C. weiter, durch die Zusammenhangstrennung der zum Funktionsverbund gehörenden benachbarten Strukturen entstanden. Entgegen der Auffassung von Dr. C. impliziere dies gerade eine traumatisch bedingte Einwirkung. Das intraoperativ nachgewiesene Hämatom und die Zerreißung der Sehne bestätigten in Ermangelung konkurrierender Ursachen die traumatische Genese. Dr. C. sei ferner davon ausgegangen, dass die Durchtrennung der Sehne knapp oberhalb der Sehneninsertion am oberen Kniescheibenpol gegen eine Traumaeinwirkung spreche. Nach der Literatur solle es sich infolge der dort fehlenden Gefäßversorgung um einen minderbelastbaren, besonders schadensanfälligen Bereich handeln. Genau das Gegenteil sei der Fall. Die schädigende Kraft habe genau an der Stelle eingewirkt, welche bereits nach dem zuerst erhobenen klinischen Befund lokalisiert worden sei, also genau am Ort der Ruptur. In der Literatur, wie etwa bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit sowie Rompe et al., Begutachtung der Haltung und Bewegungsorgane, seien bei stumpfen Verletzungen der Sehnen äußere Verletzungszeichen nachzuweisen. Um unfallbedingte Rupturen handele es sich "wohl immer" bei den durch Gewalteinwirkung auf die gespannte Sehne auftretenden Rupturen. Nach Meinung von Dr. C. passten die nach dem histologischen Befund gefundenen Veränderungen zu rezidivierenden Einrissen, was gegen eine traumatische Zusammenhangstrennung spreche. Dieser sei allerdings nicht eindeutig, da die Operation fast vier Wochen nach dem Ereignis stattgefunden habe. Der dabei erhobene Befund sei durch bereits einsetzende reparative Vorgänge verfälscht gewesen. Dies sei bei der Beschreibung des operativen Situs auch so wiedergegeben worden. Gegen einen unfallbedingten Sehnenschaden sprächen, so Dr. C., die röntgenologisch dokumentierten Sehnenvverkalkungen, die anamnestisch bekannte Fettstoffwechselstörung, der latent vorhandene Diabetes mellitus, das Alter des Klägers und die Tatsache, dass es bei diesem bereits zwei Jahre vor dem Unfallereignis zu einer Zusammenhangstrennung der rechten Quadrizepssehne gekommen sei. Demgegenüber sei diese ebenfalls durch ein adäquates Trauma geschädigt worden. Das Vorerkrankungsverzeichnis sei hinsichtlich allgemeiner Sehnenerkrankungen oder spezieller Vorschäden der linken Quadrizepssehne leer. Überdies seien die angeführten Erkrankungen als konkurrierende Ursachen hinsichtlich der massiven Gewalteinwirkung und der vielen positiven Verletzungsmerkmale in Bezug auf die Wesentlichkeit der Ursachen in ihrer Bedeutung deutlich zurückgetreten. Er teile auch nicht die Einschätzung von Dr. C., wonach das primäre, wenig eindrucksvolle Schadensbild gegen einen Ursachenzusammenhang spreche. Sowohl der klinische Erstbefund als auch die objektivierten positiven Verletzungszeichen deuteten auf eine erhebliche direkte traumatische Einwirkung hin. Unfallbedingt bestünden im Bereich des linken Kniegelenkes narbige Veränderungen der operativ versorgten Quadrizepssehne mit geringgradiger Funktionseinschränkung und glaubhaften Schmerzen sowie eine leichtgradige Instabilität des medialen Seitenbandes. Die Partialruptur des vorderen Kreuzbandes sei verheilt. Eine komplexe Instabilität, die im weiteren zeitlichen Verlauf zu einer Meniskusschädigung hätte führen können, ergebe sich demgegenüber nach keinem der erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde. Gegen einen auf das Unfallereignis vom 27. Juli 2009 zurückzuführenden Meniskusschaden spreche ferner die Biomechanik, also die Art der einwirkenden Kraft. Überdies sei das gleichzeitige Vorliegen eines Innen- und Außenmeniskusschadens gegen eine traumatische Einwirkung anzuführen. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. Juli 2009 und dem behaupteten Meniskusschaden sei nach alledem nicht mit der geforderten Wahrscheinlichkeit zu begründen.

Mit Schreiben vom 31. Januar 2011 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass der sie beratende Facharzt, dem die medizinischen Unterlagen und Röntgenaufnahmen zur Beurteilung übersandt worden seien, nach erneuter Durchsicht und Auswertung zu dem Ergebnis gekommen sei, dass es im linken Kniegelenk unfallbedingt zu Teilrissen der Quadrizepssehne sowie des vorderen Kreuz- und des Innenbandes gekommen sei sowie Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis einschließlich 18. März 2010 anzuerkennen seien. Der Kläger wurde aufgefordert, bis Ende Februar 2011 mitzuteilen, ob sich der Widerspruch damit erledigt habe. Der DAK, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Ärzten, welche den Kläger im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens behandelten, teilte die Beklagte daraufhin unter anderem mit, dass sich der Kläger infolge des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 im linken Kniegelenk Teilrisse der Quadrizepssehne sowie des vorderen Kreuz- und Innenbandes zugezogen habe.

Der vom Kläger wegen der begehrten Gewährung einer Verletztenrente aufrecht erhaltene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 21. März 2011 zurückgewiesen. Mit dem angefochtenen Bescheid vom 9. September 2010 sei festgestellt worden, dass kein Anspruch auf Rente nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung bestehe. Der sich hiergegen richtende Widerspruch sei indes unbegründet. Zwar seien der Riss der linken Quadrizepssehne, der Abriss des linken Innenbandes und der Teilriss des linken vorderen Kreuzbandes als Unfallfolgen anzuerkennen, was dem Kläger mit Verwaltungsakt vom 31. Januar 2011 mitgeteilt worden sei. Soweit dieser beantragt habe, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit über den 18. März 2010 hinaus anzuerkennen, sei dies nicht möglich; diese seien nach diesem Datum nicht mehr auf die anerkannten Unfallfolgen zurückzuführen.

Hiergegen hat der Kläger am 15. April 2011 beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben, welches Dr. R. und Dr. B. als sachverständige

Zeugen schriftlich befragt hat.

Dr. R. hat Ende November 2011 und ergänzend Mitte Februar 2012 ausgeführt, nach seinen Informationen sei ein Container gegen das Bein des Klägers gerollt und habe eine Ruptur der Quadrizepssehne verursacht. Bei dem Trauma, welches diesen kräftigen Muskel beziehungsweise dessen Sehne beschädigt habe, halte er es nicht nur für möglich, sondern sogar wahrscheinlich, dass hieraus ebenfalls ein Kniebinnenraumtrauma resultiert habe. Wenn ein Patient von ihm über einen längeren Zeitraum fachärztlich behandelt werde, würden Auswahlscheine ausgestellt, ohne jedes Mal eine persönliche Untersuchung vorzunehmen. Dies sei im Ablauf einer großen Hausarztpraxis nicht anders möglich. Im konkreten Fall sei der Kläger aber regelmäßig zum Fortgang der Konsultationen befragt worden.

Dr. B. hat im Dezember 2011 kundgetan, vom 27. Juli 2009 bis 8. September 2010 Arbeitsunfähigkeit bescheinigt zu haben. Diese habe fortgedauert, der Kläger sei aber nicht mehr zur Behandlung erschienen. Der Bewertung des Ursachenzusammenhanges durch die Beklagte könne er nicht uneingeschränkt zustimmen, da Ende März 2010 noch eine erhebliche Muskelverschmächting und ein Funktionsdefizit des linken Beines aufgrund der Ruptur der Quadrizepssehne sowie der Teiltraktionen des Innenbandes und des vorderen Kreuzbandes vorgelegen hätten. Der wahrscheinlich unfallunabhängige Meniskusschaden sei eigentlich kein Grund gewesen, die berufsgenossenschaftliche Behandlung einzustellen, weshalb er den Kläger auch weiterhin in diesem Rahmen ärztlich betreut habe. Erst nach der Mitteilung der Beklagten von Anfang September 2010 habe er die weitere Behandlung dann als Kassenarzt durchgeführt. Der Kläger habe ihn anschließend nicht mehr aufgesucht.

