

L 6 U 844/06

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 9 U 590/04

Datum

25.10.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 844/06

Datum

18.01.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25. Oktober 2006 abgeändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Instanzen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Feststellung von Unfallfolgen sowie die Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung streitig.

Der 1954 geborene Kläger stürzte am 5. August 2002 während seiner beruflichen Tätigkeit als Gerüstbauhelfer aus zwei Metern Höhe in die Tiefe.

Der Arzt für Chirurgie und Orthopädie Dr. von K. diagnostizierte in seinem Durchgangsarztbericht vom 5. August 2002 eine Quetschung des rechten Kniegelenks und des rechten Mittel-Vorfußes. Der Chirurg Dr. D. führte in seinem Nachschaubericht vom 20. August 2002 aus, der Kläger habe im Bereich des rechten oberen Quadranten des Gesäßes ein Taubheitsgefühl, legte in seinem Befundbericht vom 22. August 2002 dar, das rechte Knie des Klägers sei in keiner Weise geschwollen und führte in seinem Befundbericht vom 4. September 2002 aus, Meniskuszeichen, Schubladenphänomene oder Ergüsse hätten sich nicht gefunden, die Bandführung sei fest und das rechte Knie nicht geschwollen. Dr. H., Chefarzt der Chirurgischen Klinik der St. J.klinik in O., teilte in seinem Nachschaubericht vom 6. September 2002 mit, beim Kläger finde sich von Seiten des rechten Kniegelenks klinisch allenfalls ein minimaler Erguss und über dem lateralen Kollateralband ein mäßiger Druckschmerz. Die passive Beweglichkeit betrage bei Beugung/Streckung 50/135 Grad, wobei ab 90 Grad ein Spannungsschmerz angegeben werde. Die Meniskuszeichen seien negativ, die Bandführung im Kniegelenk stabil. Insbesondere habe sich kein Nachweis für eine Schublade gefunden. Klinisch denkbar sei ein Zustand nach einer Zerrung des lateralen Kollateralbandes, wonach durchaus eine Schmerzsymptomatik bis zu gut 6 Wochen fortbestehen könne. Dr. H. wies in seinem Befundbericht vom 4. Oktober 2002 darauf hin, klinisch fänden sich auch nach mehreren Vorstellungen weder eine Schwellung, noch äußere Verletzungszeichen oder eine Ergussbildung. Die Seitenbandführung der Kniegelenke sei beidseits völlig gleich, Meniskuszeichen lägen keine vor. Die Röntgenkontrollaufnahmen des rechten Kniegelenks in zwei Ebenen und die Voraufnahmen der erstbehandelnden Kollegen hätten jeweils keinerlei knöcherne Pathologie ergeben. Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L., teilte in seinem Krankheitsbericht vom 10. Oktober 2002 mit, es liege ein anhaltendes Belastungsdefizit im rechten Kniegelenk nach Distorsionstrauma mit Verdacht auf eine Außenmeniskusläsion und Außenbandruptur vor. Im Rahmen einer stationären Maßnahme vom 20. bis zum 24. Oktober 2002 erfolgte in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. am 22. Oktober 2002 eine Arthroskopie. In dem diesbezüglichen Arthroskopiebericht diagnostizierte der (Unfall-)Chirurg Dr. H. eine Chondromalazie II. Grades mediale Femurcondyle und eine Plica medio patellaris. Im vorläufigen Befundbericht vom 24. Oktober 2002 wurde ein Unfallzusammenhang verneint. Prof. Dr. W. vertrat in seinem Befundbericht vom 5. November 2002 die Einschätzung, es handle sich um einen Zustand nach Kniegelenksprellung rechts und eine Chondromalazie II. bis III. Grades mediale Femurcondyle ohne Unfallzusammenhang. Der Arzt für Chirurgie Dr. H.-G. beschrieb in seinem Nachschaubericht vom 8. Januar 2003 einen mäßigen Kniegelenkserguss rechts und eine Bewegungseinschränkung. Im Rahmen einer stationären Maßnahme vom 27. bis zum 31. Januar 2003 erfolgte im Kreiskrankenhaus A. am 27. Januar 2003 eine weitere Arthroskopie. Im diesbezüglichen Arztbrief vom 5. Februar 2003 vertrat Dr. W., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Kreiskrankenhaus A., die Einschätzung, diese Arthroskopie habe keinen Hinweis auf einen Folgezustand des Unfalltraumas ergeben.

