

L 9 U 5059/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 2484/07
Datum
24.09.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 5059/09
Datum
22.02.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts H. vom 24. September 2009 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob ein Meniskusschaden Folge eines Arbeitsunfalles vom 04. März 2005 ist.

Der 1981 geborene Kläger erlitt als E.profi beim Spiel seines Arbeitgebers, der F. L. E. GmbH, gegen die N. I. T. am 04. März 2005 einen bei der Beklagten versicherten und von dieser anerkannten Arbeitsunfall, als er - so die Unfallanzeige des Arbeitgebers - mit dem rechten Schlittschuh in der Kelle des Stockes eines Gegenspielers hängen blieb und sich bei dem nachfolgenden Sturz auf das Eis den Fuß verdrehte. Bei der ärztlichen Untersuchung durch Dr. W. gab der Kläger u. a. an, er sei mit dem rechten Fuß nach außen zu Sturz gekommen. Im Bericht der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik F. (BGU), in der der Kläger nach dem Unfall aufgenommen wurde, ist bei der Anamnese u. a. vermerkt, der Kläger sei mit dem rechten Fuß nach außen umgeknickt. Zuletzt hat der Kläger im Rahmen einer Begutachtung den Hergang dahingehend geschildert, dass er mit seinen Schlittschuhen geradeaus gelaufen und ihm dann die Kelle des Eishockeyschlägers seines Gegenspielers zwischen die Füße geraten sei. Darauf habe er die Kufe des rechten Schlittschuhs verkantet und sei zu Fall gekommen, worauf er sofort einen Schmerz im rechten Unterschenkel (US) verspürt habe und eine Fehlstellung sichtbar gewesen sei.

Nach dem Unfall war gemäß dem Bericht des erstuntersuchenden Orthopäden Dr. W. eine Stufe direkt über dem Schlittschuh tastbar. Das obere Sprunggelenk (OSG) und der Fuß konnten nicht bewegt werden und es wurde eine Verlegung in die BGU bei Verdacht auf US-Fraktur rechts nach Anlegen eines Schienenverbandes veranlasst. Dort war der Kläger vom 04. bis 14. März 2005 in stationärer Behandlung. Bei der Aufnahme zeigte sich eine schmerzhafte sichtbare Fehlstellung des rechten distalen US. Es wurde eine US-Schaftspiralfaktur rechts im distalen Drittel diagnostiziert, die am 05. März 2005 mit minimalinvasiver Reposition und Osteosynthese mit EXPERT-Nagel behandelt wurde. Die postoperative Röntgenkontrolle zeigte ein regelgerechtes Repositionsergebnis bei korrekter Implantatlage. Im Verlauf ging der Analgetikaverbrauch mit zunehmender Beschwerdefreiheit deutlich zurück (Bericht Prof. Dr. H. vom 17. März 2005). Bei der ambulanten Nachuntersuchung am 15. März 2005 bei Prof. Dr. S., Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, H., gab der Kläger zunehmende Schmerzen in der US-Mitte rechts an und fand sich im rechten US ein Druckschmerz und eine flächenhafte Rötung medial. Im Weiteren erfolgten ab 16. März 2005 von dem Orthopäden Dr. K., der die Diagnosen Zustand nach Unterschenkelfraktur/Marknagelung stellte, verordnete krankengymnastische Behandlungen sowie eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP). Es erfolgte gemäß dem Bericht von Prof. Dr. S. am 19. April 2005 eine Dynamisierung der Osteosynthese über die Entfernung eines proximalen Verriegelungsbolzens und im Weiteren eine Steigerung der Belastung des rechten Beines. Komplikationen waren nicht festzustellen. Gemäß dem Therapieplan Nr. 2 vom 3. Juni 2005 für die EAP waren Therapieziel Schmerzreduktion, Ödemresorption, Muskelkraftaufbau, Verbesserung der Beweglichkeit und Erlangen eines physiologischen Gangbildes unter Vollbelastung. Dr. W. berichtete am 24. August 2005 über eine Wiedervorstellung des Klägers, der dabei angab bei zunehmender Reha-Belastung unter Schmerzen im rechten OSG ventral zu leiden. Das OSG war endgradig eingeschränkt, das Kniegelenk fast frei beweglich. Die Röntgenuntersuchung ergab am rechten Knie stabil reizlos einsetzendes Material mit fester oberer Verriegelungsschraube. Im rechten OSG stand die distale Verriegelungsschraube gut einen Zentimeter nach ventral heraus. Die Fraktur war fest verheilt. Eine vorzeitige Metallentfernung (ME) der Schraube, die dann Ende August 2005 erfolgte, sei indiziert. Am 22. September 2005 berichtete Dr. W. nach einer Wiedervorstellung, der Kläger gebe an, bei starker Belastung noch unter Schmerzen zu leiden. Die Wunde war kranial reizlos, das Kniegelenk war fast frei beweglich und das OSG war endgradig eingeschränkt. Mit einer Einschränkung der Beweglichkeit im Knie und OSG auf Dauer müsse gerechnet werden. Ferner äußerte

Dr. W. am 26. September 2005, der Kläger sei ab 23. September 2005 arbeitsfähig und habe an diesem Tag schon einen Kurzeinsatz gehabt. Er beabsichtige, ab Oktober 2005 in den USA zu spielen. Ab 23. September 2005 ging der Kläger seiner Tätigkeit als Berufseishockeyspieler wieder nach.

