L 2 U 230/11

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 5 U 5035/10 L
Datum
04.05.2011
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 2 U 230/11
Datum
24.07.2013
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Feststellung eines Arbeitsunfalls setzt einen durch den Unfall wesentlich (mit) verursachten Gesundheitserstschaden voraus.
Zur Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer bloßen Gelegenheitsursache bei dokumentierten Vorschäden.
I. Auf die Berufung des Klägers werden der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 04. Mai 2011 und der Bescheid der Beklagten vom 26. Mai 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Dezember 2010 aufgehoben und festgestellt, dass das Ereignis vom 25. März 2010 ein Arbeitsunfall ist.

II. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger Anspruch auf Anerkennung des Ereignisses vom 25.03.2010 als Arbeitsunfall hat.

Der 1961 geborene Kläger stellte sich am 25.03.2010 gegen 21.00 Uhr in der Notfallambulanz der Klinik B-Stadt bei Dr. C. vor. Geschildert wird im Durchgangsarztbericht (D-Arzt-Bericht) vom 26.03.2010, der Kläger habe sich am 25.03.2010 gegen 17.00 Uhr bei Stallarbeiten auf der Stelle umgedreht und dabei einen stechenden Schmerz im rechten Knie verspürt. In der Folgezeit sei das Knie zunehmend angeschwollen.
Das Knie zeigte laut D-Arztbericht keine äußeren Verletzungen oder Hämatome bei deutlichem Druckschmerz über dem medialen Kniegelenkspalt mit Überstreckschmerz, Innenrotationsschmerz des Unterschenkels und deutlichem intraartikulären Erguss. Der mediale Bandhalt war im Vergleich zur Gegenseite geringfügig gelockert; die Kniegelenksbeweglichkeit war deutlich eingeschränkt. Die Kniegelenkspunktion ergab einen klaren, serösen Reizerguss. Das Röntgenbild des rechten Knies zeigte keine knöchernen Verletzungen. Als Erstdiagnose wurde ein Reizerguss des rechten Knies bei Verdacht auf Innenmeniskusläsion genannt. Weiter wurde im Bericht ausgeführt, dass dem Hergang, wie geschildert, nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zukomme; eine Heilbehandlung zu Lasten der Unfallversicherung werde nicht durchgeführt.

Am 31.03.2010 stellte sich der Kläger erneut in der Klinik B-Stadt vor; im Arztbrief vom 01.04.2010 wird als Diagnose eine Kniegelenksdistorsion rechts mit hochgradigem Verdacht auf Innenmeniskusruptur genannt; es bestehe Indikation zur arthroskopischen Abklärung und Meniskussanierung.

Am 04.04.2010 wurde im Klinikum M. bei Reizerguss eine Arthroskopie durchgeführt, mit subtotaler Innenmeniskushinterhornresektion und Hoffa- sowie Plicareduktion wegen rezidivierender Einklemmung bei Lappenriss des Innenmeniskushinterhorns und wegen des konsekutiven femoro-tibialen Knorpelschadens. Laut Operationsbericht entleerte sich klar seröse Kniegelenkflüssigkeit. Neben einem fransig aufgebrauchten Lappenriss im Hinterhornbereich zeigte sich im Bereich der Femurcondyle und des Tibiaplateaus eine kleine kraterförmige Knorpelläsion Grad 2, laut Operationsbericht sicher hervorgerufen durch wiederholte Einklemmungen. Die Knorpelverhältnisse lateral an Femur und Tibia sowie der Außenmeniskus waren unauffällig. Laut Pathologiebefund vom 08.04.2010 über das am 06.04.2010 eingegangenes Material bestand eine hochgradige chronische Meniskopathie im Innenmeniskus des Kniegelenks.

Aufgrund des Verdachts eines Kniegelenksinfekts wurde im Klinikum M. am 09.04.2010 eine Re-Arthroskopie am rechten Kniegelenk sowie am 16.04.2010 eine offene Arthrotomie und Synovektomie (Entfernung von Gelenkinnenhaut) vorgenommen. Nach Bericht der Chirurgischen Klinik M. vom 30.04.2010 ergab ein Abstrich vom 04.04.2010 bei erstmaliger Arthroskopie aus dem Reizerguss den Keim Staphylococcus aureus; laut Histologiebefund vom 22.04.2010 bestand eine fibrinös-eitrige Synovialitis. Nach der dritten Operation am 16.04.2010 hätten sich reizlose Wundverhältnisse gezeigt mit unauffälligem abschließenden Röntgenbefund. Bei Entlassung betrug die Kniegelenksbeweglichkeit 40-10-0°.

Die Klägerbevollmächtigte wies mit Schreiben vom 06.05.2010 darauf hin, dass sich der Kläger im Rahmen der Geburtshilfe bei einer Kuh den Fuß verdreht habe und unter starken Beeinträchtigungen bei Kniebeugung leide.

Mit Bescheid vom 26.05.2010 lehnte die Beklagte eine Entschädigung des Ereignisses vom 25.03.2010 ab, weil ein Arbeitsunfall im Sinne des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) nicht vorgelegen habe. Nach den vorliegenden ärztlichen Unterlagen komme die Beklagte zu dem Ergebnis, dass das angeschuldigte Ereignis allenfalls zu einer leichten Verdrehung des rechten Kniegelenks geführt habe, aber nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit geeignet gewesen sei, den operativ behandelten Riss des Innenmeniskushinterhorns am rechten Kniegelenk rechtlich wesentlich zu verursachen. Es sei nur von einer Gelegenheitsursache auszugehen, zumal auch nach dem vorliegenden Bericht des Krankenhauses N. vom 11.11.1999 bereits damals ohne ein direktes Unfallereignis beim Melken Schmerzen am rechten Kniegelenk aufgetreten seien und unfallfremd der Verdacht auf einen Innenmeniskusschaden rechts sowie einen Knorpelschaden geäußert worden sei. Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung bestünden daher nicht.

