

L 3 U 79/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 18 U 62/06
Datum
10.01.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 79/11
Datum
16.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 10. Januar 2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des anerkannten Arbeitsunfalls vom 23. August 2004 für den Zeitraum vom 29. Juli 2005 bis zum 07. Dezember 2009.

Der 1947 geborene Kläger erlitt während seiner Beschäftigung als Elektriker bei der Fa. M B einen Unfall, als er am 23. August 2004 gegen 12:00 Uhr ein Stück absplitterndes Metall von einem Stativscheinwerfer ans linke Knie bekam, daraufhin stürzte und auf den Rücken fiel (vgl. den Durchgangsarztbericht (DAB) der PD Dr. O vom Klinikum S vom 24. August 2004). Der Kläger arbeitete zunächst weiter und stellte sich am Folgetag im Klinikum Salzgitter vor, wo eine Schwellung des linken Kniegelenks sowie eine Einschränkung der Beweglichkeit bei Streckung und Beugung befundet wurden. Daneben bestanden Schmerzen im Gesäßbereich ohne äußere Verletzungszeichen. Röntgenaufnahmen zeigten eine nicht dislozierte Patellafraktur links, es wurde daher Arbeitsunfähigkeit ab dem 24. August 2004 bescheinigt. Die Behandlung erfolgte konservativ mit Medi-Knie-Orthese, Unterarm-Gehstützen zur Entlastung sowie erweiterter ambulanter Physiotherapie (EAP).

In einem ausführlichen Zwischenbericht vom 06. Dezember 2006 berichtete Dr. H vom Klinikum B u. a. über eine Einschränkung der Beweglichkeit des linken Kniegelenks auf 0/0/110 passiv und einen stabilen Bandapparat bei knöcherner Konsolidierung der distalen Patellaquerfraktur. Bereits am 06. Januar 2005 war die Beweglichkeit wieder seitengleich (0/0/130), wobei links noch eine deutliche Oberschenkelatrophie fortbestand. Im Rahmen der Heilverfahrenskontrolle erstellte der Chirurg Dr. T am 01. März 2005 für die Beklagte eine Stellungnahme nach einer Untersuchung des Klägers am 23. Februar 2005. Darin stellte er u. a. ein raumgreifendes und harmonisches Gangbild, eine beiderseitige Kniegelenksbeweglichkeit mit 0/0/135 sowie stabile Kreuz- und Seitenbänder und eine leichtgradige Atrophie der linken Oberschenkelmuskulatur fest. Bereits vor dem Unfall habe der Kläger morgens leichtgradige Anlaufschmerzen im Bereich beider Knie gehabt, darüber hinaus sei eine medialseitig betonte Verschmälerung des linken femorotibialen Gelenkspaltes unfallunabhängig. Zur weiteren Verifizierung der Verletzungsfolgen wurde am 02. März 2005 ein MRT des linken Kniegelenks durchgeführt. Darin zeigten sich neben der in geringer Fehlstellung vollständig verheilten konsolidierten Patellaspitzenfraktur eine aufgetriebene Patellasehne in erster Linie i. S. e. Tendinopathie, eine mäßige Gon- und Retropatellararthrose, eine ältere hintere Kreuzbandruptur, ein Zustand nach subtotaler Ruptur des lateralen Kollateralbandes, eine drittgradige Meniskopathie des Innenmeniskushinterhorns (IMHH) sowie des zentralen Anteils des Innenmeniskus (IM), eine erstgradige Meniskopathie des Außenmeniskushinterhorns (AMHH), eine drittgradige Chondropathie der femoralen und tibialen Gelenkknorpel in der Belastungszone und Knorpelschaden an der medialen retropatellaren Knorpelfläche sowie eine septierte Baker-Zyste (Untersuchungsbericht vom 11. März 2005). Dr. H bescheinigte ab dem 04. Juli 2005 Arbeitsfähigkeit.

