

L 3 U 190/13

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 12 U 101/11

Datum

18.10.2013

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 3 U 190/13

Datum

17.03.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Oktober 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten sind für das gesamte Sozialstreitverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Folgen des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2010.

Die 1964 geborene Klägerin übte zum Unfallzeitpunkt eine Tätigkeit als Lagerarbeiterin im Materialumschlagszentrum der Wehrbereichsverwaltung Ost aus. Hierbei hatte sie einen Gabelhubwagen zu bewegen und verletzte sich gegen 09.40 Uhr das linke Kniegelenk infolge einer unkontrollierten Bewegung, wonach heftige Schmerzen am linken Kniegelenk einsetzten.

Noch am Unfalltag suchte die Klägerin gegen 14.30 Uhr den Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. B (Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie) auf, der im Durchgangsarztbericht (DAB) vom selben Tage ausführte, dass sich die Klägerin beim Schieben von Paletten das linke Knie verdreht habe. Sie habe zunächst weitergearbeitet und gekühlt. Er stellte eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes mit einer diskreten Schwellung, jedoch keinen Erguss, keine Wunde und kein Hämatom fest. Die Röntgenuntersuchung des linken Kniegelenkes vom selben Tage habe keinen Anhalt für knöcherne Verletzungen ergeben. Der Bandapparat sei klinisch intakt. Er stellte als Erstdiagnose "Kniezerrung" fest und verordnete Kryotherapie, Voltarensalbenverband und Kompressionsverband.

In der Unfallanzeige vom 05. Februar 2010 führte der Arbeitgeber der Klägerin aus, dass diese beim Umsetzen von Paletten mit dem Gabelhubwagen eine unkontrollierte Bewegung gemacht und sich das linke Knie verdreht habe. Die am 10. Februar 2010 durchgeführte Kernspintomographie (MRT) des linken Kniegelenkes erbrachte folgenden Befund:

1. geringe Degeneration retropatellar (Chondropathie Grad I) und lateral (leichte chondrale Belagsreduktion). Keine occulte Fraktur. Kaum infrapatellares Weichteilödem.

2. Riss Außenmeniskusvorderhorn. Diskreter Zusatzriss Außenmeniskushinterhorn. Überwiegend zentral Degeneration Innenmeniskushinterhorn ohne bewiesenen Zusatzriss bei leichter Abflachung insgesamt. Geringer Gelenkserguss. 3. Leichte Tendinose vorderes Kreuzband ohne echte Diskontinuität. Geringe Kollateralbanddistensionen. Patellasehnenansatzendopathie. Baker-Zyste.

Im "Ergänzungsbericht - Knie -" vom 15. Februar 2010 teilte Dr. B mit, dass sich die Klägerin nach dem Unfall zu Fuß in seine Arztpraxis begeben habe. Unfallunabhängige Erkrankungen lägen - nach Angaben der Klägerin - nicht vor. Bei der Untersuchung am Unfalltag habe er eine Weichteilschwellung periartikulär festgestellt sowie eine Kapselverdickung mit Druckempfindlichkeit am lateralen Kniegelenkspalt. Dr. B äußerte den Verdacht auf eine unfallabhängige Außenmeniskusklaision und eine LCL Klaision links.

Am 19. März 2010 erfolgte durch Dr. B eine Kniegelenksarthroskopie mit Außenmeniskusteilresektion Vorderhorn und Hinterhorn (Rand) mit der Diagnose: frischer Außenmeniskusvorderhorn-Radiärriss, degenerativ, Tangentialruptur Außenmeniskushinterhorn links.

Aus dem histologischen Befund vom 26. März 2010 über die bei der Arthroskopie entnommene Gewebeprobe vom Außenmeniskus ergab sich, dass eine degenerative Meniskopathie mit Zeichen rezidivierender Traumatisierung vorliege, jedoch keine Entscheidung dazu getroffen werden könne, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Degeneration handele.

Trotz nachfolgender Krankengymnastik zeichnete sich eine schmerzhaft und insgesamt therapieresistente Bewegungseinschränkung ab, die zu weiteren Eingriffen am 26. Mai (Mobilisation in Narkose), am 02. Juli 2010 sowie am 05. November 2012 - jeweils unter der Diagnose einer Arthrofibrose - führte.

Im Zwischenbericht vom 19. Mai 2010 führte Dr. B aus, dass der Unfallmechanismus geeignet sei, einen akuten Meniskusriss hervorzurufen. Die im MRT angegebenen degenerativen Veränderungen erklärten nicht ausreichend die jetzigen Beschwerden (Streckhemmung). Das Ergebnis der histologischen Untersuchung der entfernten Anteile des Außenmeniskusbereichs lasse sich mit einem akuten Unfallereignis vereinbaren, gleiches gelte für den makroskopischen Befund intraoperativ, bei dem es sich um einen typischen Lappenriss gehandelt habe. Nach seiner Meinung dauere die unfallbedingte Behandlung an.

Der Beratungsarzt der Beklagten (Dr. S) teilte in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2010 mit, dass kein geeigneter Unfallhergang vorliege, der geeignet gewesen sei, einen gesunden Meniskus auf die vorliegende Art und Weise zu schädigen. Es handle sich hier um eine Gelegenheitsursache.

Zur Feststellung der Unfallfolgen veranlasste die Beklagte die Begutachtung der Klägerin durch Prof. Dr. E. Dr. S. Dieser führte in seinem Gutachten vom 21. Oktober 2010 aus, dass der postoperative Heilungsverlauf nach der am 19. März 2010 erfolgten ambulanten Arthroskopie und Außenmeniskusteilresektion durch die Ausbildung einer Arthrofibrose mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung kompliziert worden sei. Nach Angaben der Klägerin habe - bei andauernder Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfallereignis - keine wesentliche Besserung erzielt werden können. Die nochmalige Befundung der MRT-Aufnahme vom 10. Februar 2010 durch eigene Radiologen des Unfallkrankenhauses Berlin (UKB) habe einen deutlichen Kniegelenkerguss ohne blutige Anteile sowie das Vorliegen eines breiten, horizontalen und beginnend radiären, typisch degenerativ anmutenden Risses des Außenmeniskus ergeben. Es habe sich weiterhin eine Knorpelunregelmäßigkeit im femoralen Anteil des femoropatellaren Gleitlagers sowie eine diffuse, geringgradige Flüssigkeitsinfiltration zirkumferent des linken Kniegelenkes befunden. Die Seitenbänder (Kollateralbänder) seien als unauffällig beschrieben worden. Insofern weise das vorliegende, unfallzeitpunktnahe durchgeführte MRT keine traumatischen Kniebinnenverletzungen auf. "Sämtliche Veränderungen erscheinen in kritischer Abwägung degenerativer Natur. Insbesondere fehlen Zeichen traumatischer Begleitverletzungen, wie sie bei traumatischen Meniskuszerreißen auftreten: bone bruise, Ligamentzerreißen oder Überdehnung, blutiger Gelenkerguss."

Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 19. November 2010 mit, dass die Voraussetzungen eines Arbeitsunfalles nicht vorlägen und sie daher beabsichtige, die Zahlung des Verletztengeldes mit Ablauf des 30. November 2010 einzustellen.

Jedoch teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 02. Dezember 2010 wiederum mit, dass entgegen ihres Schreibens vom 19. November 2010 nun entschieden worden sei, dass das Ereignis vom 01. Februar 2010 als Arbeitsunfall anerkannt werde. Hinsichtlich der Unfallfolgen verwies sie auf ihren Bescheid vom selben Tage.

Mit Bescheid vom 02. Dezember 2010 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls ab. Sie stellte fest, dass als gesundheitliche Folge des Arbeitsunfalls eine folgenlos ausgeheilte Kniezerrung links vorliege. Dadurch sei jedoch die Erwerbsfähigkeit der Klägerin über die 26. Woche nach Eintritt des Arbeitsunfalles, bzw. nach dem Ende des Verletztengeldanspruches, nicht um wenigstens 20 von Hundert (v. H.) gemindert, weshalb ein Anspruch auf Verletztenrente nicht bestehe. Folgende Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes der Klägerin lägen unabhängig von dem Arbeitsunfall vor: Geringe Degeneration retropatellar (Chondropathie Grad I) und lateral (leichte chondrale Belagsreduktion) linkes Knie. Riss des Außenmeniskusbereichs linkes Knie. Diskreter Zusatzriss am Außenmeniskushinterhorn linkes Knie. Überwiegend zentrale Degeneration des Innenmeniskushinterhorns linkes Knie. Es werde festgestellt, dass das Unfallereignis nicht ursächlich und auch nicht teilsächlich für die Entstehung der Außenmeniskusküsläsion sei. Diese hätte bei einer ähnlichen Tätigkeit auch zu einer anderen Zeit an einem anderen Ort auftreten können und sei daher eine so genannte Gelegenheitsursache. Die Veränderungen im Kniegelenk seien nach kritischer Abwägung rein degenerativer Natur. Der Einschätzung des Gutachters Professor Dr. E sei zu folgen.

Den Widerspruch der Klägerin hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26. Mai 2011 als unbegründet zurück.

Mit der am 29. Juni 2011 vor dem Sozialgericht (SG) Potsdam erhobenen Klage hat die Klägerin ihr auf Gewährung einer Verletztenrente ausgerichtetes Begehren weiter verfolgt. Die Klägerin hat die Ansicht vertreten, dass die Arthrofibrose, die bei ihr diagnostiziert worden sei, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Unfallereignis bzw. der nachfolgenden Arthroskopie stehe. Darüber hinaus sei der diagnostizierte frische Außenmeniskus-Vorderhorn-Radiärriss unfallbedingt.

Mit Schriftsatz vom 13. Januar 2012 hat die Beklagte unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 05. Juli 2011 mitgeteilt, dass ihr beratender Arzt Dr. M der Ansicht sei, dass die bei der Klägerin diagnostizierte Arthrofibrose als mittelbare Unfallfolge anzusehen sei. Zur Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei jedoch angesichts des bereits länger als ein Jahr zurückliegenden maßgeblichen Gutachtens eine erneute Begutachtung angezeigt.

Dieser Anregung folgend hat die Beklagte am 18. Juni 2012 die klinische und röntgenologische Untersuchung der Klägerin durch den Chirurgen M veranlasst. Dieser hat in seinem Gutachten vom 20. Juli 2012 festgestellt, dass die Arthrofibrose zwar als Folge der Resektion des Außenmeniskus-Vorderhorns, jedoch nicht als Folge eines diagnostischen Eingriffs anzusehen sei.

Am 05. November 2012 ist ein Re-Arthroskopie des linken Kniegelenkes mit lateraler Meniskusteilresektion, Briden-/Plicaresektion medial und Spülung im Oberlinhaus/Oberlinklinik erfolgt. Die Diagnose lautete: Milde Synovitis (Gelenkinnenhautentzündung) bei degenerativer Vorderhornläsion des Außenmeniskus bei Zustand nach Teilresektion des selbigen, Chondromalazie 2. Grades lateraler FK = zweitgradige Knorpelschädigung an der äußeren Oberschenkelrolle, sonst ubiquitär 1. Grades, Plica/Bridenbildung mediopatellaris mit Shelf, Knorpelabschilferung linkes Kniegelenk. Operativ ist der Außenmeniskus nachresiziert und sind Verwachsungen bzw. ist die Schleimhautfalte abgetragen worden.

Das SG hat den Operationsbericht zur Kniegelenk-Arthroskopie vom 19. März 2010 von Dr. B beigezogen. Hierzu hat die Beklagte durch fachchirurgische Stellungnahme des Gutachters M vom 28. Februar 2013 ergänzend vorgetragen: Allein durch eine diagnostische

Arthroskopie werde in der Regel keine Schädigung von Strukturen im Kniegelenk selbst gesetzt. Ohne Abtragung von Gelenkschleimhaut und nachfolgender Blutung im Zusammenhang mit der Teilentfernung des Meniskusvorderhorns sei es schwer vorstellbar, dass es zu einer Arthrofibrose hätte kommen können.

Auf Nachfrage des SG vom 23. Juli 2013, ob im Rahmen des diagnostischen Teils der Arthroskopie (Rundgang) eine Abtragung des Hoffa'schen Fettkörpers oder anderer Strukturen vorgenommen wurde oder dies erst im Rahmen der Teilresektion erfolgt ist, hat Dr. B unter dem 06. August 2013 mitgeteilt, dass er selbst keine Erinnerungen mehr an die mehr als drei Jahre zurückliegende Operation habe. Zusätzliche Eingriffe, als die im Operationsbericht beschriebenen, hätten nicht stattgefunden. Zusatzeingriffe, inklusive Hoffateilresektion und/oder Entfernung anderer Strukturen würden regelhaft gesondert im Operationsbericht dokumentiert.

Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 20. September 2013 nach dem Hinweis des Vorsitzenden, dass in einem gerichtlichen Verfahren die Feststellung der Unfallfolgen zu klären sei und in einem anderen gerichtlichen Verfahren die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, d.h. die MdE-Höhe, beantragt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, unter Aufhebung ihres Bescheides vom 02. Dezember 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2011, der Klägerin eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu gewähren.

2. Es wird festgestellt, dass die bei der Klägerin vorhandene Arthrofibrose im linken Kniegelenk und die daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen Folge des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2010 sind.

Die Beklagte, die die Abweisung der Klage beantragt hat, hat in diesem Termin "unter dem Vorbehalt des Widerrufs" sowie unter Abänderung ihrer entgegenstehenden Bescheide anerkannt, dass die bei der Klägerin im linken Kniegelenk vorhandene Arthrofibrose eine Folge des Arbeitsunfalles vom 01. Februar 2010 im Sinne von [§ 11](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) ist.

Für den Fall des "Widerrufs des Anerkenntnisses" haben sich die Beteiligten im Termin mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Das SG hat mit Beschluss vom 20. September 2013 das Verfahren hinsichtlich des Anspruchs auf Rentengewährung abgetrennt, unter dem Aktenzeichen S 12 U 105/13 fortgeführt und ruhend gestellt.

Mit Schriftsatz vom 08. Oktober 2013 hat die Beklagte den "anlässlich der mündlichen Verhandlung am 20.09.2013 geschlossenen Vergleich" widerrufen.

Mit Urteil vom 18. Oktober 2013 hat das SG ohne mündliche Verhandlung unter Änderung des Bescheides vom 02. Dezember 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Mai 2011 festgestellt, dass die bei der Klägerin vorhandene Arthrofibrose im linken Kniegelenk und die daraus resultierende Bewegungseinschränkung Folgen des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2010 sind. Es hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für dieses Verfahren aufgegeben. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass die Arthrofibrose unter Berücksichtigung der von der Beklagten veranlassten Behandlung eine weitere Folge des anerkannten Arbeitsunfalles sei. Und weiter:

"Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch, Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) sind Folgen eines Versicherungsfalls auch solche Gesundheitsschäden oder der Tod eines Versicherten, die durch die Durchführung einer Heilbehandlung nach dem SGB VII oder durch Maßnahmen wesentlich verursacht wurden, welche zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordnet wurden. Diese Vorschrift regelt, dass auch solche Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht werden, dem Versicherungsfall rechtlich zugerechnet werden. Diese mittelbaren Folgen müssen - anders als nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) - nicht durch den Gesundheitserstschaden verursacht worden sein (vgl BSG vom 5.7.2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - [BSGE 108, 274](#) und aktuell BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 — [B 2 U 31/11 R](#), kostenpflichtig abrufbar unter www.juris.de).

Die Voraussetzungen für eine Zurechnung der Folgen der Arthroskopie vom 19. März 2010, nämlich die Arthrofibrose, zum Arbeitsunfall vom 01. Februar 2010 liegen vor. Hierfür muss der Träger oder seine Leistungserbringer gegenüber dem durch die Verrichtung einer bestimmten versicherten Tätigkeit Versicherten durch (festgestellte) Handlungen den Anschein begründet haben, die Behandlungs- oder Untersuchungsmaßnahme erfolge zur Behandlung von Unfallfolgen (oder zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge).

Ob sich eine medizinische Maßnahme als Durchführung einer Heilbehandlung ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) oder als Maßnahme zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls ([§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#)) durch die Beklagte darstellt, beurteilt sich danach, wie der Versicherte ein der Beklagten zuzurechnendes Verhalten bei verständiger Würdigung der objektiven Gegebenheiten zum Zeitpunkt ihrer Durchführung verstehen kann und darf.

Aus den ärztlichen Berichten des behandelnden Durchgangsarztes Dr. B geht hervor, dass er durchgehend von einer unfallbedingten Behandlung ausgegangen ist. Er führte zum Beispiel im Schreiben an die Beklagte vom 19. Mai 2010 aus, dass eine unfallbedingte Behandlung andauere. Dem gesamten Behandlungsverlauf sind keine Anzeichen zu entnehmen, dass Dr. B gegenüber der Klägerin eine andere Ansicht vertrat. Die Abrechnung der Behandlung erfolgte auch gegenüber der Beklagten.

Die Ausführungen im Gutachten und den Stellungnahmen von Dr. M können keine Zweifel an dieser Einschätzung begründen, da es sich bereits um keine medizinische Frage handelt, sondern um eine rein rechtliche Wertungsfrage. Der Sachverständige verfügt insoweit über keine besonderen Fachkenntnisse. Die vom Sachverständigen vorgenommene Aufspaltung der Arthroskopie in einen diagnostischen Teil und eine Resektion des Außenmeniskus, wobei nach seiner Ansicht nur der erste Teil unter Versicherungsschutz steht, kann das Gericht nicht überzeugen. Die Aufspaltung begründet sich auf einem verkürzten Verständnis der Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 05. Juli 2011 [a.a.O.](#)). Eine solche Aufspaltung eines einheitlichen Lebensvorgangs, nämlich der Arthroskopie, ist nur möglich, wenn der Durchgangsarzt eine entsprechende Handlungstendenz gegenüber der Klägerin auch deutlich machte. Er müsste zum Ausdruck gebracht

haben, dass eine diagnostische Arthroskopie durchgeführt wird und gleichzeitig weitere Schäden am Kniegelenk behandelt werden. Eine solche Handlungstendenz von Dr. B lag nicht vor, da bereits aus dem OP-Bericht vom 19. März 2010 hervorgeht, dass er von einem frischen Außenmeniskusriss ausging. Diese Meinung behielt Dr. B auch in den weiteren Stellungnahmen bei, so dass keine Anhaltspunkte für eine hiervon abweichende Handlungstendenz erkennbar sind.

In der Folge der Arthroskopie entwickelte sich eine Arthrofibrose, wie sich aus den insoweit übereinstimmenden medizinischen Stellungnahmen ergibt."

