

L 3 U 1/00

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

24 U 273/97

Datum

07.07.1999

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 3 U 1/00

Datum

18.07.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 7. Juli 1999 wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung eines Meniskus- und Knorpelschadens als Folge von Arbeitsunfällen am 20. März und/oder 15. Juli 1992 oder als Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) und die Gewährung einer Verletztenrente streitig.

Der am XX.XXXXXXXX 1963 geborene Kläger betrieb seit seiner Jugend Vereinsfußball. Als Erwachsener spielte er zunächst im oberen Amateurbereich und war ab 1986 als Lizenzspieler beim Bundesligisten H. Sportverein und ab Juli 1992 beim Sportverein W. B. angestellt.

Der Kläger zog sich mehrfach kleinere Verletzungen während der Spiele zu. Am 20. März 1992 erhielt er während eines Bundesligaspiels bei einem Zweikampf mit dem Gegenspieler einen Kniestoß gegen die rechte Wade und musste ausgewechselt werden. Im Durchgangsarztbericht stellte der Mannschaftsarzt Dr. M. (Chirurg, Unfallchirurg) einen Druckschmerz am Fibulaköpfchen und am vorderen Muskelansatz der Wade, eine Übermobilität des körpernen Wadenbeins und ein Schonhinken rechts fest. Eine Röntgenuntersuchung des Knies und des Unterschenkels ergab keine frische knöcherne Verletzung. Als Diagnose gab Dr. M. eine Wadenbeinprellung mit fibula-tibialer Bandlockerung an. Eine entsprechende Unfallanzeige ging bei der Beklagten am 29. April 1992 ein. Aufgrund der Verletzung, die konservativ und physiotherapeutisch behandelt wurde, war der Kläger zunächst arbeitsunfähig. Nach komplikationslosem Heilungsverlauf konnte er ab 30. April 1992 wieder am Bundesligaspielbetrieb teilnehmen.

Während eines Testspiels am 15. Juli 1992 (Eingang der Unfallanzeige am 8. September 1992) zur Vorbereitung auf die anstehende Bundesligasaison bekam der Kläger als Lizenzfußballspieler des Sportvereins W. B. einen Tritt gegen die Außenseite des rechten Unterschenkels, konnte jedoch weiterspielen. Die erstmalige Behandlung erfolgte am 24. Juli 1992. Der Mannschaftsarzt Dr. M1 (Chirurg, Unfallchirurg) beschrieb einen leichten Gelenkerguss mit Druckschmerzhaftigkeit des lateralen Gelenkspaltes, vor allem im ventralen Bereich. Es bestehe ein diskreter Streckschmerz, jedoch kein Rotationsschmerz und kein Anzeichen einer Bandinstabilität. Eine Röntgenuntersuchung ergab weder Hinweise für eine frische knöcherne Verletzung noch für wesentliche degenerative Veränderungen. Dr. M1 diagnostizierte den Verdacht einer Außenmeniskusläsion mit Reizergussbildung und ordnete eine kernspintomographische Untersuchung an. Im Bericht vom 28. Juli 1992 über die tags zuvor durchgeführte Kernspintomographie im Zentralkrankenhaus B. teilten Dres. T. und V. mit, dass sich kein Hinweis auf eine Außenmeniskusläsion feststellen lasse. Dafür erscheine die pars intermedia dünn und unregelmäßig konturiert, sodass eine degenerative Veränderung des Innenmeniskus vorliege, wobei sogar ein kleiner Einriss am Übergang zwischen dem Mittelstück und dem Hinterhorn anzunehmen sei. Wahrscheinlich bestehe zudem eine Verletzung des Außenbandes. Mit Schreiben vom 22. Oktober 1992 an die Beklagte teilte Dr. M1 mit, dass der Kläger seit 30. Juli 1992 wieder arbeitsfähig und die ambulante Behandlung mit dem 13. August 1992 abgeschlossen sei.

Bis zum Frühjahr 1994 nahm der Kläger wieder am Spielbetrieb teil. In einem Bericht vom 19. Oktober 1994 beschrieb Dr. M1, dass das Knie bis Dezember 1992 reizlos gewesen sei, dann habe sich unfallunabhängig ein kleiner Erguss eingestellt, der sich im Jahre 1993 fast kontinuierlich gehalten habe. Das Knie sei jedoch schmerzfrei gewesen und Arbeitsunfähigkeit nicht eingetreten. Aufgrund der auch im Jahr 1994 anhaltenden Miniergüsse habe man sich dann für eine Arthroskopie entschieden. Eine erneute Kernspintomographie durch die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. B1 vom 19. Mai 1994 ergab einen unauffälligen Befund des Innenmeniskus. Dafür wurde der Außenmeniskus als hochgradig degeneriert am Hinterhorn, im Übergangsbereich zur pars intermedia und am Vorderhorn beschrieben.