Am 08. August 2005 erstellte Dr. Z im Auftrag der Beklagten ein erstes Rentengutachten nach einer Untersuchung des Klägers am 29. Juli 2005. Im Bereich des linken Beines stellte er eine Oberschenkelmuskelatrophie (-2 cm), eine Beweglichkeit des linken Kniegelenks von 0/0/130 gegenüber 0/0/140 rechts, einen diskret verlängerten Lachman-Test mit festem Anschlag, einen negativen Jerk-Test, eine positive Schublade bei 90°, ein positives Zohlen-Zeichen, ein retropatellares Reiben bei Beugung und Streckung ebenso wie rechts sowie einen Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des distalen Patellapols und des proximalen Kniescheibenbandes fest. Im Röntgenbild zeigten sich links wie rechts eine deutliche Sklerosierung aller Gelenkflächen mit beginnenden zipfelartigen Ausziehungen bei Verschmälerung aller Gelenkräume, linksseitig Zeichen für eine knöchern konsolidierte Fraktur des distalen Patellapols ohne Beteiligung der Gelenkfläche. Unfallfolgen seien ein diskreter Druckschmerz, Bewegungsschmerz im Bereich des distalen Patellapols bei knöchern konsolidierter Fraktur

des distalen Patellapols ohne Beteiligung der Gelenkfläche, eine Instabilität des linken Kniegelenks bei stattgehabter hinterer Kreuzbandruptur und Außenbandteiltraktur mit nachfolgender Oberschenkelmuskelatrophie. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 20 vom Hundert (v. H.). Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme von dem Chirurgen und Unfallchirurgen Dr. N vom 06. November 2005 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente ab, da die Unfallfolgen keine MdE von wenigstens 20 v. H. bedingten. Der Arbeitsunfall habe zu folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt: "Knöchern verheilte Bruch der linken Knie Scheibe: Muskelminderung am linken Bein und Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich der linken Knie Scheibe." Folgende Beeinträchtigungen lägen unabhängig vom Arbeitsunfall vor: deutliche Sklerosierung aller Gelenkflächen des linken Kniegelenks, Verschmälerung des linken femorotibialen Gelenkspaltes, mäßiggradige Arthrose des Femorotibialgelenks sowie Retropatellararthrose des linken Kniegelenks, Meniskopathia des linken Kniegelenks." In seinem Widerspruch hiergegen beanstandete der Kläger, dass die hintere Kreuzbandruptur sowie die Teilruptur des äußeren Seitenbandes unberücksichtigt geblieben seien. Daraufhin veranlasste die Beklagte eine weitere beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. N vom 29. Dezember 2005, in welcher dieser diese Rupturen ebenfalls für unfallbedingt hielt, hieraus jedoch keine Änderung der MdE-Bewertung ableitete. Mit Bescheid vom 24. Januar 2006 half die Beklagte sodann dem Widerspruch teilweise ab, nahm den Bescheid vom 15. November 2005 hinsichtlich der Unfallfolgen teilweise zurück und erkannte den Riss des hinteren Kreuzbandes sowie den teilweisen Riss des äußeren Seitenbandes im linken Kniegelenk am Unfallfolgen an. Im Übrigen wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11. April 2006 zurückgewiesen.

Mit seiner hiergegen am 03. Mai 2006 eingegangenen Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) (SG) hat der Kläger sein Begehren weiter verfolgt und insbesondere auf Schwierigkeiten beim Laufen in leichtem Gelände sowie beim Hocken und Knien und Treppensteigen hingewiesen. Auf unebenem, unwegsamem Gelände sei er bereits mehrfach gestürzt.

Das SG hat zunächst u. a. ein Vorerkrankungsverzeichnis der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) vom 26. September 2006 sowie Befundberichte der behandelnden Allgemeinmedizinerin Dipl.-Med. F vom 22. Januar 2008 und des Chirurgen und Unfallchirurgen PD Dr. W vom 30. März 2008 nebst einem Zwischenbericht desselben Arztes vom 30. Januar 2008 eingeholt und ferner Zwischenberichte des PD Dr. W vom 06. Februar 2007 sowie des Dr. H vom 13. November 2006 nebst OP-Bericht vom 01. November 2006 (Arthroskopie des linken Kniegelenks mit partieller Meniskusresektion im Bereich des IMHH) und einen Auszug aus einem Zwischenbericht der Ambulante Rehabilitation E GmbH vom 28. Februar 2007 beigezogen.

