

L 6 U 6/05

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 8 U 114/03
Datum
18.11.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 6/05
Datum
11.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 18. November 2004 wird aufgehoben und die Klage abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist im Berufungsverfahren noch, ob ein Ereignis vom 5. November 1986 als Arbeitsunfall anzuerkennen ist.

Am 16. Januar 2002 erreichte die Beklagte über die Krankenkasse der am ... 1948 geborenen Klägerin deren Unfallmeldung vom 11. Januar 2002, wonach sie am 5. November 1986 im Rahmen einer Fortbildung am Institut für Lehrerausbildung W. während einer Weitsprungübung in der Sprunggrube in ein Loch getreten sei und sich das Knie weggedreht habe. Arbeitsunfähigkeit habe deswegen vom 6. November 1986 bis zum 24. Mai 1987 bestanden; in der Zeit vom 14. Januar bis zum 4. Februar 1987 sowie vom 9. bis zum 10. Januar 2002 seien Krankenhausbehandlungen erfolgt. In dem beigefügten Arztbrief vom 10. Januar 2002 teilte der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Kreiskliniken A.-St. Dr. H. eine am 9. Januar 2002 durchgeführte Arthroskopie mit Innenmeniskusteilresektion sowie Resektion der Plica mediopatellaris links (Bindegewebsfalte im vorderen Kniegelenksabschnitt) mit und diagnostizierte u.a. eine degenerative Meniskopathie im Restbereich des linken Innenmeniskus mit dritt- bis viertgradiger Chondromalazie (Knorpelerweichung) im Bereich des medialen (inneren) Gelenkspaltes sowie retropatellar (an der Kniescheibenrückfläche).

Mit Schreiben vom 22. Januar 2002 unterrichtete die Beklagte die Krankenkasse der Klägerin davon, dass aus ihrer Sicht mangels unfallbedingten Gesundheitsschadens kein Arbeitsunfall vorliege.

Mit Bescheid vom 4. Juni 2002 lehnte sie die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ab und fügte ihr vorgenanntes Schreiben bei. Ein isolierter Meniskusschaden könne nur dann als Arbeitsunfall anerkannt werden, wenn sich ein so genannter Drehsturz ereignet habe. Dies sei bei dem angeschuldigten Geschehen nach der Schilderung der Klägerin nicht der Fall gewesen.

Hiergegen erhob die Klägerin am 17. Juni 2002 Widerspruch und führte ergänzend zum Unfallgeschehen aus, dass sie beim Sprung mit dem linken Fuß in einem Grabeloch gelandet sei, sich ihr Körper durch den Schwung nach links gedreht habe und sie über das linke Bein hinweg gefallen sei. Ihr damaliger Hausarzt habe das geschwollene Knie dann wochenlang als Bänderdehnung mit Hochlagerung und Kühlung behandelt. Auf ihr Drängen hin sei schließlich am 2. Januar 1987 im Krankenhaus D. ein Meniskusabriss festgestellt und in der gleichen Woche im Krankenhaus K. operiert worden. Da der im Kniegelenk verbliebene Meniskusrest öfter eingeklemmt sei und so Beschwerden ausgelöst habe, sei die Operation am 9. Januar 2002 durchgeführt worden.

Am 26. Juni 2002 übersandte der Oberarzt der Chirurgischen Abteilung der Kreiskliniken A.-St. Dipl.-Med. R. seinen Bericht über die Operation vom 9. Januar 2002 und vertrat die Ansicht, zwischen der damals vorgenommenen subtotalen (unvollständigen) Innenmeniskusresektion links und den nunmehr diagnostizierten Gesundheitsstörungen bestehe ein Zusammenhang. Laut Operationsbericht war der verbliebene Meniskusrest degenerativ verändert und hatte sich im gesamten medialen Gelenkbereich eine Chondromalazie III. bis IV. Grades gezeigt. Die Kreuzbänder und der Außenmeniskus waren intakt. Aus dem von Dipl.-Med. R. beigefügten Befund des am 28. September 2001 durchgeführten Magnetresonanztomogramms ging nach der Auswertung des Facharztes für Nuklearmedizin Dr. H. ein ausgedehnter Innenmeniskussschaden mit deutlicher medial betonter Gonarthrose hervor. In den dorsomedial gelegenen Kniegelenkweichteilen sei eine Bakerzyste (Kniekehlganglion) zu erkennen. Ferner fänden sich Hinweise auf eine Partialruptur der Patellarsehne sowie eine deutliche patellare Chondromalazie.

Unter dem 26. Juni 2002 gab die von der Klägerin als Unfallzeugin benannte Beate Endert auf Anfrage der Beklagten schriftlich an, die Klägerin sei am 6. November 1986 gegen 10.00 Uhr beim Sprung mit dem linken Fuß in ein "Grabeloch" der sehr unebenen Weitsprunggrube gestürzt. Das linke Knie sei geschwollen gewesen.