Er war dann ab 02. Februar 2006 wegen einer bei einem Spiel erlittenen Unterkieferfraktur wieder arbeitsunfähig. Am 28. März 2006 berichtete Dr. W. über eine erneute Vorstellung des Klägers. Dieser gebe an, er leide "in letzter Zeit zunehmend" unter Schmerzen im rechten US und Knie. Das Knie sei geschwollen, ein Erguß zeige sich nicht und die Beweglichkeit sei passiv frei und allenfalls endgradig in der Streckung gehemmt. Die Röntgenuntersuchung des US mit OSG ergab einen reizlos einsitzenden Marknagel und eine sicher durchbaute Fraktur. Die Entfernung des Nagels sei dringend indiziert. Nach einer erneuten Vorstellung in der BGU am 04. April 2006 berichtete Prof. Dr. H., der Kläger klage über eine fortbestehende belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit unterhalb der rechten Kniescheibe im Bereich der ehemaligen Nageleinschlagstelle. Eine Muskelminderung am rechten Bein bestehe fort. Es zeige sich ein völlig unauffälliges, sicheres und raumgreifendes Gangbild. Beidseits seien die Kniescheiben gut und schmerzfrei über dem Gleitlager verschieblich. Bei freier Streckung und Beugung der Kniegelenke fänden sich seitengleich stabile Kapsel-Bandverhältnisse. Positive Meniskus-Zeichen seien an beiden Kniegelenken nicht provozierbar. Eine Implantatentfernung sei vorgesehen. Bis dahin sei von Seiten der Unfallfolgen weiter von Arbeitsfähigkeit auszugehen. Im Rahmen einer stationären Behandlung vom 10. bis 19. April 2006 erfolgte am 12. April 2006 die ME des Verriegelungsnagels. Der Kläger war gemäß seinen Angaben bei der Behandlung wieder in vollem Umfang beruflich bzw. sportlich tätig (gewesen). Die angrenzenden Knie- und Sprunggelenke waren frei beweglich. Lediglich über dem medialen Gelenkspalt fand sich ein diskreter Druckschmerz bei sonst unauffälligem Meniskuszeichen. Operationsbedingte Arbeitsunfähigkeit wurde von der Beklagten bis 02. Mai 2006 anerkannt.

Am 24. April 2006 erfolgte ein MRT des rechten Knies, das gemäß dem Bericht des Radiologen Dr. W. einen zentralen Riss des Innenmeniskushinterhorns zweiten Grades und chondrodegenerative Veränderungen der medialen und lateralen Belastungszone sowie eine kleine parameniskeale Ganglionzyste des Außenmeniskushinterhorns ergab. Am 23. Mai 2006 berichtete Dr. W. dann über seit der ME fortbestehende Schmerzen im rechten Kniegelenk. Die bei dem MRT festgestellten Einrisse am Meniskus passten zu den Beschwerden, weswegen eine Arthroskopie vorgesehen sei. Es hätten sich typische Innenmeniskus-Zeichen mit Druckschmerz am medialen Gelenkspalt und im Bereich der dorsalen Kapsel gefunden. Am 31. Mai 2005 erfolgte eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit Teilentfernung des Innenmeniskus durch den Orthopäden Dr. E. (tätig in Gemeinschaftspraxis mit Dr. K.). Die pathologische Untersuchung des Innen- und des Außenmeniskusresektats ergab gemäß dem Bericht des Pathologen Dr. M. vom Juni 2006 "oberflächliche Rupturzeichen bzw. quetschungsbedingte traumatische Läsionen" ohne Anhalt für einen Granulomatose, eine degenerative Meniskopathie, eine Kristallarthritis oder Malignität.

In Auswertung der Unterlagen verneinte Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 21. Juni 2006 den von Dr. K. bejahten Ursachenzusammenhang zwischen dem Meniskusschaden und dem Unfall, da jeder unfallspezifische Erstbefund fehle, spätestens bei Arbeitsfähigkeit nach der Fraktur Beschwerden hätten auftreten müssen und keinerlei Kniebandverletzung als Zeichen einer gravierenden Knieverletzung belegt sei. Auf die Bitte, sämtliche Auszüge aus der Krankenakte, in denen Kniebeschwerden beschrieben seien, in Kopie vorzulegen, teilte Dr. W. im Juli 2006 mit, Kniebeschwerden hätten seit dem Unfall am 04. März 2005 bestanden. Außer den vorgelegten Zwischenberichten habe er keine Unterlagen. In der beratenden Stellungnahme vom 13. Juli 2006 kam Dr. H. zum Ergebnis, zur Annahme eines traumatischen Meniskusschadens durch den behandelnden Arzt sei nur festzuhalten, dass seine optische Zusammenhangsbewertung 14 Monate nach dem Ereignis wenig sachgerecht sei. Im Gegenteil sei es sogar zu erwarten, dass ein 14 Monate alter Riss eines Meniskus bei gleichzeitiger sportlicher Dauerbelastung über mehrere Monate sowohl optisch als auch histologisch erheblich degenerativ verändert aussehe. Wirke ein Riss "frisch", könne er nicht 14 Monate alt sein. Eine Begutachtung durch einen erfahrenen Kniechirurgen könne problemlos nach Aktenlage durchgeführt werden. Dr. W. legte dann noch einen Auszug aus den vom 04. März 2005 bis 13. Juli 2006 über den Kläger gespeicherten medizinischen Daten vor (u.a. mit Vermerken vom 09. Juli 2005 [Knie rechts frei streckbar, aber noch Kapselschwellung und ein Erguss], 23. August 2005 [Kniegelenk fast frei beweglich, Material stabil und reizlos einsitzend], vom 22. September 2005 [Kniegelenk fast frei beweglich, mit einer Einschränkung der Beweglichkeit im Knie auf Dauer zu rechnen], vom 28. März 2006, ["in letzter Zeit zunehmend" Schmerzen im rechten US und Knie] sowie vom 22. Mai 2006 [seit der Operation, der ME, fortbestehende Schmerzen im rechten Kniegelenk, das MRT habe Einrisse am Innenmeniskus gezeigt]).

