

L 2 U 66/11

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 669/05

Datum

16.11.2010

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 66/11

Datum

24.07.2013

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Frage der wesentlichen Verursachung von Unfallfolgen nach [§ 8 SGB VII](#).

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16. November 2010 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) für den Arbeitsunfall vom 20.10.2004.

Der 1947 geborene Kläger ist als selbstständiger Handelsvertreter bei der Beklagten freiwillig versichert.

Mit Unfallanzeige vom 22.10.2004 gab der Kläger an, dass er am 20.10.2004 bei dem Versuch, das Autohaus S. AG zu betreten, gegen eine automatisch öffnende Glastüre (Doppeltüre) gelaufen sei. Diese habe sich geöffnet und sofort wieder geschlossen, dabei sei er mit voller Wucht dagegen geprallt und habe sich folgende Verletzungen zugezogen: "Schürfwunden am Nasenbein + Haarriss, Nasenspitze angebrochen, Stirn- und Kopfprellungen, rechte Schulter, rechten Ellenbogen (Bluterguss), Prellungen rechtes Bein + Knie + Fußspitze (Zehen), d. h. die gesamte rechte Seite, sowie beim Abstützen der linken Hand, den Daumen gestaucht". Im Durchgangsarztbericht vom 23.10.2004 ist als Diagnose festgehalten: multiple Prellungen, Nasenbeinfissur. Bezüglich Schädels, rechter Schulter, rechten Ellbogens, Daumens, linker Hand hätten sich im Röntgenbefund keine Frakturzeichen ergeben. Eine Knieverletzung ist nicht vermerkt, alle Extremitäten werden als frei beweglich geschildert.

Am 26.10.2004 wurde eine Kernspintomographie des Schädels durchgeführt und hierbei eine Nasenseptumdeviation festgestellt.

Am 18.11.2004 erfolgte eine Kernspintomographie des rechten Kniegelenks durch die radiologische Praxis Dr. O., nachdem der Kläger über Schmerzen infrapatellar und medio-patellar seit seinem Unfall vom 20.10.2004 geklagt hatte. Nach deren Befundbericht vom 22.11.2004 lag eine 1,5 x 1,4 x 0,8 cm große subchondrale ossäre Läsion des medialen Femurkondylus interkondylennah vor, die zusammen mit den angrenzenden chondropathischen Veränderungen und einem nicht vollständig abgelösten Knorpel-Flake mit dem Befund eines Morbus Ahlbäck vereinbar sei. Weiter wurden eine mäßiggradige mediale Gonarthrose, ein geringer Gelenkerguss mit mäßigen Reizungszeichen der Synovialmembran und eine Rhexis des Hinterhorns des Innenmeniskus festgestellt.

Eine weitere Kernspintomographie des rechten Kniegelenks vom 19.01.2005 ergab eine gegenüber der Voruntersuchung vom 18.11.2004 annähernd unveränderte Größe und Konfiguration der ossären Läsion am medialen Femurkondylus intercondylennah, vereinbar mit einem Morbus Ahlbäck. Die überdeckende Knorpelschicht zeige unverändert den noch nicht vollständig abgelösten Knorpelflake, der jetzt etwas prominenter sei (Befundbericht vom 21.01.2005).

Am 03.02.2005 wurde in der Praxis für Nuklearmedizin Dr. S. eine Skelettszintigraphie durchgeführt. Der Befund bestätigte die Annahme einer nicht mehr ganz frischen subchondralen Läsion des medialen Femurkondylus des rechten Kniegelenkes etwas lateral der Interkondylregion im Sinne des Morbus Ahlbäck. Es finde sich kein Hinweis auf defizitäre Perfusion bzw. randbetonte reparative Hypermineralisation als Manifestation größerer Osteonekrosen im medialen Femurkondylus.

In einem von der Beklagten veranlassten Zusammenhangsgutachten vom 18.04.2005 führte Prof. Dr. I., Vorstand der Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie des Klinikums I. der Technischen Universität C-Stadt, aus, dass bei dem Kläger am rechten Knie die Erkrankung Morbus Ahlbäck vorliege. Eine Kniegelenksprellung werde laut Aktenlage erstmals am 15.11.2004 erwähnt. Eine traumatische Genese sei zu verneinen, da ausweislich der Befunde die ersten beiden Stadien dieser Erkrankung schon vor längerer Zeit durchlaufen worden sein müssten. Die im zeitlichen Verlauf gefertigten Kernspinaufnahmen zeigten nämlich keine Veränderungen der Größe der subchondralen ossären Läsion, und außerdem liege in der ersten Kernspinaufnahme 4 Wochen nach dem Unfall schon ein relativ großer Defekt vor mit nur geringem Gelenkerguss und nur mäßigen Reizungszeichen in der Synovialmembran, die sich nahezu unverändert in der Kontroll-Kernspintomographie vom 19.01.2005 darstellten. In der Literatur werde bei der traumatischen Genese zuerst von einer Fraktur des subchondralen Knochens ausgegangen, die hier nicht nachweisbar sei. Das heiße, dass die ersten zwei Stadien schon vor längerer Zeit durchlaufen worden sein müssten. Schon in der ersten MRT-Kontrolle sei ein Morbus-Ahlbäck-Syndrom Stadium III nach Aglietti beschrieben worden.