Sodann ließ die Beklagte den Kläger untersuchen und begutachten. Dr. B., Chefarzt der Unfallchirurgischen Klinik der Stadtklinik B.-B., gelangte in seinem Gutachten vom 18. März 2003 zu der Einschätzung, nach den vorliegenden Befunden sei ein Zusammenhang der jetzigen Beschwerden und der jetzigen Bewegungseinschränkung mit dem Unfallereignis abzulehnen. Die anfänglichen Beschwerden gingen sicherlich zu Lasten des Unfalls, so dass eine besondere Heilbehandlung bis zum 24. Oktober 2002 als sinnvoll erscheine und die weiterführende Behandlung ab der Entlassung aus der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. am 24. Oktober 2002 zu Lasten der Krankenversicherung gehen solle.

Mit Bescheid vom 1. April 2003 lehnte die Beklagte einen Anspruch auf Sach- und Geldleistungen über den 24. Oktober 2002 hinaus wegen der Folgen des Unfalls ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 5. Mai 2003 Widerspruch. Die Beklagte zog über die behandelnden Ärzte die Röntgenbilder bei und holte hierzu die Stellungnahme von Dr. B. vom 16. Dezember 2003 ein. Dieser führte aus, die am 22. Oktober 2002 durchgeführte Arthroskopie habe keine traumatischen Veränderungen intraartikulär erbracht. Die kernspintomographische Untersuchung vom Januar 2003 belege grundsätzlich diese Bewertung. Die Radiologen hätten völlig regelrechte Strukturen an den Bändern und den Menisken sowie keinerlei Veränderungen im knöchernen Skelett beschrieben. Es liege kein Erguss und kein Defektbildung vor. Als einzig verwertbaren pathologischen Befund werde eine Verdickung der Patellarsehne mit Signalanhebung beschrieben. Diese Beurteilung sei bei der Kontrolle der kernspintomographischen Bilder jetzt nachvollziehbar. Die Bewertung dieses beschriebenen Befundes sei für die Radiologen offensichtlich nicht eindeutig, denn in der Beurteilung habe es geheißt, der Befund sei mit einer Tendinitis vereinbar. Die vorausgegangene Arthroskopie sei sicherlich ein Eingriff in die Gelenkstrukturen und könne durchaus zu Reizerscheinungen am synovialen Überzug und auch im Bereich des Ligamentum patellae geführt haben. Ein Krankheitswert komme dem jedoch nicht zu. Zusammenfassend bleibe festzustellen, dass auch nach nochmaliger Prüfung aller Befunde keine Änderung in der Bewertung der Kausalzusammenhänge möglich sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 19. Februar 2004 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG).

Das SG holte auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten von Dr. R., Chefarzt der Orthopädischen Chirurgie des L.-Krankenhauses in F., vom 10. März 2005 ein. Der Sachverständige diagnostizierte eine signifikante Atrophie der Oberschenkelmuskulatur des rechten Beines und eine Knieteilsteiife rechts. Ein sicherer Kausalitätsbeweis zwischen Unfallereignis und den Beschwerden, die zur ersten Kniegelenksspiegelung geführt hätten, könne nicht geführt werden. Der jetzt erhobene Befund des betroffenen rechten Kniegelenks sei mit hoher Wahrscheinlichkeit Folge der zwischenzeitlich durchgeführten operativen Eingriffe oder zumindest Folge der zuerst durchgeführten Arthroskopien im Sinne einer so genannten Arthrofibrose. Medizinische Behandlungsbedürftigkeit sei weiterhin gegeben. Arbeitsunfähigkeit habe vom Unfalltag bis zum 27. Februar 2003 bestanden. Vom Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeit an bis zum Untersuchungstag habe die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) 15 vom Hundert (v. H.) betragen. Hierzu legte die Beklagte die beratungsärztliche Stellungnahme des (Unfall-)Chirurgen Dr. M. vom 18. April 2005 vor. Das SG holte die Stellungnahme von Dr. R. vom 15. Juni 2005 ein. Der Sachverständige führte aus, Beweise dafür, dass der erste arthroskopische Eingriff Ursache der eingetretenen Knieteilsteiife sei, seien die präoperativ festgestellte freie Beweglichkeit des rechten Kniegelenks und die drei Monate postoperativ erstmalig von Dr. H.-G. bemerkte Knieeinsteifung. Neben dem therapeutischen Effekt einer möglichen Meniskusanierung bei angenommenem Meniskusschaden habe die Arthroskopie sicherlich entscheidend der Klärung der Frage gedient, ob und gegebenenfalls welche Unfallfolgen an dem betroffenen Knie aufgetreten seien.