Das SG hat Dr. M. mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens beauftragt. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Klägers am 30. Mai 2012 hat dieser ausgeführt, zu dem Ereignis vom 27. Juli 2009 habe jener angegeben, sich auf der Ladefläche eines schräg stehenden Lastkraftwagens befunden zu haben, auf dem mit Waren beschickte Rollcontainer gestanden hätten. Er habe einen beladenen Warencontainer auf die Ladefläche des Lastkraftwagens gefahren, als sich wegen der schräg stehenden Ladefläche ein schon im Lastkraftwagen befindender auf ihn zubewegt habe. Er habe mit dem vorgestreckten, leicht gebeugten Kniegelenk versucht, diesen aufzuhalten. Er habe sogleich starke Schmerzen am Kniegelenk verspürt, die Tour aber noch zu Ende gefahren. Am Nachmittag habe er Dr. B. aufgesucht. Der Kläger habe geäußert, dass das Knie nach der Operation immer instabil gewesen sei. Der Rollcontainer, der zum Unfall am Kniegelenk geführt habe, habe nach dessen Angaben ein Gewicht von 200 kg gehabt. Bei seiner gutachterlichen Untersuchung habe er die Bewegungsmaße für die Streckung und Beugung der Kniegelenke mit 0-0-135° rechts und 0-5-135° links gemessen. Die Umfangmaße seien seitengleich gewesen, abgesehen 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes, welche rechts 43 cm und links 42,5 cm betragen hätten. Im linken Knie habe er eine Instabilität im Sinne eines spontanen, muskulär nicht kontrollierbaren Einknickens, das so genannte "Giving-way-Phänomen", ein Zustand nach einer Ruptur der Quadrizepssehne, eine kernspintomographisch feststellbare Elongation der Sehne, eine minimale Lockerung des Innenbandes und des vorderen Kreuzbandes, eine kernspintomographisch nachgewiesene degenerative Meniskopathie, Unterschenkelödeme beidseits, welche seit dem Jahr 2000 bekannt seien und sich verstärkt hätten, sowie eine Narbenbildung festgestellt. Im Bereich des rechten Kniegelenkes sei der Kläger beschwerdefrei gewesen. Kernspintomographisch seien subtotale Rupturen der Quadrizepssehne einschließlich des Retinaculum mediale, also des Kniescheibenzügels, sowie des vorderen Kreuz- und Innenbandes festgestellt worden. Eine Sehne könne grundsätzlich aufgrund zweier Mechanismen unfallbedingt reißen, durch eine indirekte oder direkte Traumatisierung. Bei einer indirekten komme es zu einer überfallartigen Überdehnung einer Muskelsehneneinheit, die zuvor angespannt gewesen sei. Dies habe beim Unfallereignis am 27. Juli 2009 nicht vorgelegen. Daneben sei eine Sehnenruptur durch ein direktes Trauma denkbar. In Betracht komme ein Schlag von außen, wobei die im Durchgangsarztbericht von Dr. B. beschriebenen äußeren Verletzungszeichen am lateralen Tibiakopf und am distalen Oberschenkel im Wesentlichen der Stelle entsprächen, an der die Quadrizepssehne rupturiert sei. Da es zusätzlich noch zu einer Verletzung des Retinaculum mediale sowie des vorderen Kreuz- und Innenbandes gekommen sei, wofür eine degenerative Ursache nicht in Frage komme, sei es wahrscheinlich, dass die am linken Kniegelenk beschriebenen Verletzungen dem Ereignisablauf am 27. Juli 2009 ursächlich zuzuordnen seien. Die später festgestellte degenerative Meniskopathie sei demgegenüber mit dem Unfallmechanismus nicht zu vereinbaren, da weder ein Rotationstrauma noch eine komplette Instabilität des Kniegelenkes durch eine komplette Zerreißung des Bandapparates vorgelegen hätten. Der Kläger habe angegeben, die aktuelle wesentliche Beschwerdesymptomatik und Funktionsstörung im Bereich des linken Kniegelenkes bestünde wegen der seit dem Unfall vorhandenen Instabilität. Anfangs, also zu Zeiten der intensiven Physiotherapie, seien die Phasen der Instabilität selten gewesen, etwa einmal in der Woche. Nach Abbruch der berufsgenossenschaftlichen Behandlung hätten sich diese gehäuft, wobei derzeit die Episoden der Instabilität zwei- bis dreimal am Tag aufträten. Mitunter sei er allerdings auch einige Tage beschwerdefrei. Die Ursache für dieses Giving-way-Phänomen sei in zwei Fakten zu suchen. Einerseits habe sich bei der kernspintomographischen Untersuchung eine Elongation der Quadrizepssehne feststellen lassen, also eine damit einhergehende Insuffizienz des gesamten Kniestreckapparates. Andererseits müsse davon ausgegangen werden, dass nach der Ruptur der Sehne und deren operativer Behandlung mit einer Naht eine Störung der so genannten "propriozeptiven Eigenschaften", also der Tiefensensibilität, eingetreten sei. Das vom Kläger behauptete Giving-way-Phänomen lasse sich natürlich nicht beweisen. Es sei allerdings plausibel beschrieben worden und mit dem Verletzungsmuster des linken Kniegelenkes durchaus vereinbar. Auch gegenüber Dr. C. habe der Kläger berichtet, dass sein Kniegelenk instabil gewesen sei. Dieser sei darauf im Weiteren indes nicht mehr eingegangen, er habe lediglich den Kniebandapparat als stabil beschrieben. Es sei aber davon auszugehen, dass dieses Phänomen vom Kniestreckapparat ausgegangen sei, also im Weiteren von der Quadrizepssehne. Die geklagten Beschwerden über dem medialen Gelenkspalt mit Außendrehschmerz seien mit Wahrscheinlichkeit auf die degenerative Meniskopathie zurückzuführen. Diese bedinge aber an und für sich keine Arbeitsunfähigkeit. Wenn das Giving-Way-Phänomen tatsächlich seit dem Unfallgeschehen vorliege, sei von einer durchgehenden MdE von 20 vom Hundert (v. H.) auszugehen.

Die Beklagte hat hierzu, gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. von August 2012, eingewandt, es liege in der Natur der Sache, dass ein Giving-Way-Phänomen ein klinisch unsicheres Zeichen sei, welches verschiedene Ursachen haben könne. In Betracht kämen eine Insuffizienz des Kniebandapparates, insbesondere des vorderen Kreuzbandes, ein Meniskusschaden oder eine Fehlgängigkeit der Kniescheibe und degenerative Veränderungen des Gelenkknorpels im Sinne einer Osteoarthritis. Vorliegend beruhe die Annahme eines solchen Phänomens allein auf den Angaben des Klägers. Klinisch sei es nicht reproduzierbar gewesen. Auch durch die bisherigen Befunde sei es nicht zu objektivieren gewesen. Ein medizinischer Hinweis, der ein solches Phänomen untermauere, lasse sich den vorliegenden medizinischen Befunden nicht entnehmen. Werde zugunsten des Klägers ein solches Phänomen angenommen, so könne dies auf den angeführten Ursachen wie einer leichten Insuffizienz des Streckapparates, einer leichten Bandlockerung sowie Schäden am Außen- und Innenmeniskus oder allen Faktoren zusammen beruhen.

Dr. M. hat damit konfrontiert im September 2012 ergänzend ausgeführt, von zentraler Bedeutung für die Stabilität des Kniegelenkes sei der

Kniestreckapparat, also die Streckmuskulatur des Oberschenkels (Musculus rectus femoris, Musculus vastus medialis et lateralis), wobei die gemeinsame Sehne unter der Zwischenschaltung der Kniescheibe als Sesambein am Unterschenkel inseriere. Bei Insuffizienz des Kniestreckapparates sei die Stabilität des Kniegelenkes nicht gewährleistet. Diese Instabilität habe sich klinisch und bildgebend nachweisen lassen. Werde das im Kniegelenk gestreckte linke Bein des Klägers von der Unterlage angehoben, so falle dieses in eine Beugestellung von 15° bis 20° und könne aktiv nicht gestreckt werden. Im MRT sei zudem eine Elongation der Quadrizepssehne von 5 cm beschrieben worden. Die Angaben des Klägers seien daher durch die Untersuchungsbefunde objektiviert. Die vordergründige Ursache des Giving-way-Phänomens liege also in der Insuffizienz des Kniestreckapparates und nicht in einer möglichen Bandinstabilität. Weiterhin müsse eine gestörte Propriozeption, also eine Beeinträchtigung der Tiefensensibilität, angenommen werden. Diese lasse sich zwar nicht belegen. Es entspreche aber der ärztlichen Erfahrung zu Regelverläufen, dass eine solche bei einer Verletzung und Vernarbung einer Sehne, welche Mechanorezeptoren enthalte, die wiederum für die muskuläre Kontrolle des Gelenkes verantwortlich seien, auftrete. Somit seien die Instabilität respektive das Giving-way-Phänomen des linken Kniegelenkes durch klinische und kernspintomographische Befunde nachgewiesen und unter Berücksichtigung der gestörten Propriozeption wahrscheinlich.

Mit der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. J. von November 2012 ist die Beklagte dem entgegengetreten. Als objektiven Nachweis habe Dr. M. seine klinischen Untersuchungsbefunde angeführt, welche aber auch auf der Mitarbeit des Klägers beruhten. Klinische Zeichen seien immer primär unsicher. Dies gelte auch für die gestörte Propriozeption, wie Dr. M. selbst eingeräumt habe. Der Nachweis einer Elongation der Quadrizepssehne von 5 cm sei für eine Instabilität nicht beweisend. Neben den individuellen Unterschieden sei zu bedenken, dass in dem MRT-Befundbericht eine durch den operativen Eingriff veränderte Quadrizepssehne beschrieben worden sei. Es sei daher nicht klar, an welchen Veränderungen oder anatomischen Strukturen diese Elongation festgemacht worden sei. Die kernspintomographische Untersuchung sei im Liegen durchgeführt worden, also unter Entlastung des Kniegelenkes. Es verbiete sich daher der unmittelbare Rückschluss auf eine Insuffizienz des Kniestreckapparates. Die Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenkes vom 27. Juli 2009, welche allesamt Dr. B. angefertigt habe, zeigten bereits degenerative retropatellare Veränderungen mit initialer osteophytärer Ausziehung des oberen Patellapols. Zudem sei eine Verknöcherung des Innenbandursprungs zu erkennen. Diese sei in gleicher Weise auf den Röntgenaufnahmen vom 23. September 2009 zu sehen. Darüber hinaus hätten sich zum Unfallzeitpunkt drei stecknadelkopfgroße Verkalkungen im Bereich des Ansatzes der Quadrizepssehne links gefunden. Diese seien auch rechts nachzuweisen gewesen, insoweit allerdings postoperativ.

