

L 6 U 155/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 3 U 221/01
Datum
07.11.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 155/05
Datum
17.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers für beide Rechtszüge zu einem Sechstel. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger vom 1. Dezember 2001 an wegen der Folgen eines anerkannten Arbeitsunfalls eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um mindestens 20 vom Hundert (vH) zu gewähren ist.

Der am ... 1969 geborene Kläger verunfallte am 23. April 2001 gegen 9.05 Uhr bei versicherter Tätigkeit, als er beim Bäumepflanzen im Wald auf gliedrigem zerfurchtem Untergrund über einen Ast bzw. eine Wurzel stolperte, sich das linke Knie verdrehte und zu Fall kam. Nach kurzer Pause setzte er – an den Folgetagen vorwiegend mit einem Spaten – seine Arbeit fort. Am 30. April 2001 suchte der Kläger die Unfallchirurgen und D-Ärzte Dres. K. und S. auf. Dr. S. diagnostizierte eine Zerrung der distalen (kniegelenksnahen) Oberschenkelmuskulatur dorsal (hinten) links. Klinisch habe sich ein leicht hinkendes Gangbild links, ein etwa handtellergroßes älteres Hämatom am hinteren äußeren Umfang des unteren Oberschenkels, eine leichte Schwellung im Bereich der Kniekehle, ein fester Bandapparat des Knies ohne Erguss, Schublade oder positive Meniskuszeichen sowie eine intakte Durchblutung und Sensibilität gezeigt. Bei endgradiger Schmerzangabe in der Kniekehle sei das linke Knie vollständig beweglich. Röntgenologisch finde sich kein Anhalt für eine frische knöcherne Läsion (Durchgangsarztbericht vom 2. Mai 2001).

Über den weiteren Verlauf berichteten die Dres. K. und S. der Beklagten fortlaufend: Für den 4. Mai 2001 hielt Dr. K. eine nicht punktionswürdige Kniegelenkergussbildung sowie eine Beweglichkeit von 0-0-125° fest. Am 11. Mai 2001 fand Dr. S. ein schlankes linkes Knie ohne Erguss und einen noch leichteren Stressschmerz am äußeren Bandapparat vorn und leichte Meniskuszeichen. Eine Schublade sei weiterhin nicht auslösbar, Beugen und Strecken vollständig möglich. Am 18. Mai 2001 sah Dr. K. einen Reizerguss, der sich unter Ultraschall herausgebildet habe, und empfahl das Absetzen der Ultraschallbehandlung. Anlässlich der Wiedervorstellung am 25. Mai 2001 punktierte er das Knie, wobei sich 30 ml bernsteinfarbene Flüssigkeit ergeben habe. Medial finde sich eine leichte Aufklappbarkeit; eine vordere Schublade liege nicht vor. Bei seiner Untersuchung am 29. Mai 2001 maß Dr. K. nach Punktion und Entlastung eines Reizergusses eine Kniegelenksbeweglichkeit von 0-0-120°. Positive Meniskuszeichen seien nicht zu erheben. Arbeitsunfähigkeit bestehe bis voraussichtlich zum 8. Juni 2001.

Mit Bescheid vom 7. Juni 2001 erkannte die Beklagte den Unfall mit einer (folgenlos ausgeheilten) Zerrung der Oberschenkelmuskulatur sinngemäß als Arbeitsunfall und dem Ende der unfallbedingten Leistungen am 8. Juni 2001 an.

Hiergegen erhob der Kläger am 6. Juli 2001 Widerspruch und verwies darauf, dass sein behandelnder Orthopäde Dr. B. mittels Ultraschalluntersuchung eine Innenmeniskuszerrung mit leichtem Einriss als zusätzliche Unfallfolge festgestellt und deshalb Arbeitsunfähigkeit bis zum 15. Juni 2001 bescheinigt habe.

Unter dem 17. Juli 2001 teilte die Krankenkasse des Klägers der Beklagten u.a. mit, dass während der Zeit vom 7. Februar bis zum 16. März 2001 wegen einer Ischialgie sowie einer Meniskusschädigung Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Hierzu gab Dr. B. am 4. September 2001 an, der Kläger habe im Herbst 2000 über Beschwerden im rechten Knie geklagt.

In seinem Bericht vom 23. Juli 2001 dokumentierte Dr. K. für die an diesem Tag erfolgte Untersuchung des Klägers bei abgeschwollenem Gelenkzustand eine Beweglichkeit des linken Knies von 0-0-120°. Eine Bandinsuffizienz oder sonstige Instabilität sei nicht vorhanden.

