

L 6 U 2432/03

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 3 U 3401/98
Datum
27.03.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 2432/03
Datum
02.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. März 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Klägers sind im Berufungsverfahren zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Folgen eines Unfallereignisses streitig.

Der 1949 geborene Kläger verunfallte am 3. April 1997 während seiner beruflichen Tätigkeit als Vorarbeiter. In seinem Durchgangsarztbericht vom 3. April 1997 gab Dr. B. an, der Kläger sei beim normalen Laufen mit dem linken Fuß an einer Schiene hingengeblieben und habe das linke Knie verdreht. Dr. B. diagnostizierte nach Anfertigung einer Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes (kein Anhalt für frische, knöcherne Verletzung) eine Innenbanddehnung im linken Kniegelenk. Der Orthopäde und Chirurg Dr. A. diagnostizierte in seinem Nachschaubericht vom 6. Mai 1997 einen Zustand nach Innenbandteillruptur mit Verdacht auf Innenmeniskusbeteiligung. Auf Frage der Beklagten führte Dr. A. unter dem 5. Juni 1997 aus, der Kläger habe angegeben, er sei beim schnellen Gehen mit dem linken Fuß an einer Schiene hängen geblieben und sei mit dem linken Vorfuß in den Hohlraum unter einem Gestell geraten, wobei der linke Fuß mit Wucht nach außen gedreht worden und der Oberschenkel innenrotiert sei. Der Kläger habe über ein schallendes Geräusch im Bereich des linken Kniegelenkes berichtet. Es habe eine sofortige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes bestanden. Nach Ansicht von Dr. A. war der Unfall ausreichend, um eine vordere Kreuzbandruptur zu verursachen. In dem von ihm am 9. Juni 1997 ausgefüllten Kniefragebogen gab der Kläger an, er sei nach außen eingeknickt, wobei das Kniegelenk gestreckt gewesen sei. Es sei eine sofortige Schwellung im ganzen Kniegelenk aufgetreten. Er habe sich sofort von einem Kollegen ins Krankenhaus fahren lassen. Die Beklagte zog von der AOK - Die Gesundheitskasse - H. und M. das Leistungsverzeichnis für den Zeitraum von März 1984 bis April 1997 bei, aus welchem eine am 23. August 1994 eingetretene Kniegelenksdistorsion hervorgeht. Außerdem zog die Beklagte den wegen eines Unfallereignisses vom 11. Dezember 1996 erstellten H-Arzt-Bericht des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. G. bei, in welchem nach Anfertigung einer Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes (kein Hinweis für knöcherne Verletzung) unter anderem eine Distorsion des linken Kniegelenkes diagnostiziert wurde. Auf Frage der Beklagten teilte der Kollege des Klägers S. am 14. Juli 1997 mit, der Kläger habe sich nach dem Unfall auf dem linken Fuß nicht abstützen können, sodass er ihn sofort ins Krankenhaus gefahren habe. Dr. A. legte unter dem 5. August 1997 seinen Bericht über die am 11. Juni 1997 durchgeführte arthroskopische Operation am linken Kniegelenk sowie den histologischen Bericht von Prof. Dr. W., Direktor des Pathologischen Instituts des Klinikums der Stadt L. a. R., vom 13. Juni 1997 vor. Dr. A. führte aus, intraoperativ habe sich der Verdacht auf eine vordere Kreuzbandruptur nicht bestätigen können, sodass die Operation unter ambulanten Bedingungen habe durchgeführt werden können. Dr. A. diagnostizierte postoperativ eine Korbhakenverletzung des Innenmeniskus mit Einschlagen nach zentral, eine Elongation des vorderen Kreuzbandes mit noch ausreichender Stabilität, knorpelige Aufrauungen mit Auffaserungen am medialen Condylus und am Schienbeinplateau im Sinne einer Chondromalazie I. - II. Grades, feine knorpelige Fragmente im ventralen Recessus, eine kräftige polypöse Synovialitis und eine Induration am gesamten Außenmeniskus. Prof. Dr. W. führte aus, es hätten sich keine Hinweise für ein Granulationsgewebe ergeben, das für einen Zustand nach Trauma sprechen könnte. Diagnostiziert wurde eine mäßig ausgeprägte, degenerative Meniskopathie. Unter dem 4. November 1997 führte Dr. A. aus, es habe sich bei dem Unfall um eine kräftige Verdrehung des Kniegelenkes gehandelt, welche durchaus in der Lage gewesen sei, neben der Elongation des vorderen Kreuzbandes eine Korbhakenverletzung des Innenmeniskus zu verursachen. Es hätten sicherlich auch degenerative Veränderungen vorgelegen, welche anamnestisch beim Kläger laut Befragung bisher keine Probleme verursacht hätten. Auf Frage der Beklagten führte Dr. G. unter dem 10. Dezember 1997 aus, vor dem Unfallgeschehen vom 19. November 1996 seien ihm keine Kniegelenksbeschwerden des Klägers bekannt. Der Technische Aufsichtsdienst der Beklagten untersuchte am 11. März 1998 vor Ort den Unfallhergang und fügte seinem Unfalluntersuchungsbericht vom 27. März 1998 eine Fotodokumentation bei.