In der mündlichen Verhandlung beim SG am 21. März 2013 hat der Kläger deutlich gemacht, dass es ihm um die Gewährung einer Rente geht, weshalb er mit seinem Klageantrag nunmehr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 deren Bewilligung nach einer MdE von mindestens 20 v. H. ab 19. März 2010 verfolgt hat. Das SG hat die Klage mit Urteil vom gleichen Tag abgewiesen. Die Unfallfolgen bedingten keine MdE in dieser Höhe. Zur Überzeugung der Kammer sei nicht nachgewiesen, dass beim Kläger ein dauerhaftes Giving-way-Phänomen in beeinträchtigender Ausprägung bestanden habe. Der Sachverständige Dr. M. habe sich hierfür im Wesentlichen auf die Angaben des Klägers gestützt, wonach dieser zuletzt gehäuft spontan und muskulär nicht kontrollierbar eingeknickt sei. Art und Ausprägung der von ihm vorgetragene Beschwerden seien indes durch seine früheren Angaben und die Vorbefunde hierzu nicht ausreichend belegt. Dr. M. habe eine MdE von 20 v. H. aber nur unter Berücksichtigung des Giving-way-Phänomens angenommen. Da dieses nicht berücksichtigt werden könne, sei eine MdE in rentenberechtigendem Grad nicht erreicht. Denn nach Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 654 f. werde für eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes mit 0-0-80° oder 0-10-90° eine MdE von 20 v. H. vorgeschlagen. Eine MdE in gleicher Höhe sei angemessen, wenn eine muskulär nicht kompensierbare Lockerung des Kniebandapparates bestehe. Die zuletzt von Dr. M. beschriebenen funktionellen Befunde für die Streckung und Beugung mit einem Streckdefizit von 5° bedingten danach keine rentenberechtigende MdE, selbst unter Berücksichtigung der leichten Insuffizienz des Streckapparates und der leichten Bandlockerung.

Gegen die dem Kläger am 5. April 2013 zugestellte Entscheidung des SG hat dieser am 3. Mai 2013 beim Landessozialgericht Baden-Württemberg Berufung eingelegt.

Dr. D. ist mit der Erstattung eines unfallchirurgischen Gutachtens beauftragt worden. Nach der ambulanten klinischen und radiologischen Untersuchung des Klägers am 29. August 2013 hat er geäußert, dieser habe ihm gegenüber angegeben, der Rollcontainer habe ein Gewicht zwischen 250 kg und 400 kg gehabt und sei mit Milch-Tetrapacks beladen gewesen. Wo genau ihn der Container getroffen habe, könne er nicht mehr sagen. Er wisse nur noch, dass er seitlich am Knie getroffen worden sei, nicht aber ob außen oder innen. Der Kläger habe sich am 27. Juli 2009 durch einen Schlag auf das linke Kniegelenk eine Zerreißen der Quadrizepssehne sowie Teilerreißen des vorderen Kreuzbandes, des Knieinnenbandes und des innen gelegenen Bandapparates an der Kniescheibe zugezogen. Aus dem Operationsbericht vom 18. August 2009 könne indes nicht ersehen werden, ob es sich um eine subtotal, also unvollständige, oder vollständige Zerreißen der Quadrizepssehne gehandelt habe. Diese sei an der Patella refixiert worden. Der Kläger habe bei seiner gutachterlichen Untersuchung geäußert, das linke Knie nicht ganz strecken zu können. Gravierend sei jedoch die komplette Instabilität im linken Kniegelenk. Es sei allgemein instabil, das Knie gehe nach außen, innen und vorne weg. Auch beim Gehen knicke es weg, weshalb er bereits mehrmals hingefallen sei. Die von ihm durchgeführte klinische Untersuchung des linken Kniegelenkes habe eine fehlende vollständige aktive Streckung gegen die Schwerkraft gezeigt. Es sei eine Streckhemmung von 15° verblieben. Die aktive Beugung im linken Kniegelenk sei gegenüber rechts um 10° eingeschränkt gewesen. Die Bewegungsmaße der Kniegelenke seien mit 0-0-125° rechts und 0-15-115° links festgestellt worden. Die Umfangmaße seien seitengleich gewesen, abgesehen 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes, welche rechts 42 cm und links 41 cm betragen hätten. Er habe im linken Kniegelenk einen stabilen Kapselbandapparat medial (innenseitig) und lateral (außenseitig) festgestellt. Diese Untersuchungsergebnisse seien durch entsprechende Stressaufnahmen objektiviert worden. Ferner habe sich eine muskulär kompensierbare Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer vorderen Schublade (1+) gezeigt. Funktionell wirke sich die aktive Streckhemmung im linken Kniegelenk derart aus, dass der Zuggurtungseffekt, also der Stabilisierungseffekt der Quadrizepssehne, erst ab einer Beugung von 15° gewährleistet sei. Es bestehe zwar eine Instabilität des linken Kniegelenkes in der Streckstellung nach vorne. Die leicht ausgeprägte Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer vorderen Schublade (1+) stelle aber nicht die wesentliche Instabilität des linken Kniegelenkes nach streckseitig dar. Vielmehr führe erst der bei einer Beugung im linken Kniegelenk von 15° wirksame Zuggurtungseffekt der Quadrizepssehne beziehungsweise des Streckapparates des linken Kniegelenkes die Instabilität herbei. Diese habe zu dem Giving-way-Phänomen geführt. Der Zuggurtungseffekt wirke sich also nicht in der Streckstellung des Kniegelenkes aus. Dies korreliere mit den Angaben des Klägers, dass er immer wieder im linken Kniegelenk einknicke. Klinisch liege infolge der Insuffizienz der Quadrizepssehne in Streckstellung des linken Kniegelenkes, also wegen des fehlenden Zuggurtungseffektes, eine muskulär nicht kompensierbare vordere Instabilität in diesem Bereich vor, die nach der unfallmedizinischen Literatur eine MdE von 20 v. H.

zur Folge habe. Diese vordere Instabilität im Kniegelenk sei erstmals von Dr. M. bei seiner Untersuchung am 30. Mai 2012 festgestellt worden. Demgegenüber habe Dr. C. zuvor eine vollständige Streckung im Kniegelenk angeführt und bei seiner klinischen Untersuchung festgestellt, dass das Kniegelenk gegen die Schwerkraft habe gestreckt werden können. Somit seien ab dem 30. Mai 2012 unfallbedingte Funktionsbehinderungen objektiviert, die eine MdE von 20 v. H. rechtfertigten. Selbstverständlich stellten Bewegungsprüfungen keine objektiven Nachweise dar, sondern nur semi-objektive oder semi-subjektive Befunde, da sie der Mitarbeit der zu untersuchenden Person bedürften. Allerdings verdichteten sich solche Befunde zu der geforderten Wahrscheinlichkeit, wenn kernspintomographisch mit der Elongation der Quadrizepssehne und röntgenologisch mit der objektiven Eindellung, also Ausdünnung, der Weichteile im Bereich der Ansatzstelle der Quadrizepssehne weitere Befunde vorlägen.

Die Beklagte hat, gestützt auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. von Oktober 2013, eingewandt, bemerkenswert sei, dass ebenfalls am rechten Knie eine geringfügige, nach streckseitig gerichtete Instabilität im Sinne einer Lockerung des vorderen Kreuzbandes vorliege. Es sei überdies eine vordere Schublade (1+) mit festem Anschlag festgestellt worden. Der Lachmann- und der Pivot-Shift-Test seien negativ gewesen. Alle Belastungsaufnahmen der Knieinnen- und -außenbänder sowie der innen und außen gelegenen Kniekapselapparate zeigten jeweils eine seitengleiche mediale und laterale Aufklappbarkeit. Als Gelenkinstabilität werde die pathologische Beweglichkeit eines Gelenkes in einer Achse oder Ebene bezeichnet. Sie beruhe letztendlich auf einer pathologischen Verschieblichkeit des Tibiakopfes gegenüber dem Femur und werde nach Nicholas als einfache, komplexe oder kombinierte Instabilität klassifiziert. Defizite des Streckapparates gehörten nicht zu den typischen Ursachen eines Giving-way-Phänomens. Im Übrigen bezeichne dieses Phänomen ein plötzliches, nicht willentlich beeinflussbares Nachgeben des Kniegelenkes, also ein klinisch unsicheres Zeichen, welches allein auf anamnestischen Angaben beruhe. Als konkurrierende Ursache sei auch der degenerative Vorschaden im Sinne einer Arthrose des femoropatellaren Gelenkes anzuführen, wodurch ebenfalls ein Giving-way-Phänomen ausgelöst werden könne. Davon abgesehen habe auch Dr. D. eine passive freie Streckung beschrieben. Er schließe aus, dass eine geringgradige Insuffizienz des Kniestreckapparates mit einem aktiven Streckdefizit von 15° bei seitengleich entwickelter Muskulatur zu einer solchen Instabilität führe, wie sie Dr. D. beschrieben habe. Die von diesem angeführte unfallmedizinische Literatur sehe eine MdE von 20 v. H. erst für eine Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie) vor, welche muskulär nicht kompensiert sei, also bei Instabilitäten des Kapselbandapparates, was beim Kläger nachweislich nicht vorliege.

