

L 2 U 180/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 U 220/05
Datum
14.03.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 180/07
Datum
21.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 15/08 B
Datum
06.08.2008
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 14. März 2007 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Entschädigung der Folgen eines Unfalles vom 4. März 2004.

Die 1952 geborene Klägerin rutschte am 4. März 2004 während eines stationären Rehabilitationsverfahrens zu Lasten des Rentenversicherungsträgers in der Orthopädischen Klinik T. auf abschüssigem Gelände aus und verdrehte sich das rechte Kniegelenk. Der Durchgangsarzt, der Orthopäde Privatdozent Dr. Dr. G. , äußerte am gleichen Tag den Verdacht auf einen knöchernen Teilausriss der Quadrizepssehne. Es bestanden eine mäßige Schwellung, keine Hämatomverfärbung, leichte Ergussbildung, Bewegungs- und Druckschmerz. Am 19. März 2004 diagnostizierte der Chirurg Dr. H. eine Distorsion des Kniegelenks mit Quadrizepssehnteilruptur. Es bestand noch Druck- und Spontanschmerz. Die aktive Beugung war nur bis 90° möglich, die Streckung schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Es bestand keine Ergussbildung.

Aus den Unterlagen der Betriebskrankenkasse der B. AG ergeben sich Behandlungen wegen Meniskusläsion am rechten Knie 1990, Verdacht auf Innenmeniskusläsion am rechten Knie 1998, Meniskusläsion, Pangoarthrose 1998, Gonarthrose, Arthrose des Kniegelenks, Gelenksimplantation 2002 und Prellung des Knies 2003.

Bei der Aufnahmeuntersuchung zu Beginn des stationären Aufenthaltes vom 13. Februar bis 16. März 2004 in der Orthopädischen Klinik gab die Klägerin an, seit der Kniegelenkstotalendoprothese (TEP) rechts habe sie ständig Knieschmerzen. Ohne Voltaren sei keine Bewegung längerfristig möglich, auch längeres Stehen sei nicht möglich. Ein Gefühl der Unsicherheit im Kniegelenk bestehe. Die Klägerin wog 86 kg. Die Knie- und Hüftbeweglichkeit war bei der Untersuchung eingeschränkt, die Beugung im rechten Kniegelenk auf 95°.

Die Röntgenaufnahme vom 4. März 2004 stellte eine Absprengung eines kleinen Fragmentes am Patellapol dar. Die Sonographie zeigte an der Patellasehne leichte Entzündungszeichen, die Quadrizepssehne war weitgehend unauffällig mit leichten Verkalkungen. Zu sehen war ein 0,8 cm großes Fragment, in diesem Bereich zeigte sich auch eine deutliche Hämatombildung.

Während des Heilverfahrens erhielt die Klägerin vor dem Unfall zunächst Trainingseinheiten zur Mobilisierung und Muskelkräftigung im Kniegelenksbereich. Nach dem Unfall war die Schmerzsymptomatik rasch rückläufig, so dass eine passive Mobilisierung des Kniegelenks möglich war. Bei der Abschlussuntersuchung war das Kniegelenk unauffällig. Die Klägerin gab Druckschmerz an. Die Beweglichkeit lag bei 85°. Ein Erguss bestand nicht. Die Vollbelastung des rechten Beines war wieder hergestellt.

Auf Anfrage der Beklagten, ob ein zuvor bestehendes Leiden die alleinige oder wesentlich mitwirkende Ursache des Unfalles gewesen sei, erklärten die Ärzte der Orthopädischen Klinik, dies sei nicht der Fall, weil die Kniegelenks-TEP bereits zwei Jahre zurück gelegen habe. Vor dem Unfall habe bei unauffälligem Gangbild subjektiv ein Unsicherheitsgefühl im Bereich des rechten Beines bestanden.

Am 2. Juni 2004 stellte sich die Klägerin in der Ambulanz des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in R. vor. Prof. Dr. N. erklärte im Schreiben vom 9. Juni 2004, es handle sich um einen Zustand nach schwerer Distorsion des rechten Kniegelenks mit Quadrizepssehnteilruptur. Er stellte ein sicheres Gangbild fest. Die Muskulatur des rechten Oberschenkels war relativ gut aufgebaut.

Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Quadrizepsmuskulatur und -Sehne bestand nicht, dagegen ein deutlicher Patellaanpressschmerz. Die Beschwerden seien nicht mehr auf das Unfallereignis vom 4. März 2004 zurückzuführen, sondern auf die erhebliche Retropatellararthrose. Deswegen werde eine Gelenkrevision empfohlen.