Mit Urteil vom 25. Oktober 2005 hob das SG den Bescheid vom 1. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 2004 auf, stellte fest, dass die Knieteilsteiife rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 5. August 2002 sei, verurteilte die Beklagte, dem Kläger wegen dieser Folge des Arbeitsunfalls über den 24. Oktober 2002 hinaus Verletzengeld bis zum 27. Februar 2003 sowie Heilbehandlung zu gewähren und wies die Klage im Übrigen ab. Erleide ein Unfallverletzter, wie der Kläger, Gesundheitsstörungen durch einen ärztlichen Eingriff, der - wie hier die Arthroskopie - der Klärung des Ausmaßes der durch den Arbeitsunfall verursachten Folgen diene, seien diese nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) als mittelbare Unfallfolgen zu entschädigen, auch wenn der durch den Eingriff untersuchte Verdacht auf weitere Unfallfolgen sich nicht bestätige. Nach diesem Grundsatz sei die durch den arthroskopischen Eingriff bedingte Knieteilsteiife als Unfallfolge anzuerkennen.

Gegen das - dem Kläger am 25. Januar 2006 und der Beklagten am 30. Januar 2006 - zugestellte Urteil des SG haben die Beklagte am 20. Februar 2006 und der Kläger am 27. Februar 2006 Berufung eingelegt.

Die Beklagte hat ausgeführt, die über den 24. Oktober 2002 hinaus bestehenden Gesundheitseinschränkungen seien ursächlich nicht auf die diagnostische Arthroskopie als solche, sondern auf die in gleicher Sitzung durchgeführte Behandlung der unfallunabhängig bestehenden Gesundheitseinschränkungen zurückzuführen. Denn im Rahmen des arthroskopischen Eingriffs seien ausschließlich Veränderungen vorgefunden worden, die nachweislich ursächlich nicht auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien. In gleicher Sitzung seien diese unfallunabhängigen Schäden behandelt worden; es seien eine Plicaresektion, ein Parapatellar- und Hoffa-Shaving sowie eine Teilsynovialektomie durchgeführt worden. Außerdem bestünden erhebliche Zweifel, dass die vom Sachverständigen beschriebene Kniegelenksteife tatsächlich vorliege.

Die Beklagte beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25. Oktober 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25. Oktober 2005 und den Bescheid vom 1. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 5. August 2002 eine Verletztenrente nach einer MdE von mindestens 20 v. H. ab 28. Februar 2003 bis auf weiteres zu gewähren, sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beugehemmung des rechten Kniegelenks und die Umfangsminderung der knieführenden Muskulatur bedinge eine MdE von mindestens 20 v. H. Dass tatsächlich eine Kniegelenksteife vorliege, ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. R ... Außerdem hätten die bleibenden Probleme im rechten Knie zur diagnostischen Arthroskopie geführt.

