

L 3 U 92/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 13 U 42/10
Datum
20.04.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 92/16
Datum
13.12.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls die Gewährung einer höheren Verletztenrente.

Der 1949 geborene Kläger war bis zum Antritt des Grundwehrdiensts im Jahr 1967 Leistungsboxer und erlitt am 19. September 1969 während seines Armeedienstes bei einer Sportkompanie der Nationalen Volksarmee (NVA), wo er als Leistungsboxer nicht an Gefechtsübungen teilnahm, sondern ausschließlich trainierte, einen späterhin von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfall, bei welchem er sich beim Boxen rechts eine Mittelhandfraktur zuzog, vgl. Angaben des Klägers im von ihm am 20. Juli 1998 ausgefüllten Fragebogen der Beklagten und eine Behandlungskarte des Ambulatoriums Raw (Reichsbahnausbesserungswerk), welche mit einem Gipsverband ruhig gestellt wurde, vgl. Angaben des Klägers im Schreiben vom 05. Mai 1999. Der Kläger musste sich mit der stillgelegten rechten Hand weiter auf dem NVA-Gelände aufhalten und erlitt hier sodann am 24. Oktober 1969 einen weiteren Unfall, als er auf einer steilen Holzterrasse aufgrund der Griffunsicherheit im eingegipsten rechten Unterarm abrutschte, die Treppe eigenen Angaben zufolge rücklings herunterstürzte und sich hierbei jedenfalls eine Kniekontusion zuzog, welche mit einer Gipsruhigstellung des rechten Beins behandelt wurde, vgl. Hergangsschilderung des Klägers vom 05. Mai 1999 und der unter dem 29. Dezember 1969 datierende Eintrag in der o.g. Behandlungskarte "Kniekontusion re vom 24. Okt. 69 & 61664; Dr. S, Meniskusküsläsion?" sowie der wohl von Dr. S gezeichnete Eintrag "Arthrographie Rp. Fango Wv. 10 Tg. nach Arthrographie". Laut eines Attests der Orthopädischen Klinik C (Dr. T) vom 29. April 1970 litt der Kläger an einer Meniskusläsion rechts, wodurch er nicht in der Lage sei, schwere körperliche Arbeiten, die mit längerem Stehen verbunden seien, auszuführen.

Durch die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs der Krankenkasse des Klägers erfuhr die Beklagte von den vorstehenden Ereignissen und leitete im Juni 1998 ein Feststellungsverfahren ein, in welchem sie den Kläger schriftlich befragte und Behandlungsunterlagen beizog, darunter neben der o.g. Behandlungskarte eine Wiederholungsbeurteilung des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. B vom 21. Januar 1970, wonach dem Kläger keine schweren körperlicher Arbeiten, insbesondere keine Pressluft- oder schwere Handarbeiten zuzumuten seien, und ein Kurzvermerk des Facharztes für Chirurgie Dr. S aus dem April 1970 mit dem Eintrag: "Unfallteilrente befürwortet Meniskusküsläsion. re. Kniegelenk/ Unfall (unleserlich) 1969".

Der Kläger entschied sich für eine Zusammenhangsbegutachtung am Unfallkrankenhaus B (UKB). Die Beklagte zog unterdessen Behandlungsunterlagen betreffend die Handgelenke des Klägers vom C-Klinikum C bei, aus welchen sich u.a. die Behandlung einer Naviculare-Pseudarthrose rechts bei Handwurzelarthrose beidseits mit der Implantation einer Titandendoprothese des Os naviculare rechts am 21. November 1997 ergab. Unter dem 19. November 1998 erstellten Prof. Dr. E, Dr. L und Dr. S vom UKB das auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers vom 28. September 1998 beruhende sog. Erste Rentengutachten zur ersten Rentenfeststellung. In der allgemeinen Vorgeschichte wurde u.a. auch auf einen versicherten Unfall im Jahr 1981 verwiesen, bei welchem sich der Kläger eine Stromverletzung der rechten Hand bzw. des Handrückens mit einer Verbrennung dritten Grades zuzog, welche mit Rotationslappenplastik behandelt wurde. Im körperlichen Befund wird neben den Operationsnarben festgehalten, dass die Beweglichkeit des Daumens im interphalangealen Gelenk aufgehoben sei, im metacarpophalangealen Gelenk 0-0-30° betrage. Die Hautsensibilität im Bereich des ersten und zweiten Fingernervens sei herabgesetzt. Faustschluss und Spitzgriff zwischen Daumen und allen Langfingern rechts seien ohne Probleme durchführbar. Die Röntgenuntersuchung vom 28. September 1998 erbrachte u.a. eine Erweiterung des SL-Spalt und eine ausgeprägte Arthrose. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) wegen der Funktionseinschränkungen an der rechten Hand wurde auf 20 vom Hundert (vH) eingeschätzt.

Die Beklagte nahm in der Folge weitere Ermittlungen zu etwaigen Unfallfolgen im rechten Kniegelenk auf und ermittelte u.a. beim Institut für Wehrmedizinastatistik und Berichtswesen – Abteilung I – ein auf den 31. Oktober 1969 datierendes und vom Chirurgen Dr. E unterschriebenes Krankenblatt einer chirurgischen Krankenhausabteilung über die stationäre Krankenhausbehandlung des Klägers vom 25. Oktober bis zum 31. Oktober 1969 mit der Einweisungsdiagnose eines Kniegelenkergusses rechts. Im Untersuchungsbefund wird festgehalten, dass der Kläger am 25. Oktober 1969 eine Treppe herabgestürzt sei und sich das rechte Knie aufgeschlagen habe. Mit einer Schwellung im Bereich des Kniegelenks und einem Druckschmerz am medialen Gelenkspalt sei die stationäre Aufnahme erfolgt. Die Bänder seien fest gewesen. Das Knie sei auf einer Braun'schen Schiene gelagert worden, es seien Borwasserumschläge angelegt worden. Die Schwellung sei abgeklungen, es bestehe jedoch noch ein Druckschmerz am medialen Kniegelenkspalt. Der Kläger sei mit mäßigen Schmerzen beim Laufen im Bereich des Kniegelenks rechts entlassen worden. Beigefügt war der handschriftliche Anamnesebogen nebst Aufnahmebefund und der Diagnose "Kniegel. Kontusion mit traumatischem Erguß".