Am 24. Juni 2004 gab die Klägerin bei Dr. H. einen leichten Schmerz im Bereich der Quadrizepssehne an. Dr. H. erklärte die "Bg-liche Behandlung" mit dem 24. Juni 2004 für abgeschlossen, die weitere Behandlung habe mit dem Unfall nichts mehr zu tun.

Die Beklagte erkannte im Bescheid vom 03.05.2005 als Folgen des Arbeitsunfalles an: Prellung des rechten Kniegelenkes mit Teilriss der Quadrizepssehne. Ein Anspruch auf Rente bestehe nicht. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit hätten bis zum 24. Juni 2004 bestanden.

Die Klägerin erklärte im Widerspruch vom 6. Mai 2005, sie habe vor dem Unfall und nach der Knie-TEP keine Probleme gehabt, sondern erst danach.

Dr. P., Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses St. J. K., hatte die Klägerin am 7. Juni 2002 operiert. Wegen einer Pongonarthrose am rechten Kniegelenk wurde eine Totalendoprothese implantiert. Intraoperativ wurde eine massive Osteophytenbildung festgestellt. Die Retropatellarfläche war erheblich angegriffen. Am 14. September 2004 wurde im Kreiskrankenhaus K. u.a. eine Resektion eines Patellaosteophyten vorgenommen. Vom 29. September 2004 bis 4. Oktober 2004 wurde die Klägerin dort erneut stationär behandelt. Am 4. Oktober wurde die Klägerin bei reizloser Wunde und freier Beweglichkeit entlassen. Am 5. April 2005 erfolgte eine Arthroskopie des linken Kniegelenkes wegen Gonarthrose, Innenmeniskushinterhornläsion, Knorpelschäden.

Der beratende Arzt der Beklagten, der Chirurg Dr. B., erklärte in der Stellungnahme vom 11. Juli 2005, aus den Röntgenaufnahmen 1999 sei u.a. eine fortgeschrittene Arthrose im rechten Kniescheibengelenk zu sehen. Im Operationsbericht vom 7. Juni 2002 würden massive Osteophytenbildungen beschrieben. Insofern sei davon auszugehen, dass sich die Verschleißschäden weiterentwickelt hätten. Eine Verschlimmerung des Vorschadens durch den Unfall könne nicht angenommen werden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2005 zurück.

Zur Begründung der Klage erklärte die Klägerin, sie sei am 4. März 2004 gestürzt. Eine Gonarthrose werde bestritten.

Der vom Sozialgericht zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. H. führte im Gutachten vom 8. Februar 2006 aus, eine knöcherne Verletzung habe nicht vorgelegen, auch die Teilruptur der Quadrizepssehne sei zweifelhaft. Die Beschwerden seien auf die unfallfremden Veränderungen im Kniescheibengleitlager zurückzuführen.

Der auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. I. erklärte im Gutachten vom 14. Juli 2006, bei der Operation am 7. Juni 2002 sei die Retropatellarfläche zwar erheblich angegriffen gewesen, es habe jedoch noch ein einigermaßen guter Knorpelüberzug bestanden. Nach dem Unfall sei es zu einem fortschreitenden retropatellaren Knorpelschaden gekommen. Vom Unfall bis zu dem operativen Eingriff am 14. September 2004 hätten Brückensymptome im Sinne von Schmerzen, Schwellungszuständen und schmerzhafter Bewegungseinschränkung bestanden. Am 2. Juni 2004 sei in der Ambulanz des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder ein deutlicher Patellaanpressschmerz und eine deutliche retropatellare Schmerzsymptomatik dokumentiert worden. Diese Schmerzsymptomatik habe vor dem Unfall nicht bestanden. Der Unfall sei somit zumindest eine wesentliche Teilursache für die Dauerschmerzen, die Bewegungseinschränkung und die Minderbelastbarkeit des Kniegelenkes. Die MdE sei mit 20 v.H. einzuschätzen gewesen. Der operative Eingriff vom 14. September 2004 stehe in kausalem Zusammenhang mit dem Unfall. Wegen Wundheilungsstörungen sei von Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Dezember 2004 auszugehen.