Der Senat hat die Stellungnahme von Dr. R. vom 18. Oktober 2006 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, anhand des Operationsberichts vom 22. Oktober 2002 könne der durchgeführte arthroskopische Eingriff klar in einen diagnostischen und einen krankheitsbehandelnden Teil getrennt werden. Im Rahmen der zweiten Arthroskopie sei eine konsistenzvermehrte, flächenhafte, teilsklerosierte Plica mediopatellaris Typ IV mit weitem Einschlag unter die mediale Patellafacette in den Retropatellarraum und eine Hoffaitis und Reizzynovialis gefunden worden. Dieser Befund lasse nicht eindeutig differenzieren zwischen dem Eintritt einer primären oder sekundären Arthrofibrose. Offenbar sei es infolge der bei der ersten Arthroskopie durchgeführten Durchtrennung der Plica mediopatellaris zu einer Blutung gekommen. Im Zuge der narbigen Heilung sei dann eine massive Gewebsvermehrung eingetreten, die das Kniegelenk in einen chronischen Reizzustand gebracht habe. Vor allem hinderlich sei diese Gewebsvermehrung sicherlich beim Anbeugen des Kniegelenks gewesen. Dieser Reizzustand führe zu Schmerzen, die sich sicherlich vor allem beim Anbeugen des Knies bemerkbar gemacht hätten. Im Rahmen der daraus resultierenden Schonhaltung komme es konsekutiv und langsam zur Einsteifung der Gelenkkapsel und Fixierung der Bewegungseinschränkung. Der Befund der Hoffaitis lasse jedoch auch eine andere Pathogenese zu. Es könne bereits bei der rein diagnostischen Arthroskopie durch das Einführen des Arthroskopes bzw. der arthroskopischen Instrumente zu einer chronischen Reizung des Hoffa'schen Fettkörpers (Hoffaitis) gekommen sein, welche in ähnlicher Weise durch anhaltende Schmerzen und auch plausible Behinderung der Beugefähigkeit des Knies zu einer Einschränkung, vor allem der Beugefähigkeit, geführt habe. Der offenbar dominante Befund bei der zweiten Arthroskopie sei eine pathologisch veränderte Plica mediopatellaris nach arthroskopischer Voroperation. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Arthrofibrose bei arthroskopischen Eingriffen steige je nach Ausdehnungsgrad der Operation. Somit könne gesagt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Arthrofibrose und Knieteilsteife durch den krankheitsbehandelnden Teil der ersten Arthroskopie verursacht worden sei, höher einzuschätzen sei als die Wahrscheinlichkeit, dass der pathologische Zustand durch den diagnostischen Teil der Arthroskopie verursacht worden sei.

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 Berufungen sind gemäß [§§ 143](#) und [144 SGG](#) statthaft und nach [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist begründet. Denn zu Unrecht hat das SG die Knieteilsteife rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 5. August 2002 festgestellt und die Beklagte verurteilt, dem Kläger über den 24. Oktober 2002 hinaus Verletztengeld und Heilbehandlung zu gewähren. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Denn zu Recht hat das SG im Übrigen die auf die Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Klage abgewiesen.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ([§ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]). Arbeitsunfälle sind Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit ([§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)).

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 Leistungspflicht, 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, so dass 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).

Folgen eines Versicherungsfalles sind auch Gesundheitsschäden von Versicherten infolge der Durchführung einer Heilbehandlung oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles angeordneten Untersuchung ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3 SGB VII).

Versicherte haben Anspruch auf Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern ([§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#)) und Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen ([§ 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB VII](#)). Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung ([§ 26 Abs. 5 SGB VII](#)). Dabei umfasst die Heilbehandlung insbesondere die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII](#)).

Verletztengeld wird erbracht, wenn Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig sind oder wegen einer Maßnahme der Heilbehandlung eine ganztägige Erwerbstätigkeit nicht ausüben können ([§ 45 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)).

Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#)). Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)), d. h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSG, Urteil vom 4. August 1955 - [2 RU 62/54](#) - [BSGE 1, 174](#), 178; BSG, Urteil vom 14. November 1984 - [9b RU 38/84](#) - [SozR 2200 § 581 Nr. 22](#)). Für die Bewertung der unfallbedingten MdE kommt es auf die gesamten Umstände des Einzelfalles an. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, liegt in erster Linie auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiet (BSG, Urteil vom 26. Juni 1985 - [2 RU 60/84](#) - [SozR 2200 § 581 RVO Nr. 23](#); BSG, Urteil vom 19. Dezember 2000 - [B 2 U 49/99 R](#) - [HVBG-Info 2001, 499](#)). Die Sachkunde des ärztlichen Sachverständigen bezieht sich in erster Linie darauf, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Schlüssige ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, sind zwar bedeutsame Anhaltspunkte, besitzen aber keine bindende Wirkung, auch wenn sie eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE darstellen (BSG, Beschluss vom 22. August 1989, - [2 BU 101/89](#) - [HVBG-Info 1989, 2268](#)). Bei der Bewertung der MdE sind schließlich auch die in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen oder versicherungsmedizinischen Schrifttum ausgearbeiteten Erfahrungssätze zu beachten, um eine gerechte und gleiche Bewertung der zahlreichen Parallelfälle der täglichen Praxis zu gewährleisten.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu dem Ergebnis gelangt, dass die Knieteilsteiße rechts nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall vom 5. August 2002 zurückzuführen ist und der Kläger daher keinen Anspruch auf Heilbehandlung und Verletztengeld über den 24. Oktober 2002 hinaus sowie keinen Anspruch auf Verletztenrente hat.

