

## L 6 U 70/08

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6.  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 3 U 83/06  
Datum  
03.06.2008  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 6 U 70/08  
Datum  
07.07.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Anerkennung von Gesundheitsschäden des rechten Knies als zusätzliche Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Dezember 2004 und die Gewährung einer Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 vom Hundert (v.H.).

Der 1979 geborene und als Wachmann tätige Kläger verdrehte sich bei der Ausübung versicherter Tätigkeit am 6. Dezember 2004 gegen 15.15 Uhr das rechte Knie. Er suchte noch am selben Tag gegen 18.18 Uhr den Durchgangsarzt des Klinikums S. Privatdozent (PD) Dr. T. auf, der in seinem Bericht vermerkte, der Kläger habe weiter gearbeitet und bei zunehmenden Beschwerden das Klinikum aufgesucht. Äußere Verletzungen, Schwellung und Rötung seien keine sichtbar. Das Knie sei schmerzhaft palpabel (tastbar), die Beugung im Kniegelenk schmerzhaft eingeschränkt. Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien ohne Befund. Er diagnostizierte ein Knie-Distorsionsstrauma rechts. Der Kläger war in der Folgezeit vom 6. bis 19. Dezember 2004 mit der Diagnose S 83.6 der ICD-10 (Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies) arbeitsunfähig erkrankt und bezog für diesen Zeitraum Verletzengeld.

Am 17. Januar 2005 suchte der Kläger die Fachärzte für Orthopädie Dres. K. auf. Diese vermerkten unter dem 24. Februar 2005: "Patellaluxation rechts 2004, 1/05 erneute Patellaluxation". In der hierzu bescheinigten Arbeitsunfähigkeit vom 17. Januar bis 5. März 2005 gab die Krankenkasse KKH den Diagnoseschlüssel Z 48.8 (Sonstige näher bezeichnete Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff) der ICD-10 an.

Die Beklagte erreichte die Unfallanzeige der Arbeitgeberin des Klägers. Danach sei der Kläger während der Ausbildung seines Diensthundes mit seinem rechten Fuß in ein Mauseloch getreten, umgeknickt und habe sich das Knie verdreht. Das Knie sei angeschwollen.

Die Beklagte holte den Befundbericht von Dr. K. vom 3. Mai 2005 ein, der ausführte, der Kapselbandapparat sei stabil und es bestehe eine Weichteilschwellung ohne Erguss. Die Sonographie habe keinen Erguss ergeben. Das Zohlen-Zeichen sei positiv. Zeichen von Gewalteinwirkung bestünden nicht. Er diagnostizierte eine stattgehabte Patellaluxation. Rezidivierende Patellaluxationen beidseits seien bei dem Kläger seit Jahren bekannt - bereits vor 10 Jahren sei eine Arthroskopie links durchgeführt worden.

Unter dem 18. November 2005 bescheinigte die KKH nachfolgende Zeiten der Arbeitsunfähigkeiten des Klägers während der bei ihr zeitweilig bestehenden Versicherungszeiten: 6. Dezember 2004 S 83.6 "Verstauchung und Zerrung", 17. Januar 2005 M 22.1 "Habituelle Subluxation der Patella" und M 22.0 "Habituelle Luxation der Patella".

Die Beklagte erhielt den Bericht der A. C.-M vom 16. Februar 2005 über die Arthroskopie des rechten Kniegelenks, welche Dr. K. durchgeführt hatte. Danach bestand eine Chondromalazie I. bis II. Grades retropatellar (Knorpelweichung an der Kniescheibengelenkfläche), eine Plica mediopatellaris (Bindegewebsstrang am vorderen Abschnitt des Kniegelenks zur Kniescheibe ziehend), eine Plica infrapatellaris (Bindegewebsstrang unterhalb der Kniescheibe) und eine Reizsynovitis (entzündliche Reizung der Kniegelenkbinnenhaut).

Mit Bescheid vom 10. Januar 2006 erkannte die Beklagte den Unfall vom 6. Dezember 2004 mit einer folgenlos ausgeheilten Zerrung des rechten Kniegelenks an, lehnte jedoch die Anerkennung einer Verletzung der Plicae medio- und infrapatellaris sowie der degenerativen Veränderungen der Kniescheibenrückseite als Folgen des Arbeitsunfalls und die Erbringung von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung über den 19. Dezember 2004 hinaus ab.