Mit weiterem Schreiben vom 14.06.2005 teilte Dr. I. mit, dass das Gutachten vom 18.04.2005 widerrufen werde. Aufgrund nunmehr vorliegender Unterlagen werde von einem mit dem Unfallereignis teilweise in Zusammenhang stehenden posttraumatischen Morbus Ahlbäck ausgegangen. Die im Verlauf angefertigten Kernspinaufnahmen zeigten keine Veränderungen der Größe der subchondralen ossären Läsion, bereits in der initial angefertigten Kernspinaufnahme sei schon ein relativ großer Defekt vorhanden gewesen. Auch die am 03.02.2005 angefertigte Skelettszintigraphie bestätige die Annahme einer nicht mehr ganz frischen subchondralen Läsion des medialen Femurkondylus des rechten Kniegelenks. Es liege eine analoge Entwicklung des Defekts wie bei einem Trauma des vorderen Kreuzbandes mit Bone Bruise vor. Es handele sich um eine fokale Osteonekrose, deren Genese oft unbekannt bleibe. Literarisch würden Mikrotraumen, Überlastung oder Knochenkontusionen genannt. Die Ursache werde zu 50 % teilunfallbedingt gesehen. Es bestehe anhaltende Arbeitsunfähigkeit, ein Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird nicht angegeben.

Mit Bescheid vom 20.07.2005 lehnte die Beklagte eine Verletztenrente wegen des Versicherungsfalls vom 20.10.2004 ab. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit hätten längstens für eine Woche bestanden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im messbaren Grade über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall bestehe nicht. Als Unfallfolgen wurden anerkannt: folgenlos verheilte, multiple Körperprellungen und eine folgenlos verheilte Nasenbeinfissur. Als Unfallfolgen wurden nicht anerkannt: Morbus Ahlbäck, Innenmeniskusschaden und verschleißbedingte Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenks. Zur Begründung verwies die Beklagte auf die im Gutachten des Prof. Dr. I. genannte oft unbekannte Genese der Knieerkrankung Morbus Ahlbäck. Unter Berücksichtigung der bestehenden Schadensanlage und unter Würdigung sämtlicher medizinischer Befunde sei es weder nachgewiesen noch hinreichend wahrscheinlich, dass das äußere Ereignis rechtlich wesentliche Ursache bzw. Teilursache für die geltend gemachte Knieerkrankung sei, weder im Sinne der Entstehung noch der Verschlimmerung. Im Übrigen sei im Durchgangsarztbericht vom 23.10.2004 kein Knie Trauma diagnostiziert worden.

Den gegen diesen Bescheid eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.08.2005 als unbegründet zurück.

Dagegen hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) München am 24.10.2005 Klage erhoben.

Das SG hat den Chirurgen und Orthopäden Dr. B. zum Sachverständigen ernannt. In seinem Gutachten vom 05.02.2009 schildert der Sachverständige bezüglich der Aktenlage, dass in der Klageakte des SG zum Az. S 24 U 100/03 ein Röntgenbild des rechten Kniegelenks vom 23.07.2002 enthalten sei, das Zeichen einer ausgeprägten Chondrocalcinose zeige. Außerdem verweist er auf die im Gutachten des Dr. C. vom 20.07.2003 im Verfahren Az. S 24 U 100/03 festgehaltene Behandlung des rechten Beines im Jugendalter über fast ein Jahr lang mit Gipsverbänden. Das rechte Knie sei haltlos und knicke weg. Eine Vorerkrankung des rechten Knies liege zweifelsfrei vor.

Betreffend den Untersuchungsbefund schildert der Gutachter, dass sich das rechte Kniegelenk reizlos darstelle, kein Erguss, keine Überwärmung. Der Bandapparat sei stabil. Es ergebe sich eine inadäquate Schmerzangabe bei Betastung. Als Diagnosen werden angegeben eine Funktionseinschränkung des rechten Beines durch Erkrankung in der Jugend, Chondrocalcinose am rechten Knie, Formanomalie des medialen Femurkondylus rechts, ausgeprägte Knorpelschädigung rechtes Kniegelenk. Außerdem wird eine ausgeprägte psychosomatische Überlagerung bei Rentenbegehren genannt. Bezüglich der Beurteilung schildert der Gutachter, dass vor dem aktuellen Ereignis vom 20.10.2004 bereits ein massiver Knieschaden bestanden habe, auch mit mehrjährigem Abstand sei eine Progredienz dieser Schädigung durch das Ereignis vom 20.10.2004 nicht nachweisbar. Es habe sich zudem um einen Aufprall gegen eine Glastür gehandelt. Bei diesem Mechanismus sei eine Prellung der Kniegelenkregion, speziell der Kniescheibe vorstellbar. Eine Krafteinwirkung mit Seitverbiegung sei nicht zu erkennen. Damit sei dieser Mechanismus zur Auslösung von Mikrofrakturen im Femurkondylus nicht adäquat. Genau diese Schädigung sei aber bei der Entwicklung eines posttraumatischen Morbus Ahlbäck zu fordern. Der Gutachter merkt weiter an, dass der Gutachter Prof. Dr. I. nicht ausreichend nach Vorschäden gefragt und auch eine Analyse des Unfallmechanismus nicht stattgefunden habe. Das Ereignis vom 20.10.2004 habe eine Nasenbeinfissur sowie multiple Prellungen ausgelöst. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) messbaren Grades über die 13. bzw. 26. Woche hinaus sei nicht feststellbar; es sei von einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit und Heilbehandlungsbedürftigkeit bis 30.10.2004 auszugehen.

In dem auf Antrag des Klägers eingeholten Gutachten des Prof. Dr. D. vom 29.09.2009 schildert der Gutachter das Ergebnis des Kernspintomogramms vom 18.11.2004 mit ossärer Läsion des medialen Femurkondylus, vereinbar mit dem Befund eines Morbus Ahlbäck. Ferner finde sich eine mäßiggradige medialisseitige Gonarthrose sowie der Nachweis einer horizontalen Rhexis im Hinterhorn des Innenmeniskus. Die Kontrollkernspintomographie vom 19.01.2005 zeige in der Knorpelstruktur eine zunehmende Signalinhomogenität. Die skelettszintigraphische Untersuchung vom 04.02.2005 bestätige die Annahme einer nicht mehr ganz frischen subchondralen Läsion am medialen Femurkondylus am rechten Kniegelenk.

Als aktuelle Beschwerden berichtet der Kläger ein nahezu ständiges Reibegeräusch im Bereich des rechten Kniegelenks und ein

Instabilitätsgefühl. Bezüglich des Befunds schildert der Gutachter am rechten Kniegelenk einen Druckschmerz über dem medialen Gelenkspalt sowie einen Bewegungsschmerz endgradig. Die Bandführung am rechten Kniegelenk sei stabil. Ergusszeichen bestünden an den Kniegelenken nicht, beim Durchbewegen zeige sich ein geringfügiges retropatellares Reiben. Bezüglich der vorliegenden Röntgen- und MRT-Ergebnisse wird ausgeführt, dass sich auf einer Aufnahme vom 15.04.2003 eine deutliche Chondrocalcinose zeige. Dieser Befund sei bei der Röntgenaufnahme vom 16.11.2004 unverändert sowie ebenfalls bei der Aufnahme vom 27.04.2007. Eine MRT-Aufnahme vom rechten Oberschenkel vom 28.03.2003 zeige bezüglich des rechten Kniegelenks eine Signalinhomogenität an der medialen Femurcondyle, eine Veränderung der Binnenstruktur im Sinne einer Osteonekrose könne also bereits zu diesem Zeitpunkt erkannt werden. Das Kernspintomogramm vom 18.11.2004 zeige eine subchondrale Läsion, die in der Größe unverändert auch am 19.01.2005 zur Darstellung komme. Zu diesem Zeitpunkt wirke auch ein Knorpelflake zunehmend aufgetrieben. Das Kernspintomogramm vom 07.05.2007 zeige im Vergleich zum 19.01.2005 eine deutlich rückläufige Größe der subchondralen Knochenläsion am medialen Femurcondylus, es fänden sich nur noch kleine zystische Reaktionen, der vorbestehende Knorpelflake scheine im Verlauf vollständig abgelöst und disloziert. Unverändert finde sich eine horizontale Rissbildung am Innenmeniskushinterhorn. Es finde sich eine Osteonekrose der medialen Femurcondyle des rechten Kniegelenks mit drittgradigem Knorpelschaden in der Hauptbelastungszone sowie eine erst- bis zweitgradige Chondropathie am medialen femuralen Patellagleitlager.

Es sei unzweifelhaft dokumentiert, dass bereits vor dem Unfallereignis vom 20.10.2004 eine Schädigung des rechten Kniegelenks bestanden habe. Auch radiologisch sei vor dem 20.10.2004 bereits eine deutliche Chondrocalcinose medial- und lateralseitig zu erkennen. Aufgrund der Aufnahmen vom 18.11.2004 und 19.01.2005 sei davon auszugehen, dass im Zeitraum von zwei Monaten zwischen diesen beiden Untersuchungen doch ein Fortschreiten der Knorpelläsion vorgelegen habe und es zu einer Defektheilung der Osteonekrose gekommen sei. Auch wenn in den vorliegenden Akten nicht zweifelsfrei dokumentiert sei, dass das Ereignis vom 20.10.2004 zu einer Verletzung des rechten Kniegelenks geführt habe, so sprächen doch die radiologischen Befunde zumindest für eine Verschlimmerung eines anlagebedingten Leidens. Dabei sei sicherlich strittig, ob der Unfallmechanismus des Ereignisses vom 20.10.2004 geeignet sei, die beschriebenen Veränderungen hervorzurufen. Der Gutachter Dr. B. fordere hier eine adäquate Krafteinwirkung bei der Entwicklung eines posttraumatischen Morbus Ahlbäck. Jedoch ergäben sich Hinweise aus den Bilddokumenten, dass das Unfallereignis vom 20.10.2004 zu einem über den vorbestehenden Kniegelenksschaden hinaus weiteren unfallbedingten Schaden geführt habe. Dies äußere sich in der Zunahme des Knochenmarködems, der Abhebung einer Knorpellamelle im Verlauf von acht Wochen und der im weiteren Verlauf dokumentierten "Heilung" der Knochenstoffwechselstörung. Die Abnahme des Knochenmarködems sei typisch für eine unfallbedingte Schädigung des Kniegelenks. Das Ereignis vom 20.10.2004 werde somit als 50 %ige Teilursache der aktuell gefundenen Gesundheitsstörungen am rechten Knie betrachtet. Das Unfallereignis führe zu einer Verschlimmerung eines bereits vorbestehenden Knochenmarködems am medialen Femurcondylus mit nachfolgend konsekutiver Ablösung eines Knorpelfragmentes. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit werde mit 10 % eingeschätzt und eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis 31.01.2005 angenommen.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 28.01.2010 hat der Sachverständige Dr. B. an seiner Einschätzung festgehalten. Er hat dargelegt, dass unstrittig ein erheblicher Vorschaden des rechten Kniegelenks bestehe. Der Gesamtablauf des Unfallgeschehens spreche gegen eine gravierende Knieverletzung. Die NMR-Aufnahmen vom 18.11.2004 und 19.01.2005 würden überinterpretiert, soweit Dr. D. ein Fortschreiten der Knorpelläsion daraus ableite, dass im Vergleich der NMR-Aufnahmen vom 18.11.2004 und vom 19.01.2005 "ein nicht vollständig abgelöstes Knorpelflake prominenter" erschienen sei. Technisch sei die Auflösung von NMR-Bildern nämlich nicht ausreichend, um derartige Aussagen zu belegen, weshalb auch die untersuchenden Radiologen keine derartigen Rückschlüsse gezogen hätten. Unverständlich seien die Ausführungen zur Abnahme des Knochenmarködems, da eine Ödembildung bereits ein Jahr vor dem Unfall festgestellt worden sei. Eine Defektheilung einer Osteonekrose sei nicht abzuleiten. Die Interpretation der skelettszintigraphischen Befunde sei nicht schlüssig, denn auch bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen, die unstrittig vorlägen, seien Anreicherungen häufig nachweisbar. Irgendwelche Rückschlüsse auf die Unfallgenese seien hier abwegig, zumal bei Aufnahmen, die erst mehrere Monate nach dem Unfall gemacht wurden.

In der mündlichen Verhandlung vom 16.11.2010 hat das SG den Kläger nochmals zum Unfallmechanismus befragt. Er hat angegeben, mit dem rechten Fuß in der sich schließenden Glastür stecken geblieben und dann gestürzt zu sein. Seitens des Gerichts ist auf die zeitnahe Unfallschilderung im Unfallbericht des Klägers vom 22.10.2004 verwiesen worden, in dem Prellungen des rechten Beins, Knies und der Fußspitze angegeben waren und sich kein Hinweis auf einen Drehsturz fand.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt, unter Aufhebung des Bescheides vom 20.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2005 die Beklagte zu verurteilen, festzustellen, dass die beim Kläger vorliegenden Folgen des Ereignisses vom 20.10.2004 bis auf Weiteres eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit bedingen, dessen Erwerbsfähigkeit dadurch über die 26. Woche nach deren Eintritt hinaus bis auf Weiteres um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, demgemäß die hierfür vorgesehenen gesetzlichen Leistungen zu gewähren.

Das SG hat mit Urteil 16.11.2010 (Az. [S 9 U 669/05](#)) die Klage abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Das SG hat sich dem Gutachten des Sachverständigen Dr. B. angeschlossen. Es habe ein erheblicher Vorschaden am rechten Knie bestanden. Bezüglich des Unfallmechanismus sei entgegen dem Vorbringen in der mündlichen Verhandlung nicht von einem Hängenbleiben zwischen den sich schließenden Glasschiebetüren mit Drehsturz, sondern von einem Anprall auf die sich schließende Glasschiebetüre auszugehen, weil der Kläger bis zur mündlichen Verhandlung den Unfall immer so geschildert habe und die übrigen Verletzungen für einen Anprall sprächen. Damit sei keine Krafteinwirkung mit Seitverbiegung auf das Knie zu erkennen, die geeignet gewesen wäre, Mikrofrakturen im Femurcondylus auszulösen.

Der Kläger hat gegen das Urteil des SG, das ihm am 24.01.2011 zugestellt worden ist, am 16.02.2011 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt.

Mit seiner Berufung macht der Kläger geltend, dass sich das SG zu Unrecht den Ausführungen des Sachverständigen Dr. B. angeschlossen habe. Die allgemeine Lebenserfahrung lasse bei einem bereits mehr oder weniger vorgeschädigten Knie nach einem intensiven Unfall (der Kläger sei bei dem Unfall bereits 57 Jahre alt und nach dem Unfall mehrere Wochen vollständig arbeitsunfähig gewesen) den Schluss ziehen, dass es nicht fernliegend sei, dass hiervon noch eine dauerhafte Schädigung resultieren könne.

Das LSG hat die Schwerbehindertenakte des Zentrum Bayern Familie und Soziales beigezogen und mit Beweisordnung vom 13.12.2011

den Orthopäden Dr. C. zum Sachverständigen ernannt. Mit Schreiben vom 17.01.2012, bei Gericht eingegangen am 18.01.2012, hat der Klägerbevollmächtigte mitgeteilt, sein Mandant sei mit Schreiben vom 13.01.2012 aufgefordert worden, sich bei Dr. C. zur ambulanten Untersuchung einzufinden. Er lehne Dr. C. als Gutachter ab. Der Kläger sei bereits in einem Vorprozess im Jahr 2003 von Dr. C. im Auftrag des SG München zum Rechtsstreit Az. S 24 U 100/03 begutachtet worden, dabei hätten sich persönliche und fachliche Differenzen aufgebaut, die eine objektive Beurteilung durch Dr. C. nicht erwarten ließen.

Der Sachverständige Dr. C. hat in seinem Gutachten vom 01.08.2012 ausgeführt, der Kläger habe das Unfallereignis im Rahmen der ambulanten Untersuchung am 31.07.2012 dahingehend beschrieben, dass er frontal gegen die Glastüre gerannt sei, wobei die gesamte rechte Körperhälfte involviert gewesen sei. Daraus sei der Schluss zu ziehen, dass eine Prellverletzung an der Vorderseite des rechten Kniegelenks, also im Bereich der Kniescheibe, abgelaufen sein müsse. Dafür spreche auch, dass sich der Kläger bei diesem Unfall eine Fissur am Nasenbein zugezogen habe. Primär habe er Schmerzen in der rechten Schulter, am rechten Oberarm, rechten Ellenbogengelenk, am zweiten bis vierten Mittelfußköpfchen rechts angegeben, aber keine das rechte Kniegelenk betreffende Symptomatik. Infolgedessen sei bei der ersten Untersuchung beim Durchgangsarzt drei Tage nach dem Unfall auch keine Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenks vorgenommen worden. Erst am 18.11.2004 sei das rechte Knie kernspintomographisch untersucht worden. Gefunden worden sei eine subchondrale, knöcherne Läsion am Gewicht tragenden Anteil der inneren Oberschenkelrolle, also in einem Bereich, welche bei einer frontalen Prellverletzung nicht getroffen worden sein konnte. Ein Knorpelflake sei nicht vollständig abgelöst gewesen. Die Erkrankung sei mit einem Morbus Ahlbäck vereinbart, worunter das Absterben von Knochen- und Knorpelgewebe zu verstehen sei. Ursächlich dafür seien Ernährungsstörungen der Knochen- und Knorpelschichten. Es habe bereits eine mäßige innenseitige Kniegelenksarthrose vorgelegen. Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks vom 17.07.2003 zeigten bereits ausgeprägte Entrundungen mehr des inneren als des äußeren Schienbeinerkers und der Kreuzbandansätze, außerdem deutliche Verkalkungen mehr des Innen- als des Außenmeniskus und eine diskrete Demineralisierung der inneren Oberschenkelrolle oberhalb des inneren Kreuzbandansatzes. Insoweit sei verifiziert, das erhebliche Vorschäden am rechten Knie zum Zeitpunkt der Prellverletzung vom 20.10.2004 bestanden hätten. Die diskrete Demineralisierung im Bereich der Region, in der später der M. Ahlbäck diagnostiziert worden sei, sei bereits damals ein Hinweis für die vorbestehende Knorpel-Knochennekrose gewesen. Die Kontroll-Kernspintomographie am 19.01.2005 hätte keinen richtungsweisenden Befundwandel bezüglich der unterhalb der Knorpelschicht gelegenen knöchernen Schädigung der inneren Oberschenkelrolle im Gewicht tragenden Teil erbracht. Nach wie vor sei der Knorpelflake nicht vollständig abgelöst gewesen, und neue Läsionen seien nicht aufgetreten. Allein aus der Tatsache, dass das Knorpelflake am 19.01.2005 "etwas prominenter" erschienen sei, könne man im Gegensatz zur Auffassung des Sachverständigen Dr. D. nicht den Schluss auf eine unfallbedingte Verschlimmerung ziehen, denn dass einmal entstandene Knorpelflakes die Tendenz zur Progredienz hätten, läge nun einmal im Wesen der Erkrankung. Nur eine schwere Krafteinwirkung wäre in der Lage gewesen, eine Knorpel-Knochenabspaltung traumatisch zu verursachen. Jedoch habe auf die von der Knorpel-Knochennekrose betroffene Region keine Kraft einwirken können. Betroffen sei vom Trauma die Vorderseite des Kniegelenks gewesen, also die Kniescheibe und die darunterliegende Gelenkfläche des Gleitlagers, nicht die Gewicht tragende Region der inneren Oberschenkelrolle. Zudem hätte eine traumatisch verursachte Knorpel-Knochenschädigung ein lokales Bone bruise zur Folge haben müssen, welches im ersten Kernspintogramm nicht beschrieben worden sei. Auch die fehlende Schmerzsymptomatik drei Tage nach dem Unfall sei mit einer gravierenden Verletzung nicht zu vereinbaren. Als nicht-traumatische Ursachen für Knorpel-Knochennekrosen würden Ernährungsstörungen, örtliche Überlastung, endogene, endokrine und infektiöse Einwirkungen diskutiert. Zusammenfassend bleibe festzuhalten, dass bei

- für einer Knochen-Knorpelschädigung nicht geeigneter Unfallmechanik,
- laut Durchgangsarztbericht primär nicht vorhandener Schmerzsymptomatik betreffend das rechte Kniegelenk und
- fehlendem Bone bruise im ersten Kernspintogramm und bereits ab 2003 gesicherten Gesundheitsstörungen des rechten Kniegelenks

ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 20.10.2004 und der geltend gemachten Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen des rechten Kniegelenks nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit zu beweisen sei. Unfallfolge sei lediglich eine Prellverletzung des rechten Kniegelenks, die folgenlos verheilt sei und zu einer Arbeitsunfähigkeit von maximal einer Woche geführt habe.

Der Kläger hat mit Anwaltsschreiben vom 12.09.2012, eingegangen am 17.09.2012, beantragt, das Gutachten von Dr. C. zu verwerfen und nicht zu bewerten, sondern ein neues Gutachten eines unabhängigen, unbefangenen und unvoreingenommenen Gutachters einzuholen. Die ambulante Untersuchung durch Dr. C. habe nur 20 min gedauert, während die übrigen Gutachter jeweils weit über zwei Stunden dafür aufgewendet hätten. Dr. C. habe auf die Frage, ob er sich denn die vorangegangenen Gutachten wenigstens angesehen hätte, geantwortet, dies seien sehr viele Seiten, und er habe sie sich nicht intensiv angesehen. Ferner ergebe sich aus einem beigefügten Arztbrief des Nuklearmediziners Dr. S. vom 28.09.2005, dass das Gutachten von Dr. C. nicht zutreffend sein könne. Der genannte Arztbrief von Dr. S. berichtet über eine Skelettszintigraphie vom 27.09.2005. Im Vergleich zur Voruntersuchung am 03.02.2005 ergebe sich ein identischer, wenn auch quantitativ weniger ausgeprägter Befund einer fokalen Hypermineralisation im rechten medialen Femurkondylus paramedian, der weiterhin gut mit einer subchondralen/ chondralen Läsion vereinbar sei.

Das Gericht hat den Kläger mit Schreiben vom 26.09.2012 um Klarstellung gebeten, ob er den Sachverständigen Dr. C. wegen Befangenheit ablehne. Der Kläger hat mit Schreiben vom 09.10.2012 mitgeteilt, dass er den Antrag auf Befangenheit nicht zurücknehme. Die Bemerkung von Dr. C., sich die vorangegangenen Gutachten nicht intensiv angesehen zu haben, sei erst in einem Telefonat seitens des Klägers mit dem Sachverständigen ca. zwei Wochen nach der ambulanten Untersuchung erfolgt. Er habe mit der Stellung eines Befangenheitsantrags abgewartet, um zu sehen, ob sich die Befangenheit auch im Gutachtensergebnis niederschläge, was geschehen sei.

Der Sachverständige Dr. C. hat sich am 05.11.2012 zu den Vorwürfen geäußert.

Mit Schriftsatz vom 03.12.2012 hat der Kläger die Einholung eines Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. B. auf dem Fachgebiet Unfallchirurgie und Orthopädie beantragt. Er hat zur Begründung des Ablehnungsgesuchs gegen den Sachverständigen Dr. C. verschiedene Widersprüche in dessen Gutachten aufgezeigt. Zur Begründung seines Begehrens hat er sich auf verschiedene Stellen in den Gutachten von Dr. I. und Dr. D. gestützt. Schließlich hat er den erstinstanzlich bestellten Sachverständigen Dr. B. wegen Befangenheit abgelehnt, weil dieser in seinem Gutachten dem Kläger Aggravationstendenz unterstellt habe. Nach richterlichem Hinweis, dass dieses Ablehnungsgesuch verspätet erfolge, hat der Kläger das Ablehnungsgesuch gegen Dr. B. mit Schriftsatz vom 10.01.2013 zurückgenommen. Ein Stützrententatbestand liege vor, weil die Beklagte in einem am 13.01.2009 beim SG München geschlossenen Vergleich (Az. S 9 U 562/04) anerkannt habe, dass beim Kläger aufgrund des Arbeitsunfalls vom 13.08.2002 für den Zeitraum ab dem 01.05.2003 eine MdE von 10 v. H. bestehe. Es werde beantragt, den Gutachter Dr. I. und den Sachverständigen Prof. Dr. D. als Zeugen persönlich anzuhören.

Auf Antrag des Klägers hat das LSG den Sachverständigen Prof. Dr. D. um ergänzende Stellungnahme insbesondere zum Gutachten von Dr. C. gebeten. Dieser hat mit Schreiben vom 14.02.2013 daran festgehalten, dass er die Tatsache, dass das Knochenmarködem an der medialen Femurkondyle mit zunehmend aufgetriebenem Knorpelflake innerhalb von acht Wochen zugenommen und sich die Knochenstoffwechselstörung im weiteren Verlauf zurückgebildet habe, für eine traumatische Ursache spreche. Allerdings sei einzuräumen, dass eine osteochondrale Läsion im lasttragenden Anteil der Femurkondyle als Ursache eine Scherkraft bzw. Rotations-/ Flexionskomponente haben sollte, welche bei einem Frontalaufprall unwahrscheinlich sei.

Mit Beschluss vom 17.07.2013 hat das LSG den Antrag des Klägers auf Ablehnung des Sachverständigen Dr. C. wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt.

In der mündlichen Verhandlung am 24.07.2013 hat der Kläger zum Unfallhergang angegeben, er sei mit der rechten Körperhälfte gegen die Glastüre gestoßen, sei dann zu Boden gegangen und habe sich beim Sturz auf den Boden das rechte Knie verdreht.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.11.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 20.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm aufgrund des am 20.10.2004 erlittenen Arbeitsunfalls eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 10 v.H. ab dem 20.10.2004 zu gewähren, und festzustellen, dass eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über den 27.10.2004 hinaus bis 31.01.2005 bestand.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten sowie auf die beigezogene Akte des SG München zum Az. S 24 U 100/03 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, insbesondere wurde sie form- und fristgerecht eingelegt ([§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)). Die Berufung bedarf gemäß [§ 144 SGG](#) keiner Zulassung.

Die Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Dem Kläger steht wegen des Arbeitsunfalls vom 20.10.2004 weder eine Verletztenrente zu noch war er weder wegen dieses Unfalls länger als eine Woche arbeitsunfähig. Zu Recht hat die Beklagte in dem angefochtenen Bescheid vom 20.07.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.10.2005 entschieden, dass als Unfallfolgen lediglich folgenlos verheilte, multiple Körperprellungen und eine folgenlos verheilte Nasenbeinfissur anzuerkennen sind, die keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als einer Woche ab dem Unfall zur Folge hatten. Soweit der Kläger bis heute anhaltende Beschwerden im rechten Knie geltend macht, sind diese nicht wesentlich auf den Unfall vom 20.10.2004 zurückzuführen.

Nach [§ 8 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch \(SGB VII\)](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Für einen Arbeitsunfall ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (sachlicher oder innerer Zusammenhang), diese Verrichtung wesentlich ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis - das Unfallereignis - verursacht hat (Unfallkausalität) und das Unfallereignis wesentlich einen Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen ist keine Voraussetzung für die Anerkennung als Arbeitsunfall, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 31.01.2012 Az. [B 2 U 2/11 R](#); Urteil vom 27.04.2010 Az. [B 2 U 11/09 R](#)).

Wesentlich verursacht sind die Gesundheitsstörungen, wenn der Unfall gegenüber sonstigen schädigungsfremden Faktoren (z. B. Vorerkrankungen/ Dispositionen) nach der medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung von überragender oder zumindest von annähernd gleichwertiger Bedeutung (wesentliche Mitursache) für die Entstehung der Gesundheitsstörung war. Haben mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen, sind sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig. Kommt einem der Umstände gegenüber dem anderen eine überragende Bedeutung zu, so ist dieser Umstand allein Ursache. Eine wesentliche Mitursache liegt dann nicht vor, wenn beim Versicherten eine Anlage so stark und leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte (sog. Gelegenheitsursache).

Anspruch auf Verletztenrente haben Versicherte nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert, ist es ausreichend für die Gewährung einer Rente, wenn die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen, [§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#). Gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Weiter regelt [§ 56 Abs. 3 SGB VII](#), dass bei Verlust der Erwerbsfähigkeit Vollrente und bei einer MdE Teilrente geleistet wird, die in der Höhe des Vmhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der dem Grad der MdE entspricht.

Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch die Unfallfolgen eingeschränkt werden, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet. Bei der Beurteilung der MdE sind auch die von der Rechtsprechung sowie von dem

unfallversicherungsrechtlichen und unfallmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze - entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft - zu beachten, die zwar nicht im Einzelfall bindend sind, aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Beurteilung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis bilden (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.1987 Az. [2 RU 42/86](#) m. w. N.). Bei der Bildung der MdE sind alle Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, die mit Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsfall stehen. Die Bemessung der MdE ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht nach [§ 128 Abs. 1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft; dies gilt für die Feststellung der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens des Versicherten ebenso wie für die auf der Grundlage medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen zu treffende Feststellung der ihm verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (BSG, Urteil vom 05.09.2006 Az. [B 2 U 25/05 R](#)).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt: Als Voraussetzung für die Feststellung von Unfallfolgen und die Bewilligung von Leistungen müssen die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung zur Zeit des Unfalls, das Unfallereignis und die Gesundheitsschädigung im Sinn des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, feststehen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und einem Gesundheitsschaden bzw. der Arbeitsunfähigkeit als Voraussetzung der Entschädigungspflicht ist nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen; dafür genügt grundsätzlich die "hinreichende" Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst recht nicht die bloße Möglichkeit (BSG, Urteil vom 31.01.2012 Az. [B 2 U 2/11 R](#); Urteil vom 02.04.2009 Az. [B 2 U 29/07 R](#)). Eine solche Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Faktoren ein deutliches Übergewicht zukommt, so dass darauf die richterliche Überzeugung gestützt werden kann ([BSGE 45, 285; 60, 58](#)). Hierbei trägt der Versicherte, also die Klägerseite, die objektive Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen, d.h. deren etwaige Nichterweislichkeit geht zu ihren Lasten (vgl. BSG, Urteil vom 05.02.2008 Az. [B 2 U 10/07 R](#)).

Im vorliegenden Fall ist ein wesentlich ursächlicher Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Kniebeschwerden und dem Unfall vom 20.10.2004 nicht überwiegend wahrscheinlich. Der Senat folgt den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen Dr. B. und Dr. C., denen sich letztlich auch der zunächst eine andere Auffassung vertretende Sachverständige Prof. Dr. D. mit ergänzender Stellungnahme vom 14.02.2013 angeschlossen hat. Den Befangenheitsantrag gegen Dr. B. hat der Kläger nach richterlichem Hinweis mit Schreiben vom 10.01.2013 zurückgenommen. Den Befangenheitsantrag gegen Dr. C. hat das LSG durch Beschluss vom 17.07.2013 zurückgewiesen.

Die Sachverständigen Dr. B. und Dr. C. haben überzeugend dargelegt, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet war, eine Knorpelablösung an der medialen Femurkondyle interkondylärraum hervorzurufen. Denn der Unfallmechanismus bestand in dem frontalen Anprall der Kniescheibe gegen eine sich unerwartet schließende automatische Glastüre. Dieser Unfallmechanismus wurde vom Kläger gegenüber allen Ärzten und Sachverständigen so geschildert. Das einzige Mal, dass der Kläger angab, mit dem rechten Fuß in der sich schließenden Glastüre stecken geblieben und dadurch zu Fall gekommen zu sein - was für einen Drehsturz gesprochen hätte -, war in der mündlichen Verhandlung des SG vom 16.11.2010. Der Senat ist der Überzeugung, dass es sich dabei um eine ergebnisorientierte Falschaussage handelte, da der Kläger zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Dr. B. wusste, dass der bisher von ihm beschriebene Unfallmechanismus eines Aufpralls nach vorne als nicht geeignet angesehen werden würde. In der Anamnese durch den vom LSG bestellten Sachverständigen Dr. C. ist der Kläger auch wieder zu seiner ursprünglichen Fassung - eines Aufpralls nach vorne - zurückgekehrt. Zudem sprechen sämtliche übrige Verletzungen, insbesondere die Nasenbeinfissur, für einen Anprall gegen die Glastüre nach vorne. Ein Aufprall mit der Kniescheibe nach vorne war schlechthin nicht geeignet, die beim Kläger festgestellte Knorpelablösung am Gewicht tragenden Teil der Femurkondyle zu verursachen. Hierfür wäre eine Krafteinwirkung mit Seitverbiegung notwendig gewesen. Dass es zu keiner schwerwiegenden Knieverletzung gekommen ist, wird auch dadurch bestätigt, dass bei der Erstuntersuchung durch den Durchgangsarzt drei Tage nach dem Unfall Schmerzen im rechten Knie nicht beklagt wurden und dass ein Bone bruise, also ein Knochenmarksödem, unter der Stelle, an der sich das Knorpelflake ablöste, im ersten MRT nach dem Unfall nicht feststellbar war. Völlig unglaublich ist auch die in der mündlichen Verhandlung vom 24.07.2013 vorgebrachte Behauptung des Klägers, er sei nach dem Aufprall gegen die Glasscheibe zu Boden gegangen und habe sich bei diesem Sturz das rechte Knie verdreht. Diese Aussage erscheint ebenso zweckorientiert von dem Wunsch gesteuert, doch noch einen "Drehsturz" als geeigneten Unfallmechanismus zu konstruieren, wie die - auch mit dieser neuesten Version unvereinbare - Aussage in der mündlichen Verhandlung des SG vom 16.11.2010. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Kläger fast neun Jahre nach dem Unfall und nach einer Vielzahl von Befragungen durch Behörden, Gerichte und Sachverständige nun erstmals diese Version des Unfallhergangs präsentiert.

Die Auffassung des Sachverständigen Prof. Dr. D., die zunehmende Ablösung des Knorpelflakes zwischen den MRT-Aufnahmen vom 18.11.2004 und vom 19.01.2005 deute auf eine traumatische Ursache hin, überzeugt nicht. Dr. B. hat hierzu ausgeführt, dass die Auflösung der MRT-Aufnahmen derartige Aussagen gar nicht zulasse, und Dr. C. hat die zunehmende Ablösung eines Knorpelflakes als normalen Vorgang bezeichnet, der bei jedem Knorpelflake, unabhängig von seiner Ursache, auftrete.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass seit 2003 dokumentiert ist, dass der Kläger unter einem erheblichen Schaden am rechten Knie litt. Dies ergibt sich sowohl aus Röntgenaufnahmen, die Dr. C. anlässlich seiner Begutachtung am 17.07.2003 aufgenommen hat, als auch aus einer MRT des rechten Oberschenkels vom 28.03.2003, auf der auch nach Aussage des Sachverständigen Prof. Dr. D. in dessen Gutachten vom 29.09.2009 eine Veränderung der Binnenstruktur an der medialen Femurkondyle im Sinne einer Osteonekrose erkannt werden konnte. Aus dem Gutachten von Dr. C. vom 20.07.2003 (eingeholt vom SG C-Stadt Az. S 24 U 100/03) ergibt sich weiterhin, dass der Kläger bereits 1964 nach einer Fleischwunde am rechten Knie fast ein Jahr lang das rechte Bein eingegipst hatte, dass er am 21.02.2002 mit dem rechten Fuß umgeknickt war und sich dabei auch das rechte Knie verletzt hatte und dass er am 14.04.2003 am rechten Oberschenkel wegen eines Weichteiltumors operiert worden war. Es lag also eindeutig eine Schadensanlage am rechten Knie bereits vor dem Unfall vom 20.10.2004 vor, die in der Lage war, unfallunabhängig einen Morbus Ahlbäck auszulösen. Da der Unfallmechanismus als solcher nicht in der Lage war, den Morbus Ahlbäck zu verursachen, ist eine traumatische Verursachung wenn nicht sogar ausgeschlossen, so jedenfalls weitaus weniger wahrscheinlich als die Realisierung einer nicht unfallbedingten Schadensanlage. Dieser Auffassung hat sich zuletzt auch der Sachverständige Prof. Dr. D. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14.02.2013 angeschlossen.

Die vom Kläger begehrte ergänzende Befragung von Prof. Dr. I. brauchte das Gericht nicht vorzunehmen, weil es sich hierbei um einen Gutachter der Beklagten aus dem Verwaltungsverfahren handelte und um keinen gerichtlich bestellten Sachverständigen und weil hierfür kein Anlass bestand, nachdem alle drei Gerichtssachverständigen den Anspruch abgelehnt hatten.

Es besteht somit kein Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 10 v.H. und auf Feststellung einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit über den 27.10.2004 hinaus.

Dem Antrag des Klägers, den Unfallchirurgen und Chirurgen Prof. Dr. B. gemäß [§ 109 SGG](#) gutachtlich zu hören, brauchte das Gericht nicht nachzukommen. Das Antragsrecht des Klägers nach [§ 109 SGG](#) war aufgrund der erstinstanzlichen Anhörung von Prof. Dr. D. für das Fachgebiet Chirurgie und Orthopädie verbraucht (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 10. A., 2012, [§ 109 SGG](#) Rdnr. 10b). Dem Begehren, eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. D. einzuholen, ist das LSG nachgekommen.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, da weder die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat noch das Urteil von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-10-10