Mit Schreiben vom 27. Juni 2002 legte der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses K. Dr. L. der Beklagten Unterlagen über die stationäre Behandlung der Klägerin vom 14. Januar bis zum 4. Februar 1987 vor und sah im Ergebnis keinen Unfallzusammenhang. Ein eigentlicher Drehmechanismus oder ein anderer verdächtiger Bewegungsablauf sei ausdrücklich nicht dokumentiert. Damit sei von verschleißbedingten Veränderungen am linken Kniegelenk auszugehen. Nach radiologischer Befundung der Arthrographie (Kontrastmittel-Röntgenuntersuchung) habe es sich um eine partielle Desinsertion (Teilablösung) des Hinterhorns vom medialen Meniskus gehandelt. Anamnestisch war aus den Behandlungsunterlagen hervorgegangen, dass die Klägerin am 5. November 1986 beim Weitsprung weggeknickt sei und seitdem beim Laufen Beschwerden habe. Nach dem Operationsbericht vom 15. Januar 1987 war der gesamte mediale Meniskus intraoperativ bei engen Gelenkverhältnissen nicht einzusehen gewesen. Im Bereich des Vorderhornes und des Pars intermedia (Zwischenstück) hatte sich keine Läsion ergeben. Da arthrographisch eine Hinterhornschädigung gesichert sei und anamnestisch erhebliche Beschwerden geschildert würden, sei der Entschluss zur kompletten Menisektomie gefasst worden. Dabei sei es zu einer Verletzung des tibialen (schienbeinseitigen) Gelenknorpels durch einen 0,5 cm langen glatten Schnitt gekommen.

In einem am 2. Juli 2002 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben teilte die Klägerin ergänzend zum Unfallablauf mit, ihr linker Fuß habe bei der Landung in einer Grabefurche festgesteckt und dadurch keine Ausweichmöglichkeit gehabt. Sie sei schräg nach vorn über das linke Bein gefallen und habe sich zuerst mit der linken und dann auch der rechten Hand abgestützt. Sie habe Schmerzen im linken Knie verspürt und sei mit einem Fahrzeug nach Hause gebracht worden.

Auf Anfrage der Beklagten berichtete der Facharzt für Orthopädie Dr. L. mit Schreiben vom 8. August 2002, die Klägerin befinde sich seit 1996 in regelmäßiger Behandlung und habe am 12. Juli 2000 über akute Schmerzen im linken Kniegelenk geklagt, welche nach einem Sturz vor circa zehn Tagen aufgetreten seien. Bei der Vorstellung am 7. August 2000 habe die Klägerin Röntgenfremdaufnahmen vorgelegt, auf denen sich eine deutliche mediale Gelenkspaltverschmälerung gezeigt habe. Der Befund sei als aktivierte Gonarthrose nach Sturz interpretiert worden. Die Praxisnachfolgerin des den Unfall erstbehandelnden Hausarztes der Klägerin (Dr. B.) teilte unter dem 21. November 2002 mit, über die Klägerin lägen keine Unterlagen vor. Eine entsprechende Mitteilung erfolgte durch das Krankenhaus D ...

Aus dem von der Beklagten von der Sekundarschule Aken beigezogenen Eintrag im Unfallbuch ging hervor, dass die Klägerin am 5. November 1986 um 12.15 Uhr beim Weitsprung im Institut für Lehrerausbildung W. eine Bänderzerrung am linken Kniegelenk erlitten habe.