Am 18. Januar 2006 erhielt die Beklagte zwei Berichte des Waldkrankenhauses Bad Dübren, wonach die Arthroskopien des rechten Kniegelenks am 6. Juli 2005 eine Elongation des vorderen Kreuzbandes mit fraglicher Partialruptur und am 20. Dezember 2005 eine ventrale Instabilität des rechten Kniegelenks bei elongiertem vorderen Kreuzband ergeben hatten. Am 20. Dezember 2005 ist eine Versorgung des Klägers mit einer vorderen Kreuzbandersatzplastik erfolgt.

Am 26. Januar 2006 erhob der Kläger gegen den Bescheid vom 10. Januar 2006 Widerspruch und fügte eine ärztliche Unfallmeldung der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. J. zu dem Unfall vom 6. Dezember 2004 bei.

Die Beklagte holte den Befundbericht des Chirurgen Dr. W. vom 28. März 2006 ein, der ausführte, er habe seit dem 25. Februar 2005 den Heilungsverlauf des rechten Knies kontrolliert und krankengymnastische Übungsbehandlungen sowie Analgetika verordnet. Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenks vom 20. März 2006 hätten keinen auffälligen Befund ergeben.

Die Beklagte erhielt von der Krankenkasse das Sozialmedizinische Gutachten des MDK Sachsen-Anhalt e.V. vom 31. März 2006 mit der Diagnose einer chronischen Instabilität des Kniegelenks und Kniebinnenschaden. Ferner erhielt sie folgende Befundberichte: Unter dem 6. Juni 1994 hatte der Facharzt für Orthopädie und Oberarzt des Waldkrankenhauses B. D. Dr. S. nach Arthroskopie des rechten Kniegelenks eine Chondropathia patellae Stadium I (degenerative Knorpelveränderung im Bereich der Rückseite der Kniescheibe) diagnostiziert. Unter dem 1. Juni 2006 hatte die Fachärztin für Orthopädie Dipl.-Med. W. vermerkt, sie habe den Kläger am 5. November 1993, 14. Januar 1994, 18. Februar 1994, 25. Mai 1994 und 3. Juni 1994 wegen einer Chondropathia patellae rechts größer als links behandelt.

Die Beklagte veranlasste den Chefarzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des S. Klinikums D. Dr. Z. mit der Erstattung des Gutachtens vom 18. Juni 2006 nach Untersuchung des Klägers am 2. Mai 2006. Dr. Z. führte aus, zwischen dem Unfallereignis und den im Rahmen der Arthroskopien am 6. Juli 2005 und 20. Dezember 2005 festgestellten Kniebinnenschäden bestehe kein ursächlicher Zusammenhang. Andernfalls hätten bereits bei der Erstuntersuchung eine Funktionseinschränkung, eine Schwellung des Kniegelenks und ggf. eine intraartikuläre Ergussbildung erkennbar sein müssen. Klinische Indizien für eine traumatische Zusammenhangstrennung des vorderen Kreuzbandes seien nicht nachgewiesen. Die drei Monate nach dem Arbeitsunfall erfolgte Arthroskopie (gemeint sein dürfte die Arthroskopie vom 16. Februar 2005) habe die bereits früher festgestellten degenerativen Veränderungen der Kniescheibenrückfläche bestätigt. Verletzungen, insbesondere der Kreuzbänder und Menisken, seien ausgeschlossen worden. Eine unfallbedingte Entstehung der Plicae sei auszuschließen. Die Resektion der Plicae sei wegen eines Plicasyndroms erfolgt. Das Kniegelenk enthalte mehrere synoviale Plicae, die als Residuen der während der Ontogenese erfolgenden Verschmelzung zum gemeinsamen Kniebinnenraum persistierten. Konstant kämen dabei Septen vor, die als Plica infrapatellaris und Plica mediopatellaris im Kniegelenk vorgefunden würden. Mit hoher Sicherheit sei eine Ausrenkung der Kniescheibe am 6. Dezember 2004 auszuschließen. Bei einer Kniescheibenausrenkung wäre bei der Arthroskopie eine Zusammenhangstrennung des Kniescheibenhaltebandes noch erkennbar und eine Instabilität im Kniescheibengelenk nachweisbar gewesen. Zudem führe eine traumatische Kniescheibenausrenkung stets zur Entwicklung eines blutigen, intraartikulären Ergusses, weil eine Ausrenkung der Kniescheibe ohne Ruptur des Kniescheibenhaltebandes nicht vorstellbar sei. Hierfür fänden sich weder klinisch noch arthroskopisch Hinweise. Schließlich sei das vom Kläger geschilderte Ereignis nicht geeignet, eine traumatische Kniescheibenausrenkung ohne Vorliegen prädispositioneller Faktoren zu verursachen. Die radiologischen und sonografischen Untersuchungen schlossen aber relevante dispositionelle Faktoren aus. Es fände sich keine Lateralisation der Kniescheibe, kein Kniescheibenhochstand, keine Beinachsendiformität im X-Sinne und keine anlagebedingte Dysplasie der Kniescheibe bzw. des Kniescheibengleittagers.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Juli 2006 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Der Widerspruchsbescheid ging dem Kläger am 27. Juli 2006 per Post zu.