Die Beklagte holte schriftliche Zeugenaussagen ein, darunter eine solche von B S vom 21. Juni 1999, wonach der Kläger beim Verlassen des Raumes die Treppe heruntergestürzt sei und sich hierbei das rechte Bein gebrochen habe.

Der Kläger entschied sich für eine Begutachtung am Universitätsklinikum C an der Technischen Universität D, wo Prof. Dr. Z und Dr. C unter dem 13. Juli 2000 ein sog. Erstes Rentengutachten aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers am 11. November 1999 erstellten. Es wurden am rechten Handgelenk deutliche schmerzhaftige Bewegungseinschränkungen festgestellt (handrücken-/ hohlhandwärts 20-0-25° (Einschränkung um 40°) und ellen-/ speichenwärts 25-0-5° (Einschränkung um 35°)). Die Kraftentfaltung beider - kaum eine Beschwellung aufweisender - Hände erschien deutlich vermindert, beide Handgelenke zeigten sich deutlich deformiert. Die Beweglichkeit des rechten Daumens war nach Feststellung der Ärzte im Seitenvergleich deutlich eingeschränkt; im Zusammenhang mit den bei einem Stromunfall erlittenen Verbrennungen sei es zur Zerstörung der Beugesehne des rechten Daumens gekommen. Am linken Kniegelenk wurde ein Streckdefizit von 10°, an beiden Knien eine Beugefähigkeit bis 130° festgestellt. Röntgenologisch bestünden an beiden Kniegelenken minimale Anzeichen einer einlaufenden Gonarthrose. Klinische Meniskuszeichen seien nicht zu erkennen. Zudem wurden als nicht mit den beiden Unfällen im Zusammenhang stehende Bewegungseinschränkungen an den Schulter-, Hüft- und Ellenbogengelenken festgestellt. Die an der rechten Hand nachgewiesenen erheblichen Bewegungseinschränkungen seien zu einem erheblichen Anteil auf den Unfall vom 19. September 1969 zurückzuführen. Die wesentlichen Unfallfolgen seien mithin: Notwendigkeit der Implantation einer Navikulare-Endoprothese des rechten Handgelenks, erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks, Herabsetzung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand durch Kraftminderung und Störung des Fein- sowie Hakengriffs, Narbenbildung im Bereich des rechten Handgelenks, posttraumatisch verstärkte Arthrose des rechten Handgelenks und des Karpodialgelenks rechts sowie subjektive Schmerzzustände des rechten Handgelenks mit Störung der Feinmotorik. Es müsse dabei Berücksichtigung finden, dass eine ausgeprägte Arthrose zwischen allen Handwurzelknochen beider Handgelenke vorliege. Diese arthrotischen Veränderungen seien nicht als Folge des Unfalls vom 19. September 1969 anzusehen, sondern seien am ehesten das Ergebnis häufiger Mikrotraumata durch den ausgeübten Boxsport des Klägers. Die von ihm geäußerten subjektiven Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks sowie die verminderte Gebrauchsfähigkeit seien überwiegend auf den Unfall vom 19. September 1969 zurückzuführen. Dies betreffe insbesondere den kaum ausführbaren Feingriff und die starke Herabsetzung der Ausführbarkeit des Hakengriffs rechts. Die verminderte Beweglichkeit des rechten Daumens werde zu ca. 2/3 als Folge des Unfalls vom 19. September 1969, im Übrigen als Folge des Stromunfalls mit Zerstörung der Beugesehne gewertet. Die vom Kläger geäußerten Beschwerden im rechten Kniegelenk ließen sich durch die klinischen und röntgenologischen Untersuchungen nicht objektivieren. Es sei weder eine Bewegungseinschränkung nachweisbar (0-0-130°) noch bestünden klinische Auffälligkeiten am rechten Kniegelenk. Lediglich retropatellare Reibegeräusche bei der passiven Bewegung des Kniegelenks seien erfassbar gewesen. Alle geprüften Meniskuszeichen seien negativ ausgefallen. Es habe kein Anhalt für eine Kreuzband- oder Seitenbandverletzung gegeben. Entsprechend der vorliegenden Dokumentation habe nach dem Sturz vom 24. Oktober 1969 lediglich der Verdacht einer Meniskusläsion vorgelegen. Obwohl - nach Angaben des Klägers - mehrfache Kniegelenkspunktionen 1969 und in der Folgezeit erforderlich gewesen seien, stellten diese keinen Beweis für eine Meniskusverletzung dar. Eine Objektivierung der Befunde in Form einer Arthroskopie oder MRT sei auch in den folgenden Jahren nicht vorgenommen worden. Auch wenn man berücksichtige, dass 1969 bzw. in der Folgejahre arthroskopische Untersuchungen bzw. die Durchführung eines MRT nicht möglich gewesen seien, so hätte bei entsprechenden Beschwerden die Durchführung dieser Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen können. Hieraus sei zu folgern, dass entweder kein klinischer Anhalt für eine Meniskusläsion bestanden habe oder dieser Beschwerden zu gering gewesen seien, um solche Untersuchungen zu veranlassen. Deshalb ergäbe sich hieraus keine MdE. Die unfallbedingte MdE sei aufgrund der Einschränkungen an der rechten Hand auf 20 vH einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 06. September 2000 gewährte die Beklagte dem Kläger wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. September 1969 ab dem 01. Januar 1994 eine Verletztenrente nach einer MdE von 20 vH. Als Folgen des Arbeitsunfalls erkannte die Beklagte an: Erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks, Herabsetzung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand durch Kraftminderung und Störung des Fein- sowie Hakengriffs, Narbenbildung im Bereich des rechten Handgelenks, posttraumatisch verstärkte Arthrose des rechten Handgelenks sowie das Karpodialgelenks rechts sowie subjektive Schmerzzustände des rechten Handgelenks mit Störung der Feinmotorik als Zustand nach Fraktur des Os naviculare manus rechts mit Implantation einer Navikulare-Endoprothese des rechten Handgelenks. Die beim Unfall vom 24. Oktober 1969 erlittenen Knieverletzungen rechts seien hingegen folgenlos ausgeheilt.