In der am 24. Mai 1994 von Prof. L. durchgeführten Arthroskopie wurde die intra-operative Diagnose eines ausgeprägten Ganglions des Vorderhorns und der Intermediärportion des Außenmeniskus gestellt. Der Außenmeniskus wurde teilweise entfernt. Im Operationsbericht beschrieb Prof. L. die Morphologie des Innenmeniskus als unauffällig, auch der Außenmeniskus sei äußerlich ohne Verletzungszeichen erschienen. Bei vorsichtiger Abtragung des Außenmeniskussvorderhorns habe sich eine völlig gelbliche faserlose Substanz gezeigt, die einen fischmaulartigen Aufbruch des gesamten Meniskus bewirkt habe. Der zentrale Hohlraum sei mit dem Shaver (Operationsmesser) praktisch sondierbar gewesen. Es habe sich wiederholt schlierenartiges Gewebe entleert, was Ganglionsgewebe entsprechen dürfte. Speziell an der Basis der Intermediärportion habe sich das typische Ganglionsgewebe gezeigt.

In der histologischen Untersuchung der arthroskopisch entnommenen Meniskuspartikeln beurteilte Dr. B2 das Gewebe als hochgradig degenerativ verändert mit Ausbildung von größeren Pseudozysten ohne Epithelauskleidung (Begrenzungswand), die von einem Ganglion unterscheidbar seien.

Mit Schreiben vom 15. Juli 1994 beantragte der Kläger die Anerkennung einer Berufskrankheit.

Eine erneute Kernspintomographie vom 29. August 1994 durch die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. B1 ergab eine deutliche laterale Gelenkspaltverschmälerung mit deutlicher Knorpelsaumminderung. Der Innenmeniskus sei unauffällig. Die daraufhin durchgeführte zweite Arthroskopie durch Prof. L. am 28. September 1994 ergab einen neu aufgetretenen Knorpelschaden. Der Operationsbericht beschrieb den medialen Meniskus als weiterhin intakt. Im gesamten Gelenk seien allerdings ca. 20 - 30 flache Knorpelstücke zu finden gewesen, die von einem massiven Knorpelschaden in der Belastungszone des lateralen Kompartiments entstammten. In zwei nachfolgenden histologischen Gewebsuntersuchungen führten Dr. B2 sowie ebenfalls Prof. O. (Krankenhaus Nordstadt H1) aus, dass stark degenerierte Partikel mit kräftiger Detritussynovialitis vorlägen. Dr. B2 stellte zudem fest, dass es keine Hinweise auf eine systemische Gelenkerkrankung oder Kristalleinlagerung gebe. Prof. O. gab an, dass sich kein Ganglion im Präparat befinde, es sich aber um eine schwere und progrediente Degeneration handele.

Die Beklagte zog weitere medizinische Unterlagen bei, unter anderem weitere Anzeigen über vorausgegangene Unfälle des Klägers, Videoaufnahmen der beiden durchgeführten Arthroskopien und eine Stellungnahme von Prof. L. vom 21. Dezember 1994. Hierin gab er an, dass die Diagnose bis zum 24. August 1994 "Außenmeniskusganglion re. Kniegelenk", danach "Knorpelschaden im lateralen Gelenkkompartiment re. Kniegelenk" gelautet habe. In einem späteren Schreiben an den Kläger vom 26. Mai 1997 gab Prof. L. demgegenüber an, dass es sich keineswegs um ein anlagebedingtes Ganglion, sondern um eine schwerwiegende, durch die Fußballertätigkeit verursachte Degeneration des Außenmeniskus gehandelt habe.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellte Dr. S. (Chirurg, Unfallchirurg) am 13. April 1995 nach persönlicher Untersuchung des Klägers ein schriftliches Gutachten. Dr. S. kam zu dem Ergebnis, dass der Meniskusschaden traumatische Folge (wohl am ehesten) des Arbeitsunfalles vom 20. März 1992 sei. Bei diesem Ereignis sei es zu einer unerkannt gebliebenen Schädigung des Außenbandes gekommen, die dann im Laufe der zwei Jahre bis zur ersten Arthroskopie einen erheblichen Außenmeniskusschaden verursacht habe, der mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v. H. zu bewerten sei. Eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV liege dagegen nicht vor. Hiergegen spreche die fehlende Beteiligung des Innenmeniskus, der gegenüber Schädigungen im Vergleich zum Außenmeniskus deutlich exponiert sei.