Mit Widerspruch vom 18.06.2010 verfolgte der Kläger die Anerkennung des Ereignisses als Arbeitsunfall weiter und trug vor, er habe sich infolge überraschender erheblicher Krafteinwirkung durch die Kuh den Fuß verdreht. Im Fragebogen zum Knieschaden vom 10.07.2010 gab der Kläger an, er sei in der Tiefstreubucht auf unebenem Untergrund mit dem Fuß hängengeblieben. Das Kniegelenk sei bei der Verdrehung gebeugt und schwer belastet gewesen. Er habe einen stechenden Schmerz verspürt, das Knie sei geschwollen und die Bewegung sei nicht bzw. nur eingeschränkt möglich gewesen. Ein Einklemmen oder Fallen verneinte der Kläger; ob sein Unterschenkel weggerutscht oder das Kniegelenk eingeknickt sei, wisse er nicht mehr.

Laut beigezogenem D-Arztbericht des Kreiskrankenhauses N. und I. vom 11.11.1999 habe der Kläger beim Melken plötzlich - ohne direktes Trauma - einen Schmerz im rechten Kniegelenk verspürt. Seit längerem habe er schon Beschwerden im rechten Kniegelenk gehabt. Es wurde die (Verdachts-) Diagnose eines Knorpelschadens und eines degenerativen Innenmeniskusrisses gestellt. Im Rahmen der Arthroskopie des rechten Kniegelenks vom 15.11.1999 hatten sich eine degenerative Innenmeniskushinterhornzerreißung und ein Knorpelschaden am Condylus femoris medialis gezeigt. Der histologische Befund vom 17.11.1999 hatte mäßige degenerative Veränderungen entsprechend einer Chondromalazie 1. bis 2. Grades ergeben.

Nach einer ärztlichen Kurzmitteilung des Kreiskrankenhauses N./I. vom 11.02.2000 waren beim Kläger ohne erinnerliches Trauma in der Nacht vom 05. auf den 06.02.2000 plötzlich Schmerzen und eine Schwellung des linken Kniegelenks aufgetreten, woraufhin ein Innenmeniskushinterhornriss und ein Knorpelschaden am Condylus femoris medialis des linken Kniegelenks diagnostiziert worden war. Auf den OP-Bericht der Arthroskopie vom 09.02.2000 und den Histologiebefund vom 11.02.2000 wird verwiesen.

Am 05.08.2010 stellte sich der Kläger in der Unfallklinik M. (UKM) vor wegen sich verschlimmernder Beschwerden, mit eingeschränkter Beweglichkeit und deutlicher Umfangsmehrung des rechten Kniegelenks. Im Arztbrief vom 06.08.2010 führten Prof. B., Dr. M. und Dr. von S. aus, dass der Kläger vor dem Unfall 10 Jahre beschwerdefrei gewesen sei nach Meniskusoperation. Nach ihrer Einschätzung sei die erlittene Kniegelenksdistorsion wesentliche Teilursache des vorliegenden Befundes trotz möglicher Vorschädigung. Unglücklicherweise sei wohl die diagnostische Punktion Auslöser der Infektproblematik, unter deren Folgen der Versicherte jetzt leide. Es zeige sich insgesamt ein erheblicher postinfektiöser Reizzustand, wohl am ehesten im Sinne einer Fibrose, wobei das Infektgeschehen am Abflauen sein. Der erhebliche Reizzustand werde möglicherweise lange persistieren.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Chirurgen Dr. A. vom 11.09.2010 ein. Dieser stellte beim Kläger eine Muskelminderung am Oberschenkel, eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks nach Innenmeniskushinterhornresektion und weiteren Operationen infolge eines Infekts, eine Retropatellararthrose und eine Arthrose im Kniehauptgelenk rechts fest. Die erheblichen Komplikationen wegen des Kniegelenksinfekts würden zu der derzeitigen erheblichen Funktionseinschränkung des rechten Kniegelenks führen, bei Bewegungsausmaßen rechts von 0-20-60° und links von 5-0-140°.
Dr. A. legte dar, dass beim Kläger ein isolierter Meniskusriss ohne Begleitschäden an Knochen oder Weichteilen wie Kapsel und Bändern vorgelegen habe. Ein verletzungsbedingter Schaden des Meniskus könne nicht bestätigt werden angesichts der Art des Meniskusrisses und der Umgebungsschäden, die auf wiederholte Einklemmungen hinwiesen sowie aufgrund des histologischen Befundes einer hochgradigen chronischen Meniskopathie. Der seröse Gelenkerguss sei als Reizerguss zu werten, der auf einen älteren Meniskusschaden hinweise, da er bereits vier Stunden nach dem Unfallereignis in punktionswürdigem Ausmaß vorhanden gewesen sei. Histologisch sei von einem länger vorbestehenden Innenmeniskusschaden auszugehen. Daher sei das Ereignis vom 25.03.2010 nur eine Gelegenheitsursache für die Kniegelenksbeschwerden. Der angeschuldigte Vorgang habe zu einer zusätzlichen Irritation des rechten Kniegelenks geführt, durch Einklemmung des vorgeschädigten Anteils. Der Vorgang, der zur Einklemmung führte, sei austauschbar mit jeder Verrichtung des privaten täglichen Lebens.

Die Klägerbevollmächtigte monierte, dass gerade traumatische Meniskusläsionen zu einem Gelenkerguss führen würden und dass der Kniegelenksinfekt nicht berücksichtigt worden sei. Die 1999 vorliegenden Innenmeniskusschäden rechts hätten nach damaliger Operation keine Beschwerden mehr verursacht.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10.12.2010 zurück.
Auch wenn von einem Unfallereignis ausgegangen werde, sei es dadurch nicht zu einer Zerreißung des Innenmeniskus gekommen. Vielmehr habe es sich um einen lange bestehenden Meniskusriss mit chronischem Reizzustand im Knie bei aufbrauchsbedingten Gelenkveränderungen gehandelt. Durch das Geschehen vom 25.03.2010 sei es durch Einklemmung des vorgeschädigten Meniskusanteils zu einer zusätzlichen Irritation des rechten Kniegelenks gekommen. Die ausgeprägten Vorschädigungen seien allein wesentliche Bedingung für den erneut aufgetretenen Meniskusschaden. Die Punktion vom 25.03.2010, auf die die Infektproblematik wohl zurückzuführen sei, sei

wegen einer nicht unfallbedingten Einklemmungserscheinung des Meniskus bzw. aufgrund vorbestehender krankhafter Veränderungen erforderlich gewesen.