Mit einem am 04. Dezember 2007 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben wies der Kläger auf mit der Zeit schlimmer gewordene behandlungspflichtige Schmerzen im rechten Knie hin und führte diese auf den Unfall vom 24. Oktober 1969 zurück. Die Beklagte forderte vom den Kläger behandelnden Orthopäden K einen Befundbericht vom 14. Mai 2008 an, wonach infolge eines am 19. September 1969 zugezogenen Meniskusrisses eine posttraumatische Gonarthrose bestehe. Der Kläger entschied sich für eine Begutachtung durch Dr. D vom C-Klinikum. Dieser teilte der Beklagten nach einer Vorstellung des Klägers am 27. August 2008 mit, dass dieser nur im Bereich des rechten Knies begutachtet werden wolle und es an jeglichen Behandlungsunterlagen fehle, aus denen sich ein Zusammenhang mit den anhaltenden Kniebeschwerden und den Unfall vom 19. September 1969 ergebe. Die damals erlittenen Knieverletzungen rechts seien folgenlos ausgeheilt und gingen nicht auf diesen Unfall zurück.

Der Kläger reichte in der Folgezeit den OP-Bericht über eine am 14. Mai 2007 durchgeführte Kniegelenksarthroskopie ("Diagnose: Meniskushinterhornläsion re. med., Retropatellararthrose, Chondropathie III.° med Tibia und Femur"), einen MRT-Bericht bzgl. des rechten Knies der Radiologin Dr. R vom 20. Mai 2008 und einen Arztbrief des C-Klinikums vom 28. Juli 2008 über eine weitere Arthroskopie des rechten Kniegelenks, aus welchen sich näher bezeichnete Knorpel- und Meniskusdegenerationen ergeben. Die Beklagte forderte den OP-Bericht vom 23. Juli 2008 an.

Am 21. Oktober 2008 unterzog sich der Kläger der Implantation einer unikondylären zementierten Knieendoprothese rechts, vgl. Arztbrief des C-Klinikums vom 30. Oktober 2008.

Auf Veranlassung der Beklagten erstellten Prof. Dr. Z und Dr. P nach Untersuchung des Klägers vom 24. April 2009 das sog. Zweite Rentengutachten vom 28. April 2009. Darin wird ausgeführt: Die an der rechten Hand bestehenden Einschränkungen seien mit einer MdE von 20 vH zu bewerten. Als mögliche Unfallfolgen seien nunmehr auch Belastungs- und Unsicherheitsbeschwerden infolge einer arthroskopisch 2007 und 2008 gesicherten traumatischen Meniskuskäsion anzusehen. "Somit könnte eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in Bezug auf das Kniegelenk um 10 % (Zehn Prozent) eingestuft werden."

Der Kläger entschied sich für eine weitere Begutachtung nach Aktenlage durch die Chirurgen Dr. H, welche unter dem 07. August 2009 eine beratungsärztliche Stellungnahme nach Aktenlage erstellte. Darin führte sie aus, dass die dokumentierte Knieverletzung auf dem Aufschlagen des rechten Kniees beruhe und eine solche den Meniskus nicht unter Stress setzen könne. Es fehle an einem Verwindungstrauma mit einer Distorsionskomponente und mitbeteiligtem Bandapparat. Vielmehr seien nach dem Ereignis feste Bänder festgestellt worden. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Kläger beim Boxsport mit Sicherheit auch eine Traumatisierung der Kniegelenke erlitten habe, so dass mit großer Wahrscheinlichkeit schon damals auch eine Abnutzung der Kniegelenke bestanden habe. Der Unfall vom 19. September 1969 habe im Hinblick auf die Einschränkungen der rechten Hand zu einer MdE von 20 vH geführt. Das Ereignis vom 24. Oktober 1969 habe nicht zu einer unfallbedingten MdE geführt.

Mit Bescheid vom 17. August 2009 lehnte die Beklagte die Gewährung einer höheren Rente ab. Zur Begründung wurde auf die durchgeführten medizinischen Ermittlungen verwiesen. Hiergegen richtet sich der am 07. September 2009 erhobene Widerspruch des Klägers, wonach nach Aussage seines behandelnden Arztes bei einer Meniskusverletzung nicht immer der Bandapparat geschädigt sein müsse und sich aus den Behandlungsunterlagen von damals doch eine Meniskuskäsion ergebe. Er habe bei jeder Begutachtung über Schmerzen im rechten Kniegelenk geklagt. Die Belastungen im Alltag habe er nur mit einer Kniebandage bewältigen können. Letztlich habe die Verletzung dazu geführt, dass er sich einer Knie-OP habe unterziehen müssen und mittlerweile eine Teilprothese bekommen habe. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22. März 2010 als unbegründet zurück und verwies zur Begründung im Wesentlichen auf die o.g. beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. H.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 22. April 2010 zum Sozialgericht Cottbus (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt. Er hat behauptet, beim Treppensturz genau auf das rechte Knie gestürzt zu sein. Die Rente sei im Hinblick auf die Funktionseinschränkungen im rechten Kniegelenk zu erhöhen. Es werde die Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens angeregt. Das SG hat u.a. Befundberichte des Orthopäden Dr. T vom 27. September 2010 und des Orthopäden K vom 01. Oktober 2010, ferner einen Befundbericht des Hausarztes S vom 24. November 2010 eingeholt und die Arztakte der LVA Brandenburg beigezogen. Am 15. April 2011 ist wegen einer Lockerung der Prothese deren Wechsel und die Implantation einer zementierten emotion-KTEP rechts erfolgt, vgl. Arztbrief des C-Klinikums C vom 26. April 2011. Das SG hat sodann das auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers vom 23. März 2011 beruhende schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. B vom 21. Juni 2011 eingeholt, wonach die Unfallfolgen an der rechten Hand, d.h. eine Naviculare-Pseudarthrose/-Endoprothese - mit Ausnahme einer bereits vorbestehenden Handwurzelarthrose - auch über Jahre hinweg plausibel nachvollziehbar seien und mangels einer Befundänderung nach wie vor mit einer MdE von 20 vH zu bewerten seien. Dr. B hat bei sicherem Spitz- und Faustgriff eine erhaltene Restbeweglichkeit der rechten Hand mit Bewegungsausmaßen von 10-0-30° handrückenwärts/ handhohlwärts und von 5-0-10° bei der Radial-/ Ulnarabduktion festgestellt. Demgegenüber bestehe am rechten Knie keine unfallbedingte MdE. Der Treppensturz vom 24./ 25. Oktober 1969 sei unwahrscheinlich als Ursache für eine isolierte Meniskuskäsion zu sehen, da der Unterschenkelbereich bei diesem Sturzvorgang nicht fixiert gewesen und es zu keiner abrupten Rotationsbelastung durch den Oberschenkel gekommen sei. Noch stärker spreche gegen eine Meniskusschädigung die dreißigjährige stumme Klinik und die von mehreren Fachärzten bestätigte unauffällige Kniegelenkssymptomatik. Erst im Jahr 2000 seien erste Hinweise auf eine Chondropathie klinisch feststellbar. Beim Treppensturz sei es lediglich zu einer bereits 1970 ausgeheilten Knieprellung gekommen, die für die aktuellen Gesundheitsstörungen im rechten Knie nicht im kausalen Zusammenhang stehe.