Hierzu hat Dr. D. im Januar 2014 ergänzend ausgeführt, die fehlende Zuggurtung der Patellasehne bis zu einer Beugung von 15° stelle ein plötzliches, nicht willentlich beeinflussbares Nachgeben des Kniegelenkes nach vorn dar. Denn die Stabilität nach vorne durch den Zuggurtungseffekt der Patellasehne sei nicht mehr gewährleistet. Die klinische Symptomatik beim Kläger habe gezeigt, dass eine gravierende Instabilität vorliege. Es sei nochmals hervorzuheben, dass die Instabilität im linken Kniegelenk nicht durch die Lockerung des Kapselbandapparates, sondern die fehlende Zuggurtung der Patellasehne bedingt sei. In einer Stellungnahme von Juli 2014 hat Dr. D. weiter ausgeführt, die Instabilität müsse nicht zwangsläufig mit einer Muskelminderung verbunden sein, da die streckseitige Stabilisierung des Kniegelenkes ab einer Beugung von 15° über die Streckmuskulatur des Oberschenkels erfolge. Es sei richtig, dass keine generelle Limitierung der Streckfähigkeit bestehe, da die passive vollständige Streckfähigkeit gegeben sei. Aus dem aktiven Streckdefizit von 15° resultiere bis zu einer Beugung von 15° indes eine fehlende streckseitige Stabilisierung und daraus eine muskulär nicht kompensierbare Instabilität nach vorne. Im rechten Kniegelenk hätten beim Kläger keinerlei Probleme bei der aktiven Streckung vorgelegen, ausschließlich im linken.

Nach Beiziehung von bildgebendem Material ist der Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie Priv.-Doz. Dr. Sp. mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt worden. Unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 27. Juli 2009 hätten im Bereich des linken Kniegelenkes ein Weichteilhämatom nach einer Prellung, eine teilweise Desintegration der Quadrizepssehne, welche als partielle Ruptur der Quadrizepssehne bezeichnet werde, und eine fragliche Teilverletzung des vorderen Kreuzbandes sowie im rechten Kniegelenk eine folgenlos ausgeheilte, zwei Jahre zuvor operativ versorgte Ruptur der Quadrizepssehne vorgelegen. Nach dem neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens habe das Unfallereignis allein den Bluterguss nach Prellung des linken Kniegelenkes verursacht, welcher innerhalb von vier Wochen vollständig ausgeheilt gewesen sei. Alle anderen festgestellten Gesundheitsstörungen seien nicht unfallbedingt entstanden. Gegen die Annahme, die Ruptur der Quadrizepssehne und die fragliche vordere Ruptur des Kreuzbandes seien ebenfalls auf das Ereignis vom 27. Juli 2009 zurückzuführen, sprächen sowohl biomechanische als auch medizinische Gründe. Während vom Kläger Ladearbeiten am Lastkraftwagen vorgenommen worden seien, habe sich das Fahrzeug auf einer schiefen Ebene befunden. Der Neigungswinkel könne dabei maximal 5° betragen haben, ansonsten wären normale Ladearbeiten mit Sicherheit nicht möglich gewesen. Der Kläger habe in der Vergangenheit angegeben, der mit Milch-Tetrapacks beladene Rollcontainer habe eine Masse von etwa 200 kg gehabt. Hieraus resultiere nach physikalischen Gesetzen eine Gewichtskraft von 1.982 N. Nach Überwindung des Reibungswiderstandes sei der Rollcontainer in Bewegung geraten und in die Lage versetzt worden, bei der Kollision mit dem Knie des Klägers eine Hangabtriebskomponente der Gewichtskraft von 155,4 N zu entwickeln. Selbst bei der hypothetischen Annahme, dass die gesamte, bei dem Zusammenstoß des Klägers mit dem in Bewegung geratenen Rollcontainer aufgetretene Kraft und damit die Energie allein auf die Quadrizepssehne eingewirkt habe, sei ein Riss aufgrund dieser Gewalteinwirkung nach biomechanischen Gesichtspunkten unmöglich. Die Reißfestigkeit einer physiologisch intakten Quadrizepssehne betrage, ebenso wie die des vorderen Kreuzbandes, mehr als 1.500 N. Damit werde die für einen Riss der Quadrizepssehne erforderliche Kraft aus biomechanischer Sicht nicht einmal ansatzweise erreicht. Weiter sei eine Schädigung des vorderen Kreuzbandes bei dem vom Kläger angegebenen Unfallablauf mit einem gestreckten linken Bein und einer fehlenden Rotationsbewegung unmöglich. Lediglich die isolierte Schädigung des Innenbandes sei beim Aufprall des Containers auf den Außengelenkspalt möglich. Hierauf deute die Blutergussverfärbung im Bereich der Außenseite von Oberschenkel und Schienbeinkopf hin. Dabei gerate das Knie in einen so genannten "Valgusstress", also eine X-Bein-Stellung. Diese Verletzung heile jedoch unter Ruhigstellung in einer Schiene, wie sie vom Kläger getragen worden sei, auch ohne operative Intervention aus. Gegen die Annahme einer Ruptur des Innenbandes spreche der Bericht des erstbehandelnden Durchgangsarztes Dr. B., einschließlich seiner Angaben im Ergänzungsbericht "Knie", wo das linke Knie als stabil beschrieben worden sei.

Als weitere vom Unfallereignis unabhängige, unmittelbar vor dem Unfallzeitpunkt sicher feststehende Mitursachen hätten ein radiologisch nachweisbarer so genannter "Tieda-Pellegrini-Köhler-Schatten" als Ausdruck eines früher stattgehabten Unfallereignisses und die generelle Neigung zur Sehnendesintegration bei inadäquatem Trauma, wie sie bereits im Jahre 2007 zu einer Verletzung geführt habe, vorgelegen. Auch sonstige, die Reißfestigkeit der Sehne des Klägers beeinträchtigende allgemeine Faktoren seien bereits vor dem Unfallereignis vom 27. Juli 2009 nachweisbar gewesen. Es sei nahezu sicher, dass die allgemeine Qualität seines Bindegewebes dem Altersdurchschnitt vorangehend degeneriert gewesen sei. Auf der am Unfalltag angefertigten Röntgenaufnahme und auch bei späteren Röntgenkontrollen habe sich eine schalenförmige schattendichte Veränderung am Femurkondyl, also im Bereich des linken inneren Oberschenkelknochens,

gezeigt. Dieses röntgenologisch nachweisbare Symptom sei als Stieda-Pellegrini-Köhler-Schatten zu sehen und Ausdruck einer früher durchgemachten knöchernen Abrissfraktur im Bereich des Knieinnenbandes. Auch wenn das Vorerkrankungsverzeichnis keinen Hinweis auf frühere Knieverletzungen enthalte, dürfte eine viele Jahre zurückliegende Knieverletzung hierfür verantwortlich sein. Dabei sei es möglicherweise zu der bereits länger zurückliegenden, immer wieder diskutierten, aber niemals wirklich objektivierten Verletzung des Kreuzbandes gekommen. Die operative Versorgung der Quadrizepssehne sei am 18. August 2009 und damit erst drei Wochen nach dem Unfallereignis erfolgt. Insofern seien die dabei erhobenen Befunde für die Begutachtung nur bedingt verwertbar. Werde davon ausgegangen, dass eine gerissene Sehne regenerative Potenzen habe, so könnten sich solche Regenerate auch ohne operative Therapie ausbilden. Allerdings fänden solche Umbauprozesse in der Regel nicht innerhalb von drei Wochen statt. Eine solche spontane Heilung einer Sehne nehme unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse mindestens acht bis zwölf Wochen in Anspruch. Die Aussagekraft des histologischen Befundes sei ebenfalls eingeschränkt, da die vom Pathologen verwendete Färbemethode nicht benannt worden sei.