Ab Mai 1995 war der Kläger beschwerdefrei und wieder in seinem Beruf tätig.

Der Kläger ließ aus eigener Veranlassung das Gutachten von Prof. S1 (Orthopäde/Chirurg) vom 21. November 1995 erstellen. Prof. S1 schloss eine unfallbedingte Schädigung des Außenmeniskus aus. Die Vorfälle vom 20. März und 15. Juli 1992 seien nicht geeignet gewesen, einen traumatischen bedingten Meniskusschaden hervorzurufen. Hiergegen sprächen der jeweils unkomplizierte Beschwerde- und Heilungsverlauf und die nur kurzen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Es sei aufgrund des Verlaufes in Kombination mit den arthroskopischen und histologischen Befunden von einer zunächst bestehenden Meniskusdegeneration mit Ganglionsbildung und im weiteren Verlauf mit einer degenerativen Knorpelschädigung auszugehen. Es liege aber eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV mit einer MdE von 20 v. H. seit Juli 1994 vor. In der ergänzenden Stellungnahme vom 29. Februar 1996 führte er aus, dass bei dem Kläger sowohl am Innenmeniskus als auch am Außenmeniskus degenerative Veränderungen an typischer Stelle bestanden hätten. Dies zeigten die kernspintomographischen Untersuchungen vom 28. Juli 1992 und 19. Mai 1994, und eine solche Annahme sei bei der histologischen Untersuchung bestätigt worden.

Der staatliche Gewerbearzt für das Land Bremen Dr. H2 hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 1996 ausreichende Hinweise für eine Meniskusschädigung im Sinne der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV für gegeben. Die Beobachtung, dass bei Bergleuten der Innenmeniskus neun Mal häufiger betroffen sei als der Außenmeniskus, sei für andere Berufsgruppen nicht richtungsweisend. Eine traumatische Schädigung des Außenmeniskus könne durch diese Beobachtung keinesfalls ausgeschlossen werden. Bei Fußballern sei die Möglichkeit des sich häufig wiederholenden Mikrotraumas weit höher einzuschätzen als bei einem Bergmann. Mit Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass der Meniskusschaden des Klägers aus wiederholt erheblicher Beanspruchung in Kombination mit wiederholten banalen Mikrotraumen entstanden ist.

Mit Bescheid vom 9. September 1996 lehnte die Beklagte die Anerkennung einer Berufskrankheit ab. Die hochgradig degenerative Veränderung des Außenmeniskus bei fehlender Beteiligung des Innenmeniskus sei nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf die schädigenden Einwirkungen des Fußballspiels zurückzuführen.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren ließ die Beklagte am 15. Januar 1997 ein Gutachten nach Aktenlage durch den Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie M2 erstellen. Nach Auswertung der kernspintomographischen Aufnahmen und der Operationsvideos gelangte dieser zu dem Ergebnis, dass der Kläger durch das Ereignis vom 20. März 1992 mit Sicherheit keine Kniebinnenverletzung erlitten habe. Ein zu entschädigender Arbeitsunfall sei völlig auszuschließen, da der Kläger bereits nach kurzer Zeit wieder arbeitsfähig gewesen sei. Der Kläger habe eine rasch ausheilende Wadenbeinprellung gehabt. Eine Außenbandschädigung habe nicht vorgelegen und sei auch überdies gar nicht geeignet, einen Meniskusschaden zu verursachen. Auch sei das Vorliegen einer Berufskrankheit nicht anzunehmen. Schon die versicherte Erkrankung im Sinne einer primären Meniskopathie sei nicht gegeben. Nur diese - Verschleißerkrankung des Meniskus, hervorgerufen durch

eine Zerrüttung der Meniskusgrundsubstanz – sei Gegenstand der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV. Aus den bildgebenden Verfahren und dem Operationsbericht von Prof. L. ergebe sich, dass der Kläger an einem Meniskusganglion (schleimgefüllte Zyste im oder am Meniskus) gelitten habe. Während nämlich der Innenmeniskus sich durchweg unauffällig dargestellt habe, sei der Außenmeniskus vollkommen zerrüttet gewesen. Es entspreche der medizinischen Erfahrung, dass Ganglien im Verhältnis 7:1 lateral zu medial auftreten. In den kernspintomographischen Aufnahmen vom Juli 1992 und Mai 1994 sei die sich entwickelnde Zyste erkennbar gewesen. Das Ganglion begründe zwar die vorliegende Meniskopathie, diese beruhe aber auf einer anlagebedingten Fehlentwicklung bzw. Missbildung und sei nicht auf berufsbedingte Einwirkungen zurückzuführen.