Die Beklagte übersandte eine Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 2. Oktober 2006. Auch wenn man davon ausgehe, dass tatsächlich eine knöcherne Verletzung entstanden sei, so sei jedenfalls eine funktionell wirksame Quadrizepssehneruptur nicht eingetreten. Die Streckung sei am 19. März 2004 zwar schmerzbedingt eingeschränkt, aber möglich gewesen. In der Unfallmeldung sei darauf hingewiesen, dass keine Hämatomverfärbung bestanden habe. Wenn die Quadrizepssehne mit einem kleinen Knochenstück ausgerissen wäre, so wäre eine entsprechende Dehizensz festzustellen gewesen, was bei der Operation am 14. September 2004 nicht der Fall gewesen sei. Außerdem sei bei der Untersuchung vom 2. Juni 2004 ein sicheres Gangbild festgestellt worden und die Muskulatur am rechten Oberschenkel gut aufgebaut gewesen. Somit müsse auch klinisch eine Quadrizepssehneruptur ausgeschlossen werden. Die Retropatellararthrose sei unfallunabhängig. Die Unfallfolgen der Zerrung seien am 24. Juni 2004 ausgeheilt gewesen.

Mit Urteil vom 14. März 2007 wies das Sozialgericht Regensburg die Klage ab und stützte sich dabei auf die Ausführungen von Dr. H. und Prof. Dr. H ...

Mit der Berufung verweist die Klägerin auf die überzeugenden Ausführungen des Dr. I ...

Der vom Senat zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Orthopäde Dr. F. führte im Gutachten nach Aktenlage vom 7. August 2007 aus, bei der Aufnahmeuntersuchung, also vor dem Unfallereignis, habe das Kniegelenk nur bis 95° gebeugt werden können. Dies führe zu einer unphysiologischen Belastung der Quadrizepssehne, wenn durch ein äußeres Ereignis wie das Ausrutschen die reduzierte Beugefähigkeit über den Grenzbereich geführt werde. Daher sei der knöcherne Ausriss der Randzacke am Oberrand der Kniescheibe vorstellbar. Die wesentliche Teilursache des Risses liege aber in der vorbestehenden Beugehemmung auf der Basis des endoprothetischen Ersatzes des Kniegelenkes. Bei ausreichender Beugefähigkeit hätte das Ausrutschen nicht zu einer Läsion des Sehnenapparates führen können. Dass die Verletzung der Quadrizepssehne bzw. der knöcherne Ausriss rasch zur Ausheilung gekommen seien, ergebe sich aus der Abschlussuntersuchung, bei der die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes bis auf 10° wieder hergestellt gewesen sei. Es habe kein Erguss bestanden. Ausdrücklich werde von einer wiederhergestellten Vollbelastung berichtet. Insofern sei die Kniescheibenarthrose auch nicht Folge einer verletzungsbedingten Immobilisation. Die initial geklagte Schmerzsymptomatik sei rasch rückläufig gewesen, so dass eine passive vorsichtige Mobilisierung habe begonnen werden können. Es habe sich also kein Immobilisationsschaden entwickeln können. Auch die Ärzte im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder hätten die am 2. Juni 2004 geklagten Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis

zurückgeführt. Der Anpressschmerz erkläre sich durch die seit 1990 röntgenologisch dokumentierten degenerativen Veränderungen. Ab 24. Juni 2004 sei die Verletzung auf jeden Fall ausgeheilt gewesen.

Dr. I. habe die gravierenden Zusatzeinflüsse der Sehnendegeneration in Form von Verkalkungen, das Übergewicht und die schon vor dem Unfall angegebene Unsicherheit nicht berücksichtigt. Durch einen innerhalb kurzer Zeit verheilten Knochenausriss habe schon rein theoretisch eine Änderung der Position der Kniescheibe nicht entstehen können. Die Operation vom 14. September 2004 sei ausschließlich wegen der vorbestehenden Arthrose vorgenommen worden. Eine Brückensymptomatik habe nicht bestanden, da die Beschwerden auf der Arthrose und nicht auf Unfallfolgen beruht hätten. Immerhin habe die Klägerin bei der Aufnahmeuntersuchung in der Orthopädischen Klinik angegeben, ohne Voltaren sei keine Bewegung längerfristig möglich.

Die Klägerin wandle dagegen ein, sie habe ein Trauma mit einer schweren Distorsion des rechten Kniegelenks mit Teilabriss der Quadrizepssehne erlitten. Es treffe nicht zu, dass es zu einer wiederhergestellten Vollbelastung und sicherem Gangbild gekommen sei. Aus dem Entlassungsbericht der orthopädischen Klinik ergebe sich, dass eine Gangunsicherheit bestanden habe, diese sei auf den Unfall zurückzuführen. Es werde ersucht, Dr. I. Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Einwendungen von Dr. F. zu geben. Dr. F. werde wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Der Antrag auf Ablehnung des ärztlichen Sachverständigen Dr. F. wurde mit Beschluss vom 19. Oktober 2007 abgelehnt.

Der Bevollmächtigte der Klägerin stellte den Antrag

aus seinem Schriftsatz vom 12. Mai 2007, hilfsweise beantragte er die persönliche Anhörung des Dr. I ...