Der Kläger ist dem Gutachten unter dem 07. November 2011 kritisch entgegengetreten. Die Annahme eines über 30 Jahre beschwerdefreien Intervalls beruhe allein darauf, dass die Behandlungsausführungen des Orthopäden K darauf beruhten, dass nur noch Unterlagen ab dem Jahre 2000 dort vorhanden seien. Davor habe sich der Kläger in Behandlung bei Dr. S in C befunden. Dass er ab 1975 ständig eine Kniebandage habe tragen müssen, könne auch seine geschiedene Ehefrau bezeugen. Er gehe davon aus, dass es auch bei einem Treppensturz zu einer Verdrehung des Knies kommen könne. Der Kläger hat u.a. auf ein Schreiben des Orthopäden K vom 02. Juli 2012 verwiesen, wonach dort bekannt sei, dass der Kläger über viele Jahre beim bereits im Ruhestand befindlichen Kollegen Dr. S vorstellig gewesen sei, und zwar sowohl wegen der Hand als auch wegen der Kniegelenke. MRT-Untersuchungen seien unmittelbar nach dem Treppensturz nicht möglich gewesen, so dass keine Aussagen zu einer möglichen Verletzung des Meniskus getroffen werden könnten. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sei es möglich, dass ein Rotationstrauma vorgelegen habe, welches zu einer Meniskusschädigung geführt habe. Die Beschwerden seien in der Folgezeit immer wieder aufgetreten und hätten zu einer chronischen Schädigung des Kniegelenks geführt. Zur Untermauerung seines Vorbringens hat der Kläger zudem Kopien aus seinem Sozialversicherungsausweis (SVA) vorgelegt, aus welchen sich für die Zeit ab 1976 diverse Krankenbehandlungen ergeben.

Das SG hat einen weiteren Befundbericht des Allgemeinmediziners Svom 09. April 2013 und eine Erklärung der geschiedenen Ehefrau des Klägers vom 22. April 2013 eingeholt, wonach der Kläger, den sie 1973 kennengelernt habe, von 1975 an regelmäßig eine Bandage über dem rechten Knie getragen und Beschwerden beim Laufen, insbesondere beim Treppensteigen und Knien gehabt sowie häufig Tabletten genommen habe.

Der Kläger hat eine Bescheinigung des Allgemeinmediziners S vom 19. Dezember 2013 vorgelegt, wonach ihm bzgl. des Unfallgeschehens vom 24. Oktober 1969 keine Unterlagen vorlägen, der Kläger seit 1991 in seiner Behandlung sei, physiotherapeutische und analgetische Behandlungen der Schmerzen im rechten Kniegelenk erfolgt seien, der Kläger 2008 eine Knieendoprothese rechts erhalten habe und aus seiner Sicht chronische Kniebeschwerden seit über 40 Jahren aufgetreten seien. Ferner hat der Kläger ein Attest des Orthopäden K vom 30. Oktober 2014 vorgelegt, wonach es sich beim Treppensturz um ein von außen einwirkendes Ereignis handle, welches mit einem (mit höchster Wahrscheinlichkeit) Verdrehtrauma des Kniegelenks einhergegangen sei, weshalb die jetzt bestehenden Beschwerden damit in Verbindung zu bringen seien.

Das SG hat sodann die ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. B vom 02. November 2015 eingeholt, in welcher er bei seinen bisherigen Zusammenhangserwägungen geblieben ist und darauf verwiesen hat, dass auch zwischenzeitlich keine belastbaren medizinischen Befunde beigebracht worden seien, aus welchen sich der Schluss einer beim angeschuldigten Ereignis vom 24. Oktober 1969 eingetretenen Meniskusverletzung ergebe, zumal auch in der 70er Jahren bei eindeutiger Symptomatik bzw. Meniskuseinklemmungen eine offene Arthrotomie mit totaler Meniskusektomie, später auch Teilentfernung durchgeführt worden sei. Offensichtlich habe der seinerzeit behandelnde Orthopäde Dr. S aufgrund der Symptomatik keine Indikation für eine der möglichen Maßnahmen gesehen. Die 1970 auf einem Attest stehende Diagnose sei als Arbeitsdiagnose aufzufassen und erkläre sich aus der zeitlichen Nähe zum Treppensturz. Bei einer Knieinstabilität mit Bevorzugung des medialen Kompartments könne durchaus für einen nicht bestimmbaren Zeitraum eine Meniskussymptomatik vorgetäuscht werden, die sich aber letztendlich wieder beruhige. Der SVA enthalte für die gesamte Zeit von 1976 bis 1990 keinen Eintrag über orthopädische Behandlungen bei der Poliklinik C.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 20. April 2016 abgewiesen. Es hat zur Begründung ausgeführt, dass die Ereignisse vom 19. September 1969 und 24. Oktober 1969 zwar im Rahmen einer versicherten Tätigkeit stattgefunden hätten, so dass beide Ereignisse versicherte Arbeitsunfälle seien. Jedoch sei die Kammer nicht zur Überzeugung gelangt, dass die auf den Arbeitsunfall vom 19. September bzw. 24. Oktober 1969 zurückzuführenden Funktionseinschränkungen eine MdE von mehr als 20 vH begründeten. Hierfür sei auf die Zusammenhangserwägungen im schriftlichen Sachverständigengutachten von Dr. B vom 21. Juni 2011 sowie seine ergänzende Stellungnahme zu verweisen. Insbesondere habe der Sachverständige plausibel festgestellt, dass die Knieprellung, die sich der Kläger am 24. Oktober 1969 zugezogen habe, folgenlos ausgeheilt sei. Da eine beim Treppensturz zugezogene Meniskuläsion nicht nachgewiesen sei, seien auch die anhaltenden Kniebeschwerden nicht mit dem angeschuldigten versicherten Ereignis in Verbindung zu setzen, zumal es in einem Zeitintervall von ca. 30 Jahren an medizinisch dokumentierten Befunden mangle.

Der Kläger hat gegen das ihm am 23. Mai 2016 zugestellte Urteil am 17. Juni 2016 Berufung eingelegt. Er vertieft sein bisheriges Vorbringen. Die Behandlung des Knies sei in der allgemeinmedizinischen Abteilung des Ambulatoriums Ströbitz erfolgt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 20. April 2016 aufzuheben und

1. den Bescheid der Beklagten vom 17. August 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 22. März 2010 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. September 1969 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindesten 30 vom Hundert zu gewähren, und

2. festzustellen, dass der Zustand nach Kniegelenksendoprothese rechts infolge posttraumatischer Veränderungen nach erlittenem Meniskusschaden rechts medial während des Wehrdienstes Folge des Arbeitsunfalls vom 19. September 1969 ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Berichterstatter hat den Beteiligten unter dem 17. August 2016 einen rechtlichen Hinweis erteilt.

Auf Antrag des Klägers ist das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden K vom 20. Juli 2017 eingeholt worden. Dieser hat aufgrund einer ambulanten Untersuchung des Klägers vom 12. April 2017 ausgeführt, eigenen glaubhaften Angaben zufolge habe sich der Kläger bei dem damaligen Trauma einen Meniskusschaden des rechten Kniegelenks zugezogen, welcher zu Bewegungseinschränkungen und rezidivierenden Gelenkergüssen geführt habe. Dies sei als durchaus glaubhaft anzusehen, weil in den 70er Jahren die typische Behandlung solcher Verletzungen die Ruhigstellung gewesen sei und offene Operationen mittels Meniskotomie eher die Ausnahme dargestellt hätten. Die vorgelegten Befunde von Dres. T und S belegten die Verletzung des Kniegelenks hinreichend. Trotz immer wieder erhaltenen Behandlungen (Physiotherapie, Injektionen) sei keine Besserung eingetreten. Zusätzlich schildere der Kläger Beschwerden im Bereich der Handgelenke, hier bei posttraumatischer Handgelenksarthrose mit zunehmender Einsteifungstendenz, Schwellungsneigung und deutlichem Kraftdefizit bei rechts zusätzlich implantierter Naviculare-Endoprothese. Der Sachverständige K hat eine erhaltene Restbeweglichkeit der rechten Hand mit Bewegungsausmaßen von 5-0-15° gegenüber 0-0-10° links bei Extension/ Flexion und von 5-0-5° gegenüber 5-0-5° links bei der Radial-/ Ulnarabduktion festgestellt. Dies seien ebenfalls Unfallfolgen. Die durch die Unfälle hervorgerufenen Gesundheitsstörungen bedingten eine Gesamt-MdE von 30 vH, wobei jeweils 20 vH auf die Handgelenke und 20 vH auf das rechte Kniegelenk entfielen. Anders als der gerichtliche Sachverständige Dr. B meine, bewiesen die Unterlagen eindeutig, dass der Kläger die Meniskusverletzung im rechten Knie erlitten habe. Dafür sprächen die Aufzeichnungen im Krankenblatt sowie in den Mitteilungen des Ambulatoriums R und der Orthopädischen Poliklinik. Nach über 40 Jahren jetzt zu meinen, man könne eindeutig sagen, dass der Kläger kein Verdrehtrauma des rechten Kniegelenks erlitten habe, sei fahrlässig. Es sei davon auszugehen, dass es wie vom Kläger geschildert zu einem typischen Verdrehtrauma gekommen sei mit nachfolgender medialer Meniskusschädigung. Dadurch seien auch die rezidivierenden Ergüsse und die Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk erklärbar. Die Beklagte ist dem Gutachten mit einer beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. C vom 25. August 2017 entgegengetreten. Der Senat hat sodann die ergänzende Stellungnahme von Dr. B vom 09. Januar 2018 eingeholt, in welcher er bei seinen bisherigen Zusammenhangserwägungen geblieben ist.

Der Kläger ist dem Gutachten u.a. mit der Anregung entgegengetreten, den Sachverständigen K persönlich anzuhören, um hier Näheres zu den Umständen der Behandlung und auch zu den vorliegenden Unterlagen aus DDR-Zeiten zu erfahren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 17. August 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 22. März 2010 ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht, soweit darin eine höhere Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. September 1969 abgelehnt (1.) und die Gesundheitsbeeinträchtigungen im rechten Kniegelenk nicht als Unfallfolgen anerkannt wurden (2.).

1.a. Der geltend gemachte Anspruch auf eine höhere Verletztenrente folgt zunächst nicht aus [§ 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1](#) des Zehnten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB X), wonach ein Verwaltungsakt mit Dauerwirkung bei wesentlicher Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Verwaltungsakts vorgelegen haben, mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, soweit die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt. Welche tatsächliche Änderung im vorgenannten Sinn wesentlich ist, bestimmt sich nach der für die Gewährung der Verletztenrente auf unbestimmte Zeit im Fall des Klägers maßgeblichen Grundnorm des § 581 der Reichsversicherungsordnung (RVO), weil die begehrte Leistung aufgrund eines Versicherungsfalles vor Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches Siebtes Buch (SGB VII) am 01. Januar 1997 geltend gemacht wird (vgl. [§ 212 SGB VII](#)). § 581 Abs. 1 RVO bestimmt, dass, solange infolge des Arbeitsunfalls die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um wenigstens ein Fünftel gemindert ist, als Verletztenrente der Teil der Vollrente gewährt wird, der dem Grad der MdE entspricht.

