

L 8 U 2410/10

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 15 U 4007/07

Datum

21.04.2010

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 8 U 2410/10

Datum

22.10.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21. April 2010 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob ein Innenmeniskusriss im rechten Kniegelenk des Klägers Folge des Arbeitsunfalls vom 24.03.2006 ist.

Der 1968 geborene Kläger war seit Januar 2006 als Kundendiensttechniker bei der "S. F. AG" beschäftigt. Am Freitag, dem 24.03.2006, ging er bei der Arbeit in die Hocke, um kniend an einem Gabelstapler einen defekten O-Ring und Verschlussdeckel auszuwechseln. Dabei rutschte er in gebeugter Kniehaltung auf Öl aus und verdrehte sich das rechte Kniegelenk.

Eigenen Angaben zufolge suchte er wegen Kniebeschwerden am 27.03.2006 Dr. W. auf. Eine Kernspintomographie des rechten Kniegelenks am 28.03.2006 ergab einen Zustand nach Distorsion mit Kapselzerrung und Reizerguss, jedoch keine Kniebinnenverletzung, insbesondere kein Kreuzband- oder Meniskusriss, aber oberflächliche Knorpelerosion am medialen Femurkondylus lateralseitig ohne subchondrale Reaktionen (Befundbericht vom Dr. G. vom 29.03.2006). Am 30.03.2006 diagnostizierte Dr. B. einen massiven Kniegelenkserguss rechts posttraumatisch, der punktiert wurde, und bescheinigte Arbeitsunfähigkeit ab 27.03.2006 (Durchgangsarztbericht von Dr. B. vom 30.03.2006). Der Bandapparat habe einen normalen Befund ergeben, Meniskuszeichen und Einklemmungserscheinungen wie auch Gelenkgeräusche seien nicht zu erheben gewesen (Ergänzungsbericht - Knie - von Dr. B. vom 30.03.2006). Am 18.04.2006 wurde erneut ein massiver Kniegelenkserguss punktiert (Zwischenbericht Dr. B. vom 18.04.2006). Am 19.04.2006 erhob Dr. B. bei persistierenden Schmerzen einen Schwellungszustand am rechten Kniegelenk, einen mäßigen Erguss und einen stabilen Kapselbandapparat. Meniskuszeichen seien aufgrund der Bewegungsschmerzen kaum prüfbar gewesen (Nachschaubericht von Dr. B. vom 19.04.2006). Bei der Vorstellung in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik L. (BG-Klinik) am 02.05.2006 zeigte sich ein diskreter Gelenkserguss bei negativen Meniskuszeichen und intaktem vorderem und hinteren Kreuzband (Bericht der BG-Klinik vom 03.05.2006). Aufgrund der erneuten Untersuchung am 17.05.2006 (Befund: ausgeprägter Kniegelenkserguss, soweit überprüfbar Kreuz- und Seitenbandführung stabil, Meniskuszeichen negativ, keine sicheren Einklemmungszeichen) wurde die Indikation zur Durchführung einer Arthroskopie gesehen (Bericht der BG-Klinik vom 18.05.2006). Der Kläger wurde vom 18.05. bis 30.05.2006 stationär in der BG-Klinik behandelt. Der intraoperative Befund der am 23.05.2006 durchgeführten Arthroskopie ergab eine ausgeprägte Chondrocalzinose, am ehesten corticoid-assoziiert, Traumafolgen seien nicht nachzuweisen gewesen (Entlassungsbericht der BG-Klinik vom 30.05.2006, Operationsbericht vom 23.05.2006).

Bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit wurde am 30.01.2007 eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks durchgeführt. Dr. H. diagnostizierte hierbei einen gedeckten Innenmeniskusabriss rechts, der transarthroskopisch genäht wurde (Bericht von Dr. H. vom 09.02.2007 mit Operationsbericht vom 30.01.2007). Nach telefonisch eingeholter Stellungnahmen des Beratungsarztes Dr. J., der auf den unauffälligen Arthroskopie-Befund des Innenmeniskus vom 23.05.2006 verwies (Aktenvermerk vom 28.02.2007), lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 26.03.2007 einen Unfallzusammenhang bezüglich des festgestellten Innenmeniskusabrisses ab; die weitere Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit ab 30.01.2007 beruhe auf unfallunabhängigen Erkrankungen.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch des Klägers mit der Begründung, Dr. H. beurteile den Innenmeniskusriss, der von der BG-Klinik übersehen worden sei, als Unfallfolge, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 13.06.2007 zurückgewiesen.

