

## L 6 U 5/07

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

LSG Sachsen-Anhalt

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6.

1. Instanz

SG Stendal (SAN)

Aktenzeichen

S 6 U 30/05

Datum

21.12.2006

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

L 6 U 5/07

Datum

18.11.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der angefochtene Bescheid abgeändert wird.

Die Beklagte trägt auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin für das Berufungsverfahren.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Riss des vorderen Kreuzbandes im linken Knie der Klägerin durch einen Arbeitsunfall verursacht worden ist.

Die 1956 geborene Klägerin verlor am 14. April 2004 gegen 15.20 Uhr bei versicherter Tätigkeit auf einer Leiter stehend das Gleichgewicht, stürzte mit durchgestrecktem Bein zu Boden und verdrehte sich hierbei das linke Kniegelenk, mit dem sie nach innen einknickte. Der kurz darauf aufgesuchte Durchgangsarzt Prof. Dr. W. (Direktor der Klinik für Unfallchirurgie der Universität M.) fand eine endgradige Streck- und Beugehemmung des linken Knies, einen stabilen Kapsel-Bandapparat, negative Meniskus- und Kreuzbandzeichen und diagnostizierte eine Distorsion des linken Kniegelenkes. Im Rahmen der Untersuchung am 16. April 2004 gab er einen von der Klägerin beschriebenen deutlichen Belastungsschmerz mit mittlerweile rückläufiger Schwellung wieder. Das Gangbild der Klägerin sei kleinschrittig und unter Verwendung von Unterarmgehstützen hinkend. Das Knie weise einen deutlichen, wenngleich nicht punktionswürdigen Erguss auf. Die Seitenbänder seien stabil, die Kreuzbänder seien wegen des Ergusses nicht sicher beurteilbar und die Beweglichkeit des Knies jetzt mehr eingeschränkt (0-10-110°).

Ein am 20. April 2004 gefertigtes Magnetresonanztomogramm (MRT) des linken Kniegelenks erbrachte einen deutlichen Gelenkerguss, Grad-II-Läsionen beider Menisken, kein Knochenödem sowie ein im gesamten Verlauf und in allen Sequenzen nicht ausreichend abgrenzbares vorderes Kreuzband. Das hintere Kreuzband, die Seitenbänder und die Gelenkkapsel waren intakt. Im Bericht über die am 28. April 2004 in der Klinik für Unfallchirurgie der Universität M. durchgeführte Arthroskopie sind intraoperativ eine vordere Kreuzbandruptur mit Blutauflagerungen im Bereich der deutlich aufgefaserten Kreuzbandstümpfe, ein Innenmeniskuslängsriss im Bereich des Hinterhorns, ein am Rand degenerativ aufgefasertes Außenmeniskus sowie im lateralen Kompartiment eine Chondromalazie (Knorpelweichung) II. Grades beschrieben. Der makroskopische Befund spreche für eine frische Kreuzbandruptur. Die feingewebliche Aufbereitung der intraoperativ aus dem Innenmeniskus und dem vorderen Kreuzband entnommenen Gewebestücke ergab nach der Auswertung der Pathologen Prof. Dr. R. und Dr. R. (Institut für Pathologie der Universität M.) im Meniskusbereich u.a. keine Eisenpigmentablagerungen und im aufgespleißten Sehngewebe randliche Kapillareinsprossungen wie bei einer mehrzeitigen Sehnenruptur.

Im Rahmen eines am 31. August 2004 gefertigten MRT des linken Kniegelenks hätten sich im Vergleich zur Voraufnahme nach Prof. Dr. G. und Dr. L. (Klinik für Diagnostische Radiologie der Universität M.) zunehmende Degenerationen im Meniskusbereich sowie regelrechte Kreuz- und Seitenbänder gezeigt.

Bereits im Mai 1997 war die Klägerin wegen Beschwerden im linken Kniegelenk von dem Facharzt für Orthopädie Dr. W. behandelt worden, der die Erstellung des MRT vom 9. Juni 1997 veranlasst hatte. Hieraus gingen nach der Auswertung des Facharztes für Radiologie und Nuklearmedizin Dr. H. eine diskrete Signalanhebung im Vorderhornbereich des Außenmeniskus, ein kleiner Einriss an der Unterfläche des Innenmeniskushinterhorns, ein geringer Gelenkerguss, eine Chondropathia patellae Grad I-II, intakte Seitenbänder und ein unauffälliges hinteres Kreuzband hervor. Das vordere Kreuzband sei deutlich ödematisiert, aber noch annähernd in gesamter Kontinuität darstellbar. Der Befund lasse auf einen weitgehenden Einriss schließen. Vom 13. bis zum 16. Dezember 1998 hatte sich die Klägerin stationär im

Städtischen Klinikum M. befunden, wo am 14. Dezember 1998 mittels Arthroskopie eine Innenmeniskushinterhornresection sowie eine Außenmeniskusrandglättung durchgeführt worden waren. Intraoperativ hatte sich ein etwas aufgefasertes vorderes Kreuzband mit vermehrter Verschieblichkeit des Tibiaplateaus im Sinne einer Elongation bei jedoch festem Anschlag gefunden. Das laterale Kompartiment weise einen glatten Knorpelbelag und einen im Wesentlichen intakten Außenmeniskus auf, der lediglich im Randbereich des Hinterhorns und des Zwischenstücks degenerativ verändert sei. Medial waren ein degenerativer Innenmeniskushinterhornlappenriss sowie ein erstgradiger Knorpelschaden beschrieben worden. Am 5. September 2000 waren während eines stationären Aufenthalts der Klägerin im Fachkrankenhaus für Rheumatologie und Orthopädie V./G. das vordere Kreuzband operativ geglättet, eine Innenmeniskusteilresection durchgeführt sowie eine Baker-Zyste (Ausstülpung der Kniegelenkbinnenhaut in die Kniekehle) entfernt worden. Laut Operationsbericht hätten sich am vorderen Kreuzband ein partieller Schaden mit wenigen durchtrennten Fasern sowie am Ansatz eine Vernarbung gefunden, die eine Einklemmsymptomatik bei vollständiger Streckung hervorrufe. Die Vernarbung sei entfernt und zur histologischen Untersuchung eingeschickt worden. Im Bereich des Übergangs vom Mittelstück zum Hinterhorn zeige sich ein degenerativer Innenmeniskusschaden; lateral seien keine Auffälligkeiten sichtbar. Arbeitsunfähig war die Klägerin insoweit vom 30. Mai bis 11. Juni 1997, 11. Dezember 1998 bis 3. Februar 1999 sowie vom 18. August bis 10. November 2000 gewesen.

Zur Feststellung und Bewertung der Unfallfolgen beauftragte die Beklagte den Facharzt für Chirurgie Dr. M. mit der Erstellung des Gutachtens vom 24. September 2004. Dieser schätzte im Ergebnis ein, das Unfallereignis sei für die Entstehung der kompletten vorderen Kreuzbandruptur links nicht hinwegdenkbar; sowohl dieses als auch der partielle Vorschaden am Kreuzband seien als gleichwertige Bedingungen zu werten. Die Rissbildung am Innenmeniskushinterhorn sei demgegenüber auf die bekannte Degeneration dieser Struktur zurückzuführen. Entsprechendes gelte für den degenerativ aufgefaserten freien Rand des Außenmeniskus sowie die Knorpelerweichung im äußeren Kniegelenkkompartiment. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit 10 vom Hundert (vH) zu veranschlagen.

Die Beklagte holte daraufhin nach Aktenlage von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie M.-C. das Gutachten vom 23. November 2004 ein, der die Ansicht vertrat, am 14. April 2004 sei es zu einer erheblichen Distorsion des linken Kniegelenkes gekommen, die sicherlich nicht als Bagatelle gewertet werden könne. Trotzdem sei der Riss des Kreuzbandes nicht diesem Unfall anzulasten, da es bereits 1997 weitgehend geschädigt gewesen sei und sich allmählich aufgelöst habe. Auch der Meniskusschaden sei degenerativ bedingt, da er bereits 1998 behandelt worden sei. Die MdE liege unter 10 vH.

Mit Bescheid vom 18. Januar 2005 erkannte die Beklagte das Ereignis vom 14. April 2004 mit einer folgenlos ausgeheilten Distorsion des linken Kniegelenkes als Arbeitsunfall an, stellte eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zum 6. Juni 2004 fest und lehnte einen Rentenanspruch ab. Keine Unfallfolgen seien der Verlust des vorderen Kreuzbandes links, der Innenmeniskusschaden sowie die krankhafte Erweichung der Knorpelsubstanz.

Hiergegen erhob die Klägerin am 25. Januar 2005 Widerspruch und machte vor allem geltend, dass nach der Operation im September 2000 bis zum Unfallgeschehen keine weiteren Probleme mit dem linken Knie bestanden hätten. Der Schaden müsse daher unfallbedingt sein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. April 2005 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Am 20. Mai 2005 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Stendal Klage erhoben und ihr Begehren weiter verfolgt. Das SG hat von der Orthopädischen Universitätsklinik M. bei letzter Vorstellung am 11. November 2004 den Befundbericht vom 25. August 2005 eingeholt und den Facharzt für Orthopädie Dr. W.-R. nach ambulanter Untersuchung das Gutachten vom 26. April 2006 nebst ergänzender Stellungnahme vom 20. September 2006 fertigen lassen. Dieser ist zu dem Ergebnis gelangt, die vordere Kreuzbandläsion sei auf den Arbeitsunfall zurückzuführen. Demgegenüber entsprächen die bei der Operation 2004 gewonnenen Eindrücke am Innen- und Außenmeniskus den Vorveränderungen, so dass die insoweit bestehenden Schäden nicht unfallbedingt seien. Die MdE sei bei insgesamt noch nicht erheblich eingeschränkter Funktion des linken Kniegelenkes um 10 vH zu bewerten. Gegen eine unfallbedingte Kreuzbandruptur sprächen der Vorschaden, der auch an den Menisken und im Knorpelbereich bestanden und zu einer Baker-Zyste geführt habe, die klinisch nicht eindeutig gefundenen Hinweise auf eine traumatische Instabilität sowie ein nicht gesicherter blutiger Gelenkerguss. Zudem trete eine isolierte Kreuzbandruptur eher selten auf. Andererseits habe sich die im MRT von 1997 verdächtige erhebliche Traumatisierung des vorderen Kreuzbandes bei der Operation im Dezember 1998 gerade nicht bestätigt. Auch im Dezember 2000 habe der Operateur nur wenige durchtrennte Fasern beschrieben. Damit sei zwar von einer allmählichen Zerrüttung des Kreuzbandes unabhängig vom Unfall auszugehen, ein umfangreicher Substanzverlust zum Unfallzeitpunkt sei jedoch nicht gesichert. Die Aussage, aufgrund schicksalhafter Veränderungen habe es im Jahre 2004 unweigerlich zu einer kompletten Ruptur kommen müssen, sei medizinisch nicht begründbar und bleibe spekulativ. Würden der Beschwerdeverlauf mit sofortigen Schmerzen, die operativ gefundenen Blutauflagerungen, der histologisch beschriebene mehrzeitige Riss im Sinne eines Nebeneinander von frischeren und älteren Läsionen sowie berücksichtigt, dass die Unfalleinwirkung geeignet gewesen sei, auch ein gesundes Kreuzband zu schädigen, sei das Unfallgeschehen neben den degenerativen Veränderungen zumindest als gleichwertige Bedingung der Zerreißen anzusehen.

Die Beklagte hat hierzu u.a. eingewandt, der Sachverständige habe die bereits 1998 gefundene Kreuzbandinstabilität sowie das Fortschreiten des Schadens bis zum Unfall nicht ausreichend gewürdigt. Auch die operativen und histologischen Befunde allein seien nicht aussagekräftig. Schließlich unterstelle Dr. W.-R. einen geeigneten Unfallhergang.

Mit Gerichtsbescheid vom 6. Dezember 2006 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 18. Januar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2005 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die vordere Kreuzbandläsion am linken Kniegelenk als Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 2004 anzuerkennen. Zur Begründung hat es sich auf die Bewertungen der Dres. M. und W.-R. gestützt, die im Gegensatz zur Ansicht von Herrn M.-C. überzeugten. Dieser sei von einem massiven Vorschaden ausgegangen, der nirgends belegt sei.

Gegen den ihr am 22. Dezember 2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 11. Januar 2007 unter Wiederholung ihrer Ausführungen Berufung beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt eingelegt. Auch das im Berufungsverfahren eingeholte Gutachten stütze ihre Ansicht.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stendal vom 6. Dezember 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die Entscheidung des SG.

Der Senat hat von dem Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. S. das nach ambulanter Untersuchung am 12. Dezember 2007 erstellte Gutachten vom 31. Januar 2008 eingeholt. Dr. S. hat frei bewegliche Kniegelenke sowie links eine leichte Lockerung des Innenseitenbandes dokumentiert, die muskulär kompensiert sei. Das Gangbild sei unauffällig; eine einseitige Muskelverschwächung im Bereich der unteren Extremitäten bestehe nicht. Bei Durchsicht der bildgebenden Befunde sei die Auswertung des MRT vom 31. August 2004 insofern nicht nachvollziehbar, als regelrechte Kreuzbänder mitgeteilt würden. Vielmehr sei ebenso wie auf der Voraufnahme vom 20. April 2004 das vordere Kreuzband gerade nicht abgrenzbar. Dass im Operationsbericht vom 28. April 2004 Blutauflagerungen genannt seien, führe zur Klärung der Zusammenhangfrage nicht weiter, da nicht näher beschrieben sei, woher die Blutung stamme. Nach der Situationsbeschreibung im Bericht müsse jedoch davon ausgegangen werden, dass es beim Unfallereignis zu einer definitiven Zerreißen der bis dahin noch in Kontinuität befindlichen Kreuzbandfaserreste gekommen sei. Wie funktionsfähig die bereits vorgeschädigte Struktur zum Unfallzeitpunkt noch gewesen sei, sei anhand der dokumentierten Befunde nicht sicher beurteilbar. Die Tatsache der Entfernung der Baker-Zyste belege jedoch einen chronischen Reizzustand. Insgesamt sei der durch den Vorschaden bedingte Ursachenanteil gegenüber demjenigen der äußeren Einwirkung jedoch als deutlich überwiegend anzusehen. Ob das Unfallgeschehen geeignet gewesen sei, eine intakte Kreuzbandstruktur zu schädigen, könne er nicht beurteilen. Ob es als wesentliche Teilursache in Frage komme, obliege der rechtlichen Würdigung. Der Grad der MdE sei um unter 10 vH einzuschätzen.

Nachfolgend hat der Senat vom Städtischen Klinikum M. den pathologischen Untersuchungsbefund vom 8. September 2000 über die am 5. September 2000 entnommenen Gewebestücke beigezogen. Hierin wird von dem Facharzt für Pathologie Dr. K. ein Synovial(Gelenkinnenhaut-)gewebe mit flacher Deckzellschicht und nur winzigen knöchernen Infiltraten beschrieben. Das darunter liegende faserreiche und zellarme Material gehe herdförmig in ein chondroides (knorpelartiges) Gewebe mit kleinen Brutkapseln und Fissuren über. In der daneben eingesandten Bindegewebsmenge finde sich eine teils feinzottig aufgebaute Synovialis mit nicht wesentlich verbreiteter Deckzellschicht, geringgradigen entzündlichen Infiltraten und deutlichen Sklerosierungen (Verhärtungen) der tieferen Schichten. Die Befunde seien mit einem Ganglion am vorderen Kreuzband sowie einer Arthrocele (Baker-Zyste) im zweiten Präparat vereinbar.

In seiner dazu gefertigten ergänzenden Stellungnahme vom 19. Februar 2008 sieht sich Dr. S. durch den Befund bestätigt. Er sei als Beleg der Schädigung eines großen Teils des vorderen Kreuzbandes zu werten. 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 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthafte, form- und fristgerecht erhobene ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) sowie auch ansonsten zulässige Berufung ist unbegründet. Denn der Bescheid der Beklagten vom 18. Januar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. April 2005 beschwert die Klägerin insoweit im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), als die Beklagte darin die Verursachung der Kreuzbandruptur durch den Arbeitsunfall abgelehnt hat. Wie das SG, dessen Ausspruch bei sachgerechtem Verständnis als Abänderung des angefochtenen Bescheides auszulegen ist, zutreffend entschieden hat, ist der Riss des vorderen Kreuzbandes im linken Knie der Klägerin Folge des Arbeitsunfalls vom 14. April 2004.

Nachgewiesene Gesundheitsstörungen sind Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn zwischen dem Unfallereignis und ihnen entweder direkt oder vermittelt durch den Gesundheitserstschaden ein Ursachenzusammenhang im Sinne von [§ 8 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) besteht. Dabei gilt der Beweismaßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Diese 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 Januar 2010, [§ 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 Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 12. April 2005 - [B 2 U 27/04 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 15](#); Urteil vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#)).

Ausgehend hiervon liegt eine ernste Zweifel ausschließende Wahrscheinlichkeit dafür vor, dass der Arbeitsunfall wesentlich teilursächlich beim bildgebend und arthroskopisch gesicherten Riss des vorderen Kreuzbandes im linken Knie der Klägerin mitgewirkt hat.

Diese Ursachenbeziehung wird zunächst dadurch unterstützt, dass der Unfallhergang zur Verursachung einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes geeignet erscheint. Denn Rotationsbewegungen gehören zu den gefährdenden Mechanismen; eine irgendwie geartete Fixierung wird gerade nicht gefordert (siehe etwa Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Abschn. 8.10.4.4.2, S. 611; Weber/Ludolph in: Ludolph/Schürmann/Gaidzik, Kursbuch der ärztlichen Begutachtung, Stand Juli 2010, Abschn. VI-1.2.4, S. 4 f.). Eine entsprechende Situation lässt sich für den Augenblick des Auftreffens des linken Beines auf den Boden bei gleichzeitigem

Verdrehen und Wegknicken des linken Knies nach innen schwerlich bestreiten, zumal eine vorschadensbedingte erhöhte Anfälligkeit zu berücksichtigen ist. Der Senat folgt deshalb den entsprechenden Bewertungen durch die Dres. M. und W.-R ... Auch die Sachverständigen M.-C. und Dr. S. haben selbiges eingeräumt; ihre weiterführende Diskussion wäre ansonsten entbehrlich gewesen. Abgesehen davon geht es angesichts der im Bereich der Menisken anlässlich des Geschehens entstanden Schäden schon um keinen isolierten Kreuzbandriss im eigentlichen Sinn.

Daneben wird eine wesentliche kausale Verknüpfung zwischen dem Unfall und dem Kreuzbandriss auch durch das Verhalten der Klägerin nach dem Unfall sowie die im weiteren Verlauf erhobenen klinischen, bildgebenden, intraoperativen und histologischen Befunde wahrscheinlich gemacht. So musste die Klägerin ihre Arbeit nach dem Unfall sofort beenden und mit einem Rollstuhl zur Erstuntersuchung gebracht werden. Hierbei hat Prof. Dr. W. zunächst zwar nur eine endgradige Streck- und Beugehemmung des linken Knies, einen stabilen Kapsel-Bandapparat sowie keine positiven Meniskus- und Kreuzbandzeichen gefunden. Zwei Tage später hat er jedoch einen "immer noch" deutlichen Erguss festgehalten, der eine genauere Inspektion der Kreuzbänder verhindert hat. Auch hat er selbst aus dem Erstbefund nicht die Schlussfolgerung gezogen, der Kreuzbandriss sei nicht durch die Kniegelenksverdrehung bedingt. Denn im Bericht vom 3. Juni 2004 hat er selbst die Diagnose einer Kniegelenksdistorsion "mit" VKB-Ruptur gestellt.

Ferner liegt auch kein zweiphasiger Beschwerdeverlauf mit zunehmender Verschlechterung der Befundlage nach dem Unfallereignis vor, der auf eine (überwiegend) degenerative Schadensentwicklung und damit ein unfallunabhängiges Geschehen hindeuten mag. Vielmehr ließen die Beschwerden nach den eingeleiteten Therapiemaßnahmen stetig nach und trat bei der Klägerin wieder kontinuierliche Arbeitsfähigkeit ein. Insbesondere der intraoperative Befund, der die im sechs Tage nach dem Unfall gefertigten MRT gewonnenen Erkenntnisse eindrücklich bestätigt, bekräftigt die wesentliche Teilursächlichkeit der Unfalleinwirkung. Anstatt stumpfer, abgerundeter und mit der Umgebung verwachsener Sehnenränder oder gar nicht mehr auffindbarer Sehnenreste, die gegebenenfalls auf einen unfallunabhängigen Schaden rückschließen lassen, hat der Operateur Blutauflagerungen im Bereich der deutlich aufgefaserten Kreuzbandstümpfe beschrieben und den makroskopischen Befund ausdrücklich als frischen Riss eingeordnet. Damit übereinstimmend haben Prof. Dr. R. und Dr. R. die feingeweblich im Sehnenewebe erkannten Kapillareinsprossungen als mehrzeitig und damit zumindest auch frische Sehnenruptur gewertet.

Schließlich ist der im Bereich des vorderen linken Kreuzbandes belegte Vorschaden nach Überzeugung des Senats nicht als derart überwiegend zu veranschlagen, dass er der Unfalleinwirkung die Qualität einer erheblich mitwirkenden Bedingung nimmt. Wie Dr. S. zunächst plausibel ausgeführt hat, lässt sich anhand der vorliegenden Erkenntnisse eben nicht sicher sagen, wie weit fortgeschritten der Vorschaden zum Unfallzeitpunkt war. Zwar belegen die Entfernung der Baker-Zyste sowie das am 5. September 2000 abgetragene Ganglion einen chronischen Reizzustand. Allein hieraus lässt sich entgegen seiner Wertung jedoch auf kein deutliches Überwiegen des Vorschadens schließen, zumal der am (knöchernen) Ansatz des Kreuzbandes entfernte Knoten selbst keine unmittelbare Aussage über den genauen Zustand der Risszone enthält. Denn nicht nur bei der Arthroskopie am 14. Dezember 1998 konnte der von Dr. H. bei der Auswertung des MRT vom 9. Juni 1997 angenommene weitgehende Kreuzbandeinriss eindeutig entkräftet werden. Beschrieben ist insoweit nur ein etwas aufgefasertes (elongiertes) Kreuzband mit festem Anschlag. Vielmehr lag auch bei der Operation am 5. September 2000 kein davon wesentlich abweichender Zustand vor, sondern wies das vordere Kreuzband weiterhin nur wenige durchtrennte Fasern und am Ansatz den entfernten Knoten auf. Damit muss zwar von einer allmählichen unfallunabhängigen Auffaserung des Kreuzbandes ausgegangen werden, eine zum Unfallzeitpunkt auf alltägliche Situationen jederzeit ansprechende Rissbereitschaft bei nahezu vollständigem Substanzverlust ist andererseits jedoch gerade nicht gesichert (vgl. zur so genannten Gelegenheitsursache nur BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 8/06 R](#) - juris). Es lässt sich laut Dr. W.-R. medizinisch nämlich nicht begründen, dass es aufgrund schicksalhafter Veränderungen im Jahre 2004 unweigerlich zu einer kompletten Kreuzbandruptur kommen musste. Dieser Aussage hat auch Dr. S. nicht widersprochen. Insgesamt kommt dem Vorschaden in Relation zum Unfallgeschehen unter Einbeziehung der zuvor geprüften weiteren Gesichtspunkte damit kein derartiges Gewicht zu, dass beim Senat ernste Zweifel an der wesentlichen Teilursächlichkeit des Unfalls für den kompletten Riss des Kreuzbandes verbleiben würden. Er folgt deshalb den Einschätzungen der Dres. M. und W.-R., die das Unfallereignis sogar als gleichwertig gewichtet haben.

Nach alledem konnte die Berufung keinen Erfolg haben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-09-24