

L 6 U 18/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 23 U 105/02
Datum
01.12.2005
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 U 18/06
Datum
17.02.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 2 U 109/10 B
Datum
16.06.2010
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Anerkennung weiterer Unfallfolgen.

Der 1962 geborene Kläger erlitt am 24. Oktober 2001 einen Unfall. Auf dem Rückweg von seiner Tätigkeit als abhängig beschäftigter Sachbearbeiter zur Straßenbahnhaltestelle rutschte er nach seinen Angaben auf nassem Laub aus und stürzte auf die Innenseite des rechten Knies. Nach dem Bericht des Direktors der Universitätsklinik für Unfallchirurgie M., Prof. Dr. W. über die Behandlung am gleichen Tag zeigte sich am rechten Kniegelenk ein Entlastungsschonhinken, ein Überstreckschmerz und ein Druckschmerz im Verlauf des Innenbandes. Die mediale Aufklappbarkeit war nicht vermehrt, soweit sie bei deutlicher Schmerzgegenspannung erhoben werden konnte. Das Lachmansche Zeichen war nicht sicher beurteilbar. Schubladenzeichen lagen nicht vor. Es fand sich kein Erguss. Der Arzt würdigte die Befunde als Distorsion des rechten Kniegelenkes mit Verdacht auf Innenbandverletzung. Nach dem Abschlussbericht über eine ambulante Vorstellung am 29. Oktober 2001 war das Kniegelenk wieder belastbar mit rückläufiger Schwellung. Der Kläger äußerte noch belastungsabhängige Beschwerden. Weiterhin fand sich ein Druckschmerz im Verlauf des Innenbandes und ein Valgus-Stressschmerz. Nicht erheben ließen sich ein Kompressionsschmerz, eindeutige Meniskuszeichen oder ein Erguss. Neben der Distorsion des rechten Kniegelenkes ging der Arzt jetzt von einer Innenbandverletzung ersten Grades aus. Mit einem Dauerschaden sei nicht zu rechnen. Die Arbeitsunfähigkeit endete mit dem 30. Oktober 2001.

Am 8. März 2002 wurde ein Magnetresonanztomogramm (MRT.) des rechten Kniegelenkes erstellt. Nach dem Originalbefund fand sich eine Meniskopathie zweiten Grades ohne Beweis für einen Einriss und eine leichte Auftreibung und inhomogene Signalabsenkung des medialen Seitenbandes, vereinbar mit einer älteren Zerrung. Weiterhin lag ein minimaler Gelenkerguss mit diskreter Ödematisierung des Hoffaschen Fettkörpers vor. Die Kreuzbänder wurden als regelrecht bezeichnet. Nach dem Bericht der Chirurgischen Universitätsklinik vom 13. März 2002 stand der Befund nicht im Zusammenhang mit dem Unfall.

Mit Bescheid vom 28. März 2002 stellte die Beklagte fest, der Kläger habe keinen Anspruch auf Rente wegen des Versicherungsfalles. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hätten bis zum 29. Oktober 2001 bestanden. Die Erwerbsfähigkeit sei nicht in rentenberechtigendem Grade über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus gemindert. Folgen des Versicherungsfalles seien eine folgenlos ausgeheilte Prellung des rechten Kniegelenkes mit Innenbanddehnung. Nicht Folge des Versicherungsfalles seien eine abnutzungsbedingte Erkrankung des medialen Meniskus des rechten Kniegelenkes zweiten Grades und eine geringe Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Hoffaschen Fettkörpers rechts.

Gegen den Bescheid erhob der Kläger am 19. April 2002 Widerspruch. Er trug vor, die ärztlichen Konsultationen in der Universitätsklinik seien bis zum März 2002 gegangen. Erst nach Vorliegen des MRT.-Berichts habe sich dort die Auffassung geändert. Er halte die erhobenen Befunde für unfallbedingt.

Nach einem Nachschaubericht des Chirurgen Dipl.-Med. T. vom 25. März 2002 hatte dieser einen diskreten Reizerguss bei intakter

Bandführung ohne Meniskuszeichen vorgefunden. Die Beschwerden bestanden in anhaltendem Knieschmerz an der Knieinnenseite. Am 16. April 2002 schilderte der Kläger ihm gegenüber anhaltende Beschwerden beim Treppensteigen und Laufen; kniende Tätigkeiten könnten nicht mehr ausgeführt werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Juni 2002 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch zurück. Er führte aus, die MRT.-Befunde seien bis auf Veränderungen im Bereich des Innenbandes nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die über den 29. Oktober 2001 hinausgehende Behandlungsbedürftigkeit sei durch erhebliche unfallunabhängige Erkrankungen im Bereich des rechten Kniegelenkes eingetreten.