Unter Verweis auf diese Ausführungen wies die Beklagte den Widerspruch mit Bescheid vom 24. April 1997 (Eingang beim Prozessbevollmächtigten des Klägers am 28. April 1997) zurück.

Mit weiterem Bescheid vom 12. März 1997 und Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 1997 lehnte die Beklagte auch die Anerkennung als Folge eines Arbeitsunfalles ab. Die Ereignisse vom 20. März 1992 und 15. Juli 1992 seien nicht geeignet gewesen, eine Kniebinnenverletzung auszulösen. Die jeweils nur kurze Dauer der Arbeitsunfähigkeit belege dies.

Die am 27. Mai und 11. Juli 1997 gegen beide Ablehnungen erhobenen Klagen hat das Sozialgericht mit Beschluss vom 15. September 1997 verbunden.

1997 gab der Kläger die Tätigkeit als Fußballspieler auf.

Der Orthopäde P. hat im Gutachten nach Aktenlage vom 10. November 1997 eine traumatische Ursache für den Meniskusschaden ausgeschlossen. Bei einer Außenmeniskusläsion, insbesondere einem derartig großen Defekt, wie er später vorgefunden wurde, wäre Arbeitsfähigkeit nicht bereits nach jeweils so kurzer Zeit wieder eingetreten. Der Hergang des Ereignisses vom 20. März 1992 sei schon abstrakt nicht geeignet, eine Meniskusverletzung herbeizuführen. Der Stoß sei bereits durch die Wadenmuskulatur abgefedert worden, eine Auswirkung auf Struktur des Kniegelenkes sei nicht denkbar, da keine Verbindung zur Kniebinnenstruktur bestehe. Entscheidende Ursache für die hochgradige Außenmeniskusdegeneration sei eine übermäßige Belastung und Fehlbelastung sowie zumeist unentdeckt und unbehandelt bleibende Mikrotraumen. Es sei davon auszugehen, dass der Kläger zahlreiche dieser Traumen erlitten habe. Diese seien im Sinne der Berufskrankheit Nr. 2102 der Anlage zur BKV zu deuten. Ab 24. Mai 1994 habe eine MdE von 20 v. H. vorgelegen. Die Berufsgruppe der Fußballer sei nicht mit den Berufen zu vergleichen, bei denen in überwiegend kniender oder hockender Zwangshaltung gearbeitet werde. Nur bei letztgenannten werde aufgrund der starken Kniebeugung ein "Beißzangenmechanismus" ausgelöst. Wegen der anatomischen Form der Menisken sei bei dieser Art der Belastung häufiger der Innenmeniskus betroffen. Bei Fußballern wirkten dagegen dynamische Bewegungsabläufe mit Stoppvorgängen, Richtungswechseln und Beschleunigungen auf die Menisken ein. Von dieser Krafteinwirkung sei aber nicht nur der Innenmeniskus, sondern in gleicher Weise auch der Außenmeniskus betroffen. Wo eine Schädigung eintrete, hänge von der individuellen Spielweise und der Einsatzfreudigkeit ab. Eine sekundäre Meniskopathie wie sie M2 angenommen habe, sei ausgeschlossen. Dies zeige sich auf den Röntgenbildern, auf denen keinerlei Fehlstellungen zu erkennen seien und ergebe sich aus dem histologischen Bericht Dr. B2's, der maligne Erkrankungen wie auch ein Ganglion ausgeschlossen habe. Angesichts des exakten Befundes von Dr. B2 bestehe kein Grund daran zu zweifeln, dass es sich hier um eine primäre Meniskopathie des Außenmeniskus gehandelt habe. Der in der zweiten Arthroskopie entdeckte Knorpelschaden sei ein Folgeschaden, wahrscheinlich verursacht durch veränderte statische Verhältnisse nach dem ersten Eingriff.

Die Beklagte hat sich auf zwei Stellungnahmen des Gutachters M2 vom 2. März 1998 und 15. Juni 1999 berufen. Nach umfangreicher Literaturschau stehe fest, dass der Außenmeniskus auch bei jenen Berufsangehörigen, die nicht in Kniezwangshaltungen arbeiteten, sondern wiederholt raue Bewegungsabläufe ausführten, deutlich seltener degeneriere als der Innenmeniskus. Schon bei Knieunbelasteten sei der Innenmeniskus dreimal häufiger betroffen als der Außenmeniskus. Diese Diskrepanz nehme bei Steigerung der Belastung noch proportional zu. Dies sei durch die Kinematik und die Anatomie des Innenmeniskus begründet, nämlich durch die relativ starre Fixierung im Gelenk. Die Tatsache, dass Dr. B2 bei der Analyse der Gewebeprobe keine Epithelauskleidung gefunden habe, spreche nicht gegen ein Ganglion. Eine solche Wand besäßen nur reife Ganglien, nicht jedoch solche in der Neubildungsphase. Die Ätiologie von Ganglien sei jedoch insgesamt nicht ausreichend geklärt und die diesbezügliche Forschung auf dem Stand der siebziger Jahre stehen geblieben. Zum Teil werde vertreten, dass Ganglien bzw. die Anlage dafür angeboren seien, zum Teil aber auch, dass das Ganglion selbst Zeichen der Degeneration sei und diese nicht erst auslöse. Der sich nach der ersten Arthroskopie rasant herausgebildete Knorpelschaden spreche jedoch auch für eine anlagebedingte Minderwertigkeit im Bereich des entfernten Außenmeniskus. Im Regelfall trete eine Arthrose nach Meniskusentfernung erst nach 5 bis 10 Jahren ein.

Mit Urteil vom 7. Juli 1999 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen. Gegen das ihm am 26. November 1999 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. Dezember 1999 Berufung eingelegt.

Er trägt vor, der bei ihm festgestellte Meniskusschaden sei beruflich bedingt. Dies ergebe sich aus den Gutachten von P., Prof. S1 und Dr. R., die eine Schädigung im Sinne einer Berufskrankheit festgestellt hätten, und Dr. S., soweit er von Folgen eines Arbeitsunfalles ausgehe. Die Gutachten von Prof. C. und M2 seien dagegen nicht überzeugend. Das Gutachten von Prof. C. lasse eine Auseinandersetzung mit der Ursache des Menikusschadens vermissen. Die Argumentation M2s, dass ein anlagebedingtes Ganglion ursächlich sei, habe dieser selbst nicht aufrechterhalten können, da die Entstehung solcher Ganglien bislang nicht hinreichend erforscht sei. M2 habe außerdem den eindeutigen Befund Dr. B2, dass sich in der Gewebeprobe kein Ganglionsgewebe nachweisen lasse, nicht entkräften können. Überdies hätten durchaus auch 1992 schon degenerative Veränderungen am Innenmeniskus vorgelegen, sodass sich ein belastungskonformes Schadensbild ergebe.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 7. Juli 1999 sowie die Bescheide der Beklagten vom 9. September 1996 und 12. März 1997 und die Widerspruchsbescheide vom 24. April 1997 und 19. Juni 1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung der Folgen der Unfälle vom 20. März 1992 und 15. Juli 1992 als Arbeitsunfall oder wegen einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur 7. Berufskrankheitenverordnung eine Verletztenrente zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Im Gutachten vom 18. Juli 2002 ist Prof. C. nach Untersuchung des Klägers zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Kniebinnenverletzung durch die Ereignisse vom 20. März und 15. Juli 1992 nicht verursacht worden sei. Etwaige Unfallfolgen wären bei den Arthroskopien noch sichtbar gewesen; es seien jedoch ausschließlich degenerative Veränderungen beschrieben worden. Das Auftreten des Knorpelschadens sei nicht als berufsbedingt anzusehen. Teilbereiche des Kniegelenkes hätten sich in kürzester Zeit drastisch verändert, nachdem das Kniegelenk ursprünglich trotz langjähriger Tätigkeit unauffällig gewesen sei, und die weiteren Bereiche seien nicht stark verändert.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) wurde das Gutachten von Dr. R. vom 11. Dezember 2003 nach persönlicher Untersuchung eingeholt. Wie die Vorgutachter schloss Dr. R. eine traumatische Ursache für den Meniskusschaden aus. Es sei jedoch eine Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV gegeben, da das gesamte Meniskussystem rechts geschädigt sei. Entgegen den bisherigen gutachtlichen Feststellungen sei nämlich der Innenmeniskus ebenfalls betroffen gewesen. Auf den kernspintomographischen Aufnahmen zeige sich, dass das Innenmeniskushinterhorn bereits eine erst- bis zweitgradige Läsion aufgewiesen habe. Dies werde von Dres. T. und V. im Bericht vom 28. Juli 1992 auch erwähnt. Hierbei handele es sich um typische Zeichen einer Degeneration, die jedoch arthroskopisch noch nicht nachweisbar gewesen seien. Im Übrigen spreche selbst das etwaige Vorliegen eines Ganglions nicht gegen eine berufsbedingte Entstehung. Worin der kurze Zeit später eingetretene Knorpelschaden seine Ursache habe, lasse sich nicht eruieren. Die MdE hat Dr. R. mit 10 v. H. bis zum April 2002 und von da an mit 15 v. H. angenommen.

In einer erneuten von der Beklagten veranlassten Stellungnahme vom 4. Juni 2004 hat der Chirurg M2 die auf der kernspintomographischen Aufnahme vom 27. Juli 1992 befindlichen Signalzeichen als Artefakte, die sich auf den anderen Aufnahmen nicht gezeigt hätten, bezeichnet. Demgegenüber sei auf beide Operationsprotokolle zu verweisen, in denen der Innenmeniskus jeweils als unauffällig beschrieben worden sei. Die Befundung durch Dr. R. werde schon rein tatsächlich dadurch widerlegt, dass sich zehn Jahre später noch immer kein relevanter Verschleiß am Innenmeniskus zeige. Da die Menisken altersbedingtem, belastungsunabhängigem Verschleiß unterlägen, sei bei der Berufskrankheit ein belastungskonformes Schadensbild erforderlich. Ein solches liege aber beim Kläger nicht vor, wenn nur dessen Außenmeniskus erhebliche Degeneration aufweise, nicht jedoch der Innenmeniskus. Der erforderliche Wahrscheinlichkeitsgrad für die Ursächlichkeit der Fußballertätigkeit für das vorliegende Schadensbild sei nicht gegeben.

In einem weiteren vom Gericht veranlassten Gutachten nach Aktenlage vom 16. Januar 2006 bewertete der Orthopäde Dr. N. nochmals die kernspintomographischen Aufnahmen. Er ist zu dem Ergebnis gekommen, dass ein belastungskonformes Schadensbild nicht vorliege. Der Befund sei allenfalls altersgerecht, darüber hinausgehende degenerative Veränderungen am Innenmeniskus würden sich nicht nachweisen lassen. Die vermeintlichen Einrisse im Innenmeniskus würden teilweise das Meniskusgewebe überschreiten, es handele sich deshalb um einen Artefakt. Dr. N. ist in der mündlichen Verhandlung erläuternd und ergänzend zu seinen schriftlichen Ausführungen gehört worden. Hinsichtlich des Inhalts seiner Aussage wird auf die Sitzungsniederschrift vom 18. Juli 2006 verwiesen.

Wegen des Sachverhalts im Einzelnen wird auf die in der Sitzungsniederschrift vom 18. Juli 2006 aufgeführten Akten und Unterlagen verwiesen. Sie sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung des Senats gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers (vgl. [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist nicht begründet.

Auf den Rechtsstreit finden noch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) Anwendung, weil ein Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs, Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) am 1. Januar 1997 geltend gemacht wird (vgl. Artikel 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz, [§ 212 SGB VII](#)).

Gemäß § 548 Abs. 1 Satz 1 RVO ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 genannten Tätigkeiten erleidet. Verletztenrente aufgrund eines Arbeitsunfalles ist gemäß § 580 Abs. 1 i. V. m. § 581 Abs. 1 Nr. 2 RVO zu gewähren, wenn die unfallbedingte MdE über die 13. Woche hinaus nach dem Arbeitsunfall andauert und mindestens 20 v. H. beträgt.

Als Arbeitsunfall gilt gemäß § 551 Abs. 1 Satz 1 RVO auch eine Berufskrankheit. Ein Anspruch auf Anerkennung und Entschädigung der Folgen einer Berufskrankheit setzt das Vorliegen einer Berufskrankheit voraus (§§ 547, 551 Abs. 1 RVO). Berufskrankheiten sind die in der BKV aufgeführten Krankheiten, die ein Versicherter bei einer der in den §§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO genannten Tätigkeiten erleidet (§ 551 Abs. 1 Satz 2 RVO). Zu den Berufskrankheiten zählen nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV (hier noch in der Fassung der bis zum 30. November 1997 geltenden 7. BKV anzuwenden) Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.