Sodann ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten. Prof. Dr. C./Dr. H. von der Orthopädischen Universitätsklinik H. führten in ihrem fachorthopädischen Zusammenhangsgutachten vom 19. Mai 1998 aus, das Unfallereignis sei als Gelegenheitsursache anzusehen. Die makroskopisch beschriebene erst- bis zweitgradige Knorpelläsion innenseitig sowie der feingewebliche Befund einer degenerativen Meniskusläsion seien als zum Unfallzeitpunkt bereits bestehende Vorschäden zu werten. Ein Gelenkerguss als Ausdruck einer frischen Schädigung des Gelenkes habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Darüber hinaus sei das Ausmaß der einwirkenden Kraft beim normalen Laufen nicht ausreichend, einen intakten Meniskus zu zerreißen. Daher seien sämtliche am Untersuchungstag erhobenen krankhaften Veränderungen des linken Kniegelenkes als degenerative Vorschäden zu werten. Hierzu führte der Facharzt für (Unfall)Chirurgie Dr. S. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 9. Juli 1998 aus, der Kläger habe beim Unfallereignis zweifellos eine Kniestorsion links erlitten, wobei durchaus eine Kapselbandzerrung denkbar sei. Eine traumatische Innenmeniskusschädigung infolge dieses Ereignisses sei bei dem bildlich dokumentierten Geschehensablauf nicht anzunehmen.

In ihrem Bescheid vom 28. Juli 1998 führte die Beklagte aus, ein Anspruch auf Rente aus Anlass des Unfallereignisses vom 3. April 1997 bestehe nicht. Der Kläger habe sich bei dem Unfallereignis eine Verstauchung des linken Kniegelenkes zugezogen. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe bis zum 23. April 1997 bestanden. Danach seien die Unfallfolgen abgeklungen gewesen. Der festgestellte Kniebinnenschaden sei nicht mit der in der gesetzlichen Unfallversicherung erforderlichen Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis verursacht worden, sondern als rechtlich wesentlich seien die beim Kläger festgestellten erheblichen degenerativen Vorschäden anzusehen. Darüber hinaus sei der vom Kläger geschilderte Bewegungsablauf nicht geeignet gewesen, die im Knieinnenraum festgestellten Schäden rechtlich wesentlich zu verursachen. So sei nämlich eine unfallbedingte Meniskusschädigung nur bei einem ganz bestimmten Bewegungsablauf denkbar. So z. B. bei einer gewaltsamen Drehung des Unterschenkels bei fixiertem Oberschenkel oder bei einer gewaltsamen Drehbewegung des Körpers bei fixiertem Unterschenkel. Gleichzeitig müsse aber das Kniegelenk eigen- oder fremdtätig gestreckt werden. Zwar sei es nach den Angaben des Klägers zu einer gewaltsamen Drehbewegung des Körpers bei fixiertem Unterschenkel gekommen, die zu diesem Zeitpunkt einwirkende Kraft sei aber nicht ausreichend gewesen, einen Meniskus zu zerreißen.