Am 30. August 2006 äußerte Dr. K., der von einem Zusammenhang zwischen dem Meniskusschaden und dem Unfall ausging, gegenüber der Beklagten, nach dem Unfall habe eine lange Reha-Phase vorgelegen, während der er den Kläger mehrfach untersucht habe und die Beschwerden im US- und Sprunggelenksbereich dominiert hätten. Während der Belastungsphase insbesondere mit Beginn des Eisstrainings habe der Kläger wieder über Kniegelenksbeschwerden geklagt. Bereits damals wäre eine Arthroskopie indiziert gewesen, der Kläger habe darauf allerdings bewusst verzichtet, da seine sportlichen Ziele im Vordergrund gestanden hätten. Bei der am 31. Mai 2006 durchgeführten Arthroskopie hätten sich dann multiple Einrisse auf der Basis einer traumatischen Quetschung des Hinterhorns am Innenmeniskus sowie randständige Einrisse ebenfalls auf der Basis einer traumatischen Quetschung des Pars intermedia, wie dem OP-Bericht zu entnehmen, gezeigt. Er fordere die Beklagte dringend auf, einen unabhängigen Gutachter für die Beurteilung heranzuziehen.

In dem hierauf von der Beklagten eingeholten unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachten gelangte Dr. H. am 25. Januar 2007 zum Ergebnis, der Kläger sei als Berufs-Eishockeyspieler seit 06. August 2006 wieder arbeitsfähig und habe auch mit Saisonbeginn wieder gespielt. Er leide aber immer noch unter Beschwerden im rechten Bein. Es bestehe ein mehr als 14 Monate nach dem Unfall gesicherter Innenmeniskushinterhornriss. Eine solche Meniskusverletzung trete bei Unterschenkelfrakturen nicht regelhaft ein. Regelhaft träten Meniskusverletzungen im Zusammenhang mit Brüchen des körperfernen Oberschenkels (OS) oder des Schienbeinkopfes sowie Verletzungen der Knieseiten- und Kreuzbänder auf. Meniskusverletzungen träten mit wenigen Ausnahmen nur als Begleitverletzungen bei knöchernen Verletzungen und/oder Kapsel- Bandverletzungen auf. Eine isolierte Verletzung nur im Bereich der Menisken ohne Beteiligung sonstiger Strukturen des Kniegelenks ließe sich nur begründen, wenn eine auf das Kniegelenk treffende Gewalteinwirkung primär die Menisken unter Stress setzen könnte. In diesem Zusammenhang werde auch immer ein sogenannter Drehsturz diskutiert, ein Mechanismus, bei dem das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fixiertem US oder Fuß plötzlich passiv in die Streckung gezwungen werde, so dass die physiologische Schlussrotation nicht ablaufen könne und der Meniskus zwischen OS-Körper und Schienbeinkopfplateau gerate, eingeklemmt und dadurch geschädigt werde. Im konkreten Fall seien zu keinem Zeitpunkt, weder klinisch, noch kernspintomographisch, Verletzungsfolgen an sonstigen Strukturen des Kniegelenkes festgestellt worden. Im Verlauf der postoperativen Behandlung seien bei einer Reihe unterschiedlicher Untersuchungen keine Hinweise auf eine Mitbeteiligung des Knieinnenraumes festgestellt worden. Damit fehle es an

einem unfallspezifischen zeitnah erhobenen Erstbefund. Ferner habe die arthroskopische Untersuchung des Kniegelenks eine diffuse Knorpelerweichung des medialen Tibiaplateaus, eine Chondromalazie II. Grades des lateralen Tibiaplateaus, eine Ausdünnung der Knorpelschicht der medialen Femurcondyle neben multiplen Einrissen "auf der Basis einer traumatischen Quetschung des Hinterhorns" ergeben. Bei bereits einsetzenden degenerativen Veränderungen der Menisken und des Knorpels bleibe eine unfallfremde Entstehungsursache nachvollziehbar. Ferner liege eine varische Verbiegung beider Beinachsen vor mit besonderer Belastung der inneren Kompartimente. Schließlich sei der häufigste Ort beginnender degenerativer Innenmeniskusveränderungen das Innenmeniskushinterhorn, wenn hier auch die Zahl der Meniskusverletzungen gegenüber den Außenmeniskusverletzungen überwiege. Die Betrachtung der Menisken 14 Monate nach dem Ereignis und zwischenzeitlich mehrmonatiger Spielpraxis lasse eine Aussage über die Entstehung dieser Läsion nicht mehr zu. Weder die Form der Meniskusrisse, noch die feingewebliche Untersuchung lasse nach dieser Zeit eine gesicherte Deutung, ob traumatische oder nichttraumatische Entstehung, zu. Der histologische Befund könne, wenn der Meniskus erst einige Monate nach dem angeschuldigten Ereignis entfernt werde, meist nicht weiter helfen. Insgesamt ergäben alle Befunde keinen ernsthaften Beleg für eine traumatische Entstehung der Meniskusläsion. Auch fänden sich für die Zeit nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit im September 2005 bis zur erneuten Verletzung auf Grund einer Oberkieferfraktur keine dokumentierten Hinweise für weiter bestehende Kniegelenksbeschwerden. Unfallfolgen seien eine in achsengerechter Stellung fest verheilte US-Fraktur mit Knochennarbe, Narben über der Kniescheibe mit Tendinose der Patellasehne, Narben an der Innenseite des US und allenfalls ein Teil der Muskelverschmächtigung des rechten Beines. Die Knorpelschäden des Kniegelenks, der Teilverlust des Innen- und Außenmeniskus und der flächige Signalanstieg des Innenmeniskushinterhornbereiches (MRT vom 27. November 2006) als Zeichen weiterer bestehender degenerativer Veränderungen, seien nicht auf den Unfall zurückzuführen.