Mit der am 28. August 2006 (Montag) vor dem Sozialgericht Dessau erhobenen Klage hat der Kläger die Anerkennung zusätzlicher Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente weiter verfolgt.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht den Chirurgen und Oberarzt der Klinik für Unfall- und Handchirurgie des S. Krankenhauses D. Dr. S. nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit der Erstattung des Gutachtens vom 4. März 2007 nach Untersuchung des Klägers am 15. Dezember 2006 beauftragt. Dr. S. hat ausgeführt, der Durchgangsarzt habe einen unvollständigen Befund erhoben. Bei der Erstdiagnose "Kniestorsionstrauma rechts" handle es sich lediglich um die grobe Beschreibung des Unfallmechanismus, bei dessen Vorliegen grundsätzlich von der Möglichkeit einer Bandverletzung des Kniegelenks ausgegangen werden müsse. In dem Operationsbericht vom 16. Februar 2005 sei kein Befund geschildert, der mit dem Vorliegen einer Kniescheibenausknugelung in Einklang zu bringen sei. Vielmehr werde diese sogar ausgeschlossen, weil auf ein laterales Release als Therapieform einer rezidivierenden Patellaluxation verzichtet worden sei. Der klinische Untersuchungsbefund des Kniegelenks bleibe im Operationsbericht unklar; eine Bandinstabilität werde nicht beschrieben. Der Bericht gebe auch keine Auskunft über die Unversehrtheit oder Schädigung der Kreuzbänder. Hinweise auf eine früher stattgehabte Patellaluxation bestünden nicht. Diese sei auch nicht in dem Befundbericht aus dem Jahr 1994 beschrieben. Bei der dort angegebenen Chondropathia patellae handle es sich um eine anlagebedingte, möglicherweise durch die sportliche Aktivität des Klägers geförderte Veränderung des Knorpelüberzugs der Kniescheiben. Auch fänden sich in den Befundberichten keine Anhaltspunkte für eine anatomisch-physiologische Veranlagung für eine Kniescheibenausknugelung im Sinne einer habituellen bzw. rezidivierenden Luxation. Am 6. Mai 2005 habe eine Überdehnung des vorderen Kreuzbandes mit fraglicher Teilruptur vorgelegen. Da der Kläger im gesamten Verlauf nicht arbeitsfähig gewesen und laut Anamnese im Wesentlichen an Gehstützen oder unter Schutz einer Orthese gelaufen sei, sei es unwahrscheinlich, dass ein konkurrierendes Unfallereignis mit Schädigung des Kreuzbandes seit dem 6. Dezember 2004 stattgefunden habe. Deshalb habe der Unfall vom 6. Dezember 2004 mit hoher Wahrscheinlichkeit die chronische vordere Instabilität des rechten Kniegelenks verursacht. Zudem sei der Kläger vor dem Unfallereignis vollständig arbeitsfähig gewesen und habe unter keinen Instabilitätsbeschwerden des Kniegelenks gelitten. Das Unfallgeschehen am 6. Dezember 2004 sei auch geeignet gewesen, eine vordere Kreuzbandruptur hervorzurufen. Die im Juli 2005 festgestellte Elongation des vorderen Kreuzbandes erkläre die seit dem 6. Dezember 2004 aufgetretenen Beschwerden und stehe mit dem beschriebenen Unfallereignis in Einklang.