Gegen das der Beklagten am 21. November 2013 zugestellte Urteil hat diese am 27. November 2013 Berufung eingelegt und diese im Wesentlichen wie folgt begründet: Die Arthrofibrose sei weder eine unmittelbare Unfallfolge im engeren Sinne noch eine mittelbare Unfallfolge im weiteren Sinne, hier aufgrund der besonderen Zurechnungsnorm des [§ 11 SGB VII](#). Ausweislich der medizinischen Expertise der ärztlichen Sachverständigen M/ Z vom 20. Juli 2012 und vom 28. Februar 2013 sei die Arthrofibrose keine mittelbare Folge der diagnostischen Arthroskopie, sondern eine spezifische Folge der Resektion eines Außenmeniskus-Vorderhorns, da durch eine diagnostische Arthroskopie in der Regel keine Schädigung von Strukturen im Kniegelenk selbst gesetzt werde.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Oktober 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das angegriffene Urteil, welches zutreffend sei. Ein unfallunabhängiger Gesundheitsschaden habe bei der Klägerin nicht vorgelegen und ergebe sich auch nicht aus dem MRT-Befund vom 10. Februar 2010. Die operative Behandlungsmaßnahme durch Dr. B habe ausschließlich der Beseitigung der unfallbedingten Gesundheitsstörungen gedient. Beim diesem D-Arzt sei die Klägerin über mehrere Monate in Behandlung gewesen, in denen der Arzt offensichtlich keine Veranlassung gesehen habe, die Klägerin auf unfallunabhängige Gesundheitsschädigungen hinzuweisen. Zu keiner Zeit vor dem Unfall habe die Klägerin Kniebeschwerden gehabt.

Der Senat hat im Rahmen der Beweisaufnahme das Gutachten des Facharztes für Orthopädie Dr. W vom 31. Oktober 2014 veranlasst, welches dieser aufgrund Aktenlage erstellt hat. Der Sachverständige hat zunächst dargelegt, dass sich zur Unfallmechanik aus der Aktenlage keine Anhaltspunkte dafür ergäben, dass spezifische Einflüsse auf das Knie festzustellen seien. Die Klägerin habe vielmehr einen bewusst kontrollierten Vorgang, hier das Schieben von Paletten, eingeleitet. Da sie selbst von einem "Verdrehen" gesprochen habe, sei in Anlehnung an die anerkannte Gutachtenliteratur unstrittig von einem nicht adäquat meniskusgefährdenden Ereignis auszugehen. Das Verdrehen ohne Fixierungsmechanismus gelte in der Literatur nicht als meniskusgefährdend. Von einer Fixierung, einem Stürzen oder einem Anprallen sei jedoch definitiv nicht berichtet worden. Damit liege ein direkter Meniskus-Stressmechanismus nicht vor. Ein indirekter Stressmechanismus sei dann als gefährdend anzusehen, wenn nachgewiesen wäre, dass im Moment des kontrollierten Anschiebens einer Palette das betroffene Knie über den Unterschenkel-/Fußbereich unüberwindbar fixiert worden, es gleichzeitig gebeugt gewesen sei und zudem eine nicht kontrollierte Verwringung stattgefunden habe. Hierbei handele es sich um besondere Momente, die, sofern sie zeitnah erfragt würden, auch erinnerlich sein müssten. Derartige Momente seien jedoch von der Klägerin nicht benannt worden. Daher sei es unwahrscheinlich, dass die Versicherte z.B. in einer Vertiefung oder in einer Bodenwelle fixiert worden, ins Straucheln gekommen und somit mit einem eingeklemmten Bein verdreht worden sei. Aus den Befunddokumentationen durch Dr. B vom 15. Februar 2010 seien keine konkreten Hinweise dafür mitgeteilt worden, dass das Knie gewaltsam verrutscht oder überstreckt worden sei. Vielmehr hätten sich keine äußeren Verletzungszeichen, wie Hautabschürfungen oder Bluterguss, gezeigt und es sei nur die Rede von einer allgemeinen Weichteilschwellung und einer Kapselverdickung über dem äußeren Kniegelenksspalt gewesen. Den gesamten Bandapparat habe er als stabil beschrieben, wobei Einklemmungserscheinungen gefehlt hätten. Ein Knirschen oder Reiben habe nicht vorgelegen. Dieser klinische Eindruck sei als unspezifisch zu bezeichnen. Weder das positive Steinmann I-Zeichen für den Außenmeniskus, die äußere Druckempfindlichkeit noch eine diffuse Schwellneigung seien ein sicheres Zeichen einer Meniskusschädigung oder gar eines frisch-traumatischen Einflusses auf diese Substanz. Auch eine Kapseldehnung bzw. allgemeine Gelenkszerrung unter Betonung des äußeren Gelenkabschnittes würde sich nach außen hin spezifisch als ein "Einklemmen" bzw. vernehmbares "Schnappen" über dem Außenmeniskus darstellen. Solche Phänomene seien nicht festgestellt worden. Im gesamten Aktenvorgang fehle die konkrete Benennung einer Fixierung, welche unabdingbare Voraussetzung für die Schädigung der Meniskussubstanz sei. Das Verdrehen ohne jegliche externe Einflüsse und ohne Fixierung am linken Kniegelenk sei nicht geeignet gewesen, um einen gesunden Meniskus zu gefährden. Aufgrund dessen, aber auch aufgrund des vorab veranlassten MRT, wäre die später vorgenommene Arthroskopie nicht zur Aufklärung möglicher Unfallschäden erforderlich gewesen. Aufgrund der hohen Sensibilität der Kernspintomographie sei die Gelenksspiegelung nicht mehr die erste Wahl bei der Meniskusdiagnostik. Die zeitnah erstellte Kernspintomographie habe ein geeignetes Verfahren dargestellt, um mit genügender Sicherheit die Art und das Ausmaß einer Meniskusveränderung darzustellen, ohne dass hierfür eine weiterführende Diagnostik erforderlich gewesen sei. Die Arthroskopie sei auf die Behebung des zuvor nachgewiesenen degenerativen Meniskusschadens gerichtet gewesen. Zur Diagnostik sei sie nicht erforderlich gewesen. Durch den Pathologen sei im Rahmen der histologischen Untersuchung der Befund des Nebeneinanders zwischen kleineren Einrissen (Blutungen) und Gewebsalterationen (narbigen/fettigen Umbauten) mitgeteilt worden, was dem typischen Schadensbild eines schleichenden, chronischen Meniskusrisses entspreche. Damit sei die degenerative bis zum Unfallzeitpunkt stumme Schadensanlage und somit die innere Disposition alleinige Ursache für die anhaltenden Beschwerden am linken Kniegelenk gewesen. Unfallbedingt könne lediglich eine Distorsion (Verdrehung) unterstellt werden. Es sei kein Strukturschaden oder die Verschlimmerung vorbestehender Degenerationen nachgewiesen worden (weder am Meniskus, noch an den Bändern oder Knorpelüberzügen). Solche Verletzungen würden folgenlos nach wenigen Wochen (längstens vier Wochen) ab heilen. Die Wahrscheinlichkeit einer Arthrofibrose-Bildung steige mit dem Ausmaß der Traumatisierung bzw. der Größe des operativen Eingriffes. Es treffe zu, dass eine rein diagnostische Arthroskopie als miniinvasives Verfahren ohne Komplikationen als Auslöser unwahrscheinlich erscheine. Auch die unkomplizierte Teilentfernung von Meniskussubstanz, ohne dass hierfür vor allem der Hoffa'sche Fettkörper oder Kapselgewebe abgetragen werden müsse, gelte nicht als wesentlich begünstigende Maßnahme. Relativ häufig seien Bindegewebsvernarbung bzw. -verklebung im Sinne einer Arthrofibrose nach Knieendoprothesen zu beobachten. Der Eingriff hier habe ein solches Traumatisierungspotenzial nicht besessen. Insoweit bedürfe es keiner akademischen Aufspaltung des invasiven Vorgangs in diagnostische und therapeutische Maßnahme. Die Arthroskopie sei