Würden nach H. alle Umstände im so genannten "Regenbogenschema" für die Differenzierung von traumatischen und degenerativ bedingten Sehnenschäden zusammengefasst, so sprächen deutlich mehr Umstände für die Annahme einer degenerativen Entstehung der von ihm festgestellten Gesundheitsschäden: Der Unfallmechanismus sei aufgrund der biomechanischen Beeinträchtigung nicht geeignet gewesen. Es bestehe ein möglicher Vorschaden. Aus der zeitlichen Verlaufsbetrachtung des jeweils erhobenen klinischen Befundes ergebe sich die Zunahme der Beschwerden. Die Befunde der bildgebenden Diagnostik sprächen allerdings weder für noch gegen eine traumatische Verletzung. Der intraoperativ erhobene Befund und die Histologie zeigten wiederum eher Hinweise auf eine Degeneration. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen hätten spätestens ab dem 19. März 2010 keine Funktionseinschränkungen mehr hinterlassen, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. stützten. Bei Außerachtlassung der Kausalitätsfrage bedingten die gesundheitsbedingten Einschränkungen indes eine MdE in dieser Höhe. Dr. M. habe sich eingehend mit der vom Kläger vorgetragene Gangstörung auseinandergesetzt. Er habe dieses Phänomen als Giving-way bezeichnet. Dieser Begriff stamme aus der angloamerikanischen Literatur und bedeute, dass das Knie "weggehe". Es handele sich um einen Oberbegriff für alle das Kniegelenk betreffenden Instabilitäten. In erster Linie werde dieses Symptom nach einer Bandverletzung, etwa des Kreuzbandes, beim so genannten "Schlotterknie" beobachtet. Aber auch Störungen des Sehnen-Muskelapparates, wie im konkreten Fall nach Verletzungen der Quadrizepssehne, könnten dieses Symptom verursachen. Dies sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beim Kläger der Fall gewesen. Entscheidend sei die Beschreibung der aktiven Funktion des Gelenkes. Trotz operativer Versorgung der degenerativ bedingten Sehnenverletzung habe die Ankoppelung von Sehne und Muskel nicht vollständig wiederhergestellt werden können. Die Heilung sei folglich ausgeblieben. Dadurch sei die Kraft des Muskels auf die Sehne und damit auf das Kniegelenk und die -scheibe nur unzureichend realisiert worden. Dies erkläre die vom Kläger vorgetragene Symptomatik der Instabilität. Ein solcher Ausgang nach operativer Versorgung von Verletzungen oder Erkrankungen der Quadrizepssehne sei zwar in einer Größenordnung von unter 2 % selten, aber vor allem bei degenerativen Sehnenschäden oder bei der vorliegenden relativ späten operativen Versorgung möglich. Seiner Einschätzung nach seien das Giving-way-Phänomen und die daraus resultierende funktionelle Einschränkung auf die Fehlheilung der Sehne, welche nicht unfallbedingt sei, zurückzuführen. Dr. J. sei insoweit wegen der umfassenden Befundbeschreibung von Dr. M. zu widersprechen. Die Interpretation der verbliebenen Unsicherheit im Gelenk werde von Dr. D. gleichermaßen beschrieben und sei deckungsgleich mit seiner Einschätzung.

In der nichtöffentlichen Sitzung am 22. Dezember 2015 ist der Kläger vom Berichterstatter gehört worden. Er ist darauf hingewiesen worden, dass über das Rechtsmittel ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entschieden wird. Den Beteiligten ist Gelegenheit gegeben worden, hierzu Stellung zu nehmen.

Der Kläger trägt im Wesentlichen vor, die Sachverständigen Dr. M. und Dr. D. stützten sein Klagebegehren.

Er beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. März 2013 aufzuheben und den Bescheid vom 9. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. März 2011 teilweise aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert ab 19. März 2010 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die unfallbedingten Gesundheitsstörungen rechtfertigten keine MdE in rentenberechtigendem Grad. Überdies seien bei so massiven Funktionseinschränkungen, wie sie Dr. M. und Dr. D. ihren Gutachten zugrunde legten, Schonungszeichen wie Muskelminderungen zu erwarten, die jedoch nirgends objektiviert worden seien. Dr. D. habe zudem eine seitengleich regelrecht kräftig ausgebildete Ober- und Unterschenkelmuskulatur festgestellt. Während es sich hierbei um gesicherte objektive Erkenntnisse handele, beruhe die Annahme und Häufigkeit eines Giving-way-Phänomens ausschließlich auf den Angaben des Klägers, wofür es keine medizinische Erklärung gebe. Eine muskulär kompensierbare leichte Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes sei auch keinesfalls mit einem Wackelknie gleichzusetzen. Das aktive Streckdefizit und die aktive Beugeeinschränkung zögen keine MdE in messbarem Grad nach sich. Insgesamt sei eine MdE von 20 v. H. daher nicht zu rechtfertigen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, einschließlich derjenigen zum Ereignis vom 16. Juli 2007, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung nach [§ 153 Abs. 4 Satz 1 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter durch Beschluss, weil die Berufsrichterin und -richter des Senats dieses Rechtsmittel einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten. Den Beteiligten ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu dieser Verfahrensweise gegeben worden. Zudem ist der Kläger darauf hingewiesen worden, dass die Berufung wenig aussichtsreich erscheint (vgl. BSG, Urteil vom 25. November 1999 - [B 13 RJ 25/99 R](#) -, [SozR 3-1500 § 153 Nr. 9](#), S. 27).

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 19. Februar 2013, mit dem die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 und 4 SGG) erhobene Klage, mit welcher der Kläger unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 9. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. März 2011 wegen der Folgen des mit dieser Verwaltungsentscheidung bindend (§ 77 SGG) anerkannten Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. ab 19. März 2010 verfolgt hat, abgewiesen worden ist.

Die Berufung ist mangels Begründetheit der Klage unbegründet. Der Kläger hat wegen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 ab 19. März 2010 keinen Anspruch auf die Gewährung einer Rente. Daher ist der angefochtene Verwaltungsakt, mit dem diese negative Feststellung getroffen worden ist, rechtmäßig und verletzt ihn nicht in seinen Rechten.

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze 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 nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern (§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren (§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII).

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). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - B 2 U 5/10 R -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - B 2 U 14/03 R -, BSGE 93, 63 (65)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall beim Kläger eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden.

Die unfallversicherungsrechtliche Zurechnung setzt erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursachen sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitserstschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - B 2 U 9/11 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von § 11 SGB VII, der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie auch zur MdE reichen, derentwegen das SGB VII mit der Rente ein Leistungsrecht vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Erstschaten festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 – [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 – [B 2 U 9/11 R](#) -, juris, Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismäßigkeit bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 – [B 2 U 29/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 – [B 2 U 2/11 R](#) -, juris, Rz. 17).

Das Bestehen einer Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens muss ausgehend von konkreten Funktionseinbußen beurteilt werden. Soweit die MdE sich nicht ausnahmsweise unmittelbar aus den Unfallfolgen erschließt, bilden festgestellte und eindeutig nach gängigen Diagnosesystemen konkret zu bezeichnende Krankheiten (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#) (203); Urteil des Senats vom 26. November 2015 – [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 48) die Tatsachengrundlage, von der ausgehend die Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Leistungsvermögens auf dem Gebiet des gesamten Erwerbslebens zu beurteilen ist (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 – [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 17 m. w. N.).

Nach diesen Maßstäben führen die Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 ab dem vom Kläger begehrten Rentenbeginn am 19. März 2010 zu keiner MdE in messbarem Grad. Soweit ab diesem Datum überhaupt insoweit maßgebliche Funktionseinschränkungen vorliegen, stehen diese in Zusammenhang mit der Fehlheilung der Quadrizepssehne nach deren operativer Versorgung in Form einer transossären Refixation an der Knie Scheibe Mitte August 2009 im Klinikum Ludwigsburg. Indes sind weder die teilweise Ruptur der Quadrizepssehne noch die Durchführung der Heilbehandlung im Klinikum Ludwigsburg durch die versicherte Einwirkung am Unfalltag objektiv mitverursacht worden.

Der Kläger hatte im Rahmen des bis Ende Mai 2012 bestehenden Arbeitsverhältnisses mit der Handelskontor W. für Naturprodukte GmbH am frühen Morgen des 27. Juli 2009 als Lastkraftwagenfahrer auf deren Betriebsgelände ein mit einem Neigungswinkel von maximal 5° schräg stehendes Fahrzeug mit Warencontainern, die mit Rollen versehen waren, beladen, also eine nichtselbstständige Arbeit und damit versicherte Tätigkeit als Beschäftigter ([§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) ausgeübt. Als er einen weiteren Rollcontainer in den Lastkraftwagen verbringen wollte, bewegte sich ein bereits darin befindender und mit Milch-Tetrapacks beladener, welcher ein Gewicht von 200 kg hatte, wegen der schrägen Ladefläche auf ihn zu. Mit dem nach vorne gerichteten, leicht gebeugten linken Knie prallte der Kläger, beim Versuch ihn aufzuhalten, dagegen. Hiervon geht der Senat aufgrund der Auskunft des Klägers gegenüber der Beklagten etwa einen Monat nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis sowie seinen Angaben, die er gegenüber Dr. C., dessen Gutachten im Wege des Urkundenbeweises ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. Zivilprozessordnung](#) - ZPO) verwertet worden ist, und den Sachverständigen Dr. M. und Dr. D. bei der jeweiligen Anamnese während der gutachterlichen Untersuchungen gemacht hat, aus. Lediglich in Bezug auf das Gewicht des beladenen Rollcontainers, welcher gegen das linke Knie des Klägers prallte, hält der Senat die gegenüber Dr. D. geschätzten 250 kg bis 400 kg für übertrieben. Weder nach dem SGG noch nach der ZPO gibt es zwar eine Beweisregel in dem Sinne, dass frühere Aussagen oder Angaben grundsätzlich einen höheren Beweiswert besitzen als spätere; im Rahmen der freien Beweismäßigkeit ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 286 ZPO](#)) sind vielmehr alle Aussagen, Angaben und sonstigen Einlassungen zu würdigen. Gleichwohl kann das Gericht im Rahmen der Gesamtwürdigung den zeitlich früheren Aussagen aufgrund der Gesichtspunkte, dass die Erinnerung hierbei noch frischer war und sie von irgendwelchen Überlegungen, die darauf abzielen, das Klagebegehren zu begünstigen, noch unbeeinflusst waren, einen höheren Beweiswert als den späteren zumessen (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2003 – [B 2 U 41/02 R](#) -, [SozR 4-2700 § 4 Nr. 1](#), Rz. 12; Urteile des Senats vom 12. August 2014 – [L 6 VH 5821/10 ZVW](#) - juris, Rz. 144 und vom 21. Mai 2015 – [L 6 U 1053/15](#) -, juris, Rz. 34). Hiervon geht der Senat vorliegend aus. Gegenüber Dr. C. schätzte der Kläger das Gewicht zwischen 100 kg und 200 kg, welches er schließlich zum Untersuchungszeitpunkt bei Dr. M. Ende Mai 2012 mit 200 kg am oberen Ende des zuvor genannten Rahmens konkretisierte. Soweit der Kläger bei der ambulanten Untersuchung durch Dr. D. mehr als ein Jahr später und damit nunmehr über vier Jahre nach dem Unfallereignis von einem im Vergleich dazu noch höheren Gewicht ausging, welches möglicherweise sogar das Doppelte betragen haben soll, liegt dem nach Überzeugung des Senats keine reale Einschätzung mehr zugrunde.