Wegen der Arbeitsunfallfolge liege keine Behandlungsnotwendigkeit mehr vor.

Für den 25. Juli 2001 hielt Dr. B. eine deutliche Schwellung des linken Kniegelenks um 2 cm, eine freie Beweglichkeit sowie eine leichte mediale und laterale Kollateralbandinsuffizienz (Lockerung der inneren und äußeren Seitenbänder) fest. Eindeutige Meniskuszeichen seien nicht zu erheben.

Nachdem die Beklagte von dem Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. L. die beratende Stellungnahme vom 8. Oktober 2001 eingeholt hatte, wies sie den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 21. November 2001 als unbegründet zurück.

Unter dem 28. November 2001 schätzte Dr. S. ein, angesichts des Unfallgeschehens sei davon auszugehen, dass der Meniskus bereits vorgeschädigt gewesen sei. Gegen eine akute Schädigung spreche auch, dass sich bei der nach dem Unfall durchgeführten Punktion ein rein seröses Punktat gezeigt habe.

Am 10. Dezember 2001 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) M. Klage erhoben. Das SG hat von dem zuständigen Rentenversicherungsträger des Klägers den Entlassungsbericht der T. Fachklinik B. vom 1. Februar 2002 über die stationäre Rehabilitation vom 9. bis zum 30. Januar 2002 beigezogen. Hieraus gingen als Befunde zum linken Knie des Klägers eine Streckung/Beugung von 0-0-150°, ein Druckschmerz im Bereich des medialen Kniegelenkspaltes sowie Schmerzen im Bereich des Innenmeniskus bei der Innen- und Außenrotation hervor. Kniegelenksumfangdifferenzen bestünden nicht.

Ferner hat das SG von Dr. B. den Befundbericht vom 8. August 2002 auf Grundlage seiner letzten Untersuchung vom 1. August 2002 eingeholt. Hierin hat Dr. B. unter der Diagnose einer Kontusion/Distorsion (Prellung/Zerrung) des linken Kniegelenkes mit medialer Meniskusläsion u.a. typische Meniskuszeichen am medialen linken Kniegelenkspalt mitgeteilt. Am 6. Mai 2004 hat Dr. B. Auszüge seiner Patientenakte über den Kläger übersandt: Aus dem Eintrag vom 13. Dezember 2000 gingen Schmerzen im linken Knie hervor. Unter dem 7. Februar 2001 ist das Röntgen des linken Knies mit dem Vermerk einer angedeuteten Arthrose dokumentiert.

Zur Feststellung und Bewertung der Unfallfolgen hat das SG den Facharzt für Orthopädie Dr. S. nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 24. August 2004 das Gutachten vom 29. August 2004 erstellen und diesen nach am 22. November 2004 durchgeführter Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Kniegelenks die ergänzende Stellungnahme vom 6. Januar 2005 fertigen lassen. Nach der Auswertung des Facharztes für Radiologie Dr. K. zeigte die MRT eine Meniskusrissbildung im Bereich des medialen Meniskushinterhornes sowie im Bereich des vorderen Kreuzbandes eine gewisse Verdickung ohne Nachweis einer Rissbildung, was möglicherweise als durchgemachte Zerrung zu deuten sei. Ob die Veränderungen im Zusammenhang mit einem Trauma oder auf degenerativer Basis entstanden seien, lasse sich nicht sagen.

Dr. S. hat als Unfallfolgen eine Zerrung des linken Oberschenkels an der kniegelenksnahen Rückseite, einen Innenmeniskusriss links sowie eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes links diagnostiziert und im Ergebnis eingeschätzt, die MdE belaufe sich in der Zeit vom 28. Juni bis zum 29. November 2001 auf einen Grad um 20 vH. Danach sei sie auf Dauer um 10 vH einzuschätzen. Klinisch finde sich keine Instabilität, Rötung, Überwärmung oder Weichteilschwellung des linken Kniegelenkes, ein Druckschmerz im Bereich des lateralen, leichter auch des medialen Gelenkspaltes, dort eine Umfangvermehrung gegenüber rechts um 1,5 cm sowie ein minimaler Erguss. Die Beweglichkeit betrage in der Streckung/Beugung 0-0-130°. Die Patella sei ausreichend verschieblich. Die Meniskuszeichen links seien positiv. Röntgenologisch sei der Befund außer im Hinblick auf eine leichte mediale Gelenkspaltverschmälerung und eine retropatellar (an der Kniescheibenrückfläche) leicht vermehrte Sklerose (Verknöcherung) unauffällig.