Dies zugrunde gelegt steht dem Kläger der geltend gemachte Anspruch aus [§ 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB X](#) nicht zu. Zwar erlitt er mit dem von der Beklagten bindend anerkannten Betriebsportunfall einen nach §§ 548 Abs. 1 S. 1 i.V.m. § 539 Abs. 1 Nr. 1 RVO versicherten Arbeitsunfall. Er bezieht wegen der Arbeitsunfallfolgen eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer MdE von 20 vH. Hierbei trat jedoch keine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse gemäß [§ 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB X](#) ein. Es liegen nach wie vor keine Arbeitsunfallfolgen vor, welche eine höhere MdE als von 20 vH rechtfertigen.

Die unfallbedingte MdE bemisst sich auch, d.h. wie heute nach [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) gemäß den Maßstäben der RVO nach dem Umfang der körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen des Versicherten durch die Unfallfolgen und dem Umfang der ihm dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 26. November 1987 – [2 RU 22/87](#) –, zitiert nach juris Rn. 15).

Dass hiervon ausgehend allein schon die Unfallfolgen an der rechten Hand mittlerweile wegen einer Verschlimmerung eine höhere MdE begründen, ist weder vorgetragen noch sonst ersichtlich. Der Kläger behauptet eine Verschlimmerung der an der rechten Hand bestehenden Unfallfolgen nicht. Davon abgesehen haben weder der Sachverständige Dr. B in seinem vom SG im ausgangserichtlichen Verfahren eingeholten Sachverständigengutachten vom 21. Juni 2011 noch der auf Antrag des Klägers gehörte Sachverständige Kirsch in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 20. Juli 2017 Unfallfolgen festgestellt, welche eine höhere MdE rechtfertigen würden. Unter Zugrundelegung der von ihnen erhobenen Befunde stehen sie damit im Einklang mit den MdE-Werten des einschlägigen unfallmedizinischen Fachschrifttums. Dr. B hat bei sicherem Spitz- und Faustgriff eine erhaltene Restbeweglichkeit der rechten Hand mit Bewegungsausmaßen von 10-0-30° bei Extension/ Flexion und von 5-0-10° bei der Radial-/ Ulnarabduktion festgestellt, wohingegen nach den unfallmedizinischen Erfahrungswerten erst bei einer Versteifung des Handgelenks in guter Stellung von einer MdE von auch nur 25 vH auszugehen ist (vgl. Schönberger/ Mehrten/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, Kap. 8.7.7.4.1.1, S. 589). Der Sachverständige K hat eine erhaltene Restbeweglichkeit der rechten Hand mit Bewegungsausmaßen von 5-0-15° bei Extension/ Flexion und von 5-0-5° bei der Radial-/ Ulnarabduktion festgestellt und hieraus – an den vorstehenden Maßstäben gemessen – zutreffend ebenfalls keine höhere MdE abgeleitet.

Soweit der Kläger die Gewährung einer höheren Rente mit der Behauptung beansprucht, mit den in den letzten Jahren schlimmer gewordenen Funktionsstörungen am rechten Knie seien weitere MdE-relevante Arbeitsunfallfolgen hinzugetreten, vermag dies ebenfalls keine wesentliche Änderung zu begründen. Dabei kann dahinstehen, ob es – eigentlich nur hierüber liegt eine rechtsbehelfsfähige Entscheidung der Beklagten vor – insofern überhaupt um Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. September 1969 oder um die Folgen eines Ereignisses vom 24. Oktober 1969 geht, welches von der Beklagten streng genommen nicht förmlich als Arbeitsunfall anerkannt, sondern offenbar lediglich als – mit versicherter – Folgeunfall betrachtet wurde, wofür in der Tat Einiges spricht. Denn es erscheint ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Treppensturz beim Hinaufsteigen einer steilen Treppe auf den fehlenden sichernden Einsatz der wegen des Unfalls vom 19. September 1969 eingegipsten rechten Hand und damit auf die Folgen des Unfalls vom 19. September 1969 zurückzuführen ist. Jedenfalls kommen die Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen im rechten Knie mittlerweile nach endoprothetischer Versorgung 2008 und 2011 unter keinem Gesichtspunkt als Arbeitsunfallfolgen in Betracht.

Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist erforderlich, dass sowohl zwischen der unfallbringenden Tätigkeit und dem Unfallereignis als auch zwischen dem Unfallereignis und der Gesundheitsschädigung ein innerer ursächlicher Zusammenhang besteht. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, der Arbeitsunfall und die Gesundheitsschädigung im Sinne des Vollbeweises – also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit – nachgewiesen werden, während für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung für die Entschädigungspflicht, der nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit – nicht allerdings die bloße Möglichkeit – ausreicht (ständige Rechtsprechung, etwa BSG, Urteil vom 02. Mai 2001 – [B 2 U 16/00 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 19). Eine solche Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn nach vernünftiger Abwägung aller Umstände die für den Zusammenhang sprechenden Faktoren deutlich überwiegen (BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 – [B 2 U 29/99 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 24).