Mit der am 1. Juli 2002 beim Sozialgericht Magdeburg erhobenen Klage hat der Kläger geltend gemacht, die Behandlung der Unfallfolgen habe über den 29. Oktober 2001 hinaus angedauert. Er habe zur weiteren Entlastung des Kniegelenkes eine entsprechende Bandage erhalten. Trotz verordneter Physiotherapie habe sich das Beschwerdebild nicht geändert und er habe sich im Dezember 2001 erneut in die Universitätsklinik begeben. Es sei wiederum Physiotherapie verordnet worden, mit der immer noch kein befriedigendes Ergebnis erzielt worden sei. Nach erneuter Vorstellung im März 2002 habe sich die Universitätsklinik zu einem MRT. entschlossen. Da danach die Behandlung zu Lasten der Beklagten abgebrochen worden sei, habe er sich in die Behandlung des Krankenhauses Vogelsang/Gommern begeben. Dort sei am 4. Juni 2002 der Verdacht eines Kreuzbandrisses geäußert worden. Davon habe er auch Prof. Dr. W. am 12. Juni 2002 selbst unterrichtet.

Diese Vorstellung ist Gegenstand eines Berichtes der Chirurgischen Universitätsklinik vom 14. Juni 2002 an die Beklagte. Dort habe der Kläger über Schmerzen in einem handflächengroßen Bereich auf der Medialseite des Kniegelenkes geklagt. Ein Instabilitätsgefühl habe er nicht geäußert. Es hätten kein Kniegelenkserguss und keine auffällige Muskelverschwächigung vorgelegen. Auf der Medialseite lasse sich bis nach dorsal reichend in einem handflächengroßen Bereich Druckschmerz auslösen, insbesondere im Sehnenverlauf der Pes anserinus-Gruppe. Die Meniskuszeichen seien negativ. In 0-Grad-Streckung wie streckungsnaher Beugung sei keine mediale oder laterale Aufklappbarkeit zu erheben. Der Lachmantest für das vordere Kreuzband sei negativ. In 90-Grad-Beugung sei kein vorderes oder hinteres Schubladenzeichen auszulösen. Im Vergleich zu links ergäben sich mit Ausnahme des beschriebenen Schmerzes keine Abweichungen. Prof. Dr. W. sah auch jetzt keinen Anhalt für das Vorliegen einer Meniskusverletzung oder eines Kreuzbandrisses.

Der Kläger hat Unterlagen über eine Behandlung im September 2002 der Klinik f. Orthopädie V. /G. vorgelegt. Danach erfolgte am 16. September 2002 die Verordnung von Krankengymnastik unter der Diagnose eines teilweisen Risses des vorderen Kreuzbandes rechts und einer medialen Seitenbandinstabilität ersten Grades. In dem Bericht über die arthroskopische Untersuchung vom 11. September 2002 wird der Kreuzbandriss als alt und subtotal bei Restfaser-Elongation bezeichnet. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 22 - 24 d. A. verwiesen.

Nach dem Bericht der Klinik v. 4. Dezember 2002 an das Sozialgericht Magdeburg hat sich als Ergebnis der endoskopischen Untersuchung vom 11. September 2002 ein totaler vorderer Kreuzbandriss älterer Herkunft mit Restfaser-Elongation und ein Riss der Plica infrapatellaris gezeigt. Auch habe eine mediale Instabilität bestanden. Nach Durchführung eines Shrinkings der Restfasern habe sich die anteromediale Instabilität gebessert. Ergänzend hat Oberarzt Dr. F. mitgeteilt, es sei bei dem Unfall vom 24. Oktober 2001 zu einem vorderen Kreuzbandriss, einer medialen Seitenbandverletzung Grad I als auch einer Plica infrapatellaris-Verletzung gekommen.