Der Kläger erhob am 12.07.2007 "Widerspruch" bei der Beklagten, die das Schreiben des Klägers vom 09.07.2007 als Klage an das Sozialgericht Karlsruhe weiterleitete.

Das Sozialgericht hörte die Ärzte Dr. C. (Aussage vom 27.01.2008) und Dr. B. (Aussage vom 07.03.2008) schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. B. hatte seiner Aussage weitere Arztbriefe beigelegt.

Außerdem holte das Sozialgericht das orthopädische Gutachten von Dr. S. vom 26.06.2008 ein. Dieser verneinte einen unfallbedingten Zusammenhang des Meniskusrisses. Nach dem während der Untersuchung vom Kläger nachgestellten Unfallhergang habe es sich nicht um einen geeigneten Bewegungsablauf zur Zerreißung von Meniskushautgewebe gehandelt. Weder durch die bildgebende Diagnostik noch durch die Arthroskopie habe eine wesentliche Meniskusschädigung festgestellt werden können. Der Kernspinaufnahme vom 28.03.2006 habe auch unter Mitwirkung eines radiologischen Kollegen eine wesentliche Läsion des Innenmeniskus nicht entnommen werden können, obgleich sehr enge Schichten bei der Tomographie gefahren worden seien. Durch die behandelnden Ärzte habe nach dem Unfall keine Meniskussymptomatik erhoben werden können. Mit großer Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die angeschuldigte Symptomatik, wie auch die wiederkehrenden Schmerzen an anderen Gelenken, durch die Hyperurikämie verursacht sei.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) wurde das orthopädische Gutachten vom 09.09.2009 eingeholt. Der Sachverständige Dr. H. bejahte darin einen Zustand nach Innenmeniskusannahe des rechten Kniegelenks mit noch nachweisbarer Muskelminderung des rechten Beines und eine 1.-2.-gradige mediale Gonarthrose als Folge posttraumatischer Knorpelschädigung als Unfallfolgen. Der bei der von ihm durchgeführten Arthroskopie am 30.01.2007 festgestellte Riss der tiefen Schicht des inneren Seitenbandes, eine gedeckte Ablösung des Innenmeniskushinterhorns, entspreche dem Riss des Ligamentum collaterale mediale posterius (Lcmp), der ausweislich der auszugsweise beigelegten Fachliteratur (Müller, Das Knie Form, Funktion und ligamentäre Wiederherstellungschirurgie, 1982) auch bei dem vom Kläger beschriebenen Unfallmechanismus auftreten könne. Hierbei werde der Meniskus selbst nicht verletzt. In vielen Fällen bleibe ein Schleimhautüberzug erhalten, was dazu führe, dass die reine Inspektion im Rahmen einer Kniegelenksspiegelung ohne Verwendung eines Tasthakens die Verletzung nicht offenbare. Die Durchsicht der Kernspintomographie vom 29.03.2006 zeige eine vermehrte Flüssigkeitsansammlung zwischen Meniskusbasis und Innenband, wo normalerweise die feste Bandstruktur des Lcmp liege. Für den Unfallzusammenhang spreche auch der zeitliche Verlauf. Eine Beschwerdeverbesserung sei in der neun-monatigen Behandlung nicht erreicht worden, aber nach Arthroskopie am 30.01.2007 sei eine solche eingetreten. Setze man voraus, dass bei der Arthroskopie am 23.05.2006 kein nennenswerter Knorpelschaden vorgelegen habe, müsse der jetzt diagnostizierte Knorpelschaden ohne erneutes Unfallereignis in der Zwischenzeit entstanden sein. Es sei bekannt, dass nicht beherrschbare Kniegelenksergüsse Knorpelschäden hervorriefen. Da keine Vorschäden oder anlagebedingt Veränderungen vorliegen, müsse der jetzt erhobene Befund zu 100 % unfallbedingt sein.