Mit Bescheid vom 21. Februar 2007, erneut versandt am 08. März 2007, und Widerspruchsbescheid vom 05. Juni 2007 lehnte die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente aus Anlass des Versicherungsfalles vom 04. März 2005 ab. Sie anerkannte als Unfallfolgen "In achsengerechter Stellung verheilte Unterschenkelbruch rechts mit Behandlungsbedürftigkeit während der Arbeitsunfähigkeitszeit nach Kieferbruch" bis 02. Mai 2006. Der Zustand nach Innenmeniskushinterhornriss rechts mit Arbeitsunfähigkeit vom 03. Mai 2006 bis 05. August 2006 und der Zustand nach Teilresektion des Außenmeniskus rechts sowie Knorpelschäden im Bereich des Kniegelenks rechts seien nicht Folge des Arbeitsunfalles.

Am 04. Juli 2007 hat der Kläger, der geltend gemacht hat, er sei wegen seiner WM-Teilnahme gehindert gewesen, den Widerspruch zu begründen, Klage beim Sozialgericht H. (SG) erhoben. Mit dieser hat er zuletzt noch die Feststellung der "Meniskusschäden im rechten Knie" als Folge des Arbeitsunfalles vom 04. März 2005 begehrt. Um seine Karriere als Eishockeyspieler nicht zu lange zu unterbrechen habe er im September 2005 das Training wieder aufgenommen. Die beim MRT vom 24. April 2006 und bei der Arthroskopie vom 31. Mai 2006 festgestellte totale Quetschung des Innen- und Außenmeniskus mit Entzündung sei Folge des Unfalles vom 04. März 2005 und anders nicht zu erklären. Vor dem Unfall habe er keinerlei Kniebeschwerden gehabt, weder links, noch rechts. Vier Wochen nach dem Unfall habe er nicht nur Schmerzen im Bereich des Bruches sondern auch und im Wesentlichen am Knie und im Knie verspürt, als er wieder auftreten durfte und Gehversuche machen konnte. Im ersten Trainingslager im August 2005 habe er noch nicht mithalten können, sich dann aber nach und nach der allgemeinen Trainingsarbeit wieder angeschlossen, wobei er ständig Schmerzen im rechten Knie gehabt habe. Bei US-Frakturen könnten durchaus Meniskusverletzungen auftreten. In seinem Fall gebe es auch keine konkurrierende andere Ursache. Die bereits vier Wochen nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden seien zunächst allein auf die Fraktur des US zurückgeführt worden. Der histologische Befund und der Geschehensablauf sprächen dafür, dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ursache der Meniskusverletzung sei.