Dagegen hat die Klägerbevollmächtigte am 30.12.2010 Klage beim Sozialgericht Augsburg (SG) erhoben und die Feststellung begehrt, dass das Ereignis vom 25.03.2010 ein Arbeitsunfall ist. Die Klagebegründung greift im Wesentlichen die Argumente im Widerspruchsverfahren auf.

Das SG hat Unterlagen der Unfallklinik M. (UKM), den Rehabilitationsentlassungsbericht der Klinik M. in Bad W. vom 21.06.2010 und den Arztbrief des Klinikums B. vom 10.02.2011 beigezogen sowie eine Auskunft der Krankenkasse des Klägers über Vorerkrankungen eingeholt. Im Arztbrief des Klinikum B. wurde eine postinfektiöse sekundäre mediale Gonarthrose rechts und postinfektiöse Kniegelenkssteife rechts diagnostiziert. Danach wurde am 04.02.2011 eine Arthroskopie zur Teilsynovektomie und Arthrolyse und am 09.02.2011 eine Arthroskopie zur Re-Arthrolyse des rechten Kniegelenks durchgeführt.

Daraufhin hat das SG die Beteiligten zur beabsichtigten Entscheidung mittels Gerichtsbescheid angehört. Mit Schreiben vom 08.04.2011 hat die Klägerbevollmächtigte auf den Bericht der UKM hingewiesen; eine Distorsion setze eine Gewalteinwirkung voraus. Der Arbeitsunfall sei vom behandelnden Arzt zunächst anerkannt worden; unter dieser Voraussetzung sei die Punktion durchgeführt worden, die nun zu erheblichen Beschwerden geführt habe. Die streitgegenständliche Verletzung resultiere gerade aus der versicherten Tätigkeit.

Mit Gerichtsbescheid vom 04.05.2011, der Klägerbevollmächtigten zugestellt am 09.05.2011, hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Anerkennung des Unfalls vom 25.03.2010 als Arbeitsunfall. Es sei nicht hinreichend wahrscheinlich, dass das Unfallereignis vom 25.03.2010 zu einem Gesundheitsschaden geführt habe. Das Gericht ist der Einschätzung von Dr. A. gefolgt. Da der seröse Erguss bereits vier Stunden nach dem Unfallereignis sichtbar geworden sei, sei er Folge eines älteren Meniskusschadens. Der pathologische Befundbericht vom 08.04.2010 beschreibe eine hochgradige chronische Meniskopathie im rechten Innenmeniskus. Daher vermöge das SG der Auffassung von Prof. Dr. von B. und Kollegen nicht zu folgen; für die behauptete Kniegelenksdistorsion gebe es keine hinreichenden Anhaltspunkte. Angesichts der dokumentierten erheblichen degenerativen Veränderungen an beiden Kniegelenken, die bereits vor dem 25.03.2010 zu Beschwerden und Ergüssen ohne feststellbare Traumata geführt hätten, habe das SG keine Zweifel, dass das Unfallereignis keine rechtlich wesentliche Ursache für die Gesundheitsstörungen am rechten Kniegelenk gewesen sei.

Dagegen hat der Kläger am 24.05.2011 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er sei seit 2000 hinsichtlich der früheren Meniskusprobleme vollkommen beschwerdefrei gewesen. Eine Kniegelenksdistorsion sei durch den Bericht des UKM vom 06.08.2010 und des Klinikum Bad W. bestätigt worden.

Die Beklagte hat entgegengehalten, dass die Drehung im rechten Knie des Klägers nach Dr. A. nicht rechtlich wesentlich zu einem Gesundheitsschaden geführt habe. Die Einschätzung im Bericht der UKM sei nicht nachvollziehbar.

Das LSG hat die Orthopädin Dr. F. mit Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 23.9.2011 nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 12.10.2011 hat diese ausgeführt, dass beim Kläger eine erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenkes (Beugung/ Streckung 90-20-0°) und Einschränkung der Kniescheibenbeweglichkeit, eine mäßige Überwärmung und röntgenologisch degenerative Veränderungen bestünden. Trotz Vorschädigung des rechten Kniegelenks und eindeutiger Hinweise auf degenerative Veränderungen in der Histologie sei der Kläger vor dem Unfall ca. 10 Jahre lang beschwerdefrei gewesen und habe mittelschwere bis schwere Tätigkeiten verrichtet. Daher sei vor dem Unfall keine wesentliche Beschwerdesymptomatik im rechten Knie anzunehmen. Der vom Kläger geschilderte Unfallmechanismus mit fluchtartiger Ausweichbewegung bzw. unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß sei geeignet, eine Meniskusverletzung herbeizuführen. Gegenüber Dr. F. hatte der Kläger geschildert, dass er mit dem rechten Bein einen Schritt nach hinten gemacht habe, um dem Kalb auszuweichen. Dabei habe er das Bein verdreht und einen Stich an der Innenseite des rechten Knies verspürt. Im Verlauf von zwei Stunden sei das Knie angeschwollen. Für die rasche Ergussbildung hat Dr. F. die vorbestehenden Veränderungen im rechten Kniegelenk für verantwortlich gehalten. Die aufgetretene Infektion des Kniegelenks mit anschließender Arthrofibrose sei teilursächlich auf das Geschehen vom 25.03.2010 zurückzuführen. Nach der 26. Woche sei von einer MdE von 20 v.H. auszugehen.

Das LSG hat im Erörterungstermin vom 07.12.2011 den Kläger zum Unfallhergang angehört und seine Ehefrau als Zeugin vernommen. Auf das Protokoll wird Bezug genommen. Der Kläger hat im Wesentlichen geschildert, dass er als Instrument einen sogenannten Geburtshelfer eingesetzt habe und für den nötigen Gegendruck beim Abstützen des Gerätes an der Kuh einen festen Stand gebraucht habe. Daher habe er sich mit beiden Beinen in der etwa 30 cm hohen Strohschicht der Streubucht abgestützt, bei vorgesetztem rechten Fuß. Als das Kalb plötzlich schneller als erwartet auf ihn zugekommen sei, habe er zur Seite gehen wollen, um ihm Platz zu machen. Dabei habe sein rechter Fuß im Stroh festgehangen. Beim Herausziehen sei es zu einer Verdrehung gekommen. Er habe einen Stich im Kniegelenk gespürt. Einen Sturz hat er verneint. Er habe zwar noch gemeinsam mit seiner Frau das Kalb versorgt, die Stallarbeit aber nicht mehr mitverrichten können. Nach ca. drei Stunden habe ihn seine Ehefrau ins Krankenhaus gefahren; das Knie sei schon geschwollen und nicht beugbar gewesen.