gerechtfertigt gewesen, jedoch nur auf die Beseitigung vorab eingrenzbarer Degenerationen ... Auf Antrag des Klägers hat der Senat ein weiteres Sachverständigengutachten nach Aktenlage eingeholt, welches von Dr. H am 10. Juni 2015 erstellt worden ist. Der Sachverständige ist zu der Einschätzung gelangt, dass (lediglich) eine Kniegelenkszerrung mit Wahrscheinlichkeit durch das angeschuldigte Unfallereignis verursacht worden sei, da sich eine diskrete Schwellung sowie eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung gezeigt hätten. Hingegen sei keine Fraktur oder Bandruptur klinisch oder radiologisch nachweisbar gewesen. Eine Meniskusschädigung sei nicht wesentlich (mit-) verursacht worden, da "ein isolierter Meniskusriss eine Rarität darstellt". Das einfache Stolpern oder der Sturz auf das gebeugte Knie sei nicht in der Lage, einen Meniskus zu zerreißen. Es sei von der Klägerin weder ein Drehmechanismus noch ein Sturzmechanismus beschrieben worden, der in der Lage gewesen wäre, eine isolierte Meniskusschädigung hervorzurufen. Die Arthroskopie sei zur weiteren Diagnostik nicht erforderlich gewesen, sondern habe der Behandlung der degenerativen Meniskusschäden gedient. Das MRT habe bereits degenerative Veränderungen der Meniski beschrieben. Die histologische Untersuchung sechs Wochen postoperativ sei nicht aussagekräftig, da sie keine sichere Unterscheidung mehr in frische oder ältere Verletzungen zulasse. Dies sei nur bei einer histologischen Untersuchung in den ersten zwei Wochen nach dem Unfallereignis möglich. Er stimme mit dem Gutachten des Dr. W dahingehend überein, dass es sich bei der Arthrofibrose um die Folge der Arthroskopie eines degenerativen Meniskusschadens handele und nicht um die Folge des Unfalls.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts einschließlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Streitgegenstand des Verfahrens ist der Anspruch auf Feststellung, dass die bei der Klägerin vorhandene Arthrofibrose im linken Kniegelenk und die daraus resultierenden Bewegungseinschränkungen Folge des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2010 sind. Hierauf beschränkt sich das Berufungsverfahren, da es sich – zum einen – hier ausschließlich um die Berufung der Beklagten handelt und – zum anderen – mit Beschluss des SG vom 20. September 2013 das Verfahren hinsichtlich des Anspruchs auf Rentengewährung abgetrennt worden ist.

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten erscheinen insofern rechtmäßig und beschweren die Klägerin nicht.

Zwar ist die erstinstanzlich erhobene Feststellungsklage gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 1 Nr. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) vorliegend statthaft und auch im Übrigen zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 28. April 2004 - [B 2 U 21/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 24); das erforderliche Feststellungsinteresse gemäß [§ 55 Abs. 1 Hs. 2 SGG](#) ist hierbei zu bejahen. Nach der Systematik des SGB VII sind in den Vorschriften, welche die Voraussetzungen der verschiedenen sozialen Rechte auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung regeln (z.B. [§§ 27 ff.](#) SGB VII (Heilbehandlung) und [§§ 45 ff.](#) SGB VII (Verletztengeld)), nur die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen einzelnen Arten von Leistungsrechten ausgestaltet. Demgegenüber sind die allgemeinen Rechtsvoraussetzungen, die für alle Leistungsrechte des SGB VII gleichermaßen gelten, nämlich die Regelungen über den Versicherungsfall und die ihm zuzurechnenden Unfallfolgen ([§§ 7 bis 13 i.V.m. § 2 bis 6 SGB VII](#)), vorab und einheitlich ausgestaltet. Ermächtigung und Anspruch betreffen daher auch die Entscheidung über jene Elemente des Anspruchs, die Grundlagen für jede aktuelle oder spätere Anspruchsentstehung gegen denselben Unfallversicherungsträger aufgrund eines bestimmten Versicherungsfalles sind. Zu den abstrakt feststellbaren Anspruchselementen gehören neben dem Versicherungsfall die (sog. unmittelbaren) Unfallfolgen im engeren Sinn, also die Gesundheitsschäden, die wesentlich (und deshalb zurechenbar) spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles verursacht wurden. Der Feststellung, ob und welche Gesundheitsstörungen Folgen eines Versicherungsfalles sind, kommt eine über den einzelnen Leistungsanspruch hinausgehende rechtliche Bedeutung für den Träger und den Versicherten zu. Denn trotz unterschiedlicher Tatbestandsvoraussetzungen im Übrigen setzen, wie bereits ausgeführt, alle Leistungsansprüche nach den [§§ 26 ff.](#) SGB VII als gemeinsame Tatbestandsmerkmale einen Versicherungsfall (iSd [§§ 7 bis 13 SGB VII](#)) und durch ihn verursachte Gesundheitsschäden - bis hin zum Tod des Verletzten - voraus und begründen dafür die Verbandszuständigkeit nur eines bestimmten Trägers der Unfallversicherung (BSG, Urteil vom 05. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#) - zitiert nach juris, Rn. 12, 17, 19 ff.). Ein berechtigtes Feststellungsinteresse bestünde demgegenüber nicht, soweit die Feststellung von Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit begehrt wird. Dies wäre eine unzulässige Elementenfeststellung (vgl. Keller in: Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG - Kommentar, 11. Aufl. 2014, § 55 Rn. 9), welche gegenüber der im Wege der Anfechtungs- und Leistungsklage geltend zu machenden Erstattung konkreter Behandlungskosten oder Zahlung von Verletztengeld subsidiär wäre (vgl. Keller, a.a.O., Rn. 19 f.).