Sowohl für den Arbeitsunfall als auch für die Berufskrankheit bedeutet dies, dass die schädigende Einwirkung ursächlich auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen sein (sog. haftungsbegründende Kausalität) und die schädigende Einwirkung die Krankheit wesentlich (mit-) verursacht haben muss (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Während die einzelnen Glieder dieser Kausalkette (versicherte Tätigkeit, schädigende Einwirkung, Gesundheitsschaden) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen, genügt für den Ursachenzusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d. h. es müssen mehr Gesichtspunkte dafür als dagegen sprechen. Allerdings reicht die bloße Möglichkeit eines Zusammenhanges nicht aus.

Weder der Meniskus- noch der später daraus entstandene Knorpelschaden sind Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV und deswegen besteht kein Anspruch auf Anerkennung oder Entschädigung.

Es steht zwar fest, dass der Kläger eine versicherte Tätigkeit ausgeübt hat, im Verlaufe derer es zu zwei Arbeitsunfällen gekommen ist. Diese führten jedoch nicht zu Schäden, die über die 13. Woche hinauswirkten. Es mangelt an der haftungsausfüllenden Kausalität, denn die Folge "Außenmeniskusschaden" kann nicht mit der notwendigen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf einen der oder beide Unfälle zurückgeführt werden. Hierfür spricht eindeutig die mangelnde Schwere der Verletzungen und der jeweils komplikationslose

Heilungsverlauf, worauf mit einer Ausnahme alle Gutachter hingewiesen haben. Der Kläger hat nach relativ kurzer bzw. ohne Arbeitsunfähigkeit wieder als Bundesligaprofi gearbeitet. Dies wäre mit einer Kniebinnenverletzung nicht möglich gewesen. Eine aufgrund der Verdachtsdiagnose "Außenmeniskusläsion" von Dr. M. angeordnete Kernspintomographie vom 28. Juli 1992 konnte diesen Verdacht nicht bestätigen und auch im Operationsbericht vom 24. Mai 1994 werden keine unfalltraumatischen Schädigungen, sondern nur die degenerativen Veränderungen festgestellt.

Bei dem Kläger liegt auch keine anzuerkennende oder entschädigungspflichtige Berufskrankheit vor, da die berufsbedingte Verursachung nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit feststeht. Insoweit fehlt es ebenfalls zumindest an der haftungsausfüllenden Kausalität. Entscheidend ist die Beurteilung des Außenmeniskusschadens. Der Knorpelschaden kann nur dann – im Sinne einer Verschlimmerung – relevant werden, wenn der Außenmeniskusschaden als Folge einer Berufskrankheit anzusehen wäre.

Zwar liegt bei dem Kläger eine Schädigung des Vorderhorns des Außenmeniskus nach übereinstimmender Ansicht aller Gutachter vor. Jedoch ist diese nicht ursächlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen. Es spricht mehr für eine anlagebedingte Verursachung, wobei die Frage, ob ein Ganglion zu den Veränderungen des Meniskus geführt hat oder nicht, und die Frage, ob ein Ganglion Ursache der Veränderung oder selbst lediglich Zeichen einer Degeneration ist, unentschieden bleiben können. Der Senat folgt hierbei vor allem den überzeugenden Darlegungen des Orthopäden Dr. N., dessen Ausführungen in weiten Teilen auch von den Ausführungen der Chirurgen Dr. S., M2 und Prof. Dr. C. bestätigt werden.

Danach fehlt es an einem belastungskonformen Schadensbild, ohne dessen Vorliegen es nicht möglich ist, einen schicksalhaft abgelaufenen degenerativen Meniskusschaden von einem solchen, der wahrscheinlich aufgrund beruflicher Belastung entstanden ist, abzugrenzen. Ein belastungskonformes Schadensbild liegt – weil der Meniskus/die Menisken als Haltesystem des Kniegelenks belastet wird/werden – vor, wenn sich in der Schädigung die stärkere Belastung des Innenmeniskus und dort des Hinterhorns abbildet. Die Anatomie des Innenmeniskus ist nämlich ungünstiger als die des Außenmeniskus. Dies hängt mit der Fixierung des Innenmeniskus im Knie zusammen. Dieser ist weniger flexibel und kann daher bei Belastungen weniger gleiten und ausweichen. Dem Außenmeniskus ist ein größeres Spiel möglich. Von diesen anatomischen Voraussetzungen ausgehend ist es mit einer beruflichen Verursachung nicht vereinbar, dass der Außenmeniskus vollständig zerrüttet ist, der Innenmeniskus sich aber ohne Verschleißanzeichen darstellt. Auch aus der Theorie der Mikrotraumen durch raue Bewegungsanforderungen kann sich nichts anderes ergeben, denn auch hier wäre zu erwarten, dass diese feinsten Verletzungen sich häufiger am Innenmeniskus niederschlagen und dieser nach einer gewissen Zeit Verschleißanzeichen ausbildet. Die Fixierung der Menisken im Knie bleibt unabhängig von der Art der Belastung – Zwangshaltung oder Bewegung – die gleiche. M2 hat plausibel nach Auswertung der gesamten Fachliteratur dargelegt, dass bei hohen Bewegungsansprüchen eine isolierte Außenmeniskusschädigung unwahrscheinlich ist. Es ist im Gegenteil so, dass bei Erhöhung der Bewegungsintensität der Innenmeniskus noch häufiger betroffen wird, als dies ohnehin bei bewegungsarmen Personen der Fall ist.