Die Beklagte trat dem Gutachten mit der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. J. vom 04.11.2009 entgegen. Der von Dr. S. erhobene Unfallhergang stelle kein geeignetes Ereignis dar, gesundes Meniskushautgewebe zu zerreißern. Der Hergang stehe auch nicht im Widerspruch zu den von Dr. H. dargelegten Unfallmechanismen in der zitierten Fachliteratur des Verfassers Prof. Dr. M ... Im OP-Bericht der BG-Klinik vom 23.05.2006 werde ein unauffälliger Innen- und Außenmeniskus beschrieben. Der Bericht könne entgegen der Auffassung von Dr. H. auch so interpretiert werden, dass eine Tasthakenprüfung zwar durchgeführt, jedoch nicht ausdrücklich dokumentiert worden sei. Eine gichtinduzierte Arthropathie sei nicht durch die einmalig dokumentierte normale Blutharnsäure widerlegt. Das beigelegte Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse belege das Vorliegen einer Systemerkrankung.

Mit Urteil vom 21.04.2010 änderte das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide ab und stellte fest, dass der Zustand nach Innenmeniskusrissannahe rechtes Kniegelenk bei Zustand nach diagnostischer Arthroskopie am 30.01.2007 und 23.05.2006 Folge des Arbeitsunfalls vom 23.04.2006 ist. In den Entscheidungsgründen stütze es sich auf das Gutachten von Dr. H ...

Gegen das der Beklagten am 06.05.2010 zugestellte Urteil hat sie am 20.05.2010 Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, das Sozialgericht habe den von Dr. H. erhobenen massiven Vorwurf, die Operateure der BG-Klinik hätten einen 3 cm langen Riss im Innenmeniskusbereich übersehen, nicht aufgeklärt. Häufig sei nicht das Unfallgeschehen, wie erforderlich, sondern die geltend gemachte Gesundheitsstörung Ausgangspunkt der Ermittlungen. Dies führe dazu, dass bei negativem Ergebnis außerhalb des Unfallgeschehens im Umkehrschluss gefolgert werde, dass der Unfall die rechtlich wesentliche Ursache der Gesundheitsstörung sei. So sei auch das Sozialgericht verfahren, das das Ergebnis aus dem Gutachten von Dr. H. zur Beweisfrage Nummer 3, ein späteres Unfallereignis sei nicht nachgewiesen, übernommen habe. Außerdem lege Dr. H. zur Begründung seiner Kausalitätsbewertung nicht dar, warum die Gichtarthropathie in keinem Fall mit der Meniskussymptomatik in Zusammenhang zu bringen sei. Sämtliche zeitnahe Untersuchungen und diagnostischen Verfahren hätten den Nachweis eines Meniskusschadens nicht erbracht. Zudem sei ein traumatischer isolierter Meniskusschaden nach derzeitigem medizinischen Kenntnisstand auszuschließen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.04.2010 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich zur Begründung auf die Ausführungen des Sachverständigen Dr. H ... Unter anderem habe Dr. H. dargelegt, dass schwere Bandverletzungen ohne Sturz durch schlagartige rasche Verdrehungsbewegungen verursacht werden könnten. Auch Dr. S. gehe von einem Unfallmechanismus aus, wonach es zu einer Streckung und einer Einwärtsdrehung des Kniegelenks gekommen sei. Nach Dr. H. sei die Verletzung tieferer Schichten des medialen Seitenbandes in einer Kernspintomographie leicht zu übersehen. Weder von Dr. S. noch von Dr. J. werde behauptet, dass für die festgestellte Meniskusschädigung eine anderweitige Ursache in Betracht komme.