Zur Feststellung und Bewertung etwaiger Unfallfolgen ließ die Beklagte den Chefarzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des Städtischen Klinikums D. Dr. Z. nach ambulanter Untersuchung am 3. April 2003 das Gutachten vom 24. April 2003 erstatten. Dieser gelangte zu dem Ergebnis, die Klägerin habe sich am 5. November 1986 eine isolierte Ruptur des Innenmeniskushinterhornes des linken Kniegelenkes zugezogen. Als Unfallfolgen lägen ein Verlust des Innenmeniskus links sowie vermehrte Verschleißerscheinungen der inneren Schienbeinkopf- und Oberschenkelgelenkflächen links vor, wobei die intraoperative Verletzung der Schienbeinkopfgelenkfläche von Bedeutung sei. Unfallunabhängig bestünden degenerative Veränderungen der Kniescheibenrückfläche bei einer Kniescheibenform Typ III nach Wiberg und Baumgartl sowie eine Dysplasie (Missbildung) des Kniescheibengleitlagers beidseitig. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei – auch für die Vergangenheit – um 10 vom Hundert (vH) einzuschätzen. Für den Unfallzusammenhang sprächen der Geschehensablauf, das sofortige Einsetzen subjektiver Beschwerden, die Aufnahme der ärztlichen Behandlung in enger zeitlicher Verbindung mit dem Ereignis, das Fehlen konkurrierender Ursachen sowie die frühere Beschwerdefreiheit der Klägerin. Gegen ihn sei lediglich die Veranlassung der Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes vom 7. April 1980 anzuführen, wobei der Grund dieser Untersuchung jedoch unklar sei. Klinisch fand Dr. Z. im Bereich des linken Kniegelenkes einen Druckschmerz über dem inneren Gelenkspalt, einen Bewegungsschmerz bei endgradiger Beugung, einen Patellaverschiebeschmerz, ein positives Innenmeniskuszeichen sowie starke Gelenkgeräusche. Die Bewegungsfähigkeit war ungestört (0-0-130° beidseitig); ein Gelenkerguss oder relevante Umfangdifferenzen fanden sich im Seitenvergleich nicht. Sonographisch zeigten sich eine regelrechte Patellarsehne sowie unauffällige vordere und hintere Kreuzbänder. Auch die Außenmenisken links und rechts seien intakt. Das Innenmeniskushinterhorn sei links gegenüber rechts als Folge der Teilresektion deutlich verschmälert. Röntgenologisch seien auf den Aufnahmen vom Untersuchungstag an beiden Knien eine unauffällige Artikulation der Oberschenkelgelenkrolle mit dem Schienbeinkopf bei regelrechten Achsverhältnissen, eine Verschmälerung des inneren gegenüber dem äußeren Gelenkspalt, eine subchondrale Sklerosierung der Schienbeinkopfgelenkfläche, osteophytäre Randausziehungen am Kniescheibenober- und unterpol sowie am Schienbeinkopf als Hinweis auf vermehrte Verschleißerscheinungen der Gelenke sowie eine Kniescheibenform Typ III nach Wiberg und Baumgartl zu erkennen. Die Röntgenaufnahme des linken Knies vom 7. April 1980 zeige keine wesentliche Gelenkspaltverschmälerung und geringe degenerative Veränderungen der Kniescheibenrückfläche in Form einer subchondralen Sklerosierung mit osteophytären Randausziehungen am Kniescheibenoberpol. Den Röntgenbildern des linken Knies vom 24. November 1986 und 22. Februar 1988 lasse sich eine diskrete Gelenkspaltverschmälerung innen gegenüber außen entnehmen.

Die Beklagte holte zum Gutachten die beratungsärztliche Stellungnahme des Arztes für Orthopädie Dr. T. vom 25. Juli 2003 ein. Dieser legte dar, dass in den Erstangaben zum Unfall nur von einem Wegknicken die Rede sei. Auch das behandelnde Krankenhaus habe bestätigt, dass ein Drehmechanismus oder andere verdächtige Bewegungsabläufe nicht dokumentiert seien. Im Gegensatz hierzu stünden die mit zunehmender Zeitspanne zum Unfallereignis immer detailreicheren Unfallschilderungen der Klägerin. Würden diese dennoch herangezogen, sei zwar von einem Drehmechanismus auszugehen. Eine Fixierung des Fußes erscheine allerdings deshalb nicht plausibel, weil sich in einer Sprunggrube im Regelfall loser Sand befinde. Zudem sei auch keine erzwungene Überstreckung des Kniegelenkes zu erkennen. Damit sei der Unfallhergang nicht geeignet gewesen, eine Meniskusverletzung zu verursachen. Auch die Lokalisation der Meniskusveränderung am Hinterhorn, die charakteristisch für degenerative Schäden sei, spreche ebenso gegen einen Unfallzusammenhang wie das Fehlen spezifischer Begleitverletzungen. Im Übrigen sei keinerlei Erstbefund gesichert.

Gestützt hierauf wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 10. September 2003 als unbegründet zurück.

Hiergegen hat sich die Klägerin mit einem am 1. Oktober 2003 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben gewandt, das diese an das Sozialgericht (SG) D. weitergeleitet hat. Das SG hat Berichte behandelnder Ärzte der Klägerin eingeholt. Neben bereits bekannten Unterlagen hat Dr. L. den Aufnahmebefund vom 14. Januar 1987 vorgelegt, wonach sich klinisch ein leichter Druckschmerz im Bereich des

medialen Gelenkspaltes links, ein fester Bandapparat und positive Meniskuszeichen ergeben hatten.