Der Kläger hat hierzu die Stellungnahme des Dr. B. vom 10. Mai 2005 vorgelegt, wonach dessen ambulante Untersuchung am 17. März 2005 eine eindeutige Knieinstabilität links mit lateraler Seitenbandinsuffizienz (positives Aufklappphänomen), vorderer Kreuzbandinsuffizienz (positives Schubladenphänomen) sowie einem sonogra-phisch nachweisbaren Kniegelenkerguss ergeben habe. Unter Berücksichtigung dieser und der von Dr. S. erhobenen Befunde sei eine MdE um über 10 vH zu veranschlagen.

Daraufhin hat die Beklagte mit Schreiben vom 11. Mai 2005 einen Meniskusriss im Bereich des medialen Hinterhornes des linken Kniegelenkes einschließlich daraus resultierender Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit als zusätzliche Unfallfolge anerkannt. Demgegenüber sei weder eine Zerrung des vorderen Kreuzbandes links Unfallfolge noch bestehe ein Anspruch auf Verletztenrente.

In seinen weiteren ergänzenden Stellungnahmen vom 14. Juni und 22. September 2005 hat Dr. S. an seiner Einschätzung festgehalten. Die unfallbedingte Kreuzbandzerrung links sei folgenlos ausgeheilt. Eine relevante Instabilität habe er bei seiner Untersuchung des Klägers nicht feststellen können, was bei einer Zerrung ohne Riss des Kreuzbandes auch nicht zu erwarten sei. Selbst bei leichter Instabilität sei keine höhere MdE als um 10 vH gerechtfertigt.

Im Termin der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 27. Oktober 2005 hat die Beklagte ihr Teilanerkennnis vom 11. Mai 2005 um eine folgenlos ausgeheilte Zerrung des vorderen Kreuzbandes links als zusätzliche Unfallfolge und einen Anspruch auf Verletzengeld bis zum 29. November 2001 ergänzt, was der Kläger angenommen hat.

Mit Urteil vom selben Tag hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Der Kläger habe gegen die Beklagte für die Zeit vom 1. Dezember 2001 an keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente, weil die MdE für die anerkannten Unfallfolgen nicht mindestens 20 vH betrage. Eine von Dr. B. wiederholt beschriebene Instabilität des linken Kniegelenkes sei von den übrigen Medizinern nicht bestätigt worden. Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass die Unfallfolgen ohne Rissbildung an den Kniebändern und ohne Muskelverschmächtigung am linken Bein eine relevante Instabilität hervorrufen können sollten.

Gegen das am 15. November 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13. Dezember 2005 Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt und sich hierzu auf die Einschätzungen von Dr. B. sowie auf das auf seinen Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. R. bezogen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 27. Oktober 2005 aufzuheben, unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 7. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2001 sowie der Teilanerkennnisse vom 11. Mai und 27. Oktober 2005 festzustellen, dass auch ein nicht vollständig ausgeheilter Schaden des linken vorderen Kreuzbandes mit Instabilität des Knies Folge des Arbeitsunfalls vom 23. April 2001 ist, und die Beklagte zu verurteilen, ihm vom 1. Dezember 2001 an eine Verletztenrente nach einer MdE um mindestens 20 vH zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Sie hält das Urteil des SG im Ergebnis für richtig und sieht sich in ihrer Ansicht durch das im Berufungsverfahren von Dr. R. eingeholte Gutachten bestätigt.