Der Senat stützt sich dabei auf das Gutachten von Dr. R. vom 10. März 2005 und seine Stellungnahmen vom 15. Juni 2005 und 18. Oktober 2006.

Die Knieteilsteiße rechts ist nicht unmittelbar auf das Unfallereignis zurückzuführen. Insoweit hat Dr. R. bereits in seinem Gutachten vom 10. März 2005 ausgeführt, dass auf den konventionellen Röntgenaufnahmen keine knöcherne Verletzung nachweisbar ist, die durch den Unfall hervorgerufen worden sein könnte. Es ist danach auch nicht zu einer Verletzung der Menisken, einer frischen Verletzung des Gelenkknorpels oder einer Verletzung der Kreuz- und Seitenbänder gekommen. Dies hat anhand der Arthroskopien und erhobenen klinischen Befunde ausgeschlossen werden können. Auch ließ der Befund der am 22. Januar 2003 durchgeführten Kernspintomographie keinen Beweis für eine traumatische Genese zu. Denn gegen eine Verletzung der Kniegelenksehne, wie sie hätte stattfinden müssen, spricht nach den Ausführungen von Dr. R., welche der Senat für schlüssig und gut nachvollziehbar hält, dass bei keiner der im Anschluss an den Unfall stattgefundenen körperlichen Untersuchungen ein dahingehender Befund festgestellt worden ist, wie beispielsweise eine Prellmarke, eine Druckempfindlichkeit, Schmerzen bei endgradiger Beugung oder eine Unfähigkeit, das Knie aktiv gegen Widerstand zu strecken. Insoweit weist der Senat auf den Durchgangsarztbericht von Dr. von K. vom 5. August 2002, den Nachschaubericht von Dr. D. vom 20. August 2002 und dessen Befundbericht vom 4. September 2002 sowie den Nachschaubericht von Dr. H. vom 6. September 2002 und dessen Befundbericht vom 4. Oktober 2002 hin.

Vielmehr resultiert die Knieteilsteiße rechts aus der am 22. Oktober 2002 erfolgten Arthroskopie, durch die eine diagnostische Abklärung der Unfallfolgen bezweckt und im Rahmen derer eine unfallunabhängige Gesundheitsstörung behandelt wurde.

Folgen eines Versicherungsfalls sind auch Gesundheitsschäden von Versicherten infolge der Durchführung einer Heilbehandlung oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordneten Untersuchung ([§ 11 Abs. 1 Nr. 1](#) und 3 [SGB VII](#)) und damit auch durch ärztliche Eingriffe hervorgerufene Gesundheitsstörungen, wenn die Eingriffe dazu gedient haben, Art, Umfang und Ausmaß von Schädigungs- oder Unfallfolgen festzustellen (vgl. BSG, Urteil vom 24. Oktober 1985 - [2 RU 4/84](#) - [HV-INFO 1986, 224](#); BSG, Urteil vom 4. November 1981 - [2 RU 39/80](#) - [SozR 2200 § 548 Nr. 59](#); BSG, Urteil vom 17. Mai 1962 - [11 RV 398/61](#) - [SozR Nr. 59 zu § 1 BVG zu dem damit übereinstimmenden Rechtszustand vor Inkrafttreten des SGB VII am 1. Januar 1997](#)).

Bei der Arthroskopie vom 22. Oktober 2002 hat es sich nicht um eine einheitliche Operation gehandelt, die nicht in mehrere operative Eingriffe aufgespalten werden kann. Denn Dr. R. hat in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2006 überzeugend ausgeführt, dass diese Arthroskopie in einen diagnostischen Teil und in einen krankheitsbehandelnden Teil getrennt werden kann. Dies entspricht der typischen Indikation für eine Arthroskopie, bei der es sich um eine endoskopische Untersuchung eines Gelenkes, meist des Kniegelenkes handelt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, Seite 127). Diagnostisch und damit zur Feststellung der Unfallfolgen wurde ausweislich des Operationsberichts von Dr. H. vom 22. Oktober 2002 transligamentär das Arthroskop eingeführt. Durch die hierdurch möglich gewordene systematische Inspektion des Kniegelenks wurde eine Chondromalazie II. (bis III.) Grades an der medialen Femurcondyle und eine Plica mediopatellaris diagnostiziert. Hieran schloss sich der krankheitsbehandelnde Teil der Arthroskopie an, indem über das zusätzliche mediale Portal mit dem Punch die Plica durchtrennt und partiell entfernt wurde.