Durch den Anprall des mit Milch-Tetrapacks beladenen, 200 kg schweren Warencontainers gegen das linke Knie kam es zu Prellmarken in Form von Blutergussverfärbungen an der linken lateralen, also von der Körpermitte entfernt liegenden Knie Seite über dem Schienbeinkopf und dem proximalen, mithin näher zur Körpermitte hin vorhandenen Bereich des Oberschenkels, was der Senat dem Durchgangsarzt- und Ergänzungsbericht "Knie" von Dr. B., jeweils vom Unfalltag, entnimmt. Soweit Dr. J. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme für die Beklagte von Dezember 2010 die von Dr. C. seinem Gutachten zugrunde gelegte Prellmarke im Bereich des proximalen Bereiches des Oberschenkels in Frage gestellt und demgegenüber die distale, also weiter von der Körpermitte entfernt liegende Seite für eher nachvollziehbar gehalten hat, ist von ihm außer Acht gelassen worden, dass sich Dr. C. auf die Berichte von Dr. B. gestützt hat. Dieser hat den Kläger, im Gegensatz zu Dr. J., welcher diesen nie untersucht hat, noch am Unfalltag ärztlich behandelt. Daher ist der Senat überzeugt, dass sich damals tatsächlich am proximalen Oberschenkel eine frische Blutergussverfärbung bildete. Damit kam der Kläger bei dem Aufprall

offensichtlich mit zwei nahe beieinander liegenden Körperstellen mit dem Rollcontainer in Kontakt.

Durch das Unfallereignis vom 27. Juli 2009 ist es, wie im Wesentlichen der Sachverständige Priv.-Doz. Dr. Sp. überzeugend ausgeführt hat, nach dem neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens allein zu diesen Hämatomen gekommen, welche spätestens nach vier Wochen ausgeheilt waren und damit keine Funktionsstörung hinterlassen haben, welche nach dem 18. März 2010 die Erwerbsfähigkeit gemindert hat.

Weder die teilweise Ruptur der Quadrizepssehne, welche von Priv.-Doz. Dr. Sp. als teilweise Desintegration dieser Sehne umschrieben worden ist und welche Dr. K. Anfang August 2009 nach ambulanter Untersuchung nachvollziehbar als Verletzung des Muskels und der Sehne des Musculus quadriceps femoris (ICD-10-GM-2016 S76.1) diagnostiziert und, wie Dr. C. herausgestellt hat, bereits Dr. Sch. nach dem MRT vom 28. Juli 2009 als subtotale Ruptur bezeichnet hat, noch die deswegen durchgeführte Heilbehandlung im Klinikum Ludwigsburg Mitte August 2009 sind durch die versicherte Einwirkung am Unfalltag objektiv mitverursacht worden. Ein vollständiger Riss der Quadrizepssehne, wie ihn Dr. B., Dr. M. und Dr. D. angenommen haben, hat demgegenüber bereits nicht objektiviert werden können, zumal nach dem Bericht des Facharztes für Chirurgie B. über die Operation am 18. August 2009 offen geblieben ist, ob es sich über eine unvollständige Zerreißung hinaus um eine vollständige handelte, worauf auch Dr. D. hingewiesen hat.

Es ist nicht hinreichend wahrscheinlich, dass es beim Kläger am Unfalltag zu einem Einriss der Quadrizepssehne links, welche sich in einem altersentsprechenden, also nicht pathologischen Zustand befand, kam. Von dem fehlenden Krankheitswert muss ausgegangen werden, da eine Degeneration der Quadrizepssehne, wie sie Priv.-Doz. Dr. Sp. angenommen hat und welche möglicherweise eine Schadensanlage dargestellt hätte, nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Er hat nicht schlüssig begründen können, warum eine solche, bei auch nach der Auskunft des Hausarztes Dr. R. im April 2010, dass der Kläger sei wegen des linken Knies bei ihm noch nie in Behandlung gewesen ist, nicht erwiesener ärztlicher Konsultation wegen dieses Körperteils vor dem 27. Juli 2009 und ohne Hinweis aus dem Vorerkrankungsverzeichnis der DAK, wo der Kläger gegen Krankheit gesetzlich versichert gewesen ist, zum Zeitpunkt des Unfallereignisses vorgelegen hat. Aus einer einmaligen Desintegration bei nach seiner Auffassung inadäquatem Trauma infolge des Ereignisses vom 16. Juli 2007, zumal am anderen rechten Knie, lässt sich noch keine generelle Neigung für diese Gesundheitsstörung herleiten. Im Übrigen hat er mit dem Übergewicht, dem latenten Diabetes mellitus, der Fettstoffwechselstörung, einer möglichen Gicht, worauf die Verordnung des Arzneistoffes Allopurinol hindeutet, und einem bloß vermuteten Nikotinabusus aufgrund einer hochgradigen Verkalkung der Bauchschlagader, welche auch ein indirektes Indiz für eine mögliche, dem Altersdurchschnitt voraneilende Gewebedegeneration sei, bloße Risikofaktoren für eine Schädigung der Sehnen angeführt, ohne dass hieraus der Schluss gezogen werden könnte, dass es, so Priv.-Doz. Dr. Sp., nahezu sicher ist, dass beim Kläger die allgemeine Qualität der bindegewebigen Faserzüge und konkret der Quadrizepssehne morphologisch verändert gewesen ist. Diese Aussage von Priv.-Doz. Dr. Sp. relativiert sich ohnehin bereits dadurch, dass dieser an anderer Stelle ausgeführt hat, dass lediglich zumindest hypothetisch von einer anlagebedingten oder erworbenen bindegewebigen Schwäche der Sehnen auszugehen sei. Im Übrigen geben neben den MRT weder der Operationsbericht des Facharztes für Chirurgie B. noch der Befundbericht des Pathologen Prof. Dr. H. hierüber weiter Aufschluss. Die operative Versorgung erfolgte erst drei Wochen nach dem Unfallereignis; ob dieser langen Zeit sind die dabei erhobenen Befunde nur bedingt verwertbar. Die Aussagekraft des histologischen Befundes besteht mangels angegebener Färbemethode nur eingeschränkt. Beides hat Priv.-Doz. Dr. Sp. schlüssig dargelegt und daher hieraus keinen weiteren Anhaltspunkt für die Degeneration entnehmen können. Indes hat er im Ergebnis nachvollziehbar aufgezeigt, dass der beladene Warencontainer, welcher gegen das linke Knie des Klägers prallte, als zunächst ruhende Masse im Gleichgewicht auf einer ebenen Fläche, die um maximal 5° gegen die Horizontale geneigt war, also einer so bezeichneten "schiefen Ebene", zum Zeitpunkt des Aufpralls nach physikalischen Gesetzen keine solche Kraft entwickeln konnte, dass die mangels Nachweis einer morphologischen Veränderung physiologisch intakte Quadrizepssehne des Klägers im linken Kniegelenk ob ihrer Reißfestigkeit hätte einreißen können. Nach den von Priv.-Doz. Dr. Sp. im Gutachten zutreffend dargelegten Berechnungsformeln ergibt sich bei einem Gewicht des Warencontainers von 200 kg und einem Neigungswinkel von 5°, unter Berücksichtigung der Erdbeschleunigung mit gerundet 9,81 m/s², eine Gewichtskraft der Masse von 1.962 N (200 kg x 9,81 m/s²); bei den von Priv.-Doz. Dr. Sp. im Gutachten ausgewiesenen "1.982 N" handelt es sich offensichtlich um einen Wiedergabefehler der Multiplikation. Nach Überwindung der Haftreibungskraft als Widerstand war der Container in Bewegung geraten und dem Kläger entgegengerollt. Zum Zeitpunkt des Aufpralls wirkte dadurch auf das linke Knie eine Kraft von 176,58 N (1.962 N x 0,09 [sin(5°)]) ein; insoweit hat Priv.-Doz. Dr. Sp. allerdings für "sin 945;" den Wert mit 0,0784 fehlerhaft errechnet. Dieser Sachverständige hat indes überzeugend aufgezeigt, dass die Reißfestigkeit einer physiologisch intakten Quadrizepssehne 1.500 N beträgt, was sich auch in der medizinischen Literatur wiederfindet (Wilcke, Vordere Kreuzbandläsion, 2004, S. 102: 2.173 N +/- 618 N; vgl. auch Sportklinik Halle, Zentrum für Gelenkchirurgie, "Verletzungen von Sehnen und Muskeln", wonach die statische Reißfestigkeit mit 4.000 N angegeben wird, im Internet unter "<http://www.sportklinik-halle.de/leistungsspektrum/operativ/akut/sehnen.html>"). Damit sind am Unfalltag die nach der Biomechanik für einen Einriss der Quadrizepssehne erforderlichen Kräfte bei weitem nicht erreicht worden, weshalb die Teilruptur in diesem Bereich nicht durch die versicherte Einwirkung objektiv mitverursacht worden ist. In diese Richtung weist auch, dass sich bereits bei der Operation am 18. August 2009 im Klinikum Ludwigsburg bindegewebige Sehnenregenerate gezeigt haben, was der Senat dem Operationsbericht des Facharztes für Chirurgie B. entnimmt. Priv.-Doz. Dr. Sp. hat hierzu überzeugend ausgeführt, dass derartige Umbauprozesse in der Regel nicht innerhalb von drei Wochen stattfinden, sondern unter Berücksichtigung der physiologischen Verhältnisse mindestens acht bis zwölf Wochen dauern. Dies deutet darauf hin, dass die Quadrizepssehne links bereits vor dem 27. Juli 2009 eingerissen war, indes dieser Gesundheitsschaden erstmals mittels der kernspintomographischen Untersuchung durch Dr. Sch. am Tag nach dem Unfallereignis objektiviert worden ist. Da sich die Sachverständigen Dr. M. und Dr. D. nicht mit der Krafteinwirkung auf die Quadrizepssehne befasst haben, sind ihre Schlussfolgerungen für den Senat nicht überzeugend gewesen, weshalb er ihnen nicht gefolgt ist. Überdies ist Dr. M. auch deswegen von einer Unfallfolge ausgegangen, weil es zusätzlich noch zu einer Verletzung des Retinaculum mediale sowie des vorderen Kreuz- und Innenbandes gekommen sei. Damit hat er weitere unfallbedingte Schäden unterstellt, die nicht als solche bestätigt worden sind. Dr. D. hat den Teilriss der Quadrizepssehne links als Unfallfolge seinem Gutachten bereits nur ungeprüft zugrunde gelegt. Da die versicherte Einwirkung bereits keine (Wirk-)Ursache für den Teilriss der Quadrizepssehne links gewesen ist, kommt es nicht mehr darauf an, ob eine konkurrierende, nicht versicherte Ursache vorgelegen und diese im (Wirk-)Zusammenhang mit dieser Gesundheitsstörung gestanden hat sowie gegebenenfalls ob gleichwohl die versicherte Einwirkung hierfür wesentlich gewesen ist. Wegen des fehlenden Ursachenzusammenhangs der Teilruptur der Quadrizepssehne links ist auch die Fehlheilung dieser Sehne nach der im Klinikum Ludwigsburg Mitte August 2009 durchgeführten Heilbehandlung nicht nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) mittelbare Unfallfolge (vgl. hierzu Ricke, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Dezember 2015, [§ 11 SGB VII](#), Rz. 9).