Der Kläger hat den Arthroskopiebericht und den Bericht über die feingewebliche Untersuchung, Bl. 33 f. d. A. vorgelegt, weiterhin eine Bescheinigung des Krankenhauses Vogelsang/Gommern vom 28. November 2002, wonach die seit dem Unfall von ihm geäußerten Beschwerden mit dem Arthroskopiebefund übereinstimmen. Er hat weiterhin eine Auskunft seiner Krankenkasse vom 14. Januar 2003 vorgelegt, wonach Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen des rechten Kniegelenkes vom 24. bis 29. Oktober 2001 und vom 10. September 2002 bis 23. Oktober 2002 angefallen sind.

Die Beklagte hat dazu eine beratungsärztliche Stellungnahme vom 20. März 2003 vorgelegt, wonach eine derartige Verletzung zeitnah zum Ereignis nicht übersehen worden sein könne. Die klinische Banduntersuchung sei detailliert gewesen und habe intakte Kreuzbänder ergeben. Auch aus dem MRT. folgten intakte Kreuzbänder.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht der Klinik f. Orthopädie V. G. vom 8. Juli 2003 eingeholt, wegen dessen Inhalt im Einzelnen auf Bl. 51-57 d.A. verwiesen wird. Anbei befindet sich der Entlassungsbericht vom 26. Mai 2003 über eine stationäre Behandlung vom 13. bis 20. April 2003. Danach lagen ein kompletter Riss des vorderen Kreuzbandes und ein Innenmeniskushinterhorn-Längsriss des rechten Kniegelenkes vor. Am 14. April 2003 nahmen die Ärzte eine arthroskopische vordere Kreuzband-Plastik und eine Innenmeniskushinterhorn-Anfrischung vor.

Das Sozialgericht hat auf Antrag des Klägers gemäß [§ 109 SGG](#) eine Auswertung der MRT.-Bilder vom 8. März 2002 durch Dr. S. vornehmen lassen. Dieser kommt in seiner Befundbeschreibung vom 5. November 2004 zu dem Ergebnis, auf den vorgelegten Aufnahmen sei diskret vermehrte Flüssigkeit zentral in der Gelenkhöhle mit Ausdehnung in den Raum hinter und vor der Kniescheibe nachweisbar. Auffällig sei eine vermehrte Angulation des hinteren Kreuzbandes. Das vordere Kreuzband komme im mittleren Drittel leicht ödematös aufgetrieben mit Unterbrechung einzelner Fasern zur Darstellung. Der Befund sei mit einem Teilriss des vorderen Kreuzbandes bei erhaltener Restkontinuität vereinbar. Auffällig sei weiterhin eine Grad-II-Verletzung des Innenmeniskushinterhorns.

Die Beklagte hat eine Nachbefundung des MRT ... vom 8. März 2002 durch Prof. Dr. D. und durch den Oberarzt Dr. v. F. vom 18. Februar 2005 vorgelegt. In der vorangehenden Fragestellung der Beklagten, gerichtet an Prof. Dr. W., findet sich auch die Frage nach einem Teilriss des Kreuzbandes. Die Ärzte sind zu dem Ergebnis gelangt, als Befunde mit möglichem Bezug zu dem Verletzungsereignis vom 24. Oktober 2001 seien ein Ödem am körpernahen Ansatz des medialen Seitenbandes, eine Abtrennung des medialen Seitenbandes vom Innenmeniskus und eine Signalveränderung im Hinterhorn des Innenmeniskus nachweisbar.

Auch im Rückblick sei kein Riss des vorderen Kreuzbandes zu diagnostizieren. Das vordere Kreuzband sei bei Auswertung in seinem Verlauf erhalten. Ein Teil der Aufnahmen bilde den Ansatz des vorderen Kreuzbandes am Oberschenkelknochen undeutlicher ab als üblich. Bei einer speziell an das vordere Kreuzband angepassten Bildabfolge sei dieser Befund nicht zu reproduzieren. Hier stelle sich das vordere Kreuzband vom Schienbein bis zum Oberschenkel durchgängig dar.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht vom ... 2005 hat der Kläger angegeben, auf einem geteerten Fußweg habe Laub gelegen. Er sei in eine Rinne getreten und habe sich das Knie verdreht. Wie die Verdrehung erfolgt sei, könne er nicht mehr sagen.

Das Sozialgericht hat ein Gutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. M. vom 19. September 2005 eingeholt, wegen dessen Inhalt im Einzelnen auf Bl. 129-138 d.A. verwiesen wird. Er hat ausgeführt, der vom Kläger mitgeteilte Unfallhergang sei nicht geeignet, die gefundenen Verletzungen zu verursachen. Bei einem Verdrehtrauma des rechten Kniegelenkes sei eine isolierte Überdehnung des inneren Seitenbandes nicht möglich, so lange das vordere Kreuzband intakt bleibe. Die Intaktheit des vorderen Kreuzbandes sei durch das MRT. vom 8. März 2002 eindeutig belegt. Der Erstbefund spreche lediglich für eine Prellung am inneren rechten Kniegelenk, die auch den Schmerz am inneren Seitenband bedingt habe. Wesentliche Verdrehtraumen des Kniegelenkes führten immer zu Kombinationsverletzungen. Bei einem Innenrotationstrauma komme es zu einem Riss des vorderen Kreuzbandes, einer Verletzung des inneren Seitenbandes und einer traumatischen Strukturverletzung des Innenmeniskus. Bei einem Außenrotationstrauma rissen das hintere Kreuzband, das äußere Seitenband und werde der Außenmeniskus geschädigt. Jede Kniebinnenverletzung gehe mit einem blutigen Gelenkerguss einher, da dazu eine Heftigkeit erforderlich sei, die auch die Gelenkinnenhaut mit ihrem Blutgefäßreichtum mit einreißt. Dies gelte insbesondere für das vordere Kreuzband. Ein Vorschaden oder eine Schadensanlage am vorderen Kreuzband des rechten Kniegelenkes des Klägers sei nicht im Vollbeweis zu sichern. Ein Riss sei aber durch das MRT. vom 8. März 2002 vollständig ausgeschlossen. Die Entstehung des später nachgewiesenen Risses müsse dabei nicht diskutiert werden. Die im MRT. nachgewiesene Meniskopathie zweiten Grades sei eine chronischdegenerative Meniskuserkrankung unfallunabhängiger Art. Schon die Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes vom 24. Oktober 2001 hätten eine deutliche Verschmälerung des inneren Kniegelenkspaltes gezeigt. Die Röntgenaufnahmen belegten auch eine Fehlform der Kniescheibe. Dadurch komme es zu einer vorzeitigen Abnutzung des Knorpels hinter der Kniescheibe. Auch die gefundene Plica infrapatellaris mit Rissbildung sei anlagebedingt. Es handele sich dabei um eine überwuchernde Falte der Gelenkinnenhaut, die auch ohne ein besonderes Unfallereignis zu einer Einklemmung im Kniegelenk neige und dabei zum Riss gebracht werden könne. Die mediale Meniskusverletzung rechts und der Riss der Plica infrapatellaris seien auch im MRT. vom 8. März 2002 noch nicht belegt. Eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit habe höchstens bis zum 12. November 2001, dem Tag der letzten physiotherapeutischen Behandlung vorgelegen. Danach seien nur noch Beschwerden behandelt worden, die Folge symptomatisch gewordener Schadensanlagen seien. Nach eigener Auswertung des MRT.s vom 8. März 2002 stelle sich das vordere Kreuzband auf einer speziell daran angepassten Bildabfolge durchgängig dar. Ein Riss oder ein Teilriss seien bildtechnisch vollständig ausgeschlossen.

Mit Urteil vom 1. Dezember 2005 hat das Sozialgericht "eine Behandlungsbedürftigkeit wegen der Folgen des Unfalls vom 24. Oktober 2001 bis zum 12. November 2001 angenommen" und die Klage im Übrigen abgewiesen. Es hat ausgeführt, dem Sachverständigen Dr. M. sei bezüglich der Behandlungsdauer zu folgen. Prof. Dr. W. habe noch am 29. Oktober 2001 Elektrogymnastik verordnet, die bis zum 12. November 2001 durchgeführt worden sei. Darüber hinaus bleibe die Klage ohne Erfolg. Der vordere Kreuzbandriss sei nicht rechtlich wesentlich durch den Unfall vom 24. Oktober 2001 verursacht worden. Gegen die Verursachung durch einen Unfall sprächen die Aufnahmen vom 8. März 2002. Insoweit folge das Gericht Prof. Dr. D. und Dr. M. ... Das Gutachten von Dr. S. überzeuge nicht, weil nicht auszuschließen sei, dass er nur den vergleichsweise undeutlichen Teil der Aufnahmen ausgewertet habe. Auch hinsichtlich der Eignung des Unfalls vom 24. Oktober 2001 zur Verursachung eines Risses des vorderen Kreuzbandes folge das Gericht Dr. M. ...

Gegen das ihm am 9. Januar 2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 7. Februar 2006 Berufung eingelegt. Er trägt vor, das Gutachten von Dr. M. leide an Mängeln. Fehlerhaft sei seine Forderung nach einem massiven Trauma für die vorgefundenen Verletzungen und der Ausschluss des Unfallereignisses als Ursache der Verletzungen. Ein anderes Trauma habe zwischen dem Unfall und der Operation im Krankenhaus V. /G. nicht vorgelegen. Damit sei der Unfall die einzig denkbare Ursache. Bei der Kniegelenksoperation habe sich genau das Verletzungsbild gezeigt, dass der Sachverständige als Begleitverletzungen für einen Kreuzbandriss gefordert habe. Er sei anlässlich der Erstbehandlung ausdrücklich auf eine eingeschränkte Untersuchungs- und Beurteilungsmöglichkeit hingewiesen worden. Bei der späteren Behandlung durch die Universitätsklinik seien der Lachmantest und die Prüfung des Schubladenzeichens nicht mehr durchgeführt worden. Der damals behandelnde Physiotherapeut habe allerdings seinerseits aus bloßem Interesse einen Lachmantest und die Untersuchung des Schubladenzeichens durchgeführt. Da beide positiv gewesen seien, habe er ihn zu einer genaueren Abklärung aufgefordert, da sicherlich mehr kaputt sei. Weiterhin habe er sich mit Dr. W. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Verbindung gesetzt. Auch dieser habe im März sowohl einen positiven Lachmantest als auch ein positives Schubladenzeichen festgestellt. Auf dessen Anraten sei die Behandlung im Krankenhaus Vogelsang/Gommern eingeleitet worden. Gleichwohl habe Prof. Dr. W. auch bei einer Untersuchung am 12. Juni 2002 den Kreuzbandriss immer noch nicht diagnostizieren können. Dies sei nicht nachzuvollziehen, da sich der Kreuzbandriss später ja durch Arthroskopie bestätigt habe. Auch aus dem MRT. ergebe sich zumindest ein Teilriss des vorderen Kreuzbandes, der aus der Stellungnahme von Dr. S. folge. Dem stehe die Befundung durch die Universitätsklinik M. auch gar nicht entgegen. Eine vollständige Kontinuität des Kreuzbandes stelle keinen Widerspruch zu einem Teilriss dar. Die Beurteilungsmöglichkeit sei für die Radiologen der Universitätsklinik auch eingeschränkt gewesen, weil ihnen nur eine CD-ROM zur Verfügung gestanden habe. Bei Dr. M. handele es sich nicht um einen Radiologen, sondern um einen Chirurgen, der die Aufnahmen nicht mit gleicher Kompetenz beurteilen könne. Ein negatives MRT. schließe einen Riss nicht aus, weil hier eines der Bilder qualitativ schlecht sei. Zum Beleg dafür beziehe er sich auf Fachliteratur. Vor der mündlichen Verhandlung habe er zur Auswertung des MRT. noch den Gerichtsmediziner Dr. B. aufgesucht, der dort ein elongiertes hinteres Kreuzband erkannt habe, das auf eine Schädigung des vorderen Kreuzbandes schließen lasse. Wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 267-292, 332-354 d.A. und auf die Sitzungsniederschrift vom 17. Februar 2010 mit Anlagen, Bl. 355-360 d.A., verwiesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 1. Dezember 2005 und den Bescheid der Beklagten vom 28. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2002 abzuändern, festzustellen, dass ein Riss des vorderen Kreuzbandes, ein Riss der Plica infrapatellaris und ein Innenmeniskushinterhornriss des rechten Knies Folgen des Arbeitsunfalls vom 24. Oktober 2001 sind und die Beklagte zu verurteilen, vom 24. Oktober 2001 an die Kosten der Heilbehandlungsmaßnahmen, die im Bezug auf das rechte Kniegelenk durchgeführt worden sind, zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie schließt sich dem Urteil des Sozialgerichts an.

Das Gericht hat eine Auskunft des Orthopäden Dr. W. vom 2. Juli 2007, Bl. 244 d.A., eingeholt. Er hat mitgeteilt, der Kläger habe ihn etwa zwei Jahre vor seinem Ausscheiden aus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Frühjahr 2002 um einen Beratungstermin gebeten. Bei einer körperlichen Untersuchung des rechten Kniegelenkes habe er eine eindeutige Lockerung des vorderen Kreuzbandes festgestellt. Im Hinblick auf die mitgeteilten Beschwerden und den erhobenen Befund habe er eine Operation empfohlen.

Das Gericht hat weiterhin Auskünfte des Physiotherapeuten S. vom 17. Oktober 2007, Bl. 252 d.A. und 18. Juli 2009, Bl. 300 d.A., eingeholt. Dieser hat ausgeführt, an die kurzzeitige Behandlung des Klägers habe er keine konkrete Erinnerung mehr. Bei einer der letzten Behandlungen habe er eine Prüfung von Kreuzbandzeichen vorgenommen. Da das Spiel recht groß gewesen sei, habe er dem Kläger eine ärztliche Abklärung empfohlen. Wann genau dies während der verschiedenen Behandlungen gewesen sei, könne er nicht mehr angeben.

In der mündlichen Verhandlung und bei der Beratung hat die Akte der Beklagten – Az. 11 11 01 200000882161 – vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. §143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte Berufung hat keinen Erfolg.

Der Bescheid der Beklagten vom 28. März 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Juni 2002 beschwert den Kläger nicht im Sinne von §§ 157, 54 Abs. 2 S. 1 SGG, soweit er hier noch im Streit steht und nicht bereits durch das Sozialgericht abgeändert worden ist.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Feststellung eines (Teil-)Risses des vorderen Kreuzbandes des rechten Knies als weitere Folge des Unfalles vom 24. Oktober 2001, weil diese Gesundheitsstörung nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurück zu führen ist. Für die Feststellung einer Verursachung eines Gesundheitsschadens durch den Versicherungsfall (so § 26 Abs. 2 Nr. 1 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches – SGB VII – v. 7.8.1996, BGBl. I S. 1254), hier den anerkannten Arbeitsunfall (als Versicherungsfall, vgl. § 7 Abs. 1 SGB VII) gilt der Maßstab der Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden (BSG, Ur. v. 9.5.2006 – B 2 U 1/05 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 m.w.N.). Diese Beweisanforderungen sind hier nicht erfüllt; der Senat hegt ernste Zweifel an dem Zusammenhang.

Das Vorliegen eines Teilrisses des vorderen rechten Kreuzbandes ist frühestens für ein knappes halbes Jahr nach dem Unfallereignis bewiesen. Dabei unterstellt der Senat, dass die behandelnden Ärzte des Krankenhauses Vogelsang/Gommern bereits am 4. Juni 2002 klinische Kreuzbandzeichen erhoben haben, die entsprechend der telefonischen Mitteilung des Klägers an die Beklagte vom Folgetag einen Eingriff am Kreuzband nahe legten. Er unterstellt auch, dass Dr. W. entsprechend seinen Angaben spätestens im Juni 2002 – nämlich im "Frühjahr" – Kreuzbandzeichen erhoben hat. Er unterstellt schließlich, dass der Physiotherapeut Schuld im Rahmen seiner Behandlung ebenfalls Kreuzbandzeichen erhoben hat. Diese dauerte ausweislich der Auskunft von Herrn S. vom 17. Oktober 2007 nach dem 25. März 2002 – dem Datum der letzten Verordnung von Physiotherapie – mit noch einmal 18 Behandlungen noch einige Zeit an. Aus diesen unterstellten Tatsachen mag sich in Verbindung mit der im September 2002 arthroskopisch bestätigten Diagnose des Teilrisses auch ergeben, dass Prof. Dr. W. am 12. Juni 2002 eine Fehldiagnose gestellt hat.

Aus all diesen Gesichtspunkten ist allein nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit abzuleiten, dass der Kreuzbandteillriss auf den Unfall zurückgeht, weil er für den Zeitraum vorher nicht bewiesen ist. Gewichtige Befunde aus der Zeit davor sprechen sogar gegen das Vorliegen dieses Gesundheitsschadens. Eine andere Ursachenkette als diejenige einer unmittelbaren Unfallverletzung wird von keinem beteiligten Arzt in Betracht gezogen.

Klinische Kreuzbandzeichen sind bis zu den oben genannten Ereignissen nicht erhoben worden. Im Erstbefund werden Schubladenzellen verneint und finden sich keine weiteren Hinweise gerade auf eine Kreuzbandverletzung; ein Erguss lag nicht vor. Entsprechendes gilt für den Befund vom 29. Oktober 2001; dort erhobene Schmerzzeichen betreffen den Verlauf des Innenbandes. Auch der Chirurg Thorau hat am 25. März 2002 eine intakte Bandführung erhoben.

Weiterhin lassen sich die vom Kläger angegebenen Beschwerden zwanglos allein mit einer Seitenbandverletzung bzw. der Meniskopathie erklären. So betreffen die Schmerzäußerungen insbesondere den Verlauf des Innenbandes. Die gegenüber dem Chirurgen Th. geäußerten Beschwerden beschränken sich am 25. März 2002 auf das Innenband und sind am 16. April 2002 für eine Kreuzbandverletzung unspezifisch. Die für eine Kreuzbandverletzung typische Instabilität hat der Kläger zu keinem Zeitpunkt beschrieben.

Die im Zusammenhang mit der Arthroskopie erhobenen Befunde lassen den Schluss auf einen schon vor Ende März 2002 bestehenden Teilriss nicht zu. Die histologische Analyse der gewonnenen Präparate ergibt zwar einen alten Riss; dies besagt aber bei einem Halbjahresabstand nichts zu dessen Vorliegen schon im März. Darauf stützt auch niemand – einschließlich des Sachverständigen Dr. M. – eine entsprechende Beurteilung. Eher spricht der Umstand des völligen Fehlens degenerativer Veränderungen des aufgefasernten Bandgewebes der Rissstelle gegen deren Entstehen schon bei dem Sturz knapp elf Monate vor der Arthroskopie.

Der Befund des MRT ... belegt einen Kreuzbandriss nicht. Der Beurteilung des Radiologen, in dessen Praxis das MRT gefertigt worden ist, die Kreuzbänder seien regelrecht, misst der Senat hohe Bedeutung bei, weil er durch ständige Beurteilung technisch vergleichbarer Bilder aus seiner Praxis Fehler im Zusammenhang mit der Aufnahmetechnik gut vermeiden kann. Der Sachverständige Dr. M. begründet seine eigene Beurteilung, wonach auch ein Teilriss nicht zu erkennen sei, in Auseinandersetzung mit der Beurteilung Dr. S.s nachvollziehbar. Denn er stellt dessen Befund, die Bilder zeigten eine Unterbrechung einzelner Fasern bei erhaltener Restkontinuität, die gegenteilige Aussage gegenüber, das vordere Kreuzband zeige sich durchgängig. Der Einwand des Klägers, damit sei nur begründet, dass das Kreuzband nicht völlig gerissen sei, überzeugt nicht. Denn auch Dr. S. verwendet für den Zustand eines Teilrisses nicht das Wort Kontinuität (oder Durchgängigkeit), sondern spricht von einer Restkontinuität. Es leuchtet nicht ein, weshalb Dr. M. in Auseinandersetzung damit den sprachlichen Ansatz wechseln und die Durchgängigkeit als Ausdruck des Fehlens einer völligen Trennung verwenden sollte, zumal der damit in Verbindung stehende Denkfehler – dass nämlich eine nicht völlige Trennung keinen Teilriss ausschließen kann – jedermann ins Auge springt und auch für ihn offensichtlich ist. Zu dem Ergebnis intakter Kreuzbänder kommt auch Prof. Dr. D ... Z. führt er in seiner Stellungnahme nicht wörtlich aus, (selbst) ein Teilriss sei auszuschließen, dies ist seiner Stellungnahme aber hinreichend zu entnehmen. Denn die an die Universitätsklinik M. gerichtete Fragestellung ging u.a. ausdrücklich dahin, ob "insbesondere bereits eine Teilruptur des

vorderen Kreuzbandes zu erkennen ist." Der Senat geht nicht davon aus, dass der daraufhin tätig gewordene Prof. Dr. D. diese Fragestellung übersehen hat, sondern davon, dass er mit der Darstellung der Durchgängigkeit wie der Sachverständige Dr. M. auch einen Teilriss des Kreuzbandes als nicht abgebildet mitteilt. Den notwendigen Beweis für das Gegenteil kann die Beurteilung jedenfalls ohnehin nicht erbringen.