In der Sache hat die Berufung jedoch keinen Erfolg, da die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung hat, dass es sich bei der Arthrofibrose im linken Kniegelenk um die Folge des Arbeitsunfalls vom 01. Februar 2010 handelt. Die Arthrofibrose ist weder eine (sog. unmittelbare) Unfallfolge im engeren Sinne (sogleich unter a), noch eine (sog. mittelbare) Unfallfolge im weiteren Sinne, hier aufgrund der besonderen Zurechnungsnorm des [§ 11 SGB VII](#) (hierzu unter b).

a) Eine Gesundheitsstörung ist Unfallfolge (im engeren Sinne) eines Versicherungsfalles i.S. des [§ 8 SGB VII](#), wenn sie spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des (hier anerkannten) Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Der Anspruch setzt grundsätzlich das "objektive", d.h. aus der nachträglichen Sicht eines optimalen Beobachters gegebene Vorliegen einer Gesundheitsstörung voraus, die spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls wesentlich verursacht worden ist. Da der Gesundheitserstschaden (Gesundheitsbeeinträchtigung, Tod oder Krankheit) eine den Versicherungsfall selbst begründende Tatbestandsvoraussetzung und damit keine Folge des Arbeitsunfalls (der Berufskrankheit) ist, muss er grundsätzlich bei der Feststellung des Versicherungsfalles benannt werden. Die Beklagte hat den Erstschaden hier jedenfalls im angegriffenen Bescheid vom 02. Dezember 2010 noch hinreichend konkret als "Kniezerrung links" beschrieben. Im Ergebnis nicht zu beanstanden ist es, dass die Beklagte die darüber hinausgehende Außenmeniskusläsion und nachfolgend die Arthrofibrose nicht als unfallbedingten Gesundheits(erst)schaden anerkannt hat.

Ob ein Gesundheitsschaden (hier: Außenmeniskusläsion, Arthrofibrose im linken Kniegelenk) dem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls (hier: der Kniezerrung links) als Unfallfolge im engeren Sinn zuzurechnen ist (sog. haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich nach der Zurechnungslehre der Theorie der wesentlichen Bedingung (vgl. BSG vom 17. Februar 2009 - [B 2 U 18/07 R](#) - Juris RdNr. 12; BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196](#); BSG vom 12. April 2005 - [B 2 U 11/04 R](#) - [BSGE 94, 262](#)). Die Zurechnung erfolgt danach in zwei Schritten.

Erstens ist die Verursachung der weiteren Schädigung (Außenmeniskusläsion, Arthrofibrose) durch den Gesundheitserstschaden im

naturwissenschaftlich-naturphilosophischen Sinne festzustellen. Ob die Ursache-Wirkung-Beziehung besteht, beurteilt sich nach der Bedingungstheorie. Nach ihr ist eine Bedingung dann notwendige Ursache einer Wirkung, wenn sie aus dem konkret vorliegenden Geschehensablauf nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Erfahrungssätze) nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere (*conditio sine qua non*). Auf dieser ersten Stufe sind alle derartigen notwendigen Bedingungen grundsätzlich rechtlich gleichwertig. Alle festgestellten anderen Bedingungen (und kein Ereignis ist monokausal), die in diesem Sinn nicht notwendig sind, dürfen hingegen bei der nachfolgenden Zurechnungsprüfung nicht berücksichtigt werden.

Ist der Gesundheitserstschaden in diesem Sinne eine notwendige Bedingung des weiteren Gesundheitsschadens, wird dieser ihm aber nur dann zugerechnet, wenn er ihn wesentlich (ausreichend: mit-) verursacht hat. "Wesentlich" (zurechnungsbegründend) ist der Gesundheitserstschaden für den weiteren Gesundheitsschaden also dann, wenn er eine besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens hatte (vgl. nur BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [BSGE 96, 196](#)).

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). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam 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. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. Urteil des BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hieran gemessen zog sich die Klägerin in Ausübung ihrer versicherten Beschäftigung im Warenlager beim Palettenschieben als Gesundheitserstschaden eine Kniezerrung zu, so DAB vom 01. Februar 2010. Dieser Befund korreliert mit der Beschwerdesymptomatik, welche durch die starken Schmerzen, die Arbeitsniederlegung und das Aufsuchen des D-Arztbesuches sowie durch die von diesem festgestellten anhaltenden Schmerzen bestätigt wurde (vgl. DAB vom 01. Februar 2010 mit Ergänzungsbericht Knie vom 15. Februar 2010).

Jedoch ist die Kniezerrung (Gesundheitserstschaden) nicht wesentlich (zurechnungsbegründend) gewesen für den weiteren Gesundheitsschaden, der durch das MRT vom 10. Februar 2010 in Form einer Läsion des Außenmeniskusvorderhorns (3. Grades), später zudem auch noch in Form einer Arthrofibrose, festgestellt wurde. Denn die Zerrung hatte nicht die von der Rechtsprechung geforderte besondere Beziehung zum Eintritt dieses Schadens (vgl. nur BSG vom 09. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) -, [BSGE 96, 196](#)).

Nach Überzeugung des Senates ([§ 128 SGG](#)) spricht nicht mehr für als gegen einen Zusammenhang des Versicherungsfalles mit der Meniskusläsion und letztlich dann auch der Arthrofibrose.

Hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilung schließt sich der Senat der Bewertung des Sachverständigen Dr. W in dessen inhaltlich nachvollziehbarem und schlüssigem Gutachten vom 31. Oktober 2014 an, dem nicht zuletzt auch Dr. H folgte. Soweit Dr. W vor allem den Unfallmechanismus als für die Kausalitätsbeurteilung maßgeblich erachtet, stimmt dies mit der gängigen sozialmedizinischen Literatur überein (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Seite 623 f.) und wird im Übrigen auch von Prof. Dr. E sowie dem Chirurgen M in deren Gutachten übereinstimmend hervorgehoben. Hiervon ausgehend sieht Dr. W keinen geeigneten Unfallmechanismus, da zwar über eine Verdrehung des linken Kniegelenks berichtet wurde, nicht aber zugleich über eine Beugung und X-Beinstress bei fixiertem Fuß und Unterschenkel, was einen für die Zerreißung eines gesunden Meniskus geeigneten Hergang darstellen würde. Von eben einem solchen, durch die Fixierung des Fußes gekennzeichneten Hergang, ist zur Überzeugung des Senats auch im vorliegenden Fall aus den Unfalldarstellungen der Klägerin nichts ersichtlich.

Weiterhin ist anhand des sozialmedizinischen Fachschrifttums die Argumentation von Dr. W nachvollziehbar, dass die geforderten Begleitverletzungen einer Meniskusläsion an den Knochen-, Kapsel- und Bandstrukturen nicht vorliegen (Schönberger et al., a.a.O., S. 617).

So fanden sich keine Hinweise auf bone bruise, Ligamentzerreißen oder Überdehnung, blutigen Gelenkserguss – ein infrapatellares Weichteilödem war kaum feststellbar im MRT vom 10. Februar 2010.

Beide Sachverständige - sowohl Dr. W als auch Dr. H – gelangen zu der übereinstimmenden gutachterlichen Einschätzung, dass es sich bei der letztlich gebildeten Arthrofibrose um die Folge der Arthroskopie eines degenerativen Meniskusschadens und nicht um die Folgen des Unfalles handele. Dies erscheint dem Senat schlüssig, da beide Sachverständige sowohl das Vorliegen als auch den Umfang der degenerativen Vorschädigung an den Meniski anhand der aktenkundigen Befunde belegt haben. So verweist Dr. W zutreffend darauf, dass deutliche Zeichen der Degeneration als konkurrierende und allein wesentliche Ursache des Meniskusschadens – im Sinne eines Vorschadens bzw. einer Vor-Schadensanlage - zu verzeichnen waren, die im MRT-Befund vom 10. Februar 2010 wie folgt beschrieben wurden: 1. geringe Degeneration retropatellar (Chondropathie Grad I) und lateral (leichte chondrale Belagsreduktion). Keine occulte Fraktur. Kaum infrapatellares Weichteilödem. 2. Riss Außenmeniskusvorderhorn. Diskreter Zusatzriss Außenmeniskushinterhorn. Überwiegend zentral Degeneration Innenmeniskushinterhorn ohne bewiesenen Zusatzriss bei leichter Abflachung insgesamt. Geringer Gelenkserguss. 3. Leichte Tendinose vorderes Kreuzband ohne echte Diskontinuität. Geringe Kollateralbanddistensionen. Patellasehnenansatzendopathie. Baker Zyste.

Dr. H verwies gleichfalls auf die durch das MRT sichtbar gewordenen und im o. g. Befund beschriebenen degenerativen Veränderungen der Meniski und zutreffend auch darauf, dass die histologische Untersuchung, die anlässlich der am 19. März 2010 durchgeführten Arthroskopie am entnommenen Meniskusgewebe vorgenommen wurde, nach mehr als sechs Wochen nach dem Unfall keine sichere Unterscheidung mehr in frische oder ältere Verletzungen zulasse.

Auch anlässlich der am 05. November 2012 durchgeführten Re-Arthroskopie des linken Kniegelenkes wurden Degenerationen nachgewiesen: Milde Synovitis (Gelenkinnenhautentzündung) bei degenerativer Vorderhornläsion des Außenmeniskus bei Zustand nach Teilresektion des selbigen, Chondromalazie 2. Grades lateraler FK = zweitgeradige Knorpelschädigung an der äußeren Oberschenkelrolle, sonst ubiquitär 1. Grades, Plica/Bridenbildung mediopatellaris mit Shelf = Schleimhautfalte und Verwachsungsbildung mit Knorpelabschilferung linkes Kniegelenk.

b) Der Außenmeniskusriss bzw. die Arthrofibrose ist auch nicht aufgrund der besonderen Zurechnungsnorm des [§ 11 SGB VII](#) dem anerkannten Arbeitsunfall vom 01. Februar 2010 als sog. mittelbare Unfallfolge im weiteren Sinn zuzurechnen.

Nach [§ 11 SGB VII](#) sind Folgen eines Versicherungsfalles auch solche Gesundheitsschäden (oder der Tod) eines Versicherten, die ua durch die Durchführung einer Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung wesentlich verursacht wurden, welche zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordnet wurde. Durch diese Vorschrift werden Gesundheitsschäden, die durch die Erfüllung der in ihr umschriebenen Tatbestände wesentlich verursacht wurden, dem Versicherungsfall "auch" dann zugerechnet, wenn sie nicht spezifisch durch den Gesundheitserstschaden des Versicherungsfalles wesentlich verursacht wurden (vgl. Keller in Hauck/Noftz, SGB VII, K § 11 RdNr. 1, 46. Lfg., III/10; Schwerdtfeger in Lauterbach, UV, § 11 RdNr. 3, 33. Lfg. April 2007). [§ 11 SGB VII](#) stellt eine spezielle Zurechnungsnorm dar, die Gesundheitsschäden auch dann einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet, wenn sie etwa durch die Durchführung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung oder durch eine Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts wesentlich verursacht wurden.

Diese Voraussetzungen sind bei der Arthrofibrose nicht erfüllt. Denn diese war - wie ausgeführt - nicht notwendig bedingt durch den Gesundheitserstschaden, der durch das Unfallereignis verursacht worden war. Sie ist zudem nicht durch eine Heilbehandlung i.S.v. [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) und nicht durch eine zur Aufklärung des Sachverhalts angeordnete Untersuchung i.S. des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) verursacht worden. Denn dieser Zustand ergab sich nicht aus der Operation eines unfallbedingten, sondern eines degenerativen Gesundheitsschadens, der schon vor der Operation bestand.

Bei beiden Zurechnungstatbeständen kommt es nicht zwingend darauf an, ob ein Versicherungsfall "objektiv" vorlag oder ein Heilbehandlungsanspruch "wirklich" nach materiellem Recht bestand.

Die Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles i.S. des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) umfasst sinngemäß auch die Aufklärung von Unfallfolgen im engeren Sinn. Dieser Zurechnungstatbestand setzt ausdrücklich nicht voraus, dass überhaupt ein Versicherungsfall objektiv vorliegt. Die Zurechnung erfolgt allein aufgrund der grundsätzlich pflichtigen Teilnahme des Versicherten an einer vom Träger zur Sachverhaltsaufklärung angeordneten (nicht notwendig ärztlichen) Untersuchung. Die durch die Teilnahme wesentlich verursachten Gesundheitsschäden werden letztlich dem Versicherungsträger zugerechnet, der für die Aufklärung des behaupteten Unfallhergangs und zur Entscheidung über das Vorliegen/Nichtvorliegen eines Versicherungsfalles und von Unfallfolgen verbandszuständig ist. Es kommt also grundsätzlich nur darauf an, ob eine solche Untersuchung gegenüber dem Versicherten angeordnet wurde und er an ihr teilgenommen sowie wesentlich dadurch Gesundheitsschäden erlitten hat.

Die Durchführung einer Heilbehandlung i.S. des [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) liegt vor, wenn der Träger dem Versicherten einen Anspruch auf eine bestimmte Heilbehandlungsmaßnahme nach den [§§ 26 ff SGB VII](#) (nicht notwendig durch Verwaltungsakt in Schriftform) bewilligt oder ihn durch seine Organe oder Leistungserbringer zur Teilnahme an einer solchen (diagnostischen oder therapeutischen) Maßnahme aufgefordert hat und der Versicherte an der Maßnahme des Trägers gemäß den Anordnungen der Ärzte und ihres Hilfspersonals teilnimmt. Auch hier beruht die gesetzliche Zurechnung auf der grundsätzlich pflichtigen Teilnahme des Versicherten an einer vom Unfallversicherungsträger (oder diesem zurechenbar) bewilligten oder angesetzten Maßnahme. Insbesondere kommt es rechtlich nicht darauf an, ob die Bewilligung oder Ansetzung der Heilbehandlungsmaßnahme durch den Träger objektiv rechtmäßig war oder ob objektiv ein Anspruch auf Heilbehandlung bestand.

Zwar geht der Senat davon aus, dass die am 19. März 2010 durchgeführte Arthroskopie und/oder die anschließende Teilresektion des Außenmeniskusvorderhorns links eine Maßnahme i.S. des [§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) bzw. Nr. 3 SGB VII war. Denn zumindest durfte die Klägerin aufgrund des Verhaltens des Durchgangsarztes nach Treu und Glauben berechtigterweise davon ausgehen, dass die Behandlung/Untersuchung zur Aufklärung des Sachverhalts oder zur Durchführung einer Heilbehandlung i.S. des [§ 11 SGB VII](#) durchgeführt wurde und sie zur Mitwirkung daran aufgefordert war. Hierzu ist auf die Auskunft von Dr. B vom 06. August 2013 und den OP-Bericht vom 19. März 2010 zu verweisen.

Aber auch diese gesetzliche Zurechnung, die an die Stelle einer fehlenden Zurechnung kraft Wesentlichkeit tritt, setzt voraus, dass die Erfüllung des jeweiligen Tatbestandes des [§ 11 SGB VII](#) durch das (behauptete oder anerkannte) Unfallereignis notwendig bedingt war (BSG, Urteil vom 05. Juli 2011 – [B 2 U 17/10 R](#) -, zitiert nach juris, Rn. 33 ff.).

Diese Voraussetzungen sind beim Zustand nach Außenmeniskusvorderhorn-Teilresektion nicht erfüllt. Denn er war - wie ausgeführt - nicht notwendig bedingt durch den Gesundheitserstschaden, der durch das Unfallereignis verursacht worden war. Er ist zudem nicht durch eine Heilbehandlung i.S. von [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) und nicht durch eine zur Aufklärung des Sachverhalts angeordnete Untersuchung i.S. des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) verursacht worden. Denn dieser Zustand ergab sich – wie bereits zuvor ausgeführt - aus der Operation eines nicht unfallbedingten, sondern degenerativen Gesundheitsschadens, der schon vor der Operation bestand.

Darüber hinaus hat insbesondere der Sachverständige Dr. W darauf verwiesen, dass die Arthroskopie nicht notwendig war im Rahmen der Diagnostik, da bereits die hochsensitive MRT durchgeführt wurde, die in der Lage ist, Meniskusläsionen zu diagnostizieren. Zudem stellt er überzeugend dar, dass die Invasionsintensität der Arthroskopie gering war. Art und Ausmaß der diagnostischen und therapeutischen Behandlung ergibt sich im Einzelnen aus dem OP-Bericht vom 19. März 2010, wie Dr. B erstinstanzlich bestätigt hat: nur Entfernung der Läsion, keine sonstigen Substanzeingriffe. Weitere als im OP-Bericht beschriebene Handlungen wurden ausdrücklich nicht vorgenommen. Diese minimalinvasive Maßnahme ist jedoch nicht geeignet, eine Arthrofibrose hervorzurufen, wie sie bekannt ist – so Dr. W im plausiblen Vergleich - bei endoprothetischen Versorgungen. Zwar beschreibt Dr. W auch, dass niedriggradige traumatische Einflüsse, z. B. Prellungen bestimmter Gelenkgruppen, z. B. Ellenbogen, i. V. wahrscheinlich mit Anlagekomponenten (vegetative Dystonie) Gelenksteifen durchaus hervorrufen könne. Zur Ätiologie der Arthrofibrose sei noch wenig bekannt. Die alleinige Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs ist jedoch für den Senat nicht ausreichend, um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Soweit der Sachverständige sich dennoch zumindest auf die Aussage festlegt, "Mit dem Ausmaß der Traumatisierung steige die Wahrscheinlichkeit einer posttraumatischen Gelenkverklebung. Sowohl die unkomplizierte Meniskusteilresektion/Menisusrandglättung als auch die diagnostische Arthroskopie gelten danach als nicht risikoträchtig.", untermauert er damit - für den Senat schlüssig - seine Ansicht, wonach die bei der Klägerin vorgenommene minimalinvasive Maßnahme auch nicht geeignet ist, eine Arthrofibrose hervorzurufen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Revisionszulassungsgrund nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-05-30