Die im krankheitsbehandelnden Teil der Arthroskopie durchgeführte Maßnahme hat einen unfallunabhängigen Gesundheitsschaden betroffen. Daher liegt kein Fall des [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) vor. Denn eine Heilbehandlung im Sinne des [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) setzt voraus, dass sie wegen des zugrunde liegenden Arbeitsunfalls durchgeführt wird, also wesentlich ursächlich auf den Arbeitsunfall zurückzuführen ist. Dies ist vorliegend aber nicht der Fall. Denn Dr. R. hat in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2005 darauf hingewiesen, dass kein Kausalitätsbeweis zwischen Unfallereignis und den Beschwerden zu führen ist, welche zur Veranlassung der Arthroskopie geführt haben. Im Übrigen ergibt sich aus dem vorläufigen Befundbericht von Dr. H. vom 24. Oktober 2002 und dem Befundbericht von Prof. Dr. W. vom 5. November 2002, dass es sich bei der Chondromalazie II. (bis III.) Grades an der medialen Femurcondyle und der Plica mediopatellaris um unfallunabhängige Erkrankungen gehandelt hat.

Es spricht auch nicht mehr dafür als dagegen, dass die Knieteilsteiße rechts wesentlich ursächlich auf eine zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordnete Untersuchung im Sinne des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) zurückzuführen ist. Dr. R. hat in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2006 zwei mögliche Pathogenesen der durch die Arthroskopie vom 27. Januar 2003 diagnostizierten

konsistenzvermehrten, flächenhaften, teils sklerosierten Plica mediopatellaris Typ IV mit weitem Einschlag unter die mediale Patellafacetten in den Retropatellarraum, Hoffaitis und Reizsynovialis beschrieben. Zum einen hält er es für denkbar, dass es infolge der Durchtrennung der Plica mediopatellaris zu einer Blutung gekommen ist und im Zuge der narbigen Heilung dann eine massive Gewebsvermehrung eingetreten ist, die das Kniegelenk in einen chronischen Zustand gebracht hat, was letztendlich wegen des hieraus resultierenden schmerzbedingten Reizzustandes und der damit verbundenen Schonhaltung langsam zur Einsteifung der Gelenkkapsel und Fixierung der Bewegungseinschränkung geführt hat. Zum anderen hält Dr. R. es für möglich, dass es durch das Einführen des Arthroskopes zu einer chronischen Reizung des Hoffa'schen Fettkörpers und damit zu einer Hoffaitis gekommen ist, welche in ähnlicher Weise durch anhaltende Schmerzen und eine Behinderung der Beugefähigkeit des Knies zu einer Einschränkung der Beweglichkeit, vor allem der Beugefähigkeit, geführt hat. Dr. R. hat ausgeführt, dass es bei der Durchtrennung der Plica mediopatellaris in der Regel zu einer Blutung komme. Außerdem hat er darauf hingewiesen, dass es sich bei der pathologisch veränderten Plica mediopatellaris um den "offenbar dominanten" Befund der zweiten Arthroskopie gehandelt habe und die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Arthrofibrose bei arthroskopischen Eingriffen je nach Ausdehnungsgrad der Operation steige. Er ist somit für den Senat schlüssig und nachvollziehbar zu der Einschätzung gelangt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Arthrofibrose und die Kniesteife rechts durch den krankheitsbehandelnden Teil der ersten Arthroskopie verursacht wurden, höher einzuschätzen ist, als die Wahrscheinlichkeit, dass der pathologische Zustand durch den diagnostischen Teil dieser Arthroskopie verursacht worden ist. Mithin liegt ein Fall des [§ 11 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII](#) nicht vor.