Dies zugrunde gelegt lassen sich die Kniebeschwerden nicht auf die angeschuldigten Ereignisse vom 19. September oder 24. Oktober 1969 zurückführen. Dr. B hat in seinem o.g. schriftlichen Sachverständigengutachten sowie in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 02. November 2015 und 09. Januar 2018 überzeugend ausgeführt, dass eine Meniskusschädigung als unmittelbare Folge bzw. Gesundheitserstschaden des vom Kläger – zwischen den Beteiligten wohl unstreitig – erlittenen Treppensturzes nicht bewiesen ist, so dass sich auch die erst Jahrzehnte später diagnostisch gesicherten degenerativen Erkrankungen im rechten Knie nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als Unfall(spät)folgen darstellen lassen. Die Dokumentation der direkt nach dem angeschuldigten Ereignis durchgeführten Untersuchungen lässt noch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Schluss auf einen substanziellen Kniebinnenschaden zu. Zwar befürwortete der damals behandelnde Arzt Dr. S ausweislich eines Kurzvermerks allem Anschein nach im Hinblick auf eine Meniskusläsion die Gewährung einer Unfallteilrente. Auch enthält das Attest von Dr. T vom 29. April 1970 den Hinweis auf eine Meniskusläsion. Jedoch reicht dies zum Vollbeweis eines derartigen Knie Schadens nicht aus, zumal auf der Behandlungskarte des

Ambulatoriums R sich unter dem 29. Dezember 1969 eben auch die Eintragung "Kniekontusion re vom 24. Okt. 69 Dr. S, Meniskuläsion?" sowie der wohl Dr. S gezeichnete Eintrag "Arthrographie Rp. Fango Wv. 10 Tg. nach Arthrographie" findet, woraus sich mit der nötigen Sicherheit nur der Schluss ziehen lässt, dass zwischen den behandelnden Ärzten die Möglichkeit einer Meniskuläsion diskutiert, aber nicht gesichert wurde. Es fehlt bei alledem an einem objektiven Befund mit bestimmten klinischen Symptomen, aus welchem in der Tat eine Meniskuläsion abgeleitet werden kann. Vielmehr beschreibt das auf den 31. Oktober 1969 datierende und vom Chirurgen Dr. E unterschriebene Krankenblatt mit der Einweisungsdiagnose eines Kniegelenkergusses rechts im Untersuchungsbefund lediglich, dass der Kläger am 25. Oktober 1969 eine Treppe herabstürzte und sich das rechte Knie aufschlug, hiernach die stationäre Aufnahme mit einer Schwellung im Bereich des Kniegelenks erfolgte, bei der Aufnahmeuntersuchung ein Druckschmerz am medialen Gelenkspalt sowie feste Bänder festzustellen waren. Dies ergibt sich auch aus dem beiliegenden handschriftlich verfassten Anamnesebogen, wo zum Untersuchungsbefund "Extr. schmerzhafte Bewegungseinschränkung, DS der tib. Bänder, Schwellung, Bänder fest, keine Fraktur" sowie als Diagnose "D: Kniegelenkskontusion mit traumatischem Erguß" festgestellt wurden. Für einen traumatischen Meniskusriss zwar nicht zwingend, aber typischerweise verbundene Begleitverletzungen (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.10.5.5, S. 659) wurden mithin gerade nicht festgestellt, so dass sich auch insofern kein Positivindiz gewinnen lässt. Eben hierauf weisen etwa auch Dr. H und später auch Dr. C in ihren auf Veranlassung der Beklagten eingeholten beratungsrztlichen Stellungnahmen vom 07. August 2009 bzw. 25. August 2017 zutreffend hin. Allein mit dem Sachverständigen Kirsch auf die Fachkompetenz der damals behandelnden Dres. S und T zu verweisen, die der Sachverständige persönlich zu kennen scheint, reicht nicht aus, um einen gesicherten Kniebinnenschaden im Sinne einer Meniskuläsion anzunehmen. Hinzukommt, dass ein für die Zerreißung eines Meniskus geeigneter Unfallmechanismus gar nicht beschrieben oder gesichert ist. Ein solcher liegt typischerweise in der Verdrehung des Kniegelenks in Beugung bei fixiertem Fuß und Unterschenkel (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.10.5.3, S. 657). Von eben einem solchen, durch die Fixierung des Fußes gekennzeichneten Hergang ist zur Überzeugung des Senats nicht mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszugehen. Der Kläger selbst hat zu keinem Zeitpunkt behauptet, sich das Knie bei fixiertem Unterschenkel verdreht zu haben. Vielmehr hat der Kläger immer nur einen Treppensturz behauptet und sogar noch im Klageverfahren ausgeführt, dass er direkt auf das rechte Knie gefallen sei. Gegen eine Verdrehung spricht zudem die Eintragung im Krankenblatt vom 31. Oktober 1969, die ja nur auf den – im Zweifel wirklichkeitsnächsten – Erstangaben des Klägers beruhen kann, dass er sich das rechte Knie aufschlug, was einen typischerweise ungeeigneten Ereignisablauf darstellt (vgl. Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.10.5.4, S. 658). Soweit der Kläger im Klageverfahren etwa im Schriftsatz vom 04. Juni 2014 ausführen lässt, er gehe davon aus, dass es auch bei einem Treppensturz zu einer Verdrehung des Knies kommen könne, räumt er der Sache nach selbst ein, sich gar nicht an einen Drehsturz erinnern zu können, und begibt sich in den Bereich des Spekultativen. Schließlich erbrachte auch der Versuch der Beklagten, durch Zeugen die Einzelheiten des Sturzes zu eruieren, keinen Erfolg. Allein der Zeuge S bekundete unter dem 21. Juni 1999 schriftlich, sich an den Treppensturz erinnern zu können, ohne aber Einzelheiten über den Ablauf des Sturzes anzugeben. Erwiesenermaßen unrichtig sind seine Bekundungen, soweit er von einem Bruch des Beins ausgeht, weil die nachgehenden medizinischen Untersuchungen keine Anhaltspunkte für eine Fraktur erbrachten.