Der Verneinung des Teilrisses der Quadrizepssehne als Folge des Ereignisses vom 27. Juli 2009 steht weder das Schreiben der Beklagten

vom 31. Januar 2011 noch der Widerspruchsbescheid vom 21. März 2011 entgegen. Die Beklagte hat dies nicht als Ausgangsbehörde durch Verwaltungsakt festgestellt. Das Schreiben vom 31. Januar 2011 enthält keine solche Regelung. Der Regelungsbegriff des [§ 31](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erfasst nur einseitige Erklärungen einer Behörde, die auf die rechtsverbindliche Begründung, Änderung, Aufhebung, einschließlich Beeinträchtigung, oder auf die positive oder negative Feststellung eines subjektiven öffentlichen Rechts oder einer öffentlich-rechtlichen Pflicht eines anderen Rechtssubjekts mit unmittelbarer Rechtswirkung diesem gegenüber gerichtet sind (BSG, Urteil vom 5. September 2006 - [B 4 R 71/06 R](#) -, [BSGE 97, 63](#) (66) m. w. N.). Mit der schriftlichen Äußerung, der sie beratende Facharzt, dem die medizinischen Unterlagen und Röntgenaufnahmen zur Beurteilung übersandt worden seien, sei nach erneuter Durchsicht und Auswertung zu dem Ergebnis gekommen, dass es im linken Kniegelenk unfallbedingt unter anderem zu einem Teilriss der Quadrizepssehne gekommen sei sowie Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit bis einschließlich 18. März 2010 anzuerkennen seien, hat die Beklagte nicht erklärt, dass sie selbst den Teilriss der Quadrizepssehne als Folge des Ereignisses vom 27. Juli 2009 feststellt, sondern ausschließlich auf die aus ihrer Sicht fach- und beratungsärztlich bestätigte medizinische Sachlage hingewiesen, weshalb es für eine Regelung noch an der Zielrichtung der Rechtsfolge gefehlt hat (vgl. hierzu Littmann, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB X, Stand: Dezember 2011, § 31 Rz. 46). Im Widerspruchsbescheid vom 21. März 2011 hat die Beklagte zwar die Auffassung vertreten, dem Kläger sei mit Verwaltungsakt vom 31. Januar 2011 mitgeteilt worden, dass unter anderem der Riss der linken Quadrizepssehne als Unfallfolge anzuerkennen sei. Hierin liegt aber bereits keine eigene Feststellung, sondern nur der Hinweis auf die vermeintlich bereits bestehende Sach- und Rechtslage. Im Übrigen ist die Widerspruchsstelle der Beklagten ([§ 36a Abs. 1 Satz 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IV i. V. m. § 22 der Satzung der Beklagten) mangels funktionaler und sachlicher Zuständigkeit nicht befugt, an Stelle der Ausgangsbehörde erstmals eine Rechtsposition einzuräumen (vgl. BSG, Urteil vom 20. Juli 2010 - [B 2 U 19/09 R](#) -, juris, Rz. 15). Die Beklagte hat gegenüber dem Kläger auch nicht schriftlich den späteren Erlass eines solchen Verwaltungsaktes zugesagt ([§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). In dem Schreiben vom 31. Januar 2011 hat sie ihm nur mitgeteilt, dass sie die Beteiligten, womit die DAK, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Ärzte, welche ihn im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens behandelten, gemeint waren, entsprechend informieren werde. Aus diesem Verwaltungsvorgang konnte der Kläger noch keine Gewissheit über das zukünftige Handeln der Behörde bei Erlass eines Verwaltungsaktes haben (vgl. Engelmann, in von Wulffen/Schütze, Kommentar zum SGB X, 8. Aufl. 2014, § 34 Rz. 3), mit dem der Teilriss der Quadrizepssehne links als Unfallfolge anerkannt werden würde. Mangels wirksamer Zusicherung ist daher kein bislang lediglich noch nicht erfüllter Rechtsanspruch auf einen solchen Verwaltungsakt entstanden (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2011 - [B 13 R 79/11 R](#) -, SozR 4-2600 § 43 Nr. 17, Rz. 31), weshalb dem Kläger mit der Ablehnung eines Rechts auf Rente nichts versagt worden ist, was ihm künftig zumindest auch aufgrund einer bindenden Feststellung ([§ 77 SGG](#)) gewährt werden müsste; der Grundsatz von Treu und Glauben in seiner speziellen Ausprägung des so genannten "dolo agit-Einwandes" (vgl. BSG, Urteil vom 23. August 2013 - [B 8 SO 17/12 R](#) -, [BSGE 114, 147](#) (150 f.)) in entsprechender Anwendung von [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist daher nicht berührt.