Hiergegen erhob der Kläger am 10. August 1998 Widerspruch. Die in der Begründung des Bescheides vertretene Auffassung, welche Bewegungen notwendig seien, um eine Meniskusverletzung hervorzurufen, treffe nicht zu. Außerdem seien zu keinem Zeitpunkt erhebliche degenerative Vorschäden festgestellt worden, sondern lediglich eine mäßig ausgeprägte, degenerative Meniskopathie. Hierbei sei zu beachten, dass der Verletzte durch die Unfallversicherung in dem Gesundheitszustand geschützt sei, in dem er sich tatsächlich bei Eintritt des Unfalls befinde und nicht in einem gesundheitlichen Idealzustand. Es sei nicht erwiesen und es gebe auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass der Schaden ohne den Unfall als so genannte Gelegenheitsursache ebenfalls zu diesem Zeitpunkt eingetreten wäre. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 25. November 1998 zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 23. Dezember 1998 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG). Das SG zog die Akten des Versorgungsamts H. (Aktenzeichen 1/54/434 455) bei und holte die sachverständige Zeugenaussagen von Dr. G. vom 6. April 1999 sowie von Dr. A. vom 10. November 1999 ein. Dr. A. führte aus, unter Berücksichtigung des ihm gegenüber geschilderten Unfallhergangs und selbst unter der Annahme des im Durchgangsarztberichts mitgeteilten Unfallhergangs könne der klinisch erfahrene Orthopäde/Chirurg sich ohne Weiteres vorstellen, dass es bei dem Unfallhergang zu einer Kontusion an der gesamten Basis des Innenmeniskus und Entwicklung eines Korbhockens sowie zu einer Innenbanddehnung und Teilverletzung bzw. Elongation des vorderen Kreuzbandes kommen könne. Sicherlich hätten sich degenerative Veränderungen gefunden, welche bis zu diesem Zeitpunkt beim Kläger keinerlei Beschwerden verursacht hätten. Die kleineren degenerativen Veränderungen dürften nicht überbewertet werden. Die bestehenden degenerativen Veränderungen der Innenmeniskusbasis seien als altersentsprechend einzustufen und ließen sich regelmäßig bei gleichaltrigen klinisch gesunden Patienten feststellen. Dr. A. legte den Arztbrief des Radiologen Dr. S. vom 13. Mai 1997 vor, in welchem die am 12. Mai 1997 durchgeführte Kernspintomographie dahingehend beurteilt wurde, dass eine ausgeprägte zentrale Degeneration des gesamten Innenmeniskus, sich aus der Degeneration entwickelte horizontale Einrisse des Innenmeniskusvorderhorns, eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes, eine Bakerzyste, ein Gelenkerguss, eine zentrale Degeneration des Außenmeniskusvorderhorns und eine Teilruptur des Ligamentum collaterale mediale vorlägen.