Das SG hat Röntgen- und CT-Bilder behandelnder Ärzte angefordert und ein Sachverständigengutachten des Prof. Dr. O. vom 29. Mai 2008 und - auf Einwände der Beklagten - dessen ergänzende Stellungnahmen vom 05. September 2008 sowie 22. April 2009 eingeholt. Der Sachverständige ist im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, die US-Fraktur und der operativ versorgte Innen- und Außenmeniskusriss im rechten Kniegelenk seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Eine auch vorliegende Chondromalazie "könne" ursächlich auf den Unfall, aber auch auf eine schicksalhaft-degenerative Entwicklung oder eventuelle Vorschäden zurückzuführen sein. Der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Meniskusschaden ergebe sich auch aus dem Alter, dem Arthroskopiebefund, dem Pathologie-Histologiebefund sowie dem Fehlen relevanter Angaben zu Vorschäden. Es könne zwar auch eine degenerative Meniskopathie im Sinne einer Chondropathie vorgelegen haben, doch spreche dagegen Alter, Trainingszustand, Fehlen ähnlicher Beschwerden links und das Unfallgeschehen. Seines Erachtens habe zunächst die US-Fraktur im Vordergrund gestanden. Die Kniebinnenschädigung sei dann erst auf Grund zunehmender Belastung im Bereich des Kniegelenkes zutage getreten. Der zeitliche Verlauf sei auf Grund der Schwere der US-Verletzung plausibel. Gemäß der Literatur könnten Schwingungsverletzungen bei Fixierung des Standbeines im Sport zu Meniskusverletzungen führen, insbesondere bei übermäßiger Rotation bei gebeugtem Knie. Zwar sei ein isolierter Meniskusriss infolge Unfällen eher selten, doch könne es beim Kläger durchaus auch zu einer Verletzung des Kapsel-Bandapparates im rechten Kniegelenk gekommen sein, die danach ausgeheilt sei. Die Meniskusverletzung könne dann nach Vollbelastung in den Vordergrund getreten sein. Meniskusverletzungen entstünden vorwiegend durch die Masse des eigenen Körpers, die auf den fixierten US wirke. Plötzlichkeit und Koordinationsstörungen stünden im Vordergrund, wenn der Bewegungsablauf durch eine nicht vorgesehene Störung des Bewegungsmechanismus eine Unterbrechung oder Änderung erfahre und eine korrigierend reflektorisch einsetzende Kraftanstrengung zu unkontrollierten Ausweich-, Flucht- oder Abwehrbewegungen führe. Ein solcher Mechanismus habe hier vorgelegen. Durch eine histologische Untersuchung der teilresezierten Menisci könne nach diesem Zeitraum die Bestimmung des Alters des Risses sicherlich nicht mit Sicherheit erfolgen, doch könne ein erfahrener Pathologe Rückschlüsse auf Grund des histologischen Präparates auf den Entstehungsmechanismus des Risses und den zeitlichen Verlauf ziehen. In seinen ergänzenden Stellungnahmen hat der Sachverständige dann ausgeführt, in der internationalen Literatur seien Fälle von Tibiaschaftfrakturen und Schäden im Kniebereich beschrieben, so dass es möglich erscheine, dass die Kraft, die zum Tibiaschaft führe, auch weiter geleitet werden könne, um im Bereich des Knies weitere Verletzungen entstehen zu lassen. Ferner seien in der Literatur Verletzungen des hinteren Kreuzbandes bei Tibiaschaftfrakturen beschrieben. Die Krafteinwirkung, die zu einer kniegelenksnahen Fraktur führe, könne ebenfalls Verletzungen im Bereich der Bänder im Knie auf der gleichen Seite verursachen. Auch die traumatische Verletzung eines langen Röhrenknochens der unteren Extremität könne zu Kniebinnenverletzungen führen. Damit könne eine Meniskusverletzung bei Frakturen langer Röhrenknochen der unteren Extremitäten auftreten. Dafür, dass es beim Kläger so gewesen sei, gebe es jedoch keinen Beweis. Da eine konkurrierende Kausalität sowohl zeitlich wie von der Beschwerdesymptomatik auch nur spekulativ wäre, spreche eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen Ursachenzusammenhang. Die therapeutische Versorgung des Knochenbruches, die teilweise durch Entlastung reduzierte Schmerzsymptomatik und die Schmerzen im Bereich der Nageleintrittsstelle an der Schienbeinvorderkante hätten sicher dazu geführt, dass die Schmerzen im Bereich des Meniskus erst nach der Belastungssteigerung in den Vordergrund gerückt seien. Der histologische Befund

spreche weder für, noch gegen die Kausalität. Eine Verletzung des Knieinnenraumes und eines langen Röhrenknochens sei möglich. Dass diese beim Kläger stattgefunden habe, lasse sich nicht beweisen, sei aber auch nicht widerlegbar.

Die Beklagte hat eine Stellungnahme des Dr. H. vom 07. Juli 2008 vorgelegt (die Annahme einer stattgehabten Kniebandverletzung sei rein spekulativ, Hinweise für eine kombinierte Kniebandverletzung seien nicht dokumentiert und die Kombination einer komplexen Kniebandverletzung mit einer Schafffraktur des US sei eine Rarität; allein durch den Mechanismus des Drehsturzes, durch übermäßige Rotation bei gebeugtem Knie, könnten Meniskusverletzungen entstehen ohne plötzliche Streckung; typischer Hergangsmechanismus einer isolierten Meniskusschädigung sei nach der Literatur der Rotationssturz mit gebeugtem Kniegelenk; gegen einen Zusammenhang spreche auch die zeitliche Entkoppelung des Unfallereignisses zur Feststellung des Meniskusschadens, wobei der Kläger hier nach dem Unfall eine monatelange kniebelastende sportliche Tätigkeit als Eishockeyspieler unter regelmäßiger sportmedizinischer Betreuung verrichtet habe; nach der Literatur sei nach einem Zeitintervall von fünf Monaten die zeitliche Zuordnung des histologischen Befundes unsicher und für eine positive Zusammenhangsbewertung nicht mehr verwertbar; das Fehlen wesentlicher degenerativer Zeichen laut Befund spreche nach gesicherter Erfahrung gegen eine ein Jahr lang bestehende Schädigung, denn nach einer Meniskusruptur komme es nach wenigen Tagen/Wochen zu Reparaturs- und Degenerationsprozessen).

Das SG hat die Beklagte verurteilt, festzustellen, dass die Meniskusschäden im rechten Knie Folge des Arbeitsunfalles vom 04. März 2005 seien. Hierbei hat es sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. O. und dessen ergänzende Stellungnahmen gestützt. Dass die Kombination aus Bruch des US und ein Knieschaden selten sei, stehe der Eignung des Unfallgeschehens nicht entgegen. Es überwiegen die Gesichtspunkte, die für einen Kausalzusammenhang sprächen. Vorschäden am rechten Knie seien nicht bekannt und das linke Knie weise keine Meniskusschäden auf. Gegen die Unfallursächlichkeit spreche nicht, dass der Meniskusschaden nicht zeitnah diagnostiziert sei. Es gebe keinerlei Hinweise dafür, dass der Kläger vor dem Unfall unter Schmerzen im rechten Knie gelitten habe. Wie Dr. K. und Dr. S. (Praxiskollegen von Dr. W.) übereinstimmend berichtet hätten, habe der Kläger nach dem Unfall über Kniebeschwerden geklagt. Nachvollziehbar sei, dass auf Grund des Marknagels zunächst andere Beschwerden im Vordergrund gestanden hätten.