Die Ehefrau des Klägers hat als Zeugin ausgesagt, dass sie sich bei der Geburtshilfe auf die Kuh konzentrieren musste und den Unfall selbst nicht gesehen habe. Sie habe ihren Mann aufschreien hören, der ein Verdrehen des Knies mitgeteilt habe. Vor diesem Unfall habe ihr Mann jahrelang keine Kniebeschwerden gehabt.

Zur ärztlichen Behandlung hat der Kläger ausgeführt, dass der Arzt in B-Stadt eine Punktion vorgenommen habe, um den Druck zu nehmen und die Schmerzen zu lindern. Der Arzt habe einen Meniskusriss oder -abriss vermutet und gesagt, man könne Genaueres erst nach einer Kniespiegelung oder Operation sagen. Der Arzt habe dem Kläger empfohlen, sich mit dem Hausarzt zu beraten. Wegen zunehmender Schmerzen und Schwellung habe sich der Kläger an das Klinikum M. gewandt, wo am Ostersonntag eine Notoperation erfolgt sei. Nach Auskunft der Ärzte in M. sei die Knieinfektion bereits vor der Aufnahme dort entstanden, wohl durch die Behandlung des D-Arztes. Vor der Aufnahme in M. habe er von keinem anderen Arzt, auch nicht dem Hausarzt, eine Punktion oder Spritze in das Knie erhalten. Er habe sich wegen Schadensersatzes an das Krankenhaus B-Stadt gewandt.

Das LSG hat die Sachverständige Dr. F. um Klarstellungen und weitere Ausführungen insbesondere auf Grundlage des im Erörterungstermin detailliert geschilderten Unfallhergangs gebeten und Auskünfte des D-Arztes und Chefarztes Dr. G. und von Dr. C. von der Klinik B-Stadt eingeholt.

Dr. G. hat mit Schreiben vom 30.01.2012 mitgeteilt, dass sich der Kläger am 25.03.2010 um 21.03 Uhr in der Notfallambulanz außerhalb der Dienstzeit als Notfallpatient vorgestellt habe und von Dr. C. behandelt worden sei. Die Unfallbehandlung sei wegen der Stallarbeiten korrekt auf einem D-Arztbericht dokumentiert und die Berufsgenossenschaft (BG) vorsichtshalber unterrichtet worden, mit dem Hinweis, dass es sich eher um eine Gelegenheitsursache bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen, also nicht um einen Arbeitsunfall im Sinne des Gesetzes handele. Die weitere Behandlung sei folgerichtig kassenärztlich erfolgt.
Dr. C. hat mit Schreiben vom 03.02.2012 mitgeteilt, er sei zur Bewertung, dass es sich um eine Gelegenheitsursache gehandelt habe, durch die Unfallschilderung gelangt, also bereits zu dem Zeitpunkt, als er die Punktion veranlasst habe. Diese Ansicht sei erhärtet worden, weil der Erguss serös und nicht blutig gewesen sei. Aus seiner Sicht habe die Punktion bei Durchführung dem Zweck gedient, zu klären, ob es ein seröser oder blutiger Erguss sei; ein blutiger Erguss hätte eher für eine traumatische Genese gesprochen. Die Punktion sei ferner als Heilbehandlungsmaßnahme - nämlich zur Schmerzbehandlung und Gelenkentlastung - durchgeführt worden. Zur Frage, ob er die Punktion gegenüber dem Kläger angeordnet habe und in welcher Funktion (als Durchgangsarzt oder für einen anderen Versicherungsträger), hat Dr. C. ausgeführt, er habe dem Kläger die Punktion nahegelegt; dies sei in seiner Funktion als diensthabender Arzt in der Notaufnahme geschehen. Auf Frage, ob er dem Kläger gegenüber vor Durchführung der Punktion geäußert habe, dass es sich seiner Ansicht nach nicht um einen Arbeitsunfall handele und die Punktion nicht in der Funktion als Durchgangsarzt erfolge, hat Dr. C. mitgeteilt, dass dies jedem Patienten in der Regel so mitgeteilt werde; dieser spezielle Fall sei ihm jedoch soweit nicht erinnerlich.

Die Sachverständige Dr. F. ist in Beantwortung der ergänzten Beweisfragen unter Hinweis auf die Unfallschilderung im Erörterungstermin in ihrem überarbeiteten Gutachten vom 05.04.2012 und im Schreiben vom 13.06.2012 von ihrer bisherigen gutachterlichen Bewertung deutlich abgewichen.
Sie hat ausgeführt, dass vor dem Unfallereignis vom 25.03.2010 degenerative Veränderungen des gelenkdeckenden Knorpels und des Innenmeniskus vorgelegen hätten als Ursachenbeiträge für die Gesundheitsstörungen des Klägers im rechten Kniegelenk. Diese Vorschäden seien durchaus geeignet gewesen, auch bei Verletzungen ohne große Krafteinwirkung z.B. einen Reizerguss und nicht nur vorübergehende Schmerzen auszulösen. Das geschilderte Ereignis habe nach dem aktuellen Stand der allgemeinen wissenschaftlichen Erfahrungssätze angesichts des konkreten Geschehensablaufs keinen notwendigen Ursachenbeitrag für die Gesundheitsstörungen des Klägers gesetzt und sei nicht von annähernd gleichwertiger Bedeutung für die aufgetretenen Gesundheitsstörungen wie andere Ursachenbeiträge. Aufgrund des Vorschadens des rechten Kniegelenks habe es keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkung zur Auslösung akuter Erscheinungen bedurft, sondern jeder andere nicht zu vermeidende Anlass des täglichen Lebens außerhalb der versicherten Tätigkeit des Klägers habe eine entsprechende Schädigung bzw. Verschlimmerung zu etwa derselben Zeit herbeiführen können. Zwar löse in einem nicht vorgeschädigten Kniegelenk eine Meniskusverletzung oft eine Ergussbildung aus, jedoch mit einer längeren Zeitspanne bis zum Auftreten als beim Kläger, nämlich von vielen Stunden. Schneller auftreten könne eine Einblutung, die beim Kläger aber ausgeschlossen worden sei, denn der vier Stunden nach dem Unfall abpunktierte Reizerguss sei klar serös gewesen. Aufgrund des Unfalls habe über die 26. Woche hinaus keine MdE bestanden.
Durch die am 04.04.2010 durchgeführte Arthroskopie sei ein Kniegelenksinfekt gesetzt worden. Dieser Infekt habe mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zumindest wesentlich neben den degenerativen Ursachen eine Bewegungseinschränkung bei Arthrofibrose hervorgerufen; denn das Maß der Kniebeugung habe bei der Arthroskopie im Klinikum M. 130° betragen, bei Untersuchung durch Dr. A. nur 60° und bei eigener Untersuchung 90°.