Anschließend hat das SG Beweis erhoben und Dr. H mit der Untersuchung des Klägers und Erstellung eines unfallchirurgischen Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten vom 29. Oktober 2008 ist dieser nach einer Untersuchung des Klägers am 19. August 2008 zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Kläger bestünden im Bereich des linken Beins folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen: • Hintere Kreuzbandruptur linkes Kniegelenk • Weitgehend stabil ausgeheilte subtotale Außenbandruptur • Knorpelschaden des Kniegelenks • Degenerative Innen- und Außenmeniskusläsion • Knöchern verheilte Patellafraktur. Die Seitenbandführung im Bereich des linken Kniegelenks sei fest. Der Lachman-Test sei verlängert mit einem endgradig festen Anschlag. Der Jerk-Test zeige ein Gleiten. Es finde sich eine positive hintere Schublade, Reversed Pivot-Shift positiv. Der Kreuzbandapparat erscheine gelockert. Eine wesentliche Rotationsinstabilität finde sich im Seitenvergleich nicht. Rechtsseitig seien Kreuz- und Seitenbänder fest. Zur Überprüfung der Stabilität des Kreuzbandapparates sei eine Messung mit dem KT 1000-Arthrometer durchgeführt worden. In der Maximalkrafttestung ergebe sich in der 30°-Position rechts eine vordere Translation von 9 mm, links von 15 mm. In der 90°-Position betrage die vordere Translation am rechten Kniegelenk 12 mm, links 18 mm. Damit liege eine Instabilität des Kreuzbandapparates am linken Kniegelenk vor. Ein Vorschaden sei in den Akten nicht dokumentiert. Als stumme Schadensanlage habe zweifelsohne bereits eine degenerative Läsion des Innen- und Außenmeniskus sowie des medialen Gelenkknorpels bestanden. Die Schäden in diesem Bereich könnten in ihrer gesamten Ausdehnung nicht durch das Unfallereignis verursacht worden sein. Der Knorpelschaden zwischen Knie Scheibe und Oberschenkelrolle sei nach diesen Kriterien in geringerem Ausmaß ebenfalls bereits vorbestehend, sei jedoch durch das Unfallereignis verschlimmert worden. Das Unfallereignis habe zu einer Patellafraktur, einer hinteren Kreuzbandruptur sowie einer subtotalen Ruptur des Außenbandes geführt. Der Knorpelschaden zwischen Knie Scheibe und Oberschenkelrolle sei verschlimmert worden durch das Unfallereignis. Diese unfallbedingten Gesundheitsstörungen führten zu einer leichten Muskelminderung am linken Bein, einer geringen Bewegungseinschränkung und anteilmäßig einem Schmerzsyndrom. Die unfallbedingte MdE betrage 10 v. H.

Das SG hat die Ehefrau des Klägers – Frau M W – im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 14. Mai 2009 als Zeugin zu der Frage, ob und wie oft der Kläger nach dem Arbeitsunfall gestürzt ist, befragt. Sie hat bekundet, der Kläger sei im Wald, im Garten und auf dem Treidelweg gestürzt. Die Häufigkeit wisse sie nicht mehr. Im September 2005 oder 2006, bevor sie in den Urlaub hätten fahren wollen, sei er gestürzt. Beim Pilzesammeln sei er ihrer Erinnerung nach nicht gestürzt, aber vorsichtig gelaufen.