Gegen das am 22. Oktober 2009 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 02. November 2009 Berufung eingelegt. Das Gutachten von Prof. Dr. O. sei, anders als das des Dr. H., nicht schlüssig. Prof. Dr. O. habe zuletzt eingeräumt, dass sich eine Verletzung des Knieinnenraumes bei dem Unfallgeschehen nicht beweisen lasse, und halte dies lediglich für möglich bzw. nicht belegbar. Es sprächen mehr Argumente gegen einen ursächlichen Zusammenhang. Die Mutmaßung von Prof. Dr. O., es könne auch zu zwischenzeitlich ausgeheilten Verletzungen im Kapsel-Bandapparat des rechten Kniegelenks gekommen sein, sei spekulativ und durch keine Befundberichte gestützt. Das Unfallereignis sei aus biomechanischen Gründen nicht geeignet gewesen, eine isolierte Meniskusschädigung zu verursachen. Ferner fehle es am zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Feststellung eines Meniskusschadens. Auch der histologische Befund spreche nicht für den Ursachenzusammenhang. Im Übrigen gebe es Hinweise auf vorbestehende degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenks, in dem bei der Arthroskopie vom 31. Mai 2006 sowohl auf der Innenseite, als auch auf der Außenseite Knorpeldegenerationen beschrieben seien. Außerdem bestehe eine varische Verbiegung der Beinachse, die als Ursache oder Mitursache degenerativer Veränderungen im Betracht komme. Hierzu hat die Beklagte weitere Stellungnahmen von Dr. H. vom 10. November 2009 und 18. Februar 2010 vorgelegt, auf die verwiesen wird.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts H. vom 24. September 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er bezieht sich mit näherer Begründung im Wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. O ...

Der Senat hat ein orthopädisch-traumatologisches Sachverständigengutachten des Dr. H. vom 16. November 2010 eingeholt. Er ist nach Auswertung der Unterlagen und Befundberichte sowie auf Grund einer Untersuchung im Wesentlichen zum Ergebnis gelangt, die im Bereich des rechten Kniegelenkes vorliegenden oberflächlichen Knorpelschäden der Ober- und Unterschenkelinnenseite, wie auch die Schädigung des Innen- und Außenmeniskus, seien nicht mit Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers zum Unfallhergang habe die rotierende Kraft zuerst das Kniegelenk und erst nachfolgend den knöchernen Teil des US erfasst. Wenn der Meniskusschaden traumatischer Art gewesen wäre, hätte die einwirkende Kraft so erheblich sein müssen, dass sie zu einer gravierenden Schädigung des Kniegelenks geführt hätte, bevor sie nachfolgend eine sekundäre knöcherne Schädigung des US bewirkte. Es müsste eine sehr große Kraft vorgelegen haben, um bereits vorher erhebliche Schäden im darüber liegenden Kniegelenk zu verursachen, wenn sie sekundär zu einer US-Fraktur führte. Zwar könne, wenn auch selten, die Schädigung eines Meniskus durch eine passive Drehung des gebeugten Kniegelenks isoliert entstehen und könne eine plötzliche Streckung des gebeugten und rotierten US eine Meniskusschädigung hervorrufen, doch sei es auf Grund der Angaben des Klägers äußerst unwahrscheinlich, dass das Kniegelenk zum Unfallzeitpunkt gebeugt gewesen sei. Dann hätten auch die Kräfte nicht ausgereicht, um gleichzeitig den Knochenbruch des US hervorzurufen. Eine typische isolierte Meniskusverletzung bei gebeugtem Knie habe somit nicht vorgelegen. So bliebe noch eine rotierende Kraft auf das Kniegelenk in Streckung bzw. Abknicken im X- oder O-Bein Sinne. Unterstelle man auch hier die primäre Verletzung des Kniegelenks, wäre in jedem Fall eine höhergradige Kapsel-Bandverletzung zu erwarten, sei es der Kreuzbänder oder der Seitenbänder. Folge man dieser Hypothese, wäre neben der sekundären Knochenverletzung eine erhebliche primäre Kniegelenkstraumatisierung erforderlich gewesen. Im klinischen Alltag imponierten derartige massive Verletzungen auch durch eine deutliche lokale Symptomatik, wie Kapselschwellung, intraartikuläre Ergussansammlung oder Hämatombildung und auch deutliche lokale Schmerzen. Es würde sich in diesem Fall nicht um ein Bagateltrauma handeln, sondern um eine gravierende Traumatisierung des gesamten Kapsel- und Bandapparates des Kniegelenks. Bei der Betreuungs- und Behandlungsintensität eines Profisportlers erscheine es schwer vorstellbar, dass eine derartige Verletzung im Rahmen der Nachbehandlungs- und Rehabilitationsphase mit diversen ärztlichen und physiotherapeutischen Behandlungen übersehen worden sein sollte und erst später zum Tragen gekommen sei. Es gebe keinerlei Hinweise, weder im Unfallzusammenhang, noch in den späteren Bildgebungen oder dem OP-Bericht, dass irgendwelche Traumafolgen des Kapselbandapparates des Kniegelenks vorgelegen hätten. Daraus ergebe sich, dass das Trauma mit höchster Wahrscheinlichkeit das Kniegelenk nicht geschädigt, sondern lediglich die