Die Klägerbevollmächtigte hat in weiteren Schreiben insbesondere ausgeführt, dass nicht die Arthroskopie vom 04.04.2010 zum Kniegelenksinfekt geführt habe, sondern die Kniegelenkspunktion durch den D-Arzt. Diese Punktion sei gerade zur Aufklärung des Sachverhaltes bzw. zur Heilbehandlung erfolgt. Der D-Arzt habe dem Kläger erklärt, dass die Punktion notwendig sei; daran würde er auch erkennen, ob ein Arbeitsunfall vorliege. Der D-Arzt habe daher gegenüber dem Kläger den objektivierbaren Anschein gesetzt, dass die Punktion zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung bzw. zur Untersuchung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordnet worden sei. Der D-Arzt habe den Unfall ursprünglich als Arbeitsunfall anerkannt, wie der D-Arztbericht zeige. Die Punktion habe wesentlich zur Bewegungseinschränkung des Kniegelenks beigetragen; diese müsse auch ohne Verursachung durch einen Gesundheitserstschaden nach § 11 SGB VII zugerechnet werden. Die Klägerbevollmächtigte hat sich auf Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 05.07.2011 (B 2 U 17/10 R) und des Hessischen Landessozialgerichts vom 26.09.2011 (L6 U 166/08) berufen.
Die nun diametral entgegengesetzte Bewertung von Dr. F. könne nicht nachvollzogen werden, zumal der Unfallhergang im Erörterungstermin nicht wesentlich anders geschildert worden sei als zuvor. Widersprochen wurde der Einschätzung, dass der Gesundheitsschaden durch Einwirkungen des Alltagslebens zu annähernd gleicher Zeit annähernd gleich schwer entstanden wäre.

Die Beklagte hat entgegnet, dass wesentliche Ursachen der Gesundheitsstörungen degenerative Vorschäden gewesen seien und die leichte Knieverdrehung nicht wesentlich zu einem Gesundheitserstschaden geführt habe. Daher liege kein Arbeitsunfall vor, so dass die Folgen der Kniegelenkspunktion und die möglicherweise dadurch ausgelöste Infektion gemäß § 11 SGB VII nicht als mittelbare Unfallfolge zugerechnet werden könnten. Abweichend vom BSG-Urteil vom 05.07.2012 könnten keine Folgen eines Versicherungsfalles bestehen, ohne dass ein Versicherungsfall vorliege. Außerdem lägen die Voraussetzungen von § 11 SGB VII nicht vor. Zwar sei die Knieinfektion nicht erst Folge der Arthroskopie am 04.04.2010 gewesen, sondern wohl schon nach Kniepunktion durch Dr. C. entstanden. Der Kläger habe aber nicht davon ausgehen können, dass die Punktion als Maßnahme des § 11 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 SGB VII angeordnet worden sei. Dr. C. habe dem Kläger die Punktion wegen der Schmerzen zur Entlastung empfohlen und die Punktion nicht in seiner Eigenschaft als D-Arzt, sondern als diensthabender Arzt der Notaufnahme als Heilbehandlung zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt. Diagnostischer Nebeneffekt sei gewesen, dass sich die Vorannahme einer degenerativen und nicht traumatischen Genese erwartungsgemäß bestätigt habe. Dadurch sei die Punktion aber nicht zur diagnostischen Maßnahme im Sinne von § 11 SGB VII geworden. Dr. C. habe in keiner Weise den Eindruck erweckt, für die Beklagte als Unfallversicherungsträgerin handeln zu wollen. Die Punktion vom 25.03.2010 sei auf Kosten der Krankenkasse erfolgt; die Beklagte habe nur das Honorar für den D-Arztbericht erstattet.

Nach Auskunft der Klägerbevollmächtigten hat der Kläger zivilrechtliche Klage vor dem Landgericht M. (Az. 25 O 1819/12) gegen die Kreiskliniken B-Stadt erhoben; streitig ist die Infektion des Klägers durch Punktion des Kniegelenks und eine daraus folgende Haftung.

In der mündlichen Verhandlung vom 24.07.2013 hat die Klägerbevollmächtigte den Bericht der Kreisklinik B-Stadt vom 01.04.2010 vorgelegt, woraus sich eine Kniegelenksdistorsion rechts als Unfalldiagnose ergibt. Die Diagnose einer Kniegelenksdistorsion im Bericht von Prof. Dr. B. vom 06.08.2010, die Diagnosen des D-Arzt-berichtes vom 26.03.2010 und die Ausführungen im streitgegenständlichen Bescheid zu einer Verdrehung des Knies sind unter dem Gesichtspunkt eines Gesundheitserstschadens erörtert worden.

Die Klägerbevollmächtigte beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 04.05.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 26.05.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.12.2010 aufzuheben und festzustellen, dass das Ereignis vom 25.03.2010 ein Arbeitsunfall ist.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten wird auf die beigezogene Beklagtenakte sowie die Akte des SG und des LSG Bezug genommen, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung geworden ist.