In der von der Beklagten veranlassten Stellungnahme vom 7. Mai 2007 hat Dr. Z. entgegnet, die Durchgangsärzte hätten den Kläger sorgfältig untersucht, einen Befund des rechten Kniegelenks erhoben und eine Instabilität nicht festgestellt. Es bestünden keine Anhaltspunkte, dass bei der Arthroskopie am 16. Februar 2005 eine frische vordere Kreuzbandruptur übersehen worden sei. Es sei zwar möglich, aber nicht wahrscheinlich, dass die Durchgangsärzte sowie die weiterbehandelnden Ärzte anlässlich der Arthroskopien eine vordere Kreuzbandruptur übersehen hätten. Die Schlussfolgerung von Dr. S. sei daher nicht haltbar.

Das Sozialgericht hat den Befundbericht von Dr. K. vom 15. November 2007 eingeholt. Danach hätten sich bei der Arthroskopie des rechten Kniegelenks am 16. Februar 2005 bei der Prüfung mit dem Tasthaken und beim klinischen Schubladentest intraoperativ intakte vordere und hintere Kreuzbandverhältnisse gezeigt.

Ferner hat das Sozialgericht den Arzt für Chirurgie vom Institut für Medizinische Begutachtung M. Dr. S. mit der Erstattung des Gutachtens vom 6. März 2008 nach Untersuchung des Klägers am 7. Februar 2008 beauftragt. Dr. S. hat ausgeführt, eine Patellaluxation sei nicht durch einen objektiven Befund gesichert. Auch seien eine Kapsel-Bandlockerung bzw. eine Instabilität des rechten Kniegelenks und eine Schädigung bzw. Teilschädigung des vorderen Kreuzbandes zeitnah zu dem Unfallereignis in den ärztlichen Befunden nicht dokumentiert. Indirekte Hinweise auf eine frische Kreuzbandverletzung am 6. Dezember 2004 fänden sich nicht. Im Operationsbericht vom 16. Februar 2005 seien Kreuzbänder nicht explizit erwähnt. Da die Sichtung zumindest des vorderen Kreuzbandes bei einer Arthroskopie in aller Regel keine Probleme bereite, könne unterstellt werden, dass der Operateur eine Schädigung des vorderen Kreuzbandes erwähnt hätte, wenn er diese intraoperativ festgestellt hätte. Die ärztlichen Befunde ließen nicht die Deutung einer nachhaltigen traumatischen Schädigung des vorderen Kreuzbandes durch das Unfallereignis zu. Wie es zu der Elongation des vorderen Kreuzbandes gekommen sei, könne nur spekuliert werden. Ein struktureller Kniebinnenschaden als Folge des Unfalls sei nicht zu benennen. Zeitnah seien weder äußere Verletzungszeichen noch bei den späteren Operationen strukturelle Kniegelenksbinnenschäden festgestellt worden, die unzweifelhaft auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Insbesondere hätten sich keine Hinweise auf einen strukturellen Kapsel-Bandschaden am rechten Kniegelenk ergeben. Die bei der ersten Arthroskopie am 16. Februar 2005 festgestellten Plicae seien als verletzungsbedingt auszuschließen. Hierbei handle es sich um Normabweichungen in Form von Bindegewebssträngen bzw. -falten innerhalb des Kniegelenks, welche stets anlagebedingt und nie auf eine äußere Einwirkung zurückzuführen seien. Das Unfallereignis sei in der Lage gewesen, eine Zerrung des rechten Kniegelenks hervorzurufen, welche vorübergehend zu Schmerzen im Kniegelenk geführt habe. Die Beschwerden seien mit dem Knorpelschaden im Kniescheiben-Oberschenkelgelenk plausibel zu erklären. Ein derartiger Vorschaden könne sich im Zusammenhang mit einer Kniegelenkszerrung durchaus erneut oder dauerhaft manifestieren. Wesentliche Teilursache für die aus dem Verschleiß im Kniescheiben-Oberschenkelgelenk resultierenden Beschwerden sei jedoch der Vorschaden. Die Ausführungen von Dr. S. seien spekulativ und würden von den dokumentierten Befunden nicht gestützt. Eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit bestehe nicht.

Mit Urteil vom 21. Mai 2008 hat das Sozialgericht Dessau-Roßlau die Klage abgewiesen und im Wesentlichen auf die Ausführungen von Dr. Z. verwiesen. Bei der ersten ärztlichen Untersuchung am Unfalltag sei kein weiterer pathologischer Befund festgestellt worden. Bei Annahme eines relevanten Kniebinnenschadens hätten eine Funktionseinschränkung, eine Schwellung des Kniegelenks und ggf. eine intraartikuläre Ergussbildung erkennbar sein müssen. Es seien jedoch keine klinischen Indizien nachzuweisen gewesen, die eine traumatische Zusammenhangstrennung des vorderen Kreuzbandes hätten wahrscheinlich machen können. Bei der drei Monate nach dem Unfall durchgeführten Arthroskopie seien Verletzungen der Kreuzbänder und Menisken ausgeschlossen worden. Die im Juli 2005 festgestellte Elongation sowie die am 20. Dezember 2006 vorgefundene vollständige Ruptur des vorderen Kreuzbandes seien mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mit dem versicherten Ereignis in Zusammenhang zu bringen. Bei den Plicae handle es sich um Normabweichungen in Form von anlagebedingten Bindegewebssträngen bzw. -falten. Die Ausführungen von Dr. S. seien demgegenüber spekulativ und nicht durch dokumentierte Befunde gestützt.

Gegen das ihm am 5. Juni 2008 zugegangene Urteil hat der Kläger am 7. Juli 2008 (Montag) Berufung eingelegt und seinen bisherigen Vortrag vertieft. Der Durchgangsarzt habe ihn nur oberflächlich untersucht und nicht einmal die Schwellung, die er und seine Kollegen festgestellt hätten, in der Diagnoseaufstellung festgehalten. Es könne ihm kein Vorwurf daraus entstehen, dass der Unfallarzt eine intensive Untersuchung nicht zeitnah vorgenommen habe. Die Symptome des Druckschmerzes, der schmerzhaft eingeschränkten Kniebeugung, der unauffälligen Durchblutung, Motorik und Sensibilität könnten auch wesentlich mehr beinhalten als lediglich ein Kniedistorsionstrauma. Er habe sich am 19. Dezember 2004 wegen der bevorstehenden Weihnachtsfeiertage und des Jahreswechsels gesund schreiben lassen, ohne dass das Knie ausgeheilt gewesen sei. Kurz nach den Feiertagen habe er sich dann einen Termin bei Dres. K. besorgt. Zwischen den durchgeführten Arthroskopien habe es eine weitere körperliche Beeinträchtigung des rechten Knies nicht gegeben. Die Einschätzung von Dr. Z., der anlagebedingte Vorschaden sei im Zusammenhang mit einer Kniegelenkszerrung erneut aufgetreten bzw. habe sich manifestiert, sei nicht zu teilen. Sein linkes Bein sei den gleichen entwicklungsbedingten Beeinträchtigungen des rechten Beines ausgesetzt gewesen; er sei infolge des betriebenen Leistungssports mit intakten Sehnen und Muskeln beidseits ausgestattet. Vielmehr sei den Ausführungen von Dr. S. zu folgen, der sich intensiv mit den einzelnen Symptomen und Feststellungen in zeitlicher Reihenfolge auseinandergesetzt und dargestellt habe, dass eine anlagebedingte Ursache auszuschließen sei. Dr. Z. und Dr. S. hätten die Arthroskopien nicht durchgeführt und nicht erwogen, dass die untersuchenden Ärzte bestimmte Feststellungen nicht selbst gemacht oder wegen der Unerheblichkeit einfach nicht in ihren Berichten festgestellt hätten. Demgegenüber hätten sie den behaupteten degenerativen Veränderungen der Kniescheibenrückfläche eine besonders große Bedeutung beigemessen, obgleich es hierzu überhaupt keine Feststellungen gegeben habe. Eine Kniescheibenausrenkung ohne Ruptur des medialen Retinakulums sei möglicherweise nicht vorstellbar, aber auch nicht ausgeschlossen. Die über den gesamten Zeitraum der Behandlung erfolgten Stabilitätsmaßnahmen sprächen für eine durch den Unfall verursachte Instabilität des Kniegelenks.