Der Senat hat die Verwaltungsakte der Beklagten und die Akte des Sozialgerichts beigelegt. Auf diese Unterlagen und die beim Senat angefallene Akte im Berufungsverfahren wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen zulässig ([§ 151 SGG](#)) und begründet.

Das SG hat mit dem angefochtenen Urteil zu Unrecht Unfallfolgen festgestellt. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung des geltend gemachten Innenmeniskusabrisse als Unfallfolge.

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3, 6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte 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](#)). Für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls i. S. des [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt hat und das Unfallereignis einen Gesundheits-(erst-)schaden oder den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität) hat. Das Entstehen von längerandauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheits-(erst-)schadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (ständige Rechtsprechung, vgl. stellvertretend BSG, Urteile vom 09.05.2006 - [B 2 U 1/05 R](#), [B 2 U 40/05 R](#), [B 2 U 26/04 R](#)).

Nach der im Sozialrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben (st. Rspr. vgl. stellvertretend BSG vom 12.04.2005 a.a.O., RdNr. 11). Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs bzw. Gesundheitsschadens abgeleitet werden ([BSGE 1, 72, 76](#)).

Die Theorie der wesentlichen Bedingung beruht ebenso wie die im Zivilrecht geltende Adä-quanztheorie (vgl. dazu nur Heinrichs in Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 65. Aufl. 2006, Vorb. v § 249 RdNr. 57 ff m. w. N. sowie zu den Unterschieden [BSGE 63, 277, 280](#) = SozR 2200 § 548 Nr. 91) auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Aus-gangs-basis. Nach dieser ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Aufgrund der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen für einen Erfolg ist für die praktische Rechtsanwendung in einer zweiten Prüfungsstufe die Unterscheidung zwischen solchen Ursachen notwendig, die rechtlich für den Erfolg verantwortlich gemacht werden bzw. denen der Erfolg zugerechnet wird, und den anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen.

Bei mehreren Ursachen ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende (Mit-)Ursache auch wesentlich war, ist unerheblich. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden. Für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, ist darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar war, dass die "Auslösung" akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte. Bei der Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen (vgl. zum Vorstehenden insgesamt BSG, Urteile vom 09.05.2006, [a.a.O.](#)).

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs - der haftungsbegründenden und der haftungsausfüllenden Kausalität - genügt hinreichende Wahrscheinlichkeit (st. Rspr. [BSGE 19, 52](#) = SozR Nr. 62 zu § 542 a. F. RVO; [BSGE 32, 203, 209](#) = SozR Nr. 15 zu § 1263 a. F. RVO; [BSGE 45, 285, 287](#) = [SozR 2200 § 548 Nr. 38](#), [BSGE 58, 80, 83](#) = SozR 2200 § 555a Nr. 1). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht (BSG, Urteil vom 09.05.2006 [a.a.O.](#) m.w.H.). Dagegen müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß i. S. des "Vollbeweises", also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden (BSG SozR 3-5670 Anl. 1 Nr. 2108 Nr. 2 m. w. N.).

Nach diesen Grundsätzen liegt zur Überzeugung des Senats eine unfallbedingte Kausalität für die geltend gemachte Gesundheitsstörung nicht vor. Der Senat lässt offen, ob die im angefochtenen Urteil getroffene Feststellung - Zustand nach Innenmeniskusrissannahme am rechten Kniegelenk bei Zustand nach diagnostischer Arthroskopie am 30.01.2007 und am 23.05.2006 als Folge des Arbeitsunfalls - hinreichend bestimmt ist, denn nach übereinstimmender Auffassung der Beteiligten ist jedenfalls der von Dr. H. diagnostizierte Riss des Innenmeniskushinterhorns von der Feststellung erfasst.

Mit dem Bescheid vom 26.03.2007 ist von der Beklagten bestandskräftig, weil der Bescheid insoweit vom Kläger nicht angefochten ist, das Ereignis vom 24.03.2006 als Arbeitsunfall anerkannt. Damit ist eine den Unfallbegriff erfüllende Gesundheitserstschädigung bestandskräftig bejaht, wobei eine nicht näher konkretisierte "Zerrung des rechten Kniegelenkes" als Verletzung festgestellt wurde.

Zur Überzeugung des Senats ist bei dem von Dr. H. diagnostizierten Innenmeniskusabrisse weder von einem Gesundheitserstschaden des anerkannten Arbeitsunfalls noch von einer im weiteren Verlauf entstandenen weiteren Unfallfolge mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auszugehen.

Dr. H. beschreibt in seinem Gutachten vom 09.09.2009 einen Abriss des Innenmeniskushinterhorns von den tiefen Schichten des Innenbandes. Bei dieser Anheftungsstelle der Bandverbindung an der inneren hinteren Gelenkkapsel und am Innenmeniskushinterhorn handelt es sich nach Dr. H. um das Ligamentum menisco mediale collaterale posterius (Lcmp). Ob dieser Befund zweifelhaft ist, wie Dr. S. nach eigener Befundung der ihm von Dr. H. übersandten Bilder der Spiegelung vom 30.01.2007 ausführt, lässt der Senat dahinstehen.

Dass ein Riss des Lcnp am Unfalltag eingetreten ist, ist bereits nicht zur sicheren Überzeugung des Senats hinreichend wahrscheinlich. Dagegen sprechen der MRT-Befund vom 28.03.2006, der signalunauffällige und durchgängig abgrenzbare Kreuz- und Kollateralbänder und eine kongruente Artikulation mit regelrechter Anlage und Signalgebung der Menisken ergeben hatte (Befundbericht von Dr. G. vom 30.03.2006), und der von Dr. B. am 30.03.2006 erhobene klinische Befund, wonach die Prüfung des Bandapparates am rechten Knie und der Zeichen für eine Meniskusbeteiligung jeweils zu einem Normalbefund geführt hatte (Ergänzungsbericht von Dr. B. vom 30.03.2006). Auch die am 20.05.2006 durchgeführte Arthroskopie ergab den intraoperativen Befund eines stabilen Kapsel-Band-Apparats, der Innenmeniskus stellte sich unauffällig dar.

Die hiergegen von Dr. H. erhobenen Einwände sind wenig überzeugend. Dass die Kernspintomographie Verletzungen der tiefen Schichten des medialen Seitenbandes nicht zur Darstellung kommen lässt oder dass solche seltenen Verletzungen häufig übersehen werden, ist nach Dr. S. wenig wahrscheinlich. Nach seiner persönlichen Auswertung der Kernspinaufnahme vom 28.03.2006 unter Zuziehung eines radiologischen Kollegen ist entgegen der Auffassung von Dr. H. eine Läsion des Innenmeniskus der Aufnahme nicht zu entnehmen. Dass ein Riss des Lcnp gleichwohl vorlag, ist nach Dr. S. auch deshalb unwahrscheinlich, weil bei der Tomographie sehr enge Schichten gefahren wurden, die eine solche Rissbildung erfasst hätten. Mit dieser Bewertung ist auch der durchgängige klinische Befund zu vereinbaren, dass keine Meniskuszeichen und keine Hinweise auf einen nicht intakten Bandapparat bei den von mehreren Ärzten durchgeführten Untersuchungen erhoben wurden. Zwar waren teilweise Meniskuszeichen wegen Bewegungsschmerzen oder starker Schwellung kaum zu prüfen (vgl. Nachschaubericht von Dr. B. vom 19.04.2006, Bericht der BG-Klinik vom 18.05.2006), doch sind entsprechende Untersuchungen auch ohne die genannten Behinderungen mit unauffälligem Befund durchgeführt worden (Dr. B. vom 30.03.2006, BG-Klinik vom 03.05.2006, Dr. K. vom 25.09.2006 und Dr. C. vom 27.11.2006). Soweit im Operationsbericht der BG-Klinik vom 23.05.2006 ein stabiler Kapsel-Bandapparat beschrieben wird, legt dies die von Dr. H. vermisste Untersuchung mit einem Tasthaken nahe, da die Stabilität nicht allein durch den Spiegelbefund geprüft wird. Abgesehen davon wäre bei der von Dr. H. postulierten Unverwertbarkeit des MRT-Befundes vom 28.03.2006 und des intraoperativen Befundes der BG-Klinik dem Klageziel sowieso nicht gedient, denn der erforderliche positive Nachweis eines Risses des Lcnp zum Unfallzeitpunkt wäre allein mit dem von Dr. H. erst im Januar 2007 erhobenen Befund auch nicht zu führen.

Gegen eine bereits durch den Unfallhergang hervorgerufene Rissbildung spricht auch die vom Kläger bei der Untersuchung durch Dr. S. demonstrierte Unfallmechanik. Dr. S. und der Beratungsarzt Dr. J. weisen überzeugend darauf hin, dass der vom Kläger bei der Untersuchung durch Dr. S. noch erinnerte Unfallablauf nicht geeignet war, einen Meniskusriss bzw. einen Riss des Seitenbandes zu verursachen. Zutreffend beziehen sich Dr. S. und Dr. J. auf die unfallmedizinische Literatur, wonach die fragliche Verletzung einen fixierten Unterschenkel oder fixierten Fuß voraussetzt, wenn ein Riss des Meniskus oder des Innenbandes als Folge eingetreten ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl., Seiten 609 und 617ff). Der Kläger, der sich bei der Untersuchung durch Dr. H. nicht mehr an den genauen Bewegungsablauf erinnern konnte, hat bei Dr. Scharfenstein den Unfallhergang so demonstriert, dass er in der Hocke das linke Knie vorgesetzt hatte, er sich auf das rechte Knie kniete und dabei das rechte Knie auf dem schmierigen Untergrund nach hinten wegrutschte. Dabei vollzog das rechte Knie eine Streckung und eine Einwärtsdrehung. Nach Dr. S. kann hierbei nicht von einem regelrechten Aufschlagen des Kniegelenks ausgegangen werden. Dieser Bewegungsablauf ist entgegen der von Dr. H. vertretenen Auffassung nicht mit dem Bewegungsablauf im Referenzfall der von ihm zitierten Literaturstelle gleichzusetzen, was auch Dr. J. in seiner beratungsärztlichen Äußerung vom 04.11.2009 überzeugend verneint. In dem von Dr. H. mit Hinweis auf die auszugsweise vorgelegte Abhandlung von Dr. M. (Das Knie, 1982) dargelegten Beispiel handelte es sich um Kreuzbandrupturen von Skifahrern, die mit Tempo in der Hocke und entsprechend stark flektierten Kniegelenken hangabwärts fuhren und denen es auf einer Welle oder an einem Schneehaufen den Ski der später verletzten Seite verschlug, ohne dass es zum Sturz kam. Hierbei war nach Dr. M. maßgebend, dass es zu einer schlagartig raschen Verdrehbewegung kam, die sich ganz auf das Knie übertragen musste, weil Ski, Fuß und Unterschenkel durch die Skibindung und die hohen straffen Schuhe eine Einheit bildeten (a.a.O., Seite 66). Für den Senat war mit Dr. J. erkennbar, dass die bei der Abfahrt von Skifahrern entstehende hohe kinetische Energie des in Fahrtrichtung sich weiter bewegenden Oberschenkels und des hiervon abdrehenden Unterschenkels nicht mit der Bewegungsenergie vergleichbar ist, die durch das eigene Körpergewicht des Klägers auf das auch nur kurze Strecke zurückrutschende Kniegelenk des Klägers am Unfalltag einwirkte. Eine vergleichbare Fixierung des Unterschenkels oder des Fußes - vergleichbar der Fixierung durch Ski, Skischuh im Beispielsfall - gegenüber dem keine andere Bewegungsrichtung einhaltenden Oberschenkel - entgegen der Sturzfahrt des Skifahrers im Beispielsfall - lag ebenso wenig vor. Handelte es sich daher um ein noch altersentsprechend gesundes Kniegelenk, wie Dr. H. unter Hinweis auf den unauffälligen Laborbefund, der keine für eine Erkrankung an Gicht zu erwartende erhöhte Harnsäure belege, meint, ist der beschriebene Unfallablauf nach Dr. J. und Dr. S. keinesfalls geeignet gewesen, den Riss des Lcnp herbeizuführen.

Auch die Möglichkeit, dass eine Rissbildung jedenfalls im weiteren Verlauf unfallbedingt eingetreten ist, steht zur Überzeugung des Senats nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit fest.

Der Senat geht entgegen der Auffassung von Dr. H. davon aus, dass beim Kläger eine Hyperurikämie bereits vor dem Unfall vorgelegen hatte, die ausweislich des von der Beklagten beigezogene Vorerkrankungsverzeichnisses der DAK vom 12.05.2006 auch in der Vergangenheit vor dem Unfall zu Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt hatte. Der von Dr. H. zur Begründung seiner Auffassung, eine Hyperurikämie und in deren Folge gichtinduzierte Gelenkveränderungen lägen nicht vor, herangezogene unauffällige Laborbefund vom Oktober 2006 stützt seine Beurteilung nicht. Im sozialmedizinischen Gutachten des MDK vom 09.05.2007 gibt Dr. G. die Angabe des Klägers wieder, dass die Harnsäure medikamentös kompensiert ist. Dem entspricht die Therapieempfehlung unter der gestellten Diagnose "Hyperurikämie mit Gicht" im Arztbrief vom Dr. K. vom 09.11.2006 mit der dort genannten Medikation. Als Ergebnis der Szintigraphie am 20.10.2006 sind gichtinduzierte arthritische Veränderungen im rechten Kniegelenk, und in der Fußwurzel beidseits sowie im oberen Sprunggelenk links zu finden, die nach Dr. W. für ein rheumatisches Geschehen sprechen (Arztbrief von Dr. W. vom 23.10.2006). Die von Dr. K. gestellte Diagnose einer Gichterkrankung, die Dr. S. und Dr. J. bestätigten, ist daher für den Senat überzeugend.

Inwieweit hiervon auch der Innenmeniskus und die Seitenbänder im rechten Kniegelenk des Klägers betroffen und degenerativ verändert waren, ist den erhobenen Befunden selbst nicht zu entnehmen. Ein wesentlicher Knorpelschaden wurde bei der Arthroskopie am 23.05.2006 nicht erhoben (Operationsbericht der BG-Klinik vom 23.05.2006). Der intraoperative Befund von Kalkkristallauflagerungen wurde bereits von der BG-Klinik als ausgeprägte Chondrocalzinose diagnostiziert, die am ehesten corticoid-assoziiert ist (Entlassungsbericht der BG-Klinik vom 30.05.2006), was auch nach der insoweit übereinstimmenden Bewertung von Dr. H. auf die Cortisoninjektionen nach dem Unfall zurückzuführen ist.

Die im angefochtenen Urteil des Sozialgerichts angesprochene Möglichkeit einer mehrzeitigen unfallbedingten Ruptur scheidet bereits deshalb aus, weil keine hinreichenden Anknüpfungstat-sachen für eine "Erstruptur" - nicht einmal in minimaler Form - nachgewiesen sind. Allein die zeitnah zum Unfallereignis aufgetretenen Beschwerden mit Schwellung und (Reiz-)Ergussbil-dung sind nach Dr. S. mit der von der Beklagten angenommenen Zerrung von Gelenkanteilen des rechten Knies, d.h. mit einer Überdehnung von Gewebe, ohne dass es zu Rissbildungen gekommen ist, zu erklären und damit zu vereinbaren. Nach Dr. S. ist die annähernd zehn Monate nach dem Unfallereignis erstmals diagnostizierte, nach Dr. S. darüber hinaus auch fragliche Lcnp-Ruptur als degenerative Folge der Hyperurikämie einzustufen und nicht Folge der von der Beklagten als unfallbedingt anerkannten Zerrung. Dafür spricht der Beschwerdeverlauf, wonach der Kläger nach intensiven Physio- und Ergotherapiemaßnahmen Anfang Mai 2006 eine deutliche Beschwerdebesserung angegeben hatte. Es bestand nur noch ein diskreter Erguss bei negativem Meniskuszeichen und intaktem vorderen und hinterem Kreuzband (Krankheitsbericht der BG-Klinik vom 03.05.2006). Erst zwei Wochen später stellte sich der Kläger erneut bei der BG-Klinik mit stärkeren Beschwerden und ausgeprägtem Kniegelenkserguss vor, obgleich bei durchgehender Arbeitsunfähigkeit (Mitteilung der D-/H-Ärztin Dr. S. vom 31.05.2006; D.-Schreiben vom 23.05.2007) eine jedenfalls berufliche Belastung nicht vorgelegen haben kann. Fraglich ist zudem eine seit dem Unfall durchgehend vorliegende Arbeitsunfähigkeit, denn ab Ende Juli bis jedenfalls Ende September wurde kein Krankengeld gezahlt (D.-Schreiben vom 23.05.2007). Im Gutachten des MDK vom 09.05.2007 wird eine erneute Arbeitsunfähigkeit ab 25.09.2006 (vgl. auch Arztbrief Dr. C. vom 24.11.2006: Arbeitsunfähigkeit seit September 2006) angegeben. In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ist das nicht hinreichend aufzuklären gewesen. Dies kann dahinstehen. Denn gleichwohl ist eine Beschwerdesymptomatik belegt, die eine parallele degenerative Entwicklung neben dem Abklingen der unfallbedingten Folgen einer Zerrung als überwiegend wahrscheinlich macht. Die Schmerzangaben des Klägers waren auf die vorderen Anteile des Kniegelenks, die Region der Kniescheibe betreffend, bezogen, was nach Dr. S. keiner Meniskussymptomatik entspricht und der unspezifischen Zerrung zuzuschreiben ist, und die Schmerzangaben wurden später, ab September/Okttober 2006, auf das linke Knie und das linke Sprunggelenk bzw. beide Füße (Aussage von Dr. B. vom 07.03.2008 vor dem Sozialgericht und Arztbriefe von Dr. C. vom 27.11.2006 und Dr. K. vom 09.11.2006) ausgedehnt, was mit der aufgrund der am 20.10.2006 durchgeführten Szintigraphie diagnostizierten Arthritis im rechten Kniegelenk, in beiden Fußwurzeln und im oberen Sprunggelenk links zu vereinbaren ist. Die Schlussfolgerung von Dr. S., dass mit größerer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die Symptomatik am rechten Knie wie auch die wiederkehrenden Schmerzen an den anderen Gelenken eher durch die Hyperurikämie verursacht sind als durch die Verletzung des Kniegelenks im März 2006 ist für den Senat daher überzeugend.

Entgegen der Auffassung von Dr. H. ist auch der von ihm diagnostizierte Knorpelschaden nicht hinreichend wahrscheinlich unfallbedingt. Dr. H. hatte bei der Arthroskopie am 30.01.2007 einen Knorpelschaden am medialen Femurcondylus als Folge der vermehrt aufgetretenen Reizergüsse nach dem Unfall diagnostiziert. Bei der Arthroskopie im Mai 2006 war noch keine eindeutig Knorpelschädigung zu erkennen, obgleich bei der Kernspintomographie am 28.03.2006 ein oberflächlicher Knorpeldefek am medialen Kondylus beschrieben worden ist. Bestand eine Knorpelschädigung bereits 4 Tage nach dem Unfall, kann diese nicht auf Dauerbeschwerden mit häufigen Kniegelenksergüssen zurückzuführen sein. Trat eine maßgebliche Knorpelschädigung aber dagegen erst nach der Arthroskopie im Mai 2006 ein, wovon Dr. H. ausgeht, korreliert dies mit der geänderten Beschwerdesymptomatik, die sich in der beschriebenen Beschwerdebesserung (mit möglicher Zäsur der Arbeitsunfähigkeitszeiten) und der Beschwerdeausweitung auf nicht vom Unfall betroffene Gelenke ausdrückt, der akut gewordenen Gichtarthropathie.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-10-28