Schließlich hat das SG Prof. Dr. M. von der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität L. mit der Erstellung des Gutachtens vom 8. Juli 2004 nach ambulanter Untersuchung nebst ergänzender Stellungnahme vom 9. November 2004 beauftragt. Gegenüber dem Sachverständigen hat die Klägerin angegeben, im Kindesalter eine Patellafraktur rechts erlitten zu haben und zum Hergang des Unfalls vom 5. November 1986 sowie weiteren Verlauf zusätzlich erläutert, sie sei über die Sprunggrube hinaus gesprungen und im frisch umgebrochenen überharten Boden aufgekommen. Sie habe sofort starke Schmerzen im linken Kniegelenk verspürt, das rasch angeschwollen sei. Mit dem Zug sei sie dann nach Hause gefahren und habe sich am nächsten Tag bei Dr. B. vorgestellt. Unzufrieden mit dessen Behandlung sei sie zwischen Weihnachten und Silvester 1986 bei dem Chirurgen Dr. K. gewesen, der die Arthrographie veranlasst habe. Prof. Dr. M. hat am medialen Gelenkspalt des linken Kniegelenkes einen Druckschmerz sowie bei einer Beweglichkeit von 0-5-120° Bewegungsgeräusche gefunden. Radiologisch sei den Aufnahmen vom Untersuchungstag eine initial medial betonte Gonarthrose sowie eine leichte posttraumatische Arthrose des Femoropatellargelenkes (Kniescheiben-Oberschenkelgelenk) des rechten Kniegelenkes und im Bereich des linken Kniegelenkes eine mäßig medial betonte Gonarthrose zu entnehmen. Im Ergebnis sei sowohl im Hinblick auf die Kausalitäts- als auch die MdE-Bewertung der Einschätzung von Dr. Z. zu folgen.

Auf der Grundlage der von ihr veranlassten Stellungnahme des Orthopäden Dr. S. vom 17. September 2004 hat sich die Beklagte gegen die Beurteilung Prof. Dr. M.s gewandt. Dr. S. hat darauf verwiesen, dass nach dem Operationsbericht vom 15. Januar 1987 ein Hinterhornriss nicht zu sichern sei. Abgesehen davon sei ein Zusammenhang zwischen ihm und dem angeschuldigten Unfall auch nicht hinreichend wahrscheinlich. Hiergegen sprächen die bereits 1980 gesicherten degenerativen Veränderungen. Ferner sei ein Drehmechanismus zeitnahe verneint worden und bei einem Sprung in eine Sandgrube eine derartige Fixierung des Fußes, dass eine gewaltsame Verdrehung zwischen Ober- und Unterschenkel stattfinden könne, so gut wie auszuschließen. Abgesehen davon, dass keine Anhaltspunkte für eine begleitende Betroffenheit des Kapsel-Band-Apparates vorlägen, weise die von Dr. L. mitgeteilte partielle Desinsertion des Hinterhorns vom medialen Meniskus auch gar nicht auf eine traumatische Entwicklung hin.

Mit Urteil vom 18. November 2004 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, das Ereignis vom 5. November 1986 als Arbeitsunfall mit der Folge Abriss des medialen Meniskushinterhorns des linken Kniegelenkes sowie einer hieraus folgenden unfallbedingten Verschleißkrankheit (Gonarthrose) des linken Kniegelenkes anzuerkennen und insoweit Leistungen zu erbringen sowie die Klage im Übrigen abgewiesen. Zur Begründung hat es sich auf die Darlegungen der Sachverständigen Dr. Z. und Prof. Dr. M. gestützt, deren Bewertungen überzeugten.

Gegen das am 16. Dezember 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 11. Januar 2005 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und sich zur Begründung insbesondere auf die von ihr vorgelegten ärztlichen Äußerungen bezogen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau vom 18. November 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat die Klage bezüglich der Gewährung von Leistungen zurück genommen, sich ansonsten dem Urteil des SG angeschlossen und vorgetragen, am Unfalltag sei es kalt gewesen. Die Sprunggrube sei vom seinerzeitigen Sportlehrer nur teilweise umgegraben worden. Sie sei bei ihrem Sprung in einem nicht umgegrabenen Bereich gelandet. Im Übrigen stütze auch der auf ihren Antrag im Berufungsverfahren tätig gewordene Gutachter i. Ansicht.

Auf Anfrage des Senats hat die Klägerin mitgeteilt, damals keine Veranlassung gesehen zu haben, einen Arbeitsunfall feststellen zu lassen. Sie sei dahin informiert worden, dass eine totale Innenmeniskusentfernung keinen Anspruch auf Rente begründe. Zudem sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erst später eingetreten.