Das SG holte das fachorthopädische Gutachten von Prof. Dr. J., Direktor der Orthopädischen Klinik des Klinikums M., vom 26. Januar 2000 ein. Der Gutachter gelangte zu dem Ergebnis, der Unfallmechanismus sei geeignet, eine Teilruptur des Innenbandes und des vorderen Kreuzbandes sowie eine Innenmeniskusläsion hervorzurufen. Es lägen keine eindeutigen Hinweise dafür vor, dass beim Kläger zum Unfallzeitpunkt eine erhöhte Ansprechbarkeit bzgl. dem Auftreten einer Innenmeniskusläsion vorgelegen habe. Mit hinreichender Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass beim Kläger nicht aufgrund einer eventuell bestehenden Vorschädigung oder krankhaften Veränderungen des Innenmeniskus zu erwarten gewesen sei, dass eine Meniskusschädigung des linken Kniegelenkes bei jedem anderen alltäglichen und nicht zu vermeidenden Anlass oder ohne besonderen Anlass etwa zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Außerdem sei der Bewegungsablauf des Unfallereignisses nicht als alltäglicher Bewegungsablauf anzusehen. Der Unfallmechanismus sei daher als wesentliche Teilursache bzgl. der Verletzungen des linken Kniegelenkes zu werten. Die degenerative Vorschädigung des Innenmeniskus sei als untergeordnete Teilursache bzgl. der Verursachung der Meniskusschädigung zu bewerten. Als mit dem Unfallereignis im ursächlichen Zusammenhang stehende Gesundheitsstörungen nahm Prof. Dr. J. eine leichtgradige muskulär kompensierbare Kniegelenksinstabilität links und einen Zustand nach arthroskopischer Innenmeniskusteilresektion am 11. Juni 1997 an. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage 10 vom Hundert (v. H.). Zum Gutachten von Prof. Dr. C./Dr. H. führte Prof. Dr. J. aus, diese hätten zwar den Durchgangsarztbericht von Dr. B. dahingehend zutreffend zitiert, dass sich keine Zeichen eines Gelenkergusses oder einer Meniskusbeteiligung gezeigt hätten. Dies sei allerdings unter Berücksichtigung der Aussagen des Klägers, von Dr. G. und von Dr. A. unter Berücksichtigung des Unfallhergangs als sehr unwahrscheinlich anzusehen. Bei weiterhin vorliegendem dokumentiertem Streckdefizit sei sicherlich zu diesem Zeitpunkt klinisch zumindest der Verdacht auf eine stattgehabte Innenmeniskusläsion zu erheben. Bzgl. des Gelenkergusses sei auf den aktenkundigen Operationsbericht verwiesen, in dem entgegen den Ausführungen der Gutachter ein Gelenkerguss auch bei der Narkoseuntersuchung beschrieben worden sei. Außerdem sei der Unfallmechanismus geeignet gewesen, zumindest eine isolierte Innenmeniskusschädigung zu verursachen. Darüber hinaus seien Teilrupturen des Innenbandes und des vorderen Kreuzbandes aufgetreten, sodass hieraus rückzuschließen sei, dass die Kräfteinwirkung erheblich gewesen sei.

Hierzu legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. M, Chefarzt der Unfallchirurgie der Chirurgischen Klinik II des Krankenhauses H. a. T., vom 20. März 2000 vor. Dort hieß es, der Unfallhergang habe keine so große Kräfteinwirkung auf das linke Kniegelenk dargestellt, dass ein gesunder Meniskus dadurch im Sinne eines Korbhockens geschädigt werden könne. Dafür spreche auch, dass zeitnah zu dem Unfall keine Ergussbildung nachgewiesen sei. Vielmehr werde erst bei der Arthroskopie am 11. Juni 1997 von

einer Ergussbildung gesprochen. Diese sei jedoch auch bereits anlässlich des Unfalls vom November 1996 festzustellen gewesen. Die histologische Untersuchung des Meniskus bestätige die deutlichen degenerativen Veränderungen, sodass man davon ausgehen müsse, dass der Innenmeniskuskorphenkelriss nicht rechtlich wesentlich auf das angeschuldigte Ereignis zurückzuführen sei. Die starken Schmerzen unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis sprächen für die Innenbanddehnung, wie diese auch zwanglos durch das Unfallereignis zu erklären sei. Diese Innenbandzerrung werde auch gestützt durch die kernspintomographische Untersuchung, welche eine ödematöse, also frische traumatische Veränderung im Verlauf des Innenbandes zeige.

Mit Urteil vom 27. März 2003 hob das SG den Bescheid vom 28. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. November 1998 auf und stellte als Folgen des Arbeitsunfalls vom 3. April 1997 einen Zustand nach Innenmeniskusteilresektion nach Teilruptur des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes, eine Kniegelenksinstabilität und eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes fest. Das SG stütze sich auf die sachverständige Zeugenaussage von Dr. A. vom 10. November 1999 und das Gutachten von Prof. Dr. J. vom 26. Januar 2000. Prof. Dr. J. habe übereinstimmend mit Dr. A. einen geeigneten Verletzungsmechanismus angenommen. Danach gelte als geeigneter Verletzungsmechanismus z. B. der festgestellte Fuß in einer tiefen Wagenfurche und eine starke Drehung des Oberkörpers. Eine solche Verdrehung des Kniegelenkes habe bereits Dr. B. angegeben. Demgegenüber sei der Unfallmechanismus, den Prof. Dr. C./Dr. H. in ihrem Gutachten vom 19. Mai 1998 ihrer Beurteilung zugrunde gelegt hätten, ohne den Kläger im Einzelnen zu befragen, nicht zutreffend. Denn es lägen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass der Kläger sich "beim normalen Laufen" eine Verletzung zugezogen habe. Außerdem habe Prof. Dr. J. ausgeführt, dass in dem ausführlichen Operationsbericht von Dr. A. zahlreiche Hinweise für die stattgehabte Kniegelenksverletzung beschrieben seien und darauf hingewiesen hätten, dass sowohl durch die kernspintomographische Untersuchung vom 12. Mai 1997 als auch intraoperativ am 11. Juni 1997 ein Gelenkerguss nachgewiesen sei. Schließlich dürften Einflüsse der Arbeit nicht allein schon wegen des Vorhandenseins einer Vorschädigung als Gelegenheitsursache angesehen werden, sondern nur dann, wenn es wegen der leicht ansprechbaren Verletzungseigenheit durch die Vorschädigung ohnehin anderweitig zu derselben oder einer vergleichbaren Schädigung gekommen wäre. Eine so weit fortgeschrittene Vorschädigung, dass sich die Einflüsse durch das Unfallereignis als in Wahrheit zufällig erwiesen, seien vorliegend nicht nachgewiesen. So habe die histologische Untersuchung des Meniskusmaterials nur eine mäßig ausgeprägte degenerative Meniskopathie ergeben, die von den Sachverständigen als altersgemäß bewertet worden sei.

Gegen das ihr am 2. Juni 2003 zugestellte Urteil des SG hat die Beklagte am 23. Juni 2003 Berufung eingelegt. Sie hat das fachradiologische Zusammenhangsgutachten von Prof. Dr. V., Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums F., vom 30. Oktober 2003 und das unfallchirurgische Fachgutachten zur Zusammenhangsfrage nach Aktenlage von Dr. B.-H. vom 17. November 2003 vorgelegt. Prof. Dr. V. hat ausgeführt, es liege ein Henkelkorbeinriss des Innenmeniskus mit umgeschlagenem Henkel nach zentral in das Kniegelenk nach infrakondulär vor. Des Weiteren liege ein Kniegelenkerguss vor, der hämorrhagische Anteile aufweise. Dies spreche für ein frisches Geschehen. Jedoch finde sich auch eine Bakerzyste, die Hinweise auf eine chronische Vorschädigung im Kniegelenk gebe. Da sich außer dem Meniskuseinriss keine Veränderungen im Kniegelenk fänden, liege vermutlich eine degenerative Vorschädigung des Innenmeniskus vor. Somit könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass sich der Kläger im Rahmen des Unfallereignisses eine Innenmeniskusruptur zugezogen habe, bei vermutlich degenerativ vorgeschädigtem Innenmeniskus. Dr. B.-H. hat ausgeführt, der beschriebene Unfallhergang sei geeignet, eine traumatische Kniebinnenverletzung, insbesondere eine Meniskusverletzung, herbeizuführen. Die MRT-Aufnahmen vom 12. Mai 1997 ergäben nach Auswertung durch den Radiologen Prof. Dr. V. keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte Kreuzband- bzw. Seitenbandverletzung. Auszugehen sei bei geeignetem Unfallmechanismus von einer Kniegelenksdistorsion links mit begleitender Innenmeniskusruptur. Der Pathologe habe eine mäßig ausgeprägte Meniskusverschleißschädigung festgestellt, wobei er selbst die wesentliche Teilersache am Zustandekommen der Meniskusruptur dem geeigneten Unfallereignis zuspreche. Die Tatsache, dass das vordere Kreuzband laut OP-Bericht elongiert gewesen sei, sei kein Beweis für eine stattgehabte vordere Kreuzbandruptur. Weiterhin spreche auch gegen eine stattgehabte vordere Kreuzbandruptur, dass beim Kläger beiderseits eine gewisse Lockerung der Kreuzbänder vorliege.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. März 2003 insoweit aufzuheben, als eine Teilruptur des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes, eine Kniegelenksinstabilität und eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes als Folge des Arbeitsunfalls vom 3. April 1997 festgestellt worden ist.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat zunächst die sachverständige Zeugenaussage des Facharztes für Orthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie Dr. R. vom 19. Mai 2004 eingeholt.