Der Senat hat auf Antrag des Klägers von dem Oberarzt der Orthopädischen Universitätsklinik M. Dr. R. das nach ambulanter Untersuchung am 23. November 2007 erstellte Gutachten vom 27. Dezember 2007 eingeholt. Neben den anerkannten Unfallfolgen hat der Gutachter im Wesentlichen einen partiellen Riss des vorderen Kreuzbandes angenommen und ab dem 1. Dezember 2001 eine MdE um 20 vH veranschlagt. Als Beschwerden habe der Kläger belastungsabhängige Schmerzen, so etwa beim Treppensteigen, auftretende Schwellungen und ein zeitweise auftretendes Instabilitätsgefühl im linken Knie geschildert. Dr. R. hat eine normale Ganggeschwindigkeit des Klägers mit leichtem Schonhinken links festgehalten. Im Bereich des linken Kniegelenkes liege ein minimaler Erguss mit dezenter Kapselschwellung vor. Die Patella sei frei beweglich. In Höhe sowie 15 cm unterhalb der Patella betrage die Umfangdifferenz rechts zu links jeweils 0,5 cm. Der Steinmann-Test (Untersuchung zur Feststellung einer Meniskusschädigung) sei links zweifach positiv. Die Bewegungsmaße betrügen für die Streckung/Beugung 5-0-140° (rechts 5-0-150°) und die Außen-/Innenrotation 20-0-15° (rechts 20-0-10°); Krepitationen (Knirschgeräusche) seien hierbei nicht aufgefallen. Am lateralen Gelenkspalt sei ein Druckschmerz auslösbar. Der linke Bandapparat sei in voller Streckung stabil, bei der Rotationsprüfung und bei 20° Beugung zeigten sich medial und lateral eine leicht vermehrte Aufklappbarkeit des Seitenbandapparates sowie eine dezente vordere Schublade links im Vergleich zu rechts. Zwar sei der Test der vorderen Schublade bei 90° Beugung nahezu unauffällig. Auf dem Rollimeter habe sich jedoch im Verhältnis rechts zu links eine Seitendifferenz von 3 mm ergeben, was für eine partielle Ruptur des vorderen Kreuzbandes spreche. Partialrupturen des vorderen Kreuzbandes, das aus einem posterolateralen (hinten zur Seite liegenden) und einem anteromedialen (vorn zur Mitte liegenden) Faserbündel bestehe, seien sehr selten und erst in letzter Zeit Forschungsgegenstand geworden. Das beim Kläger gefundene Bild entspreche einem isolierten Defekt des posterolateralen Bündels. Dem stehe auch der MRT-Befund vom 22. November 2004 nicht entgegen, da der Faserverlauf je nach Gelenkstellung spiralförmig gewunden sei und in Streckstellung als durchgängig erscheinen könne. Wie MRT-Untersuchungen bei derartigen Verletzungen durchzuführen seien, sei derzeit noch unbekannt. Radiologisch seien keine manifesten Arthrosezeichen zu finden.

Die Beklagte hat zum Gutachten die beratende Stellungnahme des Dr. L. vom 31. März 2008 vorgelegt. Dieser hat eingewandt, sowohl der Verlauf als auch die zeitnah erhobenen Befunde sprächen gegen eine ausgedehnte unfallbedingte Kapsel-Bandverletzung mit Betroffenheit des Kreuzbandes und des Innenmeniskus. Angesichts des frei beweglichen Kniegelenkes mit kräftig ausgebildeter Muskulatur bei lediglich dezent gelockertem Kapsel-Bandapparat sei auch keine MdE um 20 vH zu begründen.

Schließlich hat der Senat den Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. R. das Gutachten vom 3. Dezember 2008 mit radiologischer Zusatzbegutachtung durch den Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie des Klinikums M. Prof. Dr. G. erstellen lassen. Prof. Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 20. Oktober 2008 im Ergebnis der Nachbefundung der MRT vom 22. November 2004, der Röntgenbilder vom 23. November 2007 sowie der Auswertung der am 8. Oktober 2008 gefertigten MRT ausgeführt, der linke Innenmeniskus weise einen von dorsal bis zur Mitte reichenden durchgehenden und horizontal verlaufenden Riss III. Grades auf. Der Außenmeniskus und das hintere Kreuzband seien intakt. Das vordere Kreuzband zeige - wie auf der Voraufnahme - eine leichte Verdickung mit schmalen Randsaum; die Kollateralbänder sowie die erfassten Weichteile seien unauffällig. Die Gelenkflächen seien glatt begrenzt und mit ausreichend Knorpel belegt. Demnach sei im Beobachtungszeitraum keine wesentliche Befundänderung eingetreten.