Der Senat hat die Sozialversicherungsausweise (SV-Ausweise) der Klägerin beigezogen: Hierin waren Arbeitsunfähigkeitszeiträume u.a. vom 13. bis 22. Juni 1969 wegen sonstiger Formen nichtartikulären Rheumatismus (ICD 8 Diagnosenummer 717), vom 9. September bis 12. Oktober 1975 wegen Verstauchungen und Zerrungen des Knöchels und des Fußes (ICD 8 Nr. 845) sowie vom 14. März bis 27. April 1980 wegen sonstiger nicht näher bezeichneter Arthropathien (ICD 9 Nr. 716) vermerkt worden. Außerdem ist für den 6. November 1986 eine Behandlung durch Dr. B. eingetragen und hatte Dr. K. unter dem 20. Mai 1987 wegen einer Verstauchung und Zerrung des Knies und des Beines (ICD 9 Nr. 844) eine Arbeitsunfähigkeit vom 6. November 1986 bis 24. Mai 1987 dokumentiert.

In nichtöffentlicher Sitzung am 28. Juli 2006 hat die Klägerin gegenüber der Berichterstatterin den Unfallhergang, der sich in ihren Kopf eingebrannt habe, wie folgt geschildert: Sie sei mit dem rechten Fuß abgesprungen und mit beiden Beinen in der Grube gelandet. Beim Rauslaufen sei ihr linker Fuß in einer Grabenfurche stecken geblieben. Hier sei nicht mehr geharkt gewesen. Anschließend sei sie über das linke Bein nach vorn gefallen und habe sich dabei zunächst mit der linken und dann auch mit der rechten Hand abgestützt.

Von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. S. hat der Senat nach Aktenlage das Gutachten vom 27. Dezember 2006 eingeholt. Dieser ist im Ergebnis zu der Einschätzung gelangt, der bei der Klägerin im Januar 1987 im Bereich des linken Kniegelenks festgestellte Innenmeniskussschaden sei nicht mit Wahrscheinlichkeit ursächlich auf den Unfall vom 5. November 1986 zurückzuführen, so dass auch der nach operativer Meniskusentfernung eingetretene weitere Verschleiß nicht diesem Ereignis zuzurechnen sei. Ein Drehsturzmechanismus, der ausnahmsweise eine isolierte Meniskusverletzung erklären könne, sei nach den Angaben der Klägerin nicht geschehen. Selbst bei unterstellter Eignung des Unfallhergangs lasse der am 14. Januar 1987 erhobene völlig unspezifische Lokalbefund in Form eines leichten Druckschmerzes am inneren linken Kniegelenkspalt und des positiven Meniskuszeichens bei festem Bandapparat allenfalls die Verdachtsdiagnose eines Innenmeniskussschadens, nicht jedoch eine Aussage über dessen Ursache zu. Auch aus den Angaben im Operationsbericht des Folgetages, nach denen keinerlei Hinweise auf sonstige verletzungsbedingte Veränderungen im Knieinnenraum

vorgefunden worden seien, könne kein Rückschluss über Art und Umfang eines möglichen Meniskusschadens gezogen werden. Für einen solchen fehle vorliegend jeder Beleg. Radiologische Hinweise auf eine durchgemachte knöcherne Verletzung oder dem Alter voraussetzende Verschleißerscheinungen seien auf der Röntgenaufnahme des rechten Kniegelenkes vom 7. April 1980 nicht zu erkennen.

Schließlich hat der Senat auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) den Chefarzt des Zentrums für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Krankenhauses K. Dr. S. nach ambulanter Untersuchung am 17. Juni 2008 das Gutachten vom 25. Juni 2008 erstellen lassen. Zum Unfallhergang hat die Klägerin dem Gutachter g., sie sei mit beiden Füßen aufgefunden, wobei der linke Fuß in einer Grabenfurche, welche nicht ausreichend geharkt gewesen sei, stecken geblieben sei. Ihr Oberkörper sei dann über das linke Kniegelenk gedreht, wobei sie nach vorn gefallen sei. Unmittelbar danach sei sie mit einem Kfz nach Hause gefahren worden. Dr. S. hat im Bereich des linken Kniegelenkes im Wesentlichen einen Zustand nach totaler Innenmeniskusresektion mit innenseitig betonter Arthrose diagnostiziert und eine Beweglichkeit von 0-5-130° gemessen, wobei ein deutlich entlastungshinkendes Gangbild auffalle. Auch wenn die Angaben zum Unfallhergang teilweise widersprüchlich seien, könne ein Ablauf nicht ausgeschlossen werden, bei dem die Klägerin eine Rotationsbewegung des linken Kniegelenkes in leichter Beugstellung durchgeführt habe und bei dem der Fuß fixiert gewesen zu sein scheine. Damit sei von einem geeigneten Unfallhergang zur Verursachung einer isolierten Meniskusverletzung auszugehen. Wengleich der genaue Erstschaden unbekannt sei, habe die Klägerin doch sofort Beschwerden verspürt, sei nach Hause gefahren und habe sich zeitnah in ärztliche Behandlung begeben. Auch der Umstand, dass keine Konkurrenzursachen vorlägen, spreche für die maßgebliche Bedeutung des angeschuldigten Unfalls. Die MdE sei vom 9. Januar 2002 an bis derzeit um 20 vH zu veranschlagen.

Die Beklagte ist dem Gutachten entgegen getreten. Dr. S. habe selbst eingeräumt, dass ein Gesundheitserstschaden nicht zu sichern sei. Damit seien seine weiteren Darlegungen irrelevant.

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 [§ 143 SGG](#) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie auch ansonsten zulässige Berufung hat Erfolg. Der Bescheid der Beklagten vom 4. Juni 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. September 2003 beschwert die Klägerin nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Denn das Ereignis vom 5. November 1986 kann nicht als Arbeitsunfall Anerkennung finden.

Da der von der Klägerin geltend gemachte Versicherungsfall vor dem 1. Januar 1992 eingetreten sein soll, sind hier gemäß [§ 215 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung \(SGB VII\)](#) noch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) einschlägig. Mangels Anhaltspunkten dafür, dass der Beklagten der streitige Unfall bis spätestens zum 31. Dezember 1993 bekannt geworden ist (siehe hierzu [§ 1150 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 RVO](#) in der bis zum 31. Dezember 1996 gültigen Fassung), setzt der von der Klägerin verfolgte Anspruch voraus, dass sowohl nach dem im Beitrittsgebiet geltenden Recht als auch nach der RVO die Merkmale eines Arbeitsunfalls erfüllt sind (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 4. Dezember 2001 - [B 2 U 35/00 R](#) - SozR 3-8440 Nr. 50 Nr. 1 oder Urteil vom 18. August 2004 - [B 8 KN 1/03 UR](#) - SozR 4-5670 Anl. 1 Nr. 2402 Nr. 1; siehe auch Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Herstellung der Rechtseinheit in der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, [BT-Drucks. 12/405 S. 116](#) lit. b). Ob das Ereignis vom 5. November 1986 nach dem Recht der DDR als Arbeitsunfall anzuerkennen wäre (siehe hierzu [§ 220 Abs. 1 des Arbeitsgesetzbuchs der DDR](#), GBl. I Nr. 18 vom 16. Juni 1977, S. 185), kann dahinstehen. Denn jedenfalls sind die Feststellungsvoraussetzungen nach der RVO nicht erfüllt.

Nach [§ 548 Abs. 1 RVO](#) ist ein Arbeitsunfall ein Unfall, den ein Versicherter bei einer der in den [§§ 539, 540 und 543 bis 545 RVO](#) genannten Tätigkeiten (versicherte Tätigkeit) erleidet. Ein Unfall ist ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis, das zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt - so die heutige Legaldefinition in [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#), die auf die Jahrzehnte alte Begriffsbestimmung in Rechtsprechung und Literatur zurückgeht (vgl. BSG, Urteil vom 5. September 2006 - [B 2 U 24/05 R](#) - SozR 4-2700 [§ 8 Nr. 18](#), m.w.N.). Für die Anerkennung eines Unfalls als Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls seiner versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (sachlicher bzw. innerer Zusammenhang), sie zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dieses Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (siehe nur BSG, Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 11/04 R](#) - SozR 4-2700 [§ 8 Nr. 14](#); Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - SozR 4-2700 [§ 8 Nr. 17](#); Urteil vom 5. September 2006 - [B 2 U 24/05 R](#) - SozR 4-2700 [§ 8 Nr. 18](#) oder Urteil vom 4. September 2007 - [B 2 U 24/06 R](#) - SozR 4-2700 [§ 8 Nr. 24](#), m.w.N.).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Die damalige Tätigkeit der Klägerin als Erzieherin steht zwar einer nach [§ 539 Abs. 1 Nr. 1 RVO](#) versicherten Beschäftigung gleich. Auch steht nicht in Zweifel, dass im Rahmen dieser versicherten Tätigkeit der Klägerin am 5. November 1986 die Weitsprungübung durchgeführt wurde. Das dabei abgelaufene Geschehen ist jedoch deshalb kein Arbeitsunfall, weil kein Gesundheitserstschaden zu sichern ist und sich auf einen solchen auch nicht mittelbar auf Grundlage der am 14. und 15. Januar 1987 erhobenen Befunde rückschließen lässt. Darüber hinaus verbleiben beim Senat auch ernste Zweifel daran, dass die im Januar 1987 arthrographisch gefundene Innenmeniskusverletzung links mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Wesentlichen durch das angeschuldigte Ereignis verursacht worden ist.

Ebenso wie die versicherte Tätigkeit und das Unfallereignis muss auch der Gesundheitserstschaden mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (so genannter Vollbeweis). Dieser Beweisgrad ist erfüllt, wenn kein vernünftiger, die Lebensverhältnisse klar überschauender Mensch noch zweifelt, wenn also kein vernünftiges Zweifelsgefühl mehr besteht (BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - SozR [§ 548 Nr. 84](#); Urteil vom 27. Juni 2006 - [B 2 U 5/05 R](#) - SozR 4-5671 [§ 6 Nr. 2](#)).

Welche Befunde Dr. B. im Rahmen seiner am 6. November 1986 durchgeführten Untersuchung der Klägerin erhoben hat, ist nicht bekannt. Entsprechendes gilt für die Vorstellungen bei Dr. K. sowie im Krankenhaus D., die nach den Angaben der Klägerin am Jahresende 1986 bzw. am 2. Januar 1987 erfolgt sein sollen. Die erste Befunddokumentation datiert vom 14. Januar 1987 und gibt einen leichten Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkspaltes links, einen festen Bandapparat und positive Meniskuszeichen wieder. Es kann dahinstehen, ob ein

Innenmeniskushinterhornriss dadurch und durch die zuvor erfolgte Arthrographie bewiesen und im Hinblick auf die Entstehung behandlungsbedürftiger Beschwerden in diesem Knie sowie auf die Besserung durch die nachfolgende Meniskusoperation als diejenige Gesundheitsstörung belegt werden kann, die schon im Zusammenhang mit dem Weitsprung Symptome entwickelt hat. Denn selbst wenn hiervon ausgegangen würde, lässt sich der angeschuldigte Unfall nach dem insoweit einschlägigen Beweismaßstab jedenfalls nicht als ihre wesentliche (Mit-)Ursache hinreichend wahrscheinlich machen.

Hinreichende Wahrscheinlichkeit 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 (conditiosinequanon) 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.). "Wesentlich" ist hierbei 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). 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.](#)).

Übertragen auf den vorliegenden Sachverhalt ist danach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 5. November 1986 und einem Innenmeniskusschaden des linken Kniegelenks zwar möglich, aber nicht hinreichend wahrscheinlich. Denn es spricht nicht mehr für als gegen diese Kausalität.

Für einen solchen Zusammenhang lassen sich zwar das Einsetzen subjektiver Beschwerden und die ärztliche Konsultation in enger zeitlicher Beziehung zum Ereignis anführen. Gewichtige Zweifel an einer wesentlichen Kausalbeziehung zwischen ihm und der Meniskusschädigung werden aber bereits deshalb geweckt, weil von keinem geeigneten Unfallhergang zur Hervorrufung der hier in Rede stehenden isolierten Innenmeniskusschädigung ausgegangen werden kann.

Nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen setzt ein Trauma, das isoliert und ausschließlich einen Meniskus treffen und verletzen kann, einen bestimmten Ablauf voraus. Denn traumatische Meniskusverletzungen gehen in der Regel mit knöchernen Veränderungen und Begleitverletzungen des Kapsel-Bandapparates einher. Erst wenn dieser seine Funktion als primärer Gelenkstabilisator - verletzungsbedingt - nicht mehr voll erfüllen und den Roll-Gleit-Vorgang der Oberschenkelrolle auf dem Schienbeinplateau führen kann, insbesondere eine Kreuzbandschädigung (Schubladenphänomen) vorliegt, können die Menisken durch ihr Einklemmen in der Gelenkmechanik unter Stress geraten und infolge durchdringender Einwirkungen zerreißen (siehe Ludolph, in: ders./Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Oktober 2009, Abschn. VI-1.2.1, S. 3). Vorausgesetzt für eine isolierte Meniskusverletzung durch - hier allein in Frage kommende - indirekte Krafteinwirkungen wird deshalb ein so genanntes Drehsturzgeschehen mit passiver Rotation des gebeugten Kniegelenkes oder plötzlicher passiver Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels bei gleichzeitiger Verhinderung der physiologischen Schlussrotation. Als in diesem Sinne gefährdend werden etwa eine fluchtartige Ausweichbewegung unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß, eine schwingvolle Körperdrehung beim Hängenbleiben des Standbeins im Sport oder - beim Streckmechanismus - eine Feststellung des Fußes in einer Furche, einem Rost oder zwischen Maschinenteilen mit starker Drehung des Oberkörpers angesehen. Ein isolierter Riss wird bei derartigen Abläufen dadurch bewirkt, dass bei gebeugtem Kniegelenk der Unterschenkel wegen seiner Fixierung dem Drehschwung des Körpers nicht folgen kann bzw. der rotierte Unterschenkel bei fixiertem Oberschenkel gewaltsam und übermäßig gedreht/gestreckt wird. Als ungeeignete Ereignisse werden z.B. ein Sturz auf das Knie, eine isolierte Streckung des Kniegelenkes mit Krafteinwirkung auf das Kniegelenk in Streckstellung, eine axiale Gelenkstauchung, ein Vertreten oder plötzliche Drehbewegungen bei Streckstellung des Gelenkes bzw. fixiertem Unterschenkel betrachtet (siehe Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Abschn. 8.10.5.3.2.2, S. 618-621; Ludolph, a.a.O., S. 9 f.). Ob dabei eine gewaltsame Streckung des Kniegelenkes erforderlich ist oder auch eine gewaltsame Drehung im gebeugten Gelenk ausreicht, wie dies Prof. Dr. M. vertritt, kann dahinstehen.