Entscheidungsgründe:

A) Die auf Feststellung des Ereignisses vom 25.03.2010 als Arbeitsunfall gerichtete Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage nach § 54 Abs. 1 Satz 1, § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG statthaft (vgl. BSG vom 27.04.2010 - B 2 U 23/09 R - Juris RdNr. 9) und zulässig. Insbesondere liegt ein Verwaltungsakt (VA) der Beklagten vor, mit dem sie die Anerkennung dieses Ereignisses als Arbeitsunfall abgelehnt hat.

Die Berufung erweist sich auch als begründet, weil der Senat nach durchgeführter Beweisaufnahme unter kritischer Würdigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen zu dem Ergebnis gelangt ist, dass der Kläger am 25.03.2010 bei seiner versicherten Tätigkeit als Landwirt aufgrund eines Unfalls einen Gesundheitserstschaden im Sinne einer Kniegelenksdistorsion erlitten hat.

Nach § 8 Abs. 1 SGB VII sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; Satz 1). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (Satz 2). Für einen Arbeitsunfall ist danach im Regelfall erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis (dem Unfallereignis) geführt hat (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität) (vgl. u.a. BSGE 96, 196, jeweils RdNr. 10 m.w.N.). Während der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Krankheit oder Tod des Versicherten) eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls ist (vgl. BSG vom 05.07.2011 - B 2 U 17/10 R - Juris RdNr. 27), ist das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (sog. haftungsausfüllende Kausalität) Voraussetzung für weitergehende Leistungsansprüche wie z.B. die Gewährung einer Verletztenrente (vgl. BSG vom 18.11.2008 - B 2 U 27/07 R - SozR 4-2700 § 8 Nr 30 RdNr. 10 m.w.N.).

Der Kläger war zur Zeit des Unfallereignisses als landwirtschaftlicher Unternehmer gemäß § 123 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a SGB VII versichert und die von ihm geleistete Geburtshilfe einschließlich des Ausweichens, um dem Kalb Platz zu machen, war Teil seiner versicherten Tätigkeit als Landwirt.

Bei dieser Verrichtung - dem Ausweichen - hat auch ein zeitlich begrenztes Ereignis von außen auf den Körper des Klägers eingewirkt gemäß § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII, denn er ist mit dem Fuß im Stroh hängengeblieben. Das Erfordernis der Einwirkung von außen dient der Abgrenzung von unfallbedingten Gesundheitsschäden zu Gesundheitsbeeinträchtigungen aus inneren Ursachen sowie zu Selbstschädigungen (vgl. BSG vom 29.11.2011 - B 2 U 10/11 R Juris RdNr. 16; BSG vom 12.4.2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269 = SozR 4-2700 § 8 Nr 15, RdNr. 7). Nicht geschützt sollen Unfälle sein, die auf aus dem Menschen selbst kommenden Ereignissen beruhen (vgl. BSG vom 29.2.1984 - 2 RU 24/83 - Juris RdNr. 15; BSG vom 18.3.1997 - 2 RU 8/96 - Juris RdNr. 22, jeweils m.w.N.). Ein Unfall ist typischerweise dadurch gekennzeichnet, dass ein normaler Geschehensablauf plötzlich durch einen ungewollten Vorfall unterbrochen wird; solange der Versicherte in seiner von ihm gewollt herbeigeführten Einwirkung und damit in seiner Eigenbewegung nicht beeinträchtigt ist, wirkt hingegen kein äußeres Ereignis auf seinen Körper ein (vgl. BSG vom 29.11.2011 - B 2 U 10/11 R Juris RdNr. 16 mit Verweis auf BGH vom 23.11.1988 - IVa ZR 38/88 - NJW-RR 1989 S 217). Der normale Geschehensablauf, der Ausweichschritt des Klägers, ist hier durch das ungewollte Hängenbleiben in der ca. 30 cm dicken Strohschicht unterbrochen worden.

Die Anerkennung eines Arbeitsunfalls im Sinne von § 8 SGB VII setzt ferner voraus, dass das Hängenbleiben im Stroh mit dem rechten Fuß als Ereignis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen Gesundheitserstschaden wesentlich (mit-) verursacht hat.

Dabei gilt für die erforderliche Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheits(erst)schaden die Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17.02.2009 - B 2 U 18/07 R - Juris RdNr. 12), die auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht. Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (conditio-sine-qua-non). Als rechtserheblich werden aber nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. BSG vom 17.02.2009 - B 2 U 18/07 R - Juris RdNr. 12) sowie auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten (vgl. BSG vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - Juris RdNr. 17). Gesichtspunkte für die Beurteilung sind neben der versicherten Ursache als solcher, einschließlich Art und Ausmaß der Einwirkung, u.a. die konkurrierende Ursache (nach Art und Ausmaß), der zeitliche Ablauf des Geschehens, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - Juris RdNr. 16).

Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Ausreichend ist, dass das Unfallereignis wesentliche (Teil-) Ursache für den Gesundheitsschaden ist. Ist jedoch eine Ursache - allein oder gemeinsam mit anderen Ursachen - gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts (vgl. BSGE 12, 242, 245). Eine Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist, kann auch als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - Juris RdNr 15 m.w.N.). Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung (z.B. Unfallereignis) mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit (in etwa derselben Ausprägung) ausgelöst hätte (vgl. BSG vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R Juris RdNr. 15, BSG vom 12.04.2005 - B 2 U 27/04 R - BSGE 94, 269, RdNr. 11).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes ist zu beachten, dass das Vorliegen eines Gesundheits(erst)schadens bzw. eines Gesundheitsfolgeschaden (Unfallfolgen) im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen muss, während für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitserst- bzw. - folgeschaden die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit genügt (vgl. BSG vom 02.04.2009 - B 2 U 29/07 R - Juris RdNr. 16).

1. Weder der bei der Arthroskopie am 04.04.2010 festgestellte Lappenriss des Innenmeniskushinterhorns noch der femorotibiale Knorpelschaden oder der Reizerguss des rechten Kniegelenks sind mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25.03.2010 als wesentliche (Teil-)Ursache zurückzuführen.