Darüber hinaus hat das SG auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein unfallchirurgisches Gutachten von PD Dr. S/K. D eingeholt. In dem am 08. Dezember 2009 nach einer Untersuchung des Klägers am selben Tag erstellten Gutachten sind diese zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Kläger bestünden folgende unfallbedingte Gesundheitsstörungen: • Kompensierte hintere Kreuzbandruptur bei subjektiver Instabilität des linken Kniegelenks • Verheilte partielle Ruptur des Außenbandes linken Kniegelenk ohne Stabilitätsverlust • Knorpelschaden an der Rückfläche der Knie Scheibe links • Knöchern verheilte Knie Scheibenbruch. Unfallunabhängig seien zu diagnostizieren: • Operativ versorgter Bandscheibenvorfall L5/S1 • Arthrose rechtes Schultergelenk • Operativ versorgter schnellender Daumen links • Degenerativer Innen- und Außenmeniskus links. Die Seitenbandführung zeige sich sowohl in Streckung als auch in 30° Beugung im Valgus- oder Varusstress ohne Aufklappbarkeitszeichen. Klinisch lägen keine Zeichen für eine Rotationsinstabilität am linken Kniegelenk vor. In der äußeren Betrachtung zeige sich kein dorsaler Durchhang im Seitenvergleich. Der Lachman-Test, der forcierte Lachman-Test und die vordere Schublade zeigten keine Auffälligkeiten i. S. e. vorderen Instabilität. Eine hintere Schublade könne nicht ausgelöst werden. Auch der Reversed Pivot-Shift-Test zeige keine Auffälligkeiten. Eine signifikante Minderung des Muskelmantels könne im Seitenvergleich nicht festgestellt werden. In der Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenks finde sich eine vordere Schublade von insgesamt 5 mm und eine hintere Schublade von ca. 5 mm. Links zeige sich eine vordere Schublade von insgesamt 5 mm sowie eine hintere Schublade von ca. 4 mm, so dass eine seitengleiche Dynamik der Kniegelenke unter Belastung zu konstatieren sei. Das durch den Kläger angegebene Instabilitätsgefühl sei anfänglich durch die hintere Kreuzbandruptur sowie die Minderung des Muskelmantels am linken Oberschenkel zu begründen. Auch eine Irritation der Patellasehne könne ein Instabilitätsgefühl mit unterhalten. Die nachgewiesene hintere Schublade habe sich gut zurückgebildet. Die Oberschenkelmuskulatur zeuge sich inzwischen ebenfalls gut ausgeprägt. Kritisch anzumerken sei, dass die Aussage des Vorgutachters, es liege nach Überprüfung mit dem KT 1000-Arthrometer eine Instabilität des Kreuzbandapparates vor, nicht eindeutig sei. Zum einen werde nicht darauf eingegangen, ob der gemessene Vorschub aus der hinteren Stellung des

Schienbeinkopfes oder aus der Normalposition resultiere. Weiterhin sei zu berücksichtigen, dass auch bei Gesunden über 18 Jahren in 30% ein positives Schubladenzeichen auftrete. Das angegebene subjektive Instabilitätsgefühl könne weder klinisch manuell noch radiologisch durch gehaltene Aufnahmen verifiziert werden. Die MdE sei jetzt auf 10 v. H. einzuschätzen, für den Zeitraum vom 29. Juli 2005 bis zum 07. Dezember 2009 auf 20 v. H., da damals eine nicht unwesentliche Minderung des Muskelmantels sowie eine klinisch nachweisbare Instabilität vorgelegen hätten.

Die Beklagte hat dieser Beurteilung unter Bezugnahme auf beratungsärztliche Stellungnahmen des Dr. N vom 07. Februar 2010 und 14. Februar 2010 widersprochen. Die MdE von 10 v. H. sei nicht nachvollziehbar, da eine Instabilität nach den Stressaufnahmen ja gerade nicht bestehe. Im Übrigen seien die Kniegelenke seitengleich frei beweglich gewesen. Die vorher ausgewiesene MdE von 20 v. H. sei nicht begründbar, denn eine MdE von 20 v. H. setze eine Gangunsicherheit infolge einer Lockerung des Knie-Bandapparates voraus. Das Gangbild sei jedoch in den Gutachten stets als unauffällig dargestellt worden. Zudem seien die unfallunabhängigen Schäden und deren Auswirkungen zu berücksichtigen.

Das SG hat die auf Gewährung einer Verletztenrente für den Zeitraum vom 29. Juli 2005 bis zum 07. Dezember 2009 gerichtete Klage durch Urteil vom 10. Januar 2011 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Verletztenrente für den streitigen Zeitraum, da die Folgen des Arbeitsunfalls vom 23. August 2004 im Hinblick auf das Gutachten des Dr. Hornung keine MdE von 20 v. H. bedingten. Zutreffend habe der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. N, darauf verwiesen, dass Dr. Z - anders als Dr. H - nicht sauber zwischen unfallunabhängigen Schäden in Form von degenerativen Veränderungen des IM und AM, des medialen Gelenkknorpels und in geringerem Umfang am Gelenkknorpel zwischen Kniescheibe und Oberschenkelrolle sowie den Unfallfolgen unterschieden habe. Im Übrigen bedingten die von Dr. Z bewerteten Gesundheitsstörungen unter Zugrundelegung der einschlägigen Erfahrungswerte aus der unfallmedizinischen Literatur lediglich eine MdE von 10 v. H., da die Beweglichkeit mit 0-0-130 lediglich endgradig eingeschränkt und eine unvollständig kompensierte Lockerung des Kniebandapparates mit Gangunsicherheit nicht nachgewiesen sei. Auch die zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. H erhobenen Befunde rechtfertigten keine MdE von 20 v. H.

Gegen das am 25. Februar 2011 zugestellte Urteil richtet sich die am 23. März 2011 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung des Klägers, mit der er sein erstinstanzliches Begehren fortführt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 10. Januar 2011 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihres Bescheides vom 15. November 2005 in der Fassung des Bescheides vom 24. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. April 2006 zu verurteilen, ihm aufgrund der Folgen des Arbeitsunfalls vom 23. August 2004 für den Zeitraum vom 29. Juli 2005 bis zum 07. Dezember 2009 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben mit Schreiben vom 23. September 2011 und 04. Oktober 2011 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Berichterstatterin anstelle des Senats ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) i. V. m. [155 Abs. 3](#), 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten (2 Bände) sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten (2 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch die Berichterstatterin als Einzelrichterin ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheidet ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2, 155 Abs. 3](#), 4 SGG), ist zulässig, aber unbegründet. Der Kläger hat, wie das SG zutreffend festgestellt hat, keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente für den Zeitraum vom 29. Juli 2005 bis zum 07. Dezember 2009.

Der angefochtene Bescheid vom 15. November 2005 in der Fassung des Teilabhilfebeseides vom 24. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. April 2006 ist nicht zu beanstanden.

Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vmhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) werden die Folgen eines Versicherungsfalls allerdings nur berücksichtigt, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern. Nach [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) sind Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit. Nach [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) sind Unfälle zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Gesetzgeber bringt mit der Formulierung "infolge" in [§ 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Unfalls mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen

Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Die Frage nach diesem Zurechnungszusammenhang stellt sich auf drei Ebenen, nämlich als Unfallkausalität zwischen ausgeübter Tätigkeit und Unfallereignis, als haftungsbegründende Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitserstschaden und als haftungsausfüllende Kausalität zwischen Gesundheitserstschaden und längerandauernden Unfallfolgen (BSG, a. a. O., Rn. 10; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 1.4, S. 21 f.). Die vorgenannten Merkmale der versicherten Tätigkeit und des Unfallereignisses müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen. Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – [B 2 U 20/04 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a. a. O., auch Rn. 18 und 20). Soweit das Gesetz in [§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) eine äußere Ursache für den Gesundheitsschaden fordert, lösen im Umkehrschluss solche Gesundheitsschäden keinen Anspruch aus, welche auf so genannten inneren Ursachen beruhen. Dies sind körpereigene Ursachen infolge krankhafter Erscheinungen oder der Konstitution des Betroffenen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 1.6.3, S. 28).

Das Vorliegen eines Versicherungsfalls (hier: Arbeitsunfall vom 23. August 2004) ist unstrittig. Weiterhin unstrittig ist dass, der Kläger durch den Unfall folgende Gesundheits(erst)schäden am linken Kniegelenk erlitten hat: Kniescheibenbruch, hintere Kreuzbandruptur sowie subtotale Außenbandruptur.

Die aus diesen Gesundheits(erst)schäden resultierenden dauerhaften Unfallfolgen bedingen jedoch keine MdE von 20 v. H. Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze (z. B. in Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010 oder Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 12. Aufl. 2010 oder Rompe/Erlenkämper/Schiltenswolf/Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009) sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallellfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung einer Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind (BSG a. a. O., Rn. 18). Die MdE nach den Erfahrungssätzen schließt eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung ebenso mit ein wie die erfahrungsgemäßen Begleitschmerzen einer körperlichen Funktionseinschränkung (vgl. u. a. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O. 5.5.10 S. 221). Letztlich ist die Bewertung der MdE jedoch als Rechtsfrage durch das erkennende Gericht durchzuführen, wobei das Gericht sich der Mitwirkung eines fachkundigen Arztes versichern darf (vgl. schon BSG in [SozR 2200 § 581 Nr. 5](#) m. w. N.).