Dem Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist auch nicht zuzurechnen, dass bei dem Verletzten gelegentlich einer unfallbedingten Operation ein zusätzlicher Eingriff zur Behebung eines nicht unfallbedingten Leidens gemacht wird. Denn es ist stets auf die wesentliche sachliche Verbindung zwischen dem Arbeitsunfall und dem zur geltend gemachten Gesundheitsstörung führenden ärztlichen Eingriff abzustellen. Auf das Erfordernis der wesentlichen sachlichen Verknüpfung zwischen dem Arbeitsunfall und dem Zweck des zur Gesundheitsstörung führenden ärztlichen Eingriffs, wie er sich aus der Handlungstendenz des Arztes ergibt, kann nicht verzichtet werden, um wertend entscheiden zu können, ob ein mittelbarer Schaden noch vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst ist (ebenso nach den Maßstäben der im Zivilrecht geltenden Adäquanztheorie: BGH, Urteil vom 2. Juli 1957 - [VI ZR 205/56](#) - [BGHZ 25, 86](#); BGH, Urteil vom 12. Februar 1963 - [VI ZR 181/62](#) - [NJW 1963, 1671](#)). Dem Arbeitsunfall können bei wertender Betrachtung nur solche Komplikationen ärztlicher Eingriffe zugeordnet werden, die bei der Erkennung oder Behandlung von Unfallfolgen aufgetreten sind. Denn die unfallfremde Gesundheitsstörung und der eigenständige Entschluss des eingreifenden Arztes, diese Erkrankung mitzubehandeln, sind als auslösende Ursachen für den nachfolgenden Schaden von so überragender Bedeutung, dass der unfallbedingte Anlass der Behandlung nicht mehr als wesentlich mitursächlich angesehen werden kann (BSG, Urteil vom 30. Oktober 1991 - [2 RU 41/90](#) - [SozR 3-2200 § 548 Nr. 13](#)). Dem steht auch nicht entgegen, dass es bei der Frage, ob ein durch eine Heilbehandlung eingetretener Gesundheitsschaden eine mittelbare Unfallfolge darstellt, grundsätzlich genügt, dass der Verletzte, der einen Arbeitsunfall erlitten hat, von seinem Standpunkt aus der Auffassung sein konnte, dass der ärztliche Eingriff, zu deren Durchführung er sich begeben hat, geeignet war, der Beseitigung oder Besserung von durch den Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsstörungen zu dienen, es dabei also unerheblich ist, dass der ärztliche Eingriff für die Behandlung von Folgen des Arbeitsunfalls nicht mehr erforderlich war oder die Beschwerden möglicherweise auf unfallunabhängigen Gesundheitsstörungen beruhten (BSG, Urteil vom 24. Juni 1981 - [2 RU 87/80](#) - [SozR 2200 § 555 Nr. 5](#)).

Zwischen dem Arbeitsunfall und der für die Kniesteife ursächlichen Durchtrennung der Plica hat somit lediglich insofern ein Kausalzusammenhang bestanden, als die Unfallverletzung den arthroskopischen Eingriff des Operateurs aus diagnostischen Gründen indiziert hat, ohne den der degenerativ bedingte Vorschaden nicht entdeckt und infolgedessen auch nicht operativ behandelt worden wäre. Diese Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne reicht aus den oben dargelegten Gründen nicht aus, um die geltend gemachte Gesundheitsstörung als Folge des Arbeitsunfalls zu qualifizieren.

Mithin hat der Kläger keinen Anspruch auf Heilbehandlung und Verletztengeld über den 24. Oktober 2002 hinaus. Da auch ausweislich der Gutachtes von Dr. B. vom 18. März 2003 und von Dr. R. vom 10. März 2005 die Folgen des Arbeitsunfalls, zu denen die Kniesteife rechts nicht gehört, eine MdE rentenberechtigenden Grades nicht hinterlassen haben, hat der Kläger auch keinen Anspruch auf eine Verletztenrente.

Nach alledem hat es die Beklagte zu Recht mit Bescheid vom 1. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6. Februar 2004 abgelehnt, aufgrund des Unfallereignisses Leistungen über den 24. Oktober 2002 hinaus zu gewähren und hat das SG zu Unrecht die Kniesteife rechts als Folge des Arbeitsunfalls festgestellt und die Beklagte zur Zahlung von Verletztengeld und Heilbehandlung über den 24. Oktober 2002 hinaus verurteilt. Daher war die Berufung der Beklagten begründet. Da das SG zu Recht die auf die Gewährung einer Verletztenrente gerichtete Klage im Übrigen abgewiesen hat, war die Berufung des Klägers unbegründet. Daher war auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG abzuändern, die Klage abzuweisen und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

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

2007-09-04