Der Beweis für einen beim Treppensturz zugezogenen substanziellen Kniebinnenschaden lässt sich auch nicht mit dem schriftlichen Sachverständigengutachten des auf Antrag des Klägers gehörten Orthopäden K führen. Dieser geht in seinem Gutachten vom 20. Juli 2017 davon aus, dass der Kläger sich das Knie beim Treppensturz verdreht habe, obwohl dieser dies so gerade nicht dargestellt und der Sachverständige – jedenfalls nach den Ausführungen in seinem Gutachten – den Kläger gar nicht noch einmal zum Unfallhergang befragt hat. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem hier denkbaren Unfallmechanismus ist dem Gutachten des Orthopäden K nicht zu entnehmen. Damit trifft bereits die tatsächliche Prämisse seiner Zusammenhangserwägungen nicht zu. Zudem setzt sich der Sachverständige auch zu seinem eigenen, vom Kläger im Klageverfahren vorgelegten Schreiben vom 02. Juli 2012 in Widerspruch. Darin hat er ausgeführt, dass mangels durchgeführter und technisch damals auch nicht möglicher MRT-Untersuchungen keine Aussagen zu einer möglichen Verletzung des Meniskus getroffen werden könnten und dass es "mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit möglich" sei, dass eine Rotationstrauma vorgelegen habe, welches zu einer Meniskusschädigung geführt habe. So ging der Orthopäde K zunächst lediglich von der Möglichkeit eines Rotationstraumas aus, die er – verfahrensangepasst – in seinem späteren Gutachten zu einer nunmehr nach den vermeintlichen Angaben des Klägers feststehenden Tatsache erhebt. Davon abgesehen lässt der Sachverständige die oben dargestellte spärliche Dokumentation des damals eingetretenen Gesundheitserstschadens für die Annahme des Eintritts eines substanziellen Kniebinnenschadens ausreichen, was nach den vorstehenden Ausführungen ebenfalls nicht überzeugt. Ebenso wenig überzeugt es, wenn der Sachverständige allein nach den Angaben des Klägers von einer andauernden Behandlung des Meniskusschadens ausgeht. Auch hier fehlt es an objektiven Befunden, die den Schluss auf eine kontinuierliche Behandlung eines Meniskusschadens zulassen. Eben hierauf hat Dr. B in seinen beiden ergänzenden Stellungnahmen plausibel hingewiesen. Beweisen lässt sich der Gesundheitserstschaden auch nicht mit den Bekundungen der früheren Ehefrau des Klägers, die nur angegeben hat, dass der Kläger, den sie zudem erst 1973, also mehr als drei Jahre nach dem angeschuldigten Ereignis kennenlernte, ab 1975 rechts eine Kniebandage trug und unter Knieproblemen litt. Der Beweis gelingt auch nicht mit den vom Kläger beigebrachten diversen Befundberichten von ihm ab den 1990er Jahren behandelnden Ärzten, die ebenfalls nicht auf objektive Behandlungsbefunde betreffend das rechte Knie, sondern nur auf die Schilderungen des Klägers verweisen können, vgl. hierzu etwa die o.g. Bescheinigung des Allgemeinmediziners S vom 19. Dezember 2013, wonach ihm bzgl. des Unfallgeschehens vom 24. Oktober 1969 keine Unterlagen vorlägen, der Kläger seit 1991 in seiner Behandlung sei, physiotherapeutische und analgetische Behandlungen der Schmerzen im rechten Kniegelenk erfolgt seien, der Kläger 2008 eine Knie-totalendoprothese rechts erhalten habe und aus seiner Sicht die chronischen Kniebeschwerden vor über 40 Jahren aufgetreten seien.

Gegen einen beim Treppensturz zugezogenen strukturellen Kniebinnenschaden in Gestalt eines Meniskusrisses spricht auch die eingehende Befunderhebung von Prof. Dr. Z und Dr. C anlässlich der auf Veranlassung der Beklagten durchgeführten Begutachtung des Klägers am 11. November 1999. Die Gutachter führen in ihrem anschließend erstellten sog. Ersten Rentengutachten vom 13. Juli 2000 schlüssig aus, dass die vom Kläger geäußerten Beschwerden im rechten Kniegelenk sich durch die klinischen und röntgenologischen Untersuchungen nicht objektivieren ließen. Es war weder eine Bewegungseinschränkung nachweisbar (0-0-130°) noch bestanden klinische Auffälligkeiten am rechten Kniegelenk. Die Gutachter erfassten lediglich retropatellare Reibegeräusche bei der passiven Bewegung des Kniegelenks. Alle geprüften Meniskuszeichen fielen bei dieser Untersuchung negativ aus. Es bestand ferner kein Anhalt für eine Kreuzband- oder Seitenbandverletzung. Hieraus folgerten Prof. Dr. Z und Dr. C plausibel, dass entsprechend der vorliegenden Dokumentation nach dem Sturz vom 24. Oktober 1969 lediglich der Verdacht einer Meniskuläsion vorgelegen haben kann, auch wenn – nach Angaben des Klägers – mehrfache Kniegelenkspunktionen 1969 und in der Folgezeit erforderlich gewesen sein mochten, so dass sich der Beweis für eine Meniskusverletzung nicht führen lässt. Die Gutachter wiesen schlüssig darauf hin, dass eine Objektivierung der Befunde in Form einer Arthroskopie oder MRT eben auch in den folgenden Jahren nicht vorgenommen wurde, ferner, dass, selbst wenn man berücksichtigt, dass 1969 bzw. in der Folgejahren arthroskopische Untersuchungen bzw. die Durchführung eines MRT nicht möglich waren, so doch bei

entsprechenden Beschwerden die Durchführung dieser Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt hätte nachgeholt werden können. Hieraus folgern die Gutachter nachvollziehbar, dass entweder kein klinischer Anhalt für eine Meniskusklaision bestand oder diese Beschwerden zu gering waren, um solche Untersuchungen zu veranlassen.

b. Ein Anspruch folgt nach dem zuvor Gesagten auch nicht aus [§ 44 Abs. 1 S. 1 SGB X](#). Diese Vorschrift bestimmt, dass, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen ist.

Dies zugrunde gelegt ist nichts dafür ersichtlich, dass die der Rentengewährung zugrunde gelegten Funktionsstörungen bzgl. der MdE von vornherein falsch bemessen wurden. Die hierfür allein in Betracht kommenden Funktionseinschränkungen an der rechten Hand wurden zutreffend bewertet. Die Funktionseinschränkungen am rechten Knie mussten von vornherein außen vor bleiben, weil darin keine Unfallfolgen zu sehen sind.

2. Aus alldem folgt, dass die Berufung auch mit dem Feststellungsantrag keinen Erfolg haben kann.

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

Die Revision ist mangels Revisionszulassungsgrundes nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-03-04