Seit Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 04. Juli 2005 sind folgende Funktionseinschränkungen im Bereich des linken Kniegelenks aktenkundig:

Links Rechts 29. Juli 2005 Untersuchung durch Dr. Ziesche

Streckung/Beugung 0/0/130 0/0/140 Die Minderung des Muskelmantels am linken Oberschenkel gegenüber rechts betrug 2 cm, am linken Unterschenkel 1 cm. Er stellte einen diskret verlängerten Lachman-Test mit festem Anschlag, einen negativen Jerk-Test, eine positive Schublade bei 90°, ein positives Zohlen-Zeichen, ein retropatellares Reiben bei Beugung und Streckung ebenso wie rechts sowie einen Druck- und Bewegungsschmerz im Bereich des distalen Patellapols und des proximalen Kniescheibenbandes fest. Das Gangbild war unauffällig. Das Hinein- und Hinausgehen aus der Hocke erfolgte deutlich rechtsbetont, auch das beidseitige Hüpfen war deutlich rechts betont. Das einseitige Hüpfen war links verlangsamt gegenüber rechts und unsicherer.

31. Oktober 2006 Untersuchung im Klinikum Barnim (vor Meniskus-OP)

Streckung/Beugung 0/0/135 Seiten- und Kreuzbänder stabil

26. Februar 2007 Untersuchung in der ambulanten Rehabilitation Eberswalde GmbH

Streckung/Beugung 0/0/130 5/0/140 Die Minderung des Muskelmantels am linken Oberschenkel gegenüber rechts betrug nach wie vor 2 cm. Das hintere Schubladenzeichen war links positiv.

19. August 2008 Untersuchung durch Dr. Hornung

Streckung/Beugung 0/0/130 0/0/135 Die Minderung des Muskelmantels am linken Oberschenkel gegenüber rechts betrug 2 bis 1 cm. Die Seitenbandführung im Bereich des linken Kniegelenks war fest. Der Lachman-Test war verlängert mit einem endgradig festen Anschlag. Der Jerk-Test zeigte ein Gleiten, es fanden sich eine positive hintere Schublade sowie ein positiver Reversed Pivot-Shift. Der Kreuzbandapparat erschien gelockert. Eine wesentliche Rotationsinstabilität fand sich im Seitenvergleich nicht. Rechtsseitig waren Kreuz- und Seitenbänder

fest. Zur Überprüfung der Stabilität des Kreuzbandapparates wurde eine Messung mit dem KT 1000-Arthrometer durchgeführt. In der Maximalkrafttestung ergab sich in der 30°-Position rechts eine vordere Translation von 9 mm, links von 15 mm. In der 90°-Position betrug die vordere Translation am rechten Kniegelenk 12 mm, links 18 mm, also jeweils ein Unterschied von 6 mm. Das Gangbild war mit und ohne Schuhe unauffällig ohne orthopädische Hilfsmittel, der Zehenspitzen- und Fersengang ebenso. Der Einbeinstand links war gering unsicher mit einem vorzeitigen Absetzen des Fußes. Das einbeinige Hüpfen war links nur angedeutet durchführbar. Die tiefe Kniebeuge konnte links nur angedeutet durchgeführt werden.

08. Dezember 2009 Untersuchung durch Dr. Seifert/K. Dragowsky

Streckung/Beugung 0/0/130 0/0/130 Die Seitenbandführung zeigte sich sowohl in Streckung als auch in 30° Beugung im Valgus- oder Varusstress ohne Aufklappbarkeitszeichen. Klinischen Zeichen für eine Rotationsinstabilität am linken Kniegelenk lagen nicht vor. In der äußeren Betrachtung zeigte sich kein dorsaler Durchhang im Seitenvergleich. Der Lachman-Test, der forcierte Lachman-Test und die vordere Schublade zeigten keine Auffälligkeiten i. S. e. vorderen Instabilität. Eine hintere Schublade konnte nicht ausgelöst werden. Auch der Reversed Pivot-Shift-Test zeigte keine Auffälligkeiten. Eine signifikante Minderung des Muskelmantels bestand im Seitenvergleich nicht. In der Röntgenuntersuchung des rechten Kniegelenks fand sich eine vordere Schublade von insgesamt 5 mm und eine hintere Schublade von ca. 5 mm. Links zeigte sich eine vordere Schublade von insgesamt 5 mm sowie eine hintere Schublade von ca. 4 mm, so dass eine seitengleiche Dynamik der Kniegelenke unter Belastung vorlag.

Unabhängig von der Frage, welche dieser Funktionsstörungen tatsächlich den durch das Unfallereignis herbeigeführten Schäden zuzuordnen sind, begründen diese Funktionsstörungen zur Überzeugung des Senats keine MdE von wenigstens 20 v. H.

Eine Beweglichkeit im Bereich des linken Kniegelenks von 0/0/130, die sich praktisch im Normalbereich befindet und noch dazu keinen oder nur einen geringen Unterschied zur nicht verletzten Gliedmaße aufweist, bedingt keine MdE (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 8.10.11. S. 654; Rompe/Erlenkämper/Schiltenswolf/Hollo, a. a. O., S. 721; Mehrhoff/Meindl/Muhr, S. 165).

Die Seitenbänder waren und sind stabil, ebenso wenig lag oder liegt eine Rotationsinstabilität vor. Dr. H zwar - ebenso wie Dr. Z - eine Lockerung des linken Kreuzbandapparates festgestellt anhand folgender Befunde: verlängerter Lachman-Test mit einem endgradig festen Anschlag, Gleiten im Jerk-Test, positive hintere Schublade sowie positiver Reversed Pivot-Shift; in der Stabilitätsprüfung der Kreuzbänder mit dem KT 1000-Arthrometer Differenz in der vorderen und hinteren Translation zwischen rechtem und linkem Kniegelenk von jeweils 6 mm. Fraglich ist bereits, ob hieraus eine relevante Instabilität des/der Kreuzbänder folgt, denn die Sachverständigen Dr. S und K. D weisen darauf hin, dass 30% der Erwachsenen positive Schubladenzeichen aufweisen. Darüber hinaus sind die Befunde mit dem KT 1000-Arthrometer nicht eindeutig. Gegen eine höhergradige Instabilität spricht weiterhin, dass der Kläger bei allen Gutachtern ein unauffälliges Gangbild gezeigt hat. Er war auch in der Lage - wenn auch mit Unsicherheiten -, den Zehenspitzen- und Fersengang, das beidseitige Hüpfen, das einseitige Hüpfen und den Einbeinstand auszuführen. Schwierigkeiten gab es lediglich bei der tiefen Hocke, wobei sich die Probleme auch im Zusammenhang mit den nicht unfallbedingten arthrotischen Veränderungen sowie der ebenfalls nicht unfallbedingten Meniskusdegeneration erklären lassen. Die vom Kläger angeführten Stürze lassen sich nicht sicher auf eine tatsächliche Kniegelenksinstabilität zurückführen. Zum einen können auch rein subjektive Unsicherheitsgefühle und Ängste zu vermehrten Stürzen oder vermehrtem Stolpern führen. Des Weiteren ist der Kläger im August 2006 wegen eines Bandscheibenvorfalles bei L5/S1 operiert worden, also an einer Lokalisation, die typischerweise das Gangbild durch Einklemmungen mit damit verbundenen einschließenden Schmerzen oder gar Fußheberschwächen beeinträchtigen kann. Beim Gehen in unebenem Gelände wie im Wald querfeldein oder auch auf Waldwegen kann Stolpern ganz natürlich, ohne jede tatsächliche Instabilität, eintreten.

Selbst wenn man letztlich von einer Instabilität ausgeht, ist diese trotz der zeitweiligen Minderung des Muskelmantels angesichts der obigen Befunde und des fehlenden objektiven Nachweises von Gangunsicherheiten als muskulär kompensiert anzusehen und deswegen nur mit einer MdE von 10 v. H. zu bewerten (vgl. hierzu Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Kap. 8.10.11. S. 655; Rompe/Erlenkämper/Schiltenswolf/Hollo, a. a. O., S. 722; Mehrhoff/Meindl/Muhr, a. a. O., S. 165).

Vor diesem Hintergrund kann die Auffassung der Sachverständigen Dr. S und K. D in ihrem Gutachten vom 08. Dezember 2009, für den Zeitraum vor ihrer Begutachtung sei eine MdE von 20 wegen einer klinisch nachweisbaren Instabilität anzusetzen, nicht überzeugen.

Die Berufung war danach zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-05-21