Weitere Verletzungen an Knochen und Weichteilen wie Risse von Seitenband oder Gelenkkapsel lagen nicht vor, so dass es sich um einen sogenannten isolierten Meniskusschaden gehandelt hat. Dieser wurde nach Art und Ausmaß aber nicht wesentlich durch das Unfallereignis vom 25.03.2010 (mit-) verursacht, auch nicht im Sinne der Verschlimmerung eines vorbestehenden Knieschadens.

Der Senat vermag sich schon nicht davon zu überzeugen, dass das geschilderte Ereignis nach dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erfahrungssätze überhaupt geeignet war, einen solchen isolierten Innenmeniskusschaden herbeizuführen. Davon war Frau Dr. F. in der ersten Gutachtensfassung zunächst ausgegangen, wobei sie eine fluchtartige Ausweichbewegung unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß angenommen hatte. Bei diesem Verletzungsmechanismus kann bei gebeugtem Kniegelenk und mit Kraft ausgeführten Rotationen der feststehende Fuß bzw. Unterschenkel dem Drehschwung des Körpers nicht folgen (vgl. Schönberger / Mehrtens /Valentin, "Arbeitsunfall und Berufskrankheit", 8. Auflage, S. 619). Auf Grundlage der ausführlichen Schilderung des Unfallhergangs im Erörterungstermin des LSG hat Dr. F. diese Ansicht jedoch revidiert. Gegen eine entsprechend starre Fixierung des rechten Fußes und forcierte Drehung des rechten Beins spricht nach Ansicht des Senats, dass beim Herausziehung des rechten Fußes eher das zurückgestellte linke Bein bei der Dreh- und Ausweichbewegung belastet worden ist und eine starre Fixierung vergleichbar einem Einklemmen des Fußes durch das Stroh bei Zurückziehen des dann unbelasteten Fußes nicht anzunehmen ist. Auch der Kläger selbst hat auf Nachfrage im Erörterungstermin angegeben, dass das Gewicht beim Herausziehen wohl eher auf dem linken Bein gelegen hätte.

Angesichts der erhobenen Befunde und ärztlichen Unterlagen schließt sich der Senat der Einschätzung von Dr. A. an, dass bereits vor dem Ereignis vom 25.03.2010 Veränderungen des Innenmeniskus bestanden hatten, neben denen der Unfallhergang keine wesentliche (Teil-) Ursache mehr für den Meniskus- und Knorpelschaden sowie für den Reizerguss war. So wurde bereits im erstmaligen Arthroskopiebericht vom 04.04.2010 ein fransig aufgebrauchter Lappenriss im Hinterhornbereich beschrieben und es wurde auf wiederholte Einklemmungen als Ursache der Knorpelläsionen hingewiesen. Im Histologiebefund vom 08.04.2010 über das am 04.04.2010 entnommene Material wurde dies bestätigt, denn der Faserknorpel des Meniskus zeigte eine stark ausgeprägte mukoide Degeneration, so dass eine hochgradige chronische Meniskopathie bestätigt wurde. Wie Dr. A. überzeugend dargelegt hat, führt ein frischer Meniskusriss nicht innerhalb von neun Tagen zu derartig massiven degenerativen Veränderungen, wie sie beim Kläger klinisch, makroskopisch und histologisch gesichert worden sind. Es handelte sich vielmehr um einen bereits lange bestehenden Meniskusriss mit chronischem Reizzustand im Knie und vorbestehenden aufbrauchbedingte Formveränderungen des Gelenks. Für eine vorbestehende chronische Reizung des rechten Kniegelenks spricht auch der vier Stunden nach dem Unfall punktierte Erguss, da dieser serös und nicht blutig war. Dr. A. und Dr. F. haben übereinstimmend dargelegt, dass eine so schnelle Ergussbildung zwar bei Einblutung erfolgen könne, der Erguss aber nicht blutig gewesen ist, und dass ein nicht blutiger Reizerguss nach Meniskusverletzungen, wenn kein Vorschaden besteht, erst nach einer längeren Zeitspanne als beim Kläger auftritt, nämlich mit Abstand von oft vielen Stunden (vgl. so auch SMV S. 626). Auch nach dem Arthroskopiebefund vom 04.04.2010 wurde die im Bereich der medialen Femurcondyle und des Tibiaplateaus kleine kraterförmige Knorpelläsion Grad 2 sicher durch wiederholte Einklemmungen hervorgerufen. Das erscheint überzeugend, zumal der Knorpelschaden nach OP-Bericht vom 04.04.2010 medial - also im Bereich des eingerissenen Innenmeniskus - aufgetreten war, während die Knorpelverhältnisse lateral an Femur und Tibia unauffällig erschienen. Damit sind weder der beschriebene Knorpelschaden noch der Reizerguss wesentlich auf das Unfallereignis als wesentliche (Teil-) Ursache zurückzuführen, sondern auf degenerative Veränderungen insbesondere im Bereich des Innenmeniskus.

Der Senat schließt sich angesichts der vorliegenden ärztlichen Unterlagen den überzeugenden Ausführungen von Dr. A. an, dass beim Kläger bereits ein Vorschaden im rechten Kniegelenk bestand, so dass es zum Auslösen akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkung bedurfte, sondern dass auch jeder andere Anlass des täglichen Lebens außerhalb der versicherten Tätigkeit eine entsprechende Schädigung bzw. Verschlimmerung des Meniskusschaden zu etwa derselben Zeit herbeigeführt haben könnte. So hatte Dr. A. dargelegt, dass angesichts der eingetretenen Veränderungen des Innenmeniskus jede Verrichtung des privaten täglichen Lebens ebenfalls zu einer Einklemmung hätte führen können und daher der Unfallhergang nicht wesentliche (Teil-) Ursache dafür war. Die Auffassung, dass angesichts der vorbestehenden degenerativen Veränderungen von Kniegelenkknorpel und Innenmeniskus der Unfall nur Gelegenheitsursache für das Auftreten akuter Erscheinungen war, wurde von Dr. F. in der überarbeiteten Fassung ihres Gutachtens vom 05.04.2012 bestätigt.