Bei dem Kläger liegt die Schädigung im Bereich des Außenmeniskus, während das Knie im Übrigen – insbesondere der Innenmeniskus – unversehrt war. Die fehlende Innenmeniskusbeteiligung lässt eine berufliche Verursachung unwahrscheinlich erscheinen. Dass der Innenmeniskus beim Kläger unversehrt war, ergibt sich überzeugend aus den Arthroskopie-Berichten. Bei beiden Arthroskopen hat Prof. L. jeweils den Innenmeniskus als unauffällig beschrieben. Die gegenteilige Ansicht in dem Bericht von Dr. R. stützt sich allein auf eine kernspintomographische Aufnahme vom 27. Juli 1992, die grundsätzlich als einziges Diagnosemittel keine überragende Aussagekraft hat. Eine Arthroskopie ist die zuverlässigste Diagnosemethode, sodass dem zweifachen unauffälligen intraoperativen Befund hohe Beweiskraft beizumessen ist. Darauf verweisen sowohl M2 als auch Dr. N. ... Gegen eine Innenmeniskusbeteiligung spricht ebenfalls, dass die nach Aussage von Dr. R. schon angelegte übermäßige Degeneration selbst zehn Jahre später nicht weiter fortgeschritten ist. Für eine anlagebedingte Minderwertigkeit allein des Außenmeniskus spricht letztendlich auch, dass sich genau im Bereich des entfernten Außenmeniskus innerhalb von vier Monaten ein ausgeprägter Knorpelschaden gebildet hat, der eigentlich erst nach 5 bis 10 Jahren zu erwarten gewesen wäre, sowie der Umstand, dass die Knie des Klägers im Übrigen nicht einmal als altersgemäß degeneriert angesehen werden könnten, sondern trotz der beruflichen Belastung in einem extrem guten Zustand waren.

Die Einschätzungen von P., Prof. S1 und Dr. R., welche einen Ursachenzusammenhang zwischen der Schädigung und der beruflichen Tätigkeit bejahen, überzeugen demgegenüber nicht. Zwar ist nicht gänzlich ausgeschlossen, dass es – wie P. annimmt – bei Fußballspielern ein anderes belastungskonformes Schadensbild gibt als bei Personen, die sonstige kniebelastende Tätigkeiten verrichten. Es gibt jedoch keine medizinischen Erkenntnisse, die bei Fußballern eine isolierte Außenmeniskusschädigung als wahrscheinlich erscheinen lassen. Auch P. selbst vermag keine (vom Kläger bevorzugten) Bewegungsabläufe zu nennen, die zu einer besonders starken Belastung des Außenmeniskus (und dort des Vorderhorns) führen. Der Umstand, dass beim Spiel in größerer Anzahl Mikrotraumen erlitten werden, reicht nicht aus, denn diese wirken auf das Gesamtsystem des Knies und begründen deswegen nicht eine Schädigung allein des Außenmeniskus. Dr. R.'s Beurteilung fußt im Wesentlichen auf der Behauptung, der Innenmeniskus des Klägers sei ebenfalls geschädigt, welcher die anderen Gutachter mit guten Argumenten (siehe oben) nicht gefolgt sind. Prof. S1 nennt keine Argumente für das Vorliegen einer berufsbedingten Degeneration. Nachdem er die Unfälle als Ursache der gesundheitlichen Veränderungen ausgeschlossen hatte, übersah er, dass auch eine degenerative Veränderung nicht zwangsläufig durch die berufliche Belastung hervorgerufen sein muss, sondern ebenso schicksalhaft eintreten kann.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2006-08-07