Dr. R. hat im Ergebnis eingeschätzt, mangels nachweisbarer Verschleißerscheinungen am Gelenkknorpel sei nicht nachvollziehbar, dass ein Meniskusriss und eine vordere Kreuzbandteiltraktur zu einem chronischen Reizknie mit Gelenkinstabilität geführt hätten. Solche degenerativen Veränderungen seien nach medizinischen Erkenntnissen bei einer derartigen Situation nämlich in nahezu der Hälfte der Fälle nach zwei Jahren zu erwarten. Eine manifeste Arthrose werde nach durchschnittlich vier Jahren gefunden. Zudem sei eine schwerwiegende Knieverletzung durch den Arbeitsunfall weder mit der Weiterarbeit des Klägers noch mit dem Verlauf zu vereinbaren. Zwar könnten kleinere Meniskusschäden und sogar komplette Kreuzbandrupturen auch erst nach Monaten entdeckt werden. Vorliegend habe jedoch eine kontinuierliche ärztliche Betreuung stattgefunden, so dass ein Übersehen einschlägiger Verletzungshinweise nicht plausibel erscheine. Im Gegenteil sei am 23. Juli 2001 ein relativ unauffälliger Kniegelenkbefund erhoben und keine weitere Behandlungsbedürftigkeit eingeschätzt worden. Auch der am 25. Mai 2001 gefundene bernsteinfarbene Gelenkerguss deute in diese Richtung. Zeitnahe sei nie eine positive Schublade zu finden gewesen. Schließlich sei der Unfallhergang auch nicht geeignet gewesen, eine Teilruptur des vorderen Kreuzbandes, die bislang weder durch eine MRT noch arthroskopisch gesichert worden sei, zu verursachen. Das vordere Kreuzband verhindere die Verschiebung des Schienbeines nach vorn und unterbinde dabei die Drehung des Unterschenkels nach innen. Wichtig sei es auch für die Schlussrotation, also das sichere Stehen mit gestrecktem Knie. Partielle vordere Kreuzbandrupturen entstünden durch kurz und schnell auf das durch die Oberschenkelmuskulatur gebremste und leicht gebeugte Kniegelenk einwirkende Kräfte mit Innenrotation bei belastetem, d.h. fixiertem Bein. Eine Kombinationsverletzung der Menisken gehe zusätzlich mit einem Wegknicken des Kniegelenkes einher. Dass sein linkes Bein beim Unfall fixiert gewesen sei, habe der Kläger auf nochmalige Nachfrage selbst verneint. Werde davon ausgegangen, dass ein Schaden am linken Kniegelenk bereits zum Zeitpunkt des Unfalls vorgelegen habe, wofür neben der verzeichneten Arbeitsunfähigkeit auch die - widersprüchlichen - Angaben von Dr. B. sprächen, komme diesem allenfalls die Bedeutung eines Anlassgeschehens im Sinne der Auslösung nochmaliger Behandlungsbedürftigkeit zu. Im Rahmen der klinischen Befunderhebung am 8. Oktober 2008 hat Dr. R. ein sicheres und ausgreifendes Gangbild mit linksseitig geringem Hinken dokumentiert. Die Oberschenkelmuskulatur sei links kräftiger als rechts (1,5 cm Umfangdifferenz rechts zu links 20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes; in Höhe der Kniescheibenmitte jeweils gleich). Der Einbeinstand werde vom Kläger auf beiden Seiten sicher demonstriert. In einem Areal von anderthalb Handflächengrößen an der Vorderaußenseite des linken Oberschenkels gebe der Kläger eine verminderte Berührungsempfindlichkeit an. Links betrage die Kniegelenkbeweglichkeit ohne Schmerzangabe oder spürbares Reiben und Knirschen 0-0-120° (rechts 0-0-125°). Ein Gelenkerguss sei nicht tastbar. Am vorderen Gelenkspalt außen und in der Seitenbandgegend des Innengelenkspaltes besehe ein mäßiger Druckschmerz. Ein deutlicher Druckschmerz liege am medialen Femurkondylus (Oberschenkelknorren) und an der lateralen Kniekehlenbegrenzung vor. Bei der

Stabilitätsprüfung sei die mediale Aufklappbarkeit bei 30° rechts und links jeweils positiv sowie die laterale Aufklappbarkeit bei 0° links positiv gewesen. In 90° Beugung habe sich rechts und links eine positive vordere Schublade gezeigt. Bei 90° Außenrotation hat Dr. R. links und bei 90° Innenrotation sowohl rechts als auch links eine positive Schublade festgehalten. Unter Anspannung der Oberschenkelmuskulatur lägen auf beiden Seiten bandstabile Verhältnisse vor. Insgesamt bestehe damit eine geringe muskulär kompensierte Kniebandinstabilität links, die mit einer MdE um 10 vH zu bewerten sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie auch ansonsten zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 7. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. November 2001 sowie die Teilanerkenntnisse vom 11. Mai und 27. Oktober 2005 beschweren den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Denn ihm steht weder ein Anspruch auf Anerkennung der als zusätzliche Unfallfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung noch auf Gewährung einer Verletztenrente zu.