Aus den bereits dargelegten Grundsätzen der Biomechanik ist die Schädigung des vorderen Kreuzbandes, welche Dr. K. Anfang August 2009 als Riss des vorderen Kreuzbandes (ICD-10-GM-2016 S83.53) diagnostiziert hat, was jedoch von Priv.-Doz. Dr. Sp. in Frage gestellt und von Dr. D. lediglich als muskulär kompensierbare Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer vorderen Schublade (1+) beschrieben worden ist, nicht durch die versicherte Einwirkung am 27. Juli 2009 objektiv mitverursacht worden. Priv.-Doz. Dr. Sp. hat darüber hinaus überzeugend ausgeführt, dass nach dem Unfallhergang, insbesondere mit einer fehlenden Rotationsbewegung, eine Schädigung in diesem Bereich unmöglich ist. Ein Einriss des Innenbandes steht zur Überzeugung des Senats bereits nicht fest. Dr. K. diagnostizierte einen Riss des tibialen Seitenbandes, also des Innenbandes (ICD-10-GM-2016 S83.44). Dr. B. hat die Verletzung zuvor lediglich als Teilriss bezeichnet. Von Dr. Sch. ist sogar nur der Verdacht auf eine subtotale Ruptur geäußert worden, hingegen konkret eine Partialruptur des Retinaculum patellae mediale, dem Knie Scheibenzügel, wie Dr. M. formuliert hat, erkannt worden. Prof. Dr. A. hat die Verletzung als Riss des medialen Kollateralbandes gesehen, Dr. J. ist in seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen ebenfalls bereits nur von einem Teilriss ausgegangen. Nach den Ausführungen von Priv.-Doz. Dr. Sp. steht allerdings überhaupt ein Einriss in das Innenband beziehungsweise das Halteband der Knie Scheibe aus medizinischer Sicht nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit fest. Dessen Darlegung, wonach die von Dr. B. im Ergänzungsbericht "Knie" beschriebene Stabilität gegen eine solche Verletzung spricht, hat den Senat überzeugt. Danach sind die Innen- und Außenbandführung, das Schubladenzeichen sowie die Bandführung der Gegenseite normal gewesen, was mit einer Verletzung des Innenbandes nicht vereinbar ist. Daneben mag die versicherte Einwirkung aufgrund eines Valgusstressses eine Verstauchung und Zerrung in diesem Bereich herbeigeführt haben, wie sie Dr. K. angenommen hat. Wie Priv.-Doz. Dr. Sp. allerdings weiter schlüssig aufgezeigt hat, heilen solche Schäden unter Ruhigstellung in einer Schiene, wie sie vom Kläger getragen worden ist, auch ohne operativen Eingriff nach kurzer Zeit aus, weshalb hieraus keine Funktionsbehinderung entstanden ist, die für die MdE ab 19. März 2010 Bedeutung haben könnte. Teilrisse des vorderen Kreuz- und Innenbandes waren aus den dargelegten Gründen zum Teilriss der Quadrizepssehne links nicht aufgrund eines Verwaltungsaktes oder einer Zusicherung als Unfallfolgen bei der Prüfung des Anspruches auf Gewährung einer Rente zu berücksichtigen. Sonstige Gesundheitsstörungen, an denen der Kläger leidet, sind ebenfalls nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dr. M. hat einleuchtend kundgetan, dass die kernspintomographisch nachgewiesene degenerative Meniskopathie, die Priv.-Doz. Dr. Sp. lediglich wegen eines fehlenden arthroskopischen Belegs als fraglich bezeichnet hat, mit dem Unfallmechanismus nicht zu vereinbaren ist, da weder ein Rotationstrauma noch eine komplette Instabilität des Kniegelenkes durch eine komplette Zerreißung des Bandapparates vorgelegen haben. Die von dem Arzt für Neurologie und Psychiatrie B. Anfang Dezember 2009 festgestellte fortgeschrittene Polyneuropathie im Bereich der Beinnerven und die Störung des Nervus cutaneus femoris lateralis links hat dieser aus seiner fachärztlichen, für den Senat nachvollziehbaren Sicht nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis gesehen. Ohnehin resultierten nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr. M., Dr. D. und Priv.-Doz. Dr. Sp. die Funktionsstörungen des Klägers im linken Bein im Wesentlichen nicht auf all diesen Gesundheitsstörungen, sondern auf der Schädigung der Quadrizepssehne und des damit zusammenhängenden Giving-way-Phänomens. Insbesondere ist die Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer vorderen Schublade (1+) muskulär kompensiert, wie besonders Dr. D. herausgestellt hat. Der Teilriss der Quadrizepssehne links ist jedoch weder unmittelbare noch ob der nicht komplikationsfreien operativen Versorgung im Klinikum Ludwigsburg mittelbare Unfallfolge.

Damit haben nach dem 18. März 2010 keine Folgen des Arbeitsunfalls vom 27. Juli 2009 vorgelegen, welche die Erwerbsfähigkeit gemindert haben. Doch selbst wenn der Teilriss der Quadrizepssehne links Unfallfolge wäre, wovon Dr. M. und Dr. D. ausgegangen sind sowie Priv.-Doz. Dr. Sp. hypothetisch seinen Ausführungen zur Höhe der MdE zugrunde gelegt hat, resultieren hieraus keine Funktionsstörungen, die eine MdE von wenigstens 20 v. H. stützen, wie sie vorliegend mangels eines Stützrententatbestandes Voraussetzung für einen Anspruch auf die Gewährung einer Rente ist. Der Unfall vom 16. Juli 2007 kommt als stützendes Ereignis nicht in Betracht, da die im Juli 2007 im Krankenhaus Mühlacker operativ versorgte Teilruptur der Quadrizepssehne rechts zum Zeitpunkt des streitgegenständlichen Unfallereignisses folgenlos ausgeheilt gewesen ist, worauf zuletzt Priv.-Doz. Dr. Sp. ausdrücklich hingewiesen hat. Bei keiner der gutachterlichen Untersuchungen durch Dr. C., Dr. M. und Dr. D. sind relevante Funktionsstörungen im Bereich des rechten Kniegelenkes

festgestellt worden. Daher ist eine MdE von wenigstens 10 v. H. für die Folgen des Ereignisses vom 16. Juli 2007 ab 19. März 2010 nicht begründbar ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Eine MdE von 20 v. H. sieht die unfallmedizinische Literatur bei einer muskulär nicht kompensierten Lockerung des Kniebandapparates (Wackelknie) vor (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 655). Die beim Kläger aufgetretenen gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen sind damit indes nicht vergleichbar. Er hat gegenüber Dr. M. geschildert, seit der Operation im Klinikum Ludwigsburg im August 2009 bestehe die wesentliche Beschwerdesymptomatik und Funktionsstörung im Bereich des linken Kniegelenkes wegen einer Instabilität. Anfangs, also zu Zeiten der intensiven Physiotherapie, seien deren Phasen selten gewesen, etwa einmal in der Woche. Nach Abbruch der berufsgenossenschaftlichen Behandlung hätten sich diese gehäuft, wobei derzeit, also zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. M. Ende Mai 2012, die Episoden der Instabilität zwei- bis dreimal am Tag aufträten. Mitunter sei er allerdings auch einige Tage beschwerdefrei. Auch die zuletzt hierdurch bedingte Funktionsstörung hat damit selbst nach den Angaben des Klägers bislang nicht die Erwerbsfähigkeit derart gemindert, dass sie mit der MdE einer bestehenden Lockerung des Kniebandapparates vergleichbar ist. Dies zeigt sich zunächst daran, dass die Umfangmaße des linken Beines des Klägers überwiegend seitengleich gewesen sind, außer 15 cm unterhalb des inneren Kniegelenkspaltes, wo indes lediglich ein geringfügiger Unterschied bestanden hat; bei der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. M. 0,5 cm, Dr. D. hat 1 cm ermittelt. Die Instabilität im linken Kniegelenk ist, wie Dr. D. schlüssig dargelegt hat, nicht durch die Lockerung des Kapselbandapparates, sondern wegen der fehlenden Zuggurtung der Patellasehne bedingt gewesen, was muskulär nicht kompensiert ist. Anderes als bei der Lockerung des Kniebandapparates, die durchweg besteht, wirkt sich der eingeschränkte Stabilisierungseffekt der Quadrizepssehne allerdings nur bei bestimmten, nicht durchgängig bestehenden Bewegungsabläufen aus. Dr. D. hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass die aktive Streckhemmung im linken Kniegelenk funktionell den Zuggurtungseffekt der Quadrizepssehne erst ab einer Beugung von 15° gewährleistet. Allein hierdurch tritt das Giving-way-Phänomen auf. Dr. D. hat überdies klargestellt, dass sich der Zuggurtungseffekt nicht in der Streckstellung des Kniegelenkes auswirkt, was jedoch für die meisten Betroffenen einschneidender ist als eine Beeinträchtigung bei der Beugung (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 653). Trotz der von Dr. D. erstmals objektivierten Streckhemmung im linken Kniegelenk von 15°, bei einer lediglich geringfügigen Beugeeinschränkung (0-0-125° rechts, 0-15-115° links), ist eine MdE von 20 v. H. nach der unfallmedizinischen Literatur (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 654) wegen der teilweisen Überschneidung bei den Funktionseinschränkungen noch nicht erreicht. Eine isolierte MdE in dieser Höhe ist erst bei Bewegungsmaßen von 0-0-80° oder 0-10-90° vorgesehen. Überdies ist die Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer vorderen Schublade (1+) muskulär kompensiert. Dr. M. und Dr. D. sowie Priv.-Doz. Dr. Sp. bei seinen hilfsweisen Ausführungen bei Annahme des Teilrisses der Quadrizepssehne links als Unfallfolge haben eine MdE von 20 v. H. für angemessen erachtet, da sie es für vergleichbar hielten, dass die Instabilität statt auf die Lockerung des Kniebandapparates auf die fehlende Zuggurtung der Patellasehne zurückzuführen ist. Hierbei haben sie jedoch unberücksichtigt gelassen, dass sich diese Ursachen für eine Instabilität jeweils unterschiedlich funktionell auswirken können, was allein für die MdE von Bedeutung und vorliegend der Fall ist. Für eine MdE von mindestens 20 v. H. fehlte es daher ohnehin an hinreichenden, das linke Kniegelenk betreffenden gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-03-01