Der Kläger beantragt seinem Vorbringen nach,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 21. Mai 2008 aufzuheben,

den Bescheid der Beklagten vom 10. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2006 abzuändern,

festzustellen, dass die Kniescheibenausrenkung, die retropatellare Chondromalazie Grad 1-2, die Plicae medio- und infrapatellaris, die Reizsynovitis und die Elongation des vorderen Kreuzbandes mit Partialruptur zusätzliche Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Dezember 2004 sind und

die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dr. S. habe die in der gesetzlichen Unfallversicherung anzuwendende Kausalitätslehre verkannt. Eine vordere Kreuzbandruptur müsse mit dem Vollbeweis nachgewiesen werden. Erst im Juli 2005 seien eine Elongation und im Dezember 2005 eine Ruptur festgestellt worden. Zeitnah zum Unfall fänden sich weder Hinweise auf eine Kreuzbandschädigung noch auf eine Patellaluxation. Die Dres. K. hätten im Übrigen die Kreuzbandverhältnisse als regelrecht dargestellt. Die Ausführungen von Dr. Z. und Dr. S. stünden in Einklang mit den Grundsätzen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die Verwaltungsakte der Beklagten mit dem Aktenzeichen hat vorgelegen und war Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung des Senats. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) in der Sache ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthafte, form und fristgerecht eingelegte (vgl. [§§ 151 Abs. 1, 64 SGG](#)) und im Übrigen zulässige Berufung ist unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 10. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2006 beschwert den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung der Kniescheibenausrenkung, der retropatellaren Chondromalazie Grad 1-2, der Plicae medio- und infrapatellaris, der Reizsynovitis und der Elongation des vorderen Kreuzbandes mit Partialruptur als Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Dezember 2004 und auf Gewährung einer Verletztenrente ab dem 20. Dezember 2004 - dem Tag nach dem Ende des Anspruchs auf Verletzengeld.

Obgleich der Kläger in der Berufungsschrift die Aufhebung des Bescheides vom 10. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2006 begehrt hat, entspricht dies nicht dem von ihm im Verfahren vor dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht vorgetragene Begehren. Denn mit dem Bescheid vom 10. Januar 2006 hat die Beklagte das Unfallereignis vom 6. Dezember 2004 als Arbeitsunfall mit einer ausgeheilten Zerrung des Kniegelenks rechts anerkannt. Gegen die Anerkennung des Ereignisses als Arbeitsunfall wehrt sich der Kläger ersichtlich nicht; vielmehr richtet sich die Klage gegen den Ausschluss der im Bescheid ausdrücklich genannten Gesundheitsschäden als Unfallfolgen und auf Gewährung einer Verletztenrente als Leistung aus der gesetzlichen Unfallversicherung sowie auf Anerkennung von Gesundheitsschäden als zusätzliche Unfallfolgen. Der Senat geht daher bei verständiger Würdigung davon aus, dass es dem Kläger um die sachdienliche Änderung des Bescheides vom 10. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 2006 geht ([§ 123 SGG](#)).

Nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte Anspruch auf eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 v.H. gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Dabei wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch eine abstrakte Bemessung des Unfallschadens bewertet 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 nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) besteht, und dass andererseits die Minderung der Erwerbsfähigkeit durch die arbeitsunfallbedingten Gesundheitsstörungen einen Grad um mindestens 20 v.H. 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 20. Dezember 2004 an keine Verletztenrente beanspruchen.

Die als zusätzliche Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsschäden - die Kniescheibenausrenkung, die retropatellare Chondromalazie Grad 1-2, die Plicae medio- und infrapatellaris, die Reizsynovitis und die Elongation des vorderen Kreuzbandes mit Partialruptur - sind bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht heranzuziehen. Diese Gesundheitsschäden erfüllen nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung als Unfallfolgen. Dabei folgt der Senat im Wesentlichen den überzeugenden Gutachten von Dr. Z. und Dr. S. ...

Ein Gesundheitsschaden muss vollbeweislich gesichert sein. Dies bedeutet, dass das erkennende Gericht zu der vollen Überzeugung hinsichtlich dieser behaupteten anspruchsbegründenden Tatsache gelangen muss. Erforderlich ist, dass der Senat die Tatsache mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, also in einem so hohen Grade für wahrscheinlich hält, dass keine vernünftigen Zweifel mehr bestehen.

In diesem Sinne ist eine Kniescheibenausrenkung nicht vollbeweislich gesichert. Zwar haben die Dres. K. in ihren Befundberichten vom 24. Februar 2005 und 3. Mai 2005 eine Patellaluxation diagnostiziert. Bei einer Kniescheibenausrenkung hätte aber bei der Arthroskopie am 16. Februar 2005 eine Zusammenhangstrennung des inneren Kniescheibenhaltebandes mit einem blutigen, intraartikulären Erguss erkennbar sein müssen. Hierauf hat Dr. Z. hingewiesen. Einen entsprechenden Befund hat aber Dr. K. in seinem Operationsbericht nicht beschrieben. Die von ihm in seinem Befundbericht behaupteten und nicht näher begründeten früheren Patellaluxationen sind durch keinerlei Befunde aus

den früheren Jahren bestätigt worden. Insbesondere haben Dr. W. und Dr. S. bei den früheren Befunderhebungen keine Patellarluxation diagnostiziert bzw. Hinweise hierauf beschrieben. Zudem wäre als Therapieform einer rezidivierenden Kniescheibenausrenkung ein offenes Release in Betracht gekommen. Hierauf hat Dr. S. abgestellt und den ausdrücklichen Verzicht von Dr. K. auf diese Therapieform als Widerspruch zu einer entsprechenden Diagnose angeführt. Schließlich war das Unfallereignis ohne Vorliegen prädispositioneller Faktoren nicht geeignet, eine Kniescheibenausrenkung hervorzurufen. Hierauf haben Dr. Z. und Dr. S. übereinstimmend hingewiesen. In den bildgebenden Befunden aus den Jahren 1994 und 2005 finden sich keine Veränderungen der Kniescheibe, welche eine anatomisch-physiologische Veranlagung für eine Kniescheibenausrenkung darstellen. Weder sind eine Lateralisation der Kniescheiben noch ein Kniescheibenhochstand noch eine geeignete anlagebedingte Dysplasie der Kniescheibe höheren Grades bzw. des Kniescheibengleitlagers noch eine Beinachsdeformität im X-Sinne dokumentiert. Entsprechende Anlagen hätten eine Neigung zur Kniescheibenausrenkung nach Ansicht von Dr. Z. und Dr. S. in Folge eines Traumas begründen können.

Im Übrigen fehlt es für die geltend gemachten Gesundheitsstörungen an dem Ursachenzusammenhang zwischen diesen Gesundheitsschäden und dem anerkannten Arbeitsunfall.

Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der geltend gemachten Gesundheitsstörung gilt der Maßstab der hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Dies bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände, insbesondere unter Berücksichtigung der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung, mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Die bloße Möglichkeit einer Verursachung genügt nicht.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze steht nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fest, dass die retropatellare Chondromalazie Grad 1-2, die Plicae medio- und infrapatellaris, die Reizsynovitis und die Elongation des vorderen Kreuzbandes mit Partialruptur Folgen des Arbeitsunfalls vom 6. Dezember 2004 sind. Denn es spricht mehr gegen als für einen Ursachenzusammenhang.

So handelt es sich zunächst bei der anlässlich der Arthroskopie vom 16. Februar 2005 dokumentierten Chondromalazie Grad 1-2 um einen Knorpelschaden, der bereits 1993 bestanden hat und daher nicht unfallbedingt sein kann. Bereits am 5. November 1993 hatte Dr. W. eine Chondropathia patellae beidseits, rechts größer als links, diagnostiziert. Bei der Arthroskopie des rechten Kniegelenks am 20. Mai 1994 hat Dr. S. diese Diagnose bestätigt und eine Chondropathia patellae Stadium I vermerkt. Alle Gutachter sehen in diesen 1993/1994 erstmals beschriebenen degenerativen Veränderungen der Kniescheibenrückfläche, die durch die Arthroskopie 2005 bestätigt wurden, einen Vorschaden, der nicht auf das Unfallereignis ursächlich zurückzuführen ist. Dr. S. beschreibt diesen Vorschaden als anlagebedingte und möglicherweise durch die sportliche Aktivität des Klägers geförderte Veränderung.

Bei den bei der Arthroskopie am 16. Februar 2005 festgestellten Plicae medio- und infrapatellaris mit Reizzustand der Kniegelenkbinnenhaut handelt es sich nicht um einen traumatischen Schaden, sondern um eine anlagebedingte Normabweichung. Dr. S. schließt eine verletzungsbedingte Ursache der Normabweichung aus, weil derartige Veränderungen stets anlagebedingt und nie auf äußere Einwirkungen zurückzuführen sind. Dr. Z. sieht hierin eine Folge der Entwicklung der Kniegelenke und schließt eine unfallbedingte Entstehung ebenfalls aus. Diesen Ausführungen ist Dr. S. nicht entgegen getreten. Bei der Reizsynovitis handelt es sich nach den Feststellungen von Dr. K. im Operationsbericht vom 16. Februar 2005 um eine mit der Plica infrapatellaris korrespondierende Reizung des retropatellaren Knorpels. Auch diese ist daher nicht verletzungsbedingt entstanden.

Schließlich sprechen die bis zum 8. Juli 2005 erhobenen Befunde gegen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Elongation und nachfolgenden Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Befunde, die auf eine frische Kreuzbandverletzung hinweisen, sind zeitnah zum Unfallereignis nicht erhoben. So hat der erstbehandelnde Durchgangsarzt PD Dr. T. eine Instabilität der Kreuzbänder nicht beschrieben. Auch hat er eine in diesem Falle drei Stunden nach dem Unfall zu erwartende Schwellung des Kniegelenks nicht festgestellt. Bei der am 17. Januar 2005 durchgeführten Untersuchung hat Dr. K. stabile Kapselbandapparate vorgefunden. Dies hat er im Befundbericht vermerkt. Auch in seinem Operationsbericht vom 16. Februar 2005 ist eine Instabilität der Kreuzbänder nicht dokumentiert. Dass er die Stabilität der Kreuzbänder am 16. Februar 2005 geprüft hat, geht aus seinem ergänzenden Bericht vom 15. November 2007 hervor, der Dr. S. bei der Erstattung seines Gutachtens nicht bekannt war. Danach hatten sich das vordere und hintere Kreuzband bei der Prüfung mit dem Tasthaken und dem klinischen Schubladentest als intakt dargestellt. Eine Elongation des vorderen Kreuzbandes ist daher vor dem 6. Juli 2005 durch keinerlei Befunde gesichert. Wegen der fehlenden zeitnahen Befunde halten Dr. Z. und Dr. S. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und der Elongation und Ruptur des vorderen Kreuzbandes nicht für gegeben. Dem schließt sich der Senat aus den vorbezeichneten Erwägungen an und vermag daher den Ausführungen von Dr. S. nicht zu folgen.

Dem steht insbesondere nicht entgegen, dass eine konkurrierende Ursache für eine Elongation und Ruptur des vorderen Kreuzbandes nicht benannt werden kann. Dr. S. hat darauf hingewiesen, dass dies in jedem Falle spekulativ bleiben wird. In dem Zeitraum von sieben Monaten zwischen dem Unfallereignis und der erstmaligen Feststellung einer Elongation des vorderen Kreuzbandes hat im Übrigen ausreichend Zeit bestanden, sich diesen Schaden anderweitig zuzuziehen.

Somit verbleibt für die Bemessung der Höhe der Verletztenrente nur das innerhalb von einigen Wochen folgenlos ausgeheilte Kniedistorsionstrauma, welches nach Ablauf von sechs Monaten seit dem Unfallereignis nicht mehr bestanden hat. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigender Höhe liegt demnach nicht vor. Dies hat auch Dr. S. in seinem Gutachten so bestätigt.

Nach alledem konnte die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben.

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

Die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#), die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2011-09-13