Ein Anspruch auf Verletztenrente setzt gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) voraus, dass die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge des Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 vH gemindert ist. Dabei wird die MdE durch eine abstrakte Bemessung des Unfallschadens gebildet und beruht auf freier richterlicher Beweiswürdigung unter Berücksichtigung der im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung etablierten allgemeinen Erfahrungssätze aus der Rechtsprechung und dem einschlägigen Schrifttum (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. März 2003 – [B 2 U 31/02 R](#) – Breithaupt 2003, 565 ff.; Urteil vom 22. Juni 2004 – [B 2 U 14/03 R](#) – [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)). Voraussetzung der hier geltend gemachten Ansprüche ist demnach einerseits, dass zwischen dem Unfallereignis und einer nachgewiesenen Gesundheitsstörung entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne einer haftungsausfüllenden Kausalität nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) besteht und dass andererseits durch arbeitsunfallbedingte Gesundheitsstörungen die MdE einen Grad um mindestens 20 vH erreicht (vgl. BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 11/04 R](#) – [BSGE 94, 262](#) ff.; Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ausgehend hiervon kann der Kläger von der Beklagten vom 1. Dezember 2001 an keine Verletztenrente beanspruchen. Ein von ihm als zusätzliche Unfallfolge geltend gemachter nicht vollständig ausgeheilter Schaden des linken vorderen Kreuzbandes lässt sich nicht ursächlich auf den anerkannten Arbeitsunfall vom 23. April 2001 zurückführen (nachfolgend unter 1.), so dass er schon deshalb bei der Bemessung der MdE nicht berücksichtigt werden kann. Die verbliebenen Unfallfolgen, die die nach dem Ereignis aufgetretenen Beschwerden erklären können, bedingen keine rentenberechtigende MdE (hierzu unter 2.).

1. Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Arbeitsunfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Sie liegt vor, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt dagegen nicht. Dabei setzt die im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geltende "Theorie der wesentlichen Bedingung" in Eingrenzung der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie, nach der jede nicht hinwegzudenkende Bedingung (conditio-sine-qua-non) kausal ist, voraus, dass das versicherte Geschehen nicht nur irgendeine Bedingung in der Kette der Faktoren für die Entstehung des Gesundheitsschadens, sondern die wesentliche Ursache war (vgl. KassKomm-Ricke, Stand Juli 2009, [§ 8 SGB VII](#) Rn. 4 und 15, m.w.N.). Dabei ist "wesentlich" nicht gleichbedeutend 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) keinen überwiegenden Einfluss hat (haben). Das bedeutet, dass ein Gesundheitsschaden einem Versicherungsfall (hier einem Arbeitsunfall) selbst dann nicht rechtlich zugerechnet werden kann, wenn das versicherte Geschehen zwar geeignet war, den Schadenseintritt zu verursachen und ihn als letzte Bedingung in der Kausalkette gelegentlich der versicherten Tätigkeit bewirkt hat (Adäquanztheorie), es jedoch keine wesentliche Bedeutung hatte (Auslöser bzw. so genannte Gelegenheitsursache). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Erfolges (Gesundheitsschaden/Erkrankung) wertend abgeleitet werden. Gesichtspunkte hierfür sind insbesondere die Art und das Ausmaß der versicherten Einwirkung sowie der konkurrierenden Ursachen, das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, der zeitliche Verlauf, die Krankheitsgeschichte unter Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnisse sowie ergänzend auch der Schutzzweck der Norm (siehe BSG, Urteil vom 12. April 2005 – [B 2 U 27/04 R](#) – [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 9. Mai 2006, [a.a.O.](#)).

Gemessen hieran ist die unfallbedingte Verursachung eines nicht vollständig ausgeheilten vorderen Kreuzbandschadens links im Sinne der von Dr. R. diagnostizierten Teiltraktur entsprechend seinen Darlegungen zwar möglich. Insbesondere hält der Senat den Unfallhergang vom 23. April 2001 entgegen der Ansicht von Dr. R. durchaus für geeignet, einen Kreuzbandschaden zu bewirken. Denn ein Verdrehen infolge Ausrutschens als plötzlicher Beschleunigung gehört zu den gefährdenden Mechanismen; eine Fixierung des Fußes wird hierbei gerade nicht gefordert (siehe etwa Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Abschn. 8.10.4.4.2, S. 684; Weber/Ludolph in: Ludolph-Lehmann-Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Oktober 2009, Abschn.VI-1.2.4, S. 4 f.).

Gewichtig gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und einem Teilriss des vorderen linken Kreuzbandes sprechen aber das Verhalten des Klägers nach dem Unfall sowie der weitere (zeitliche) Verlauf. Wie Dr. R. im Einklang mit aktuellen medizinischen Erkenntnissen ausgeführt hat, können Kreuzbandschäden zwar auch lange Zeit unentdeckt bleiben. Spezifisch für eine traumatische Verletzung sind jedoch in der Regel ein eindrucksvoller Funktionsverlust und die Sicherung einer vorderen Instabilität in zeitlicher Beziehung zum angeschuldigten Ereignis (Weber/Ludolph, a.a.O., Abschn.VI-1.2.4, S. 5 und 7). Daran fehlt es vorliegend vollständig, obgleich eine engmaschige fachärztliche Betreuung stattgefunden hat. So setzte der Kläger seine Tätigkeit am Unfalltag (Montag) nicht nur nach kurzer Pause fort. Vielmehr führte er die Waldarbeiten auch während der gesamten folgenden Woche aus und begab sich erst am darauffolgenden Montag zu Dr. S ... Die Angaben der Dres. K. und S. sind umso aussagekräftiger, als ihre Feststellungen

nicht etwa über einschlägige Untersuchungen schweigen und insoweit lediglich indirekte Schlüsse zulassen würden. Im Gegenteil hatten sie ihr Augenmerk gerade auf für eine etwaige Verletzung des vorderen Kreuzbandes spezifische Befunde gerichtet und diese ausdrücklich als negativ beschrieben. Dr. S. hatte nämlich nicht nur bei seiner Untersuchung am 30. April, sondern auch bei derjenigen vom 11. Mai 2001 keine Schublade auslösen können; das linke Knie des Klägers war uneingeschränkt beweglich. Auch Dr. K. hatte bei seinen Befunderhebungen am 25. Mai und 23. Juni 2001 keine vordere Schublade, Seitenbandinsuffizienz oder sonstige Instabilität festgestellt, was ebenso auf Dr. B. zutrifft, der zwei Tage später lediglich eine leichte Seitenbandinsuffizienz, aber keine eindeutigen Meniskuszeichen und Hinweise für eine Kreuzbandbetroffenheit erhoben hat. Dies entspricht schließlich auch der Dokumentation von Dr. S., der am 24. August 2004 ebenfalls keine Instabilitätszeichen vorgefunden hat. Indizien für eine Schädigung des vorderen Kreuzbandes links hat Dr. B. überhaupt erst knapp vier Jahre nach dem Unfall, nämlich für den 17. März 2005 festgehalten. Bis zu diesem Zeitpunkt fehlen jegliche Brückensymptome als mögliche Anknüpfungstatsachen.

Zweifel an einer wesentlichen Teilursächlichkeit des Unfalls für die Entstehung eines verbliebenen Kreuzbandschadens werden auch dadurch genährt, dass weder Dr. S., Dr. R. noch Prof. Dr. G. bei der Auswertung der bildgebenden Befunde relevante Arthrosezeichen bzw. Anhaltspunkte für Verschleißerscheinungen am Gelenknorpel des linken Knies vorgefunden haben. Entsprechende Hinweise dürften beim Vorliegen einer Teilruptur mit chronischer Instabilität – zumal in Kombination mit dem bestehenden Meniskusschaden – jedoch zwischenzeitlich zu erwarten sein, wie Dr. R. unter Berufung auf einschlägige Literatur hervorgehoben hat.