Denn jedenfalls lässt sich vorliegend entgegen den Ansichten von Dr. Z., Prof. Dr. M. und Dr. S. kein geeigneter Verletzungsmechanismus sichern. Zwar könnten die durch die Angaben von Frau E. gestützten Unfallschilderungen der Klägerin in ihrem Widerspruchsschreiben vom 13. Juni 2002 sowie von Anfang Juli 2002, wonach sie mit dem linken Fuß in einem Gabeloch gelandet sei und sich dabei ihr Körper nach links gedreht habe, noch als Wiedergabe einer schwingvollen Drehbewegung bei fixiertem Fuß verstanden werden. Dies mag selbst unter Berücksichtigung ihrer Ausführungen gegenüber Prof. Dr. M. vom 8. Juli 2004 gelten, wenngleich sie dort einen Sprung über die Grube hinaus mit einer Landung in einem frisch umgebrochenen Bereich sowie eine Heimfahrt mit dem Zug mitgeteilt hatte, was wiederum nicht mit ihrer im Schreiben vom 6. September 2005 selbst korrigierten Schilderung zu vereinbaren ist. Denn hiernach sei die Landung in einem nicht umgegrabenen Bereich erfolgt, womit kein Ansatzpunkt mehr für ein Gabeloch und der dadurch bewirkten Fixierung bliebe. Diese Darstellung hat die Klägerin im Rahmen der Befragung durch Dr. S. am 17. Juni 2008 zwar wiederum in Richtung einer Landung in einer Grabenfurche sowie einer Heimfahrt mit einem Kfz geändert. Selbst wenn den vorgenannten Geschehenswiedergaben ungeachtet ihrer Divergenzen immer noch ein in den wesentlichen Punkten übereinstimmender Sachverhalt entnommen würde, trifft dies jedenfalls nicht mehr auf die Hergangsschilderung der Klägerin vom 28. Juli 2006 zu. Hier hat sie nämlich nach detaillierter Befragung angegeben, dass sie mit beiden Beinen in der Grube landete und ihr linker Fuß beim Rauslaufen in einer Grabenfurche stecken blieb. Dieser Ablauf, der näherungsweise auch mit ihren Erstangaben vom 11. Januar 2002 - nämlich dem Tritt in ein Sprunggrubenloch - in Einklang gebracht werden könnte, habe sich in ihren Kopf eingebrannt. Damit mag zwar eine Fußfixierung bestanden haben. Es lässt sich jedoch kein Schwungmechanismus mehr begründen. Denn die mit dem Sprung verbundene Bewegungsenergie wurde infolge der Landung vollständig absorbiert. Ein solcher Hergang ist mit keinem der zuvor genannten verletzungsspezifischen Schädigungsmechanismen vergleichbar, die als ausnahmsweise geeignet angesehen werden, unter vollständiger Umgehung sämtlicher benachbarter und vorgelagerter Strukturen einen gesunden Innenmeniskus isoliert zu zerreißen. Vielmehr passt das Steckenbleiben in einem Gabeloch beim Hinauslaufen aus der Sprunganlage zu einer schlichten Krafteinwirkung auf das Kniegelenk in Streckstellung bzw. zur ebenfalls als ungeeignet angesehenen

Drehbewegung des gestreckten Kniegelenks bei fixiertem Fuß.

Gegen den Unfallzusammenhang spricht weiterhin, dass der Hinterhornriss nach der insoweit unwidersprochen gebliebenen Darstellung von Dr. T. ein typisch degenerativ entstandener Schaden ist. Dies ist auch vor dem Hintergrund einer erstmaligen Beschwerdeentstehung bei der Weitsprungübung eine mögliche Erklärung, weil Meniskusschäden Zufallsbefunde ohne (vorherige) Krankheitsrelevanz sein können. Entsprechendes stellt Dr. T. nachvollziehbar unter Literaturlauswertung dar.

Kann der Unfall vom 5. November 1986 demnach nicht als Arbeitsunfall festgestellt werden, entfällt die Grundlage für die etwaige Anerkennung eines durch die operative Meniskusteilentfernung bewirkten vorzeitigen Gelenkverschleißes als dessen Folge, so dass sich eine Abgrenzung zu der laut Dr. L. durch den Sturz von Anfang Juli 2000 aktivierten Gonarthrose erübrigt.

Nach alledem war das angegriffene Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-02