Weiterhin spricht die vom Kläger mitgeteilte Auffassung Dr. B.s gegen die Beurteilung Dr. S.s. Denn auch dieser hat dem Kläger gegenüber nicht geäußert, auf dem MRT. sei ein Teilriss zu erkennen, sondern nur Schlüsse aus dem Zustand des hinteren Kreuzbandes gezogen. Dieses Schlusses bedürfte es nicht, wenn auch er, wie Dr. S., eine Fasertrennung des vorderen Kreuzbandes unmittelbar selbst gesehen hätte. Zumindest wäre es unverständlich, dass er eine solche Beobachtung selbst nicht wenigstens auch mitgeteilt hätte. Auch der Befund eines auffälligen hinteren Kreuzbandverlaufs kann aber nicht als nachgewiesen angesehen werden, weil neben den Radiologen, die den Erstbefund erhoben haben, auch Prof. Dr. D. das hintere Kreuzband als regelrecht bezeichnet.

Auch die dritte Begründung des Klägers für die Abbildung eines Kreuzbandteilrisses vermag dessen vollen Beweis schon für den 8. März 2002 nicht zu erbringen. Seine Behauptung im Schriftsatz vom 11. Februar 2010, Dr. W. habe ein Bild markiert, auf dem unmittelbar der wellige, aufgetriebene und mit einer Signalerhöhung verbundene Befund zu erkennen sei, der nach einem vom Kläger selbst vorgelegten Auszug aus einem Lehrbuch für Radiologie auf einen (Teil-)Riss des vorderen Kreuzbandes hinweise, belegt diesen aber nicht. Nach den Ausführungen in dem Lehrbuch haben MRT.-Aufnahmen für Teilrisse des vorderen Kreuzbandes bei einer Spezifität von jedenfalls unter 90 % keine ausreichende diagnostische Sicherheit. Die Beweiskraft der mitgeteilten Auffassung Dr. W.s ist zudem weitergehend eingeschränkt, weil kein Radiologe aus den Aufnahmen entsprechende Schlussfolgerungen zieht. Denn selbst Dr. S. stützt sich nicht auf die besondere Darstellung einer gewellten Form des Kreuzbandes, sondern auf die Erkennbarkeit der Trennung einzelner Fasern.

Der Innenmeniskushinterhornriss des rechten Knies ist nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 24. Oktober 2001. Insoweit folgt das Gericht der Einschätzung des Sachverständigen Dr. M., der den Riss als Folge einer Meniskopathie sieht, bei der es sich um eine unfallunabhängige chronischdegenerative Meniskuserkrankung handele. Insofern verweist er nachvollziehbar darauf, der Riss sei auf dem MRT. vom 8. März 2002 noch nicht abgebildet gewesen und die Meniskopathie selbst Folge einer Schadensanlage. Auch Dr. F. vom Krankenhaus V. / G. hat in seinem Bericht an das Sozialgericht vom 4. Dezember 2002 die Erkrankung des rechten Innenmeniskushinterhorns nicht in die Aufzählung der Unfallfolgen aufgenommen.

Ebenso wenig ist der Riss der Plica infrapatellaris mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Der Sachverständige legt überzeugend dar, die Plica infrapatellaris sei eine überwuchernde Falte der Gelenkinnenhaut und als solche anlagebedingt. Sie neige als solche zu einer Rissbildung durch Einklemmung im Kniegelenk, ohne dass es dazu eines besonderen Ereignisses bedürfe. Diese Argumentation ist durch die nicht näher begründete Einbeziehung dieses Risses in die Aufzählung der Unfallfolgen durch Dr. F. nicht zu schwächen.

Der Anspruch des Klägers auf die Erstattung der Kosten der Heilbehandlung besteht nicht über das Maß hinaus, in dem er bereits vor dem Sozialgericht rechtskräftig erfolgreich gewesen ist. Denn auf einen durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden im Sinne der Anspruchsgrundlage des [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) bezog sich die Behandlung nach dem 12. November 2001 nicht mehr mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit. Das Gericht folgt auch insoweit dem Sachverständigen Dr. M. bei seiner Einschätzung, die Behandlung nach dem 12. November 2001 sei eher nur noch wegen symptomatisch gewordener Schadensanlagen erforderlich geworden. Dieser Einschätzung schließt der Senat sich an, weil die danach fortbestehenden Beschwerden (auch) für die unfallbedingte Prellung unspezifisch waren. Denn trotz unverändert gebliebener Beschwerdeschilderungen haben die Ärzte in der Prellung und Seitenbandverletzung auf Dauer keine hinreichende Erklärung dafür gesehen und auch weitere behandlungsbedürftige Krankheitsbilder gefunden, die – wie dargelegt – nicht unfallbedingt sind.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGG](#) nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-10-01