Bedenken daran, dass eine Teilruptur des vorderen Kreuzbandes links im Wesentlichen durch den angeschuldigten Unfall verursacht sein soll, verbleiben schließlich deshalb, weil insoweit auch eine vom Arbeitsunfall unabhängige Erklärung in Betracht kommt. Unter anderem wegen Kniebeschwerden war der Kläger nämlich vom 7. Februar bis zum 16. März 2001 arbeitsunfähig. Zwar hat Dr. B. hierzu mitgeteilt, diese Arbeitsunfähigkeit habe wegen eines Beschwerdebildes im Bereich des rechten Knies bestanden. Diese Angabe deckt sich jedoch nicht mit seinen eigenen Aufzeichnungen in der Patientenakte über den Kläger. Denn in dieser hat er am 13. Dezember 2000 nicht nur ausdrücklich Schmerzen im linken Knie vermerkt. Vielmehr hat er nach ihr am 7. Februar 2001 sogar das Röntgen des linken Knies für erforderlich gehalten. Dieser Tag deckt sich mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und deutet darauf hin, dass ein Schaden im Bereich des linken Kniegelenkes bereits vor dem angeschuldigten Ereignis vorlag. Ein solcher Schluss liegt auch deshalb nicht fern, weil Prof. Dr. G. im gesamten Beobachtungszeitraum, also zwischen November 2004 und Oktober 2008, keine relevante Befundänderung erkannt hat, so dass die von ihm als statisch beschriebene Situation auch schon weit vor dem Beobachtungsbeginn bestanden haben kann. Abgesehen davon liegt beim Kläger nicht nur eine seitengleiche Beweglichkeit der Kniegelenke vor, sondern hat Dr. R. in bestimmten Gelenkstellungen auch rechts ein positives Schubladenphänomen festgestellt. Dieser Umstand lässt auch an eine anlagenbedingte Spezifik denken.

2. Nach [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) richtet sich die Höhe der MdE nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Verletzten durch die Folgen des Versicherungsfalls beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf medizinisch-wissenschaftlichem Gebiet. Hierbei sind jedoch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie von dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum bei einer Vielzahl von Unfallfolgen für die Schätzung der MdE herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze zu beachten, die in Form von Tabellenwerten oder Empfehlungen zusammengefasst sind (siehe etwa bei Bereiter-Hahn/Mehrtens, SGB VII, Stand Februar 2009, Anhang 12). Diese sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend. Sie bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und sind die Basis für den Vorschlag, den der medizinische Sachverständige dem Gericht zur Höhe der MdE unterbreitet (siehe nur BSG, Urteil vom 2. Mai 2001 – [B 2 U 24/00 R](#) – SozR 3-2200 § 581 RVO Nr. 8).

Dies zugrunde gelegt lassen die (anerkannten) Unfallfolgen – Zerrung der unteren Oberschenkelmuskulatur links, Meniskusriss im Bereich des medialen Meniskushinterhorns links sowie Zerrung des vorderen Kreuzbandes links – entgegen den Empfehlungen der Dres. B. und R. keine Bemessung mit einer MdE um 20 vH zu, was sich auch unter Berücksichtigung des als zusätzliche Folge geltend gemachten Schadens nicht ändern würde. Denn nach den von Dr. S., Dr. R. und Dr. R. im Wesentlichen übereinstimmend dokumentierten Befunden kann der Kläger sein linkes Kniegelenk mindestens bis 120° strecken, bestehen dort nur leicht instabile Bandverhältnisse, die muskulär kompensiert sind und kann er sicher und ausgreifend gehen. Erst bei einer muskulär nicht kompensierbaren Lockerung des Kniebandapparates im Sinne eines Wackelknies mit Gangunsicherheit ist jedoch eine MdE um 20 vH gerechtfertigt (siehe nur Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., Abschn. 8.10.4.4.2, S. 685 und Abschn. 8.10.11, S. 724; Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Aufl. 2005, S. 169; KassKomm-Ricke, a.a.O., [§ 56 SGB VII](#), Rn. 75; Kranig in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand November 2009, K § 56, S. 60)

Da nach alledem ein nicht vollständig ausgeheilte Schaden des vorderen Kreuzbandes des linken Knies im Sinne eines Teilrisses mit muskulär nicht kompensierter Instabilität nicht als Arbeitsunfallfolge Anerkennung finden kann und sich aus den verbliebenen Unfallfolgen kein Anspruch auf Verletztenrente ergibt, konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Hierbei war zu berücksichtigen, dass der Kläger im Laufe der gerichtlichen Verfahren zwar die Anerkennung zusätzlicher und – insbesondere im Hinblick auf die Meniskusschädigung – nicht lediglich bedeutungsloser Unfallfolgen erreicht, mit seinen wesentlichen Begehren, nämlich der Gewährung einer Verletztenrente und der Feststellung eines über die anerkannte Zerrung hinausgehenden vorderen Kreuzbandschadens im linken Knie, jedoch nicht obsiegt hat.

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

Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-02