Die Beklagte beantragte,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht Regensburg die Klage abgewiesen. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass auch die Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen Dr. F. die Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt haben. Dr. F. hat überzeugend darauf hingewiesen, dass bereits bei der Aufnahmeuntersuchung der Klägerin am 13. Februar 2004 das Kniegelenk nur bis 95° gebeugt werden konnte. Diese unvollständige Beugung führte zwangsläufig zu einer unphysiologischen Belastung der Quadrizepssehne. Durch ein Ausrutschen wurde die Beugefähigkeit über das erhaltene Maß beansprucht, so dass der knöcherne Ausriss der Randzacke am Oberrand der Kniescheibe vorstellbar ist. Denn spätestens ab einer Beugstellung von 95° war eine überfallartige Krafteinwirkung auf die Quadrizepssehne gegeben. Damit ist allerdings die wesentliche Teilursache des Risses die bereits vor dem Unfall bestehende Beugehemmung des Kniegelenks. Bei ausreichender Beugefähigkeit wäre es zu der Läsion des Sehnenapparates nicht gekommen.

Die Röntgenaufnahmen von 1990 zeigen beginnende arthrotische Anlagerungen am oberen und unteren Patellapol. Auf den Aufnahmen von 1998 haben die arthrotischen Anlagerungen bereits deutlich zugenommen, vor allem an den Patellapolen. Auf den Röntgenbildern von 1999 sind deutliche arthrotische Ausziehungen der Kreuzbandansätze zu sehen, sowie massive degenerative Anlagerungen am oberen und unteren Patellapol. Auch das gesamte Gleitlager ist durch unregelmäßige Knochenoberflächen gekennzeichnet.

Die Verletzung der Quadrizepssehne kam, wie sich aus den ärztlichen Befunden ergibt, rasch zur Ausheilung. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung am 16. März 2004 war die Beweglichkeit des Kniegelenks bis auf 10° wieder hergestellt. Es bestand kein Erguss. Ausdrücklich wiesen die Ärzte der Orthopädischen Klinik auf die wiederhergestellte Vollbelastung des rechten Beines hin. Diese Beurteilung wird auch durch die Ärzte des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in R. bestätigt. Am 2. Juni 2004 bestanden zwar noch Beschwerden, die aber nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen waren. Das Gangbild war wieder sicher und die Muskulatur relativ gut aufgebaut. Die Quadrizepssehne war schon nicht mehr druckempfindlich. Der Anpressschmerz erklärt sich durch die seit 1990 dokumentierten degenerativen Veränderungen im Sinne einer Retropatellararthrose.

Diese Kniescheibenarthrose war weder ursächlich noch im Sinne der Verschlimmerung Folge einer verletzungsbedingten Immobilisation. Denn nur 12 Tage nach der Verletzung war ja, wie die behandelnden Ärzte bestätigt haben, die volle Belastbarkeit des Beines wieder hergestellt. Es konnte eine passive vorsichtige Mobilisierung begonnen werden. Die Klägerin wurde zweimal täglich einer Motorschienenbehandlung ausgesetzt. Daher konnte sich, so Dr. F., gar kein Immobilisationsschaden entwickeln.

Nicht überzeugen konnte dagegen das Gutachten des Dr. I. vom 14. Juli 2007, da er die gravierenden Zusatzeinflüsse der Sehnendegeneration in Form von Verkalkungen, das Übergewicht und die schon vor dem Unfall von der Klägerin angegebene Unsicherheit des Kniegelenks nicht berücksichtigt hat. Der in kurzer Zeit verheilte Knochenausriss konnte auch nicht, wie Dr. F. betont, zu einer Änderung der Position der Kniescheibe führen. Die Operation vom 14. September 2004 erfolgte, wie die Ärzte der Klinik der Barmherzigen Brüder angegeben haben, wegen der vorbestehenden Arthrose und nicht wegen Unfallfolgen. Eine Brückensymptomatik hat insofern nicht bestanden, als Prof. Dr. N. ausdrücklich die Beschwerden nicht auf die Unfallfolgen, sondern auf die unfallfremde Arthrose zurückführte.

Einer Anhörung des ärztlichen Sachverständigen Dr. I. bedurfte es dagegen nicht. Dr. I. hat seine ärztliche Beurteilung der medizinischen Sachlage im Gutachten vom 14. Juli 2006 ausführlich dargestellt. Dr. I. Ausführungen sind nicht erläuterungsbedürftig. Auch hat die Klägerin

nicht nachvollziehbar dargelegt, welche Gesichtspunkte noch nicht erwähnt worden wären und nur mündlich vorgetragen werden könnten.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-09-16