Für diese Wertung spricht nach Auffassung des Senats auch, dass bereits im November 1999 ohne vorangegangenes Trauma beim Melken plötzlich Schmerzen im rechten Knie des Klägers aufgetreten waren, die auf eine degenerative Innenmeniskushinterhornzerreißung und Knorpelflake am Condylus femoris medialis zurückzuführen waren, so dass am 15.11.1999 eine Arthroskopie mit Knorpelglättung und Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns erfolgt war. Der Histologiebefund zeigte damals degenerative Veränderungen entsprechend

einer Chondromalazie Grad I bis II. Ferner waren beim Kläger im Februar 2000 im anderen, linken Kniegelenk ohne erinnerliches Trauma über Nacht Schwellungen und Schmerzen aufgetreten, bei degenerativem Innenmeniskushinterhornriss sowie Knorpelfraktur des Kondylus femoris medialis, so dass auch hier eine Innenmeniskushinterhornresektion und Knorpelglättung vorgenommen wurden. Auch wenn der Kläger anschließend über Jahre nach seinen Angaben keine Kniegelenksbeschwerden mehr hatte, zeigt seine Krankengeschichte, dass eine Neigung zur Ausbildung von Verschleißschäden im Innenmeniskusbereich bereits vor dem Unfallereignis bestand und dass im rechten Kniegelenk bereits deutliche Vorschäden bestanden. So musste nach dem Operationsbericht vom 15.11.1999 das Innenmeniskushinterhorn bis auf einen kleinen Wandrest reseziert werden.

2. Der Senat ist jedoch nach kritischer Würdigung der ärztlichen Unterlagen und Gutachten zur Überzeugung gelangt, dass beim Kläger ein Gesundheitserstschaden in Form einer Kniegelenksdistorsion aufgetreten ist, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25.03.2010 zurückzuführen ist (zur Kniegelenksdistorsion als Gesundheitserstschaden eines Arbeitsunfalls siehe auch BSGE 108, 274 ff. RdNr. 30).

Der Kläger hat in seinen detaillierten Unfallschilderungen, insbesondere im Fragebogen vom 10.07.2010 und auf Befragung im Erörterungstermin vor dem LSG, für den Senat überzeugend geschildert, dass es wegen des Hängenbleibens im tiefen Stroh zu einer Verdrehung des Kniegelenks gekommen ist. Insoweit ist die Wiedergabe des Unfallhergangs durch den D-Arzt wesentlich zu ergänzen, der lediglich einen stechenden Schmerz im Knie beim Umdrehen auf der Stelle und damit kein Hängenbleiben angegeben bzw. als Unfallhergang seiner Beurteilung zu Grunde gelegt hatte. Eine solche Verdrehung bzw. Distorsion geht in der Regel mit Verschiebungen im Gelenk und Überlastungen der Bänder mit entsprechenden vorübergehenden Beschwerden einher, auch wenn keine Zerreißung der Bandstrukturen festgestellt werden kann. Eine geringfügige Lockerung des medialen Bandhaltes rechts im Seitenvergleich als Indiz für eine Bandbeteiligung wird im Übrigen im D-Arztbericht bei Untersuchung am Unfalltag beschrieben.

Dementsprechend ist nach Ansicht des Senats nicht zu beanstanden, dass im Arztbrief der Klinik B-Stadt vom 01.04.2010 als Diagnose neben dem Verdacht auf Innenmeniskusruptur auch eine Kniegelenksdistorsion rechts festgehalten wird. Insoweit ergänzt dieser Arztbrief die Erstdiagnosen im Durchgangsarztbericht vom 26.03.2010. Auch Prof. Dr. B. und seine Kollegen haben im Arztbrief vom 06.08.2010 ausgeführt, dass der Kläger eine Kniegelenksdistorsion erlitten hat. Der Senat schließt sich dieser ärztlichen Einschätzung an, dass beim Kläger am Unfalltag eine Kniegelenksdistorsion aufgetreten war. Ferner ist der Senat angesichts der schlüssigen Unfallschilderung des Klägers der Überzeugung, dass diese Kniegelenksdistorsion mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Hängenbleiben seines rechten Fußes in der Strohschicht und damit durch das Unfallereignis vom 25.03.2010 wesentlich mitverursacht worden ist.

Die Gutachten von Dr. A. und Dr. F. stehen dieser Einschätzung nicht entgegen, da sich diese nicht zu der Frage einer Kniegelenksdistorsion geäußert haben; vielmehr haben sich die Ausführungen der Sachverständigen auf die für die Beschwerden des Klägers sicherlich im Vordergrund stehenden Gesundheitsschäden - insbesondere den Innenmeniskus- und Knorpelschaden - beschränkt.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Feststellung einer Kniegelenksdistorsion durchaus in Einklang mit den Ausführungen der Beklagten im Bescheid vom 26.05.2010 steht. Denn darin hatte die Beklagte erklärt, dass sie "unter Auswertung der vorliegenden ärztlichen Befundberichte" zu dem Ergebnis gekommen sei, dass das angeschuldigte Ereignis vom 25.03.2010 "allenfalls zu einer leichten Verdrehung des rechten Kniegelenks geführt" habe.

Da somit das Unfallereignis vom 25.03.2010 nach Überzeugung des Senats wesentliche Ursache für die Kniegelenksdistorsion des Klägers als Gesundheitserstschaden war, ist das Ereignis vom 25.03.2010 als Arbeitsunfall im Sinne von § 8 SGB VII festzustellen.

Ob die Kniegelenksinfektion des Klägers mittelbare Unfallfolge des Arbeitsunfalls vom 25.03.2010 ist i.S.v. § 11 SGB VII, betrifft nicht die Feststellung des Gesundheitserstschadens im Rahmen des Arbeitsunfalls, sondern die noch ausstehende Feststellung der Unfallfolgen durch die Beklagte im Anschluss an die streitgegenständliche Feststellung des Arbeitsunfalls. Von der Einvernahme des Zeugen Dr. C. hierzu konnte der Senat absehen.

B) Die Kostengrundentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz und berücksichtigt, dass antragsgemäß das Vorliegen eines Arbeitsunfalls festzustellen war.

C) Gründe, die Revision zuzulassen gemäß § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2014-01-17