Sodann hat der Senat das Gutachten nach Aktenlage von Dr. Dr. S. vom 22. August 2005 eingeholt. Der Gutachter hat ausgeführt, bei dem Unfallereignis habe der Kläger mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Distorsion des linken Kniegelenkes mit einer Verletzung des Kapselbandapparates erfahren. Dies ergebe sich aus dem Verhalten des Klägers nach dem Unfall, dem erhobenen Erstbefund, dem später erhobenen kernspintomographischen Befund und den Erkenntnissen im Rahmen der durchgeführten Kniegelenksarthroskopie. Die Verletzung des Kapselbandapparates sei folgenlos ausgeheilt. Der im Rahmen des späteren Untersuchungs- und Behandlungsverlaufes festgestellte Korphenkelriss des Innenmeniskus am linken Kniegelenk sei nicht Folge des erlittenen Unfalls. Zur Frage einer Verletzung des vorderen Kreuzbandes durch den Unfall sei auszuführen, dass sowohl die mangelhafte Kenntnis des Ereignisses als auch der bei der Arthroskopie erhobene Befund einer Elongation den Schluss zuließen, dass es sich bei der Elongation um eine unfallbedingte Verletzung des vorderen Kreuzbandes handle.

Schließlich hat der Senat auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) das fachorthopädische Gutachten von Dr. H. vom 6. März 2006 eingeholt. Der Gutachter ist zu dem Ergebnis gelangt, der Kläger habe anlässlich des Unfallereignisses mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Distorsion des linken Kniegelenkes mit nachfolgender anhaltender Schmerzsymptomatik, Bewegungseinschränkung und Gelenkergussbildung auf dem Boden einer Überdehnung des vorderen Kreuzbandes und eines Korphenkelrisses des Innenmeniskus erlitten. Nach Abwägung aller Fakten habe er keinen vernünftigen Zweifel daran, dass der Kläger nach

dem Unfall ein überdehntes vorderes Kreuzband (worauf die zweimaligen geräteunterstützten Untersuchungen und auch der von ihm erhobene klinische Befund deuteten) gehabt habe. Darüber hinaus bestehe kein vernünftiger Zweifel daran, dass das Unfallereignis zumindest die Rolle einer wesentlichen Teilursache bei der Entstehung des nachgewiesenen Korbhakenrisisses des Innenmeniskus gespielt habe. Als Gesundheitsstörungen lägen chronische belastungsabhängige Schmerzen im linken Knie in Verbindung mit einer leichten vorderen Instabilität und einer mäßigen Verschmächigung der Oberschenkelstreckmuskulatur sowie einer mäßigen Verdickung der Kniegelenkspindel links und einer nach wie vor bestehenden Baker-Zyste in der linken Kniekehle in Verbindung mit einer leichten Einschränkung der Beugefähigkeit bei voller Streckfähigkeit vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthafte und nach [§ 151 SGG](#) zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Senat brauchte nicht die Frage zu entscheiden, ob das SG zu Recht einen Zustand nach Innenmeniskusteilresektion als Folge des Arbeitsunfalls vom 3. April 1997 festgestellt hat. Denn die Beklagte hat ihre Berufung in ihrer Berufungsbegründung vom 23. Dezember 2003 darauf beschränkt, das SG habe zu Unrecht eine Teilruptur des vorderen Kreuzbandes und des Innenbandes mit Kniegelenksinstabilität und Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes als Folge des Arbeitsunfalls vom 3. April 1997 festgestellt. Mithin hatte der Senat nur die Frage zu entscheiden, ob und bejahendenfalls wie das vordere Kreuzband und das Innenband des linken Kniegelenkes durch den Arbeitsunfall vom 3. April 1997 geschädigt wurde und darauf eine Kniegelenksinstabilität und eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes beruhen.

Als Folge eines Unfalls sind Gesundheitsstörungen nur zu berücksichtigen, wenn das Unfallereignis wie auch das Vorliegen der konkreten Beeinträchtigung bzw. Gesundheitsstörung jeweils bewiesen und die Beeinträchtigung mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen ist. Für die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der hierbei eingetretenen Schädigung und der Gesundheitsstörung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die versicherte Tätigkeit, die Schädigung und die eingetretene Gesundheitsstörung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für den ursächlichen Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht, welcher nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen ist, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (BSG, Urteil vom 30. April 1985 - [2 RU 43/84](#) - [BSGE 58, 80](#), 82; BSG, Urteil vom 20. Januar 1987 - [2 RU 27/86](#) - [BSGE 61, 127](#), 129; BSG, Urteil vom 27. Juni 2000 - [B 2 U 29/99 R](#) - HVBG-Info 2000, 2811). Hinreichende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht zukommt, sodass darauf die richterliche Überzeugung gegründet werden kann (BSG, Urteil vom 2. Februar 1978 - [8 RU 66/77](#) - [BSGE 45, 285](#), 286). Kommen mehrere Ursachen in Betracht, so sind nur solche Ursachen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben (BSG, Urteil vom 28. Juni 1988 - [2/9b RU 28/87](#) - [BSGE 63, 277](#), 278). Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung der ursächlichen Faktoren erforderlich (BSG, Urteil vom 29. März 1963 - [2 RU 75/61](#) - [BSGE 19, 52](#), 53; BSG, Urteil vom 31. Oktober 1969 - [2 RU 40/67](#) - [BSGE 30, 121](#), 123; BSG, Urteil vom 20. Januar 1977 - [8 RU 52/76](#) - [BSGE 43, 110](#), 112). Lässt sich ein Zusammenhang nicht wahrscheinlich machen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten (BSG, Urteil vom 24. Oktober 1957 - [10 RV 945/55](#) - [BSGE 6, 70](#), 72; BSG, Urteil vom 27. Juni 1991 - [2 RU 31/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 11](#) S. 33).

Unter Beachtung dieser Grundsätze liegt nach Ansicht des Senats eine unfallbedingte Verletzung des Kapselbandapparates vor. Insoweit stützt sich der Senat auf die Gutachten von Prof. Dr. J. vom 26. Januar 2000, Dr. Dr. S. vom 22. August 2005 und Dr. H. vom 6. März 2006. Prof. Dr. J. hat ausgeführt, bei dem Unfall seien Teilrupturen des Innenbandes und des vorderen Kreuzbandes aufgetreten und hat die leichtgradige muskulär kompensierbare Kniegelenksinstabilität links als mit dem Unfallereignis im ursächlichen Zusammenhang stehend beurteilt. Dr. Dr. S. hat ausgeführt, der Kläger habe bei dem Unfallereignis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Distorsion des linken Kniegelenkes mit einer Verletzung des Kapselbandapparates erfahren. Dr. H. hat eine unfallbedingte Überdehnung des vorderen Kreuzbandes beschrieben. Für den Senat sind diese Einschätzungen schlüssig und gut nachvollziehbar. Denn Dr. B. hat bereits in seinem Durchgangsarztbericht vom 3. April 1997 eine Innenbanddehnung diagnostiziert. In seinem Ergänzungsbericht vom 9. Juli 1997 hat er mitgeteilt, eine Druckempfindlichkeit im Verlauf des Innenbandes habe vorgelegen. Auch Dr. A. hat in seinem Nachschaubericht vom 6. Mai 1997 einen Zustand nach Innenbandteillruptur beschrieben. Zwar hat Prof. Dr. V. in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2003 den kernspintomographischen Befund vom 12. Mai 1997 dahingehend beurteilt, dass die Kreuzbänder regelrecht unauffällig zur Darstellung gekommen seien, während Dr. S. in seinem diesbezüglichen Befundbericht vom 13. Mai 1997 eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes angenommen und Dr. M in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. März 2000 ausgeführt hat, die Innenbandzerrung ergebe sich aus der kernspintomographischen Untersuchung, welche eine ödematöse, also frisch traumatisierte Veränderung im Verlauf des Innenbandes zeige. Aufgrund der von Dr. B. und Dr. A. erhobenen klinischen Befunde lässt es der Senat aber offen, wie die am 12. Mai 1997 durch Dr. S. durchgeführte Kernspintomographie zu beurteilen ist. Insoweit folgt der Senat den Ausführungen von Dr. Dr. S., wonach die bildtechnische Diagnostik ihre Relevanz im klinischen Befund haben müsse, weil es bei allen Verfahren falsch positive und falsch negative Darstellungen gebe. Daher folgt der Senat auch nicht der Einschätzung von Dr. B.-H. in dessen Gutachten vom 17. November 2003, da sich dieser allein auf die von Prof. Dr. V. vorgenommene Bewertung der kernspintomographischen Befundes gestützt hat. Selbst wenn man dieser Ansicht folgen wollte, spräche für eine unfallbedingte Verletzung des Kapselbandapparates die von Dr. A. in der am 11. Juni 1997 durchgeführten Arthroskopie festgestellte Elongation des vorderen Kreuzbandes. Daher ist nach Ansicht des Senats mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sowohl Innenband als auch vorderes Kreuzband durch das Unfallereignis geschädigt wurden. Der Senat folgte daher nicht dem Gutachten von Prof. Dr. C./Dr. H. vom 19. Mai 1998, in welchem von einer vor dem Unfallzeitpunkt bereits bestehenden Vorschädigung und einem nicht geeigneten Unfallmechanismus ausgegangen worden ist. Zum Einen sind vorbestehende Bandverletzungen nicht nachgewiesen. Zum Anderen haben diese Gutachter lediglich ausgeführt, dass das Ausmaß der einwirkenden Kraft beim normalen Laufen nicht ausreichend sei, einen intakten Meniskus zu zerreißen. Dazu, ob das Unfallereignis geeignet sei, Veränderungen des Kapselbandapparates hervorzurufen, haben Prof. Dr. C./Dr. H. keine Ausführungen gemacht. Im Übrigen hat selbst Dr. S. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 9. Juli 1998 ausgeführt, eine (unfallbedingte) Kapselbandzerrung sei denkbar. Auch Dr. M hat in

seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 20. März 2000 die Einschätzung vertreten, die starken Schmerzen unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis sprächen für die Innenbanddehnung, wie diese auch zwanglos durch das Unfallereignis zu erklären sei.

Im Gegensatz zu der Einschätzung von Dr. Dr. S. geht der Senat mit Prof. Dr. J. und Dr. H. davon aus, dass diese Bandveränderungen nicht folgenlos ausgeheilt sind. So hat Prof. Dr. J. eine leichtgradige muskulär kompensierbare Kniegelenksinstabilität links und ein Streckdefizit beschrieben. Dies kann der Senat nachvollziehen, da Dr. H. ebenfalls eine anhaltende Instabilität des vorderen Kreuzbandes und damit eine leichte vordere Instabilität im linken Knie beschrieben hat. Das SG hat daher zurecht eine Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes tenoriert. Soweit Dr. Dr. S. davon ausgegangen ist, die Verletzung des Kapselbandapparates sei folgenlos ausgeheilt, mag diese Einschätzung nach Ansicht des Senats daran liegen, dass Dr. Dr. S. den Kläger nicht persönlich gesehen hat und sich somit kein Bild von der Funktionalität des linken Kniegelenks hat machen können.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-11-03