knöchernen Verletzung des US hervorgerufen habe. Die Kernspintomographie vom 24. April 2006, mehr als ein Jahr nach dem Unfall, die die Meniskusschädigung gezeigt habe sowie Signalalterationen der Knorpeloberfläche, gleichzeitig aber keine Residuen im Bereich des Kapselbandapparates, sei nach dem abgelaufenen Zeitraum kein geeignetes Medium, um mit Sicherheit unfallabhängige von unfallfremden Schäden zu differenzieren. Aus der Situation zwischen dem Trauma und dem arthroskopischen Eingriff vom Mai 2006 ergebe sich nach der Dokumentation, dass der Kläger im September 2005 noch in Deutschland E. gespielt habe. Wie er weiter angebe, habe er Schmerzen etwa 50 Mal bei allen behandelnden Ärzten angegeben, was aber nicht protokolliert sei. Vor diesem Hintergrund erscheine es sehr unwahrscheinlich, dass allen Behandlern ein Kniegelenksschaden entgangen sein sollte bzw. dass nach dem angegebenen etwa 50 maligen Klagen kein Behandler darauf eingegangen sein sollte, wenn andererseits die Schmerzen im Sprunggelenksbereich dokumentiert worden seien. Ferner sei in Berichten vom 24. August und 22. September 2005 jeweils ein fast frei bewegliches Kniegelenk dokumentiert. Erst ab März 2006 würden zunehmende Schmerzen und eine Schwellung des Kniegelenks ohne Ergussbildung beschrieben. Noch im Bericht der BGU vom 11. April 2006 sei vermerkt, dass an beiden Kniegelenken Meniskuszeichen nicht provozierbar seien. Damit finde sich in der den damaligen Verlauf begleitenden Dokumentation kein Indiz für eine unfallbedingte Meniskusschädigung bzw. eine Kapselbandschädigung. Der OP-Bericht des Dr. E. beschreibe eine Ausdünnung der Knorpelschicht an der Oberschenkelrolle wie auch eine diffuse Knorpelerweichung am innenseitigen Schienbeinkopf sowie multiple Einrisse des Innenmeniskushinterhorns und sehe hierfür eine traumatische Quetschung als Ursache. Auch hier ergebe sich das Problem, dass der Eingriff gut eineinviertel Jahre nach der Verletzung erfolgt sei. Damit würden auch bei einem traumatischen Meniskuseinriss durch diese instabile Situation sekundär degenerative Veränderungen auftreten. Grundsätzlich kenne er - Dr. H. - selbst, der seit 1982 diagnostische Arthroskopien und seit 1986 arthroskopische Eingriffe durchführe, derartige Rissformen vorwiegend auf Grund degenerativer und kaum auf Grund traumatischer Schädigungen. Letztendlich könne aber auf Grund der OP-Bildgebung nicht ausgeschlossen werden, dass es, wie von Dr. E. angenommen, durch das Trauma zu einer Quetschung und damit sekundären Reißbildung gekommen sei. OP-Bericht und Intraoperative Bildgebung wiesen aber eher in die Richtung einer degenerativen Vorschädigung. Der histologische Befund sei nicht richtungsweisend oder beweisend, um ein Trauma zu belegen. Ein Traumamechanismus unterstellt, wären im zurückliegenden Zeitraum die instabilen Meniskusanteile ständigen Druck- und Scherbelastungen unterworfen gewesen, so dass sie sekundär degenerativen Veränderungen ausgesetzt gewesen wären. So erscheine es nicht logisch, wenn der Kollege nach dem abgelaufenen Zeitraum keinen Anhalt für degenerative Schäden, auch wenn sie sekundärer Natur seien, sondern lediglich verletzungsbedingte traumatische Schäden sehe. Nach Auswertung aller objektivierbaren Fakten spreche mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit mehr für einen degenerativ bedingten Meniskusschaden, als für einen Meniskusschaden, der im Zusammenhang mit der Unterschenkelfraktur aufgetreten sein könnte. Prof. Dr. O. könne er sich nicht anschließen. Dieser gehe davon aus, dass die Folgen der Kniebinnenschädigung erst bei zunehmender Mehrbelastung des Kniegelenks zu Tage getreten seien. Dies erscheine nicht plausibel, da eine wie oben diskutierte erhebliche Kapsel-Bandschädigung derart gravierend gewesen sein müsste, dass sie bereits im Rahmen der Nachbehandlung bemerkt worden wäre. Soweit Prof. Dr. O. auf internationale Literatur verweise, sei den beschriebenen Einzelfällen gemeinsam, dass sie entweder nicht das Kniegelenk selbst betroffen, sondern z.B. das körpernahe Schienbein-Wadenbeingelenk oder reine Bänderschäden wie das hintere Kreuzband oder zumindest kombinierte Kapsel-Bandschäden, aber in keinem Fall eine isolierte Meniskusverletzung in Kombination mit einer knöchernen US-Verletzung.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Soweit das SG die Beklagte verurteilt hat, "Meniskusschäden im rechten Knie" als Unfallfolge festzustellen, hat der Kläger hierauf keinen Anspruch.

Versicherungsfälle im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach [§ 7 Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Arbeitsunfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründeten Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Einen solchen Unfall hat der Kläger am 04. März 2005 erlitten.

Soweit der Kläger sinngemäß die Feststellung von Gesundheitsstörungen als Folgen des Unfalles, der als solcher von der Beklagten anerkannt ist, begehrt, ist sein Begehren als Anfechtungs- und Feststellungsklage gemäß [§ 55 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) zulässig. Danach kann mit der Klage die Feststellung begehrt werden, ob eine Gesundheitsstörung oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Dieses Rechtsschutzinteresse liegt hier vor, denn neben möglichen aus der Feststellung ableitbaren Leistungsansprüchen besteht auch wegen etwaiger Folgeschäden ein berechtigtes Interesse an einer Feststellung von vorliegenden Unfallfolgen (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19. Januar 1989, [L 7 U 1249/87](#) in Breithaupt 1989, 554).

Voraussetzung für die Anerkennung bzw. Feststellung einer Gesundheitsstörung als Folge eines Arbeitsunfalls ist u. a. ein wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstschaden und der fortdauernden Gesundheitsstörung (sog. haftungsausfüllende Kausalität). Dabei müssen die anspruchsbegründenden Tatsachen, zu denen - neben der versicherten Tätigkeit - der Gesundheitserstschaden und die eingetretenen fortdauernden Gesundheitsstörungen gehören, mit einem der Gewissheit nahekommenden Grad der Wahrscheinlichkeit erwiesen sein. Für die Bejahung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitserstschaden und den fortdauernden Gesundheitsstörungen gilt in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätstheorie der "wesentlichen Bedingung". Diese hat zur Ausgangsbasis die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob das Ereignis nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Auf Grund 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 anderen, für den Erfolg rechtlich unerheblichen Ursachen. Nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden als kausal und rechtserheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens abgeleitet werden (vgl. die zusammenfassende Darstellung der Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung im Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#) - [SozR 4-2700 § 8 Nr. 17](#) = [BSGE 96, 196-209](#) und JURIS).

Bei mehreren konkurrierenden Ursachen muss die rechtlich wesentliche Bedingung nach dem Urteil des BSG vom 9. Mai 2006 ([aaO](#) Rdnr.

15) nicht "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig" sein. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Kommt einer der Ursachen gegenüber den anderen eine überragende Bedeutung zu, ist sie allein wesentliche Ursache und damit allein Ursache im Rechtssinn.

Gemessen daran hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung der Meniskusschäden als Unfallfolge. Beim Kläger bestanden zwar ein Innenmeniskuseinriss und ein Außenmeniskusrandeinriss am rechten Kniegelenk sowie eine geringfügige Chondropathie des rechten Kniegelenkes (so Dr. H.), doch sind diese Gesundheitsstörungen nicht auf den streitgegenständlichen Arbeitsunfall zurückzuführen.

Nach dem schlüssigen und nachvollziehbaren Sachverständigengutachten des Dr. H., der sämtliche in den Akten vorhandenen und dokumentierten medizinischen Befunde ausgewertet, den Kläger untersucht und die in den Akten enthaltenen Angaben zum Unfallhergang sowie die bei der Untersuchung vom Kläger gemachten Angaben hierzu berücksichtigt hat und sich zugleich mit der Argumentation des einen Kausalzusammenhang bejahenden Prof. Dr. O. und der von diesem erwähnten Literatur auseinandergesetzt hat und dann zum Ergebnis gelangt ist, dass nicht mehr dafür als dagegen spricht, dass die vom SG als unfallbedingt gesehenen Meniskusschäden am rechten Knie des Klägers auf den Unfall vom 4. März 2005 zurückzuführen sind und damit ein ursächlicher Zusammenhang nicht wahrscheinlich ist, sind die vom Kläger geltend gemachten Meniskusschäden im rechten Kniegelenk zur Überzeugung des Senats nicht Folge des angeschuldigten Ereignisses. Der Senat hegt keinen Zweifel an der Richtigkeit der von Dr. H. gezogenen Schlussfolgerungen, nachdem der Sachverständige diese sorgfältig und plausibel begründet hat.

Unter Berücksichtigung der Angaben des Klägers wirkte die rotierende Kraft beim Unfallhergang zuerst auf das Kniegelenk und dann noch auf den knöchernen Teil des US, der dabei frakturiert wurde. Eine derartige massive Krafteinwirkung müsste - so Dr. H. für den Senat überzeugend - auch zu erheblichen und sofort festzustellenden Schädigungen des Bandapparates des Kniegelenkes geführt haben, die jedoch zu keinem Zeitpunkt, weder unfallnah, noch (als dann ältere Verletzung) beim MRT im April 2006 oder bei der Arthroskopie am 31. Mai 2006 festgestellt wurden. Eine entsprechende Verletzung wurde nach den vorliegenden Berichten von keinem der behandelnden Ärzte oder Therapeuten festgestellt. Auch Dr. K. hat bei seinen Verordnungen von EAP-Behandlungen keine entsprechenden Diagnosen gestellt sondern als Diagnosen "Zustand nach Unterschenkelfraktur/Marknagelung" angeführt. Auch bei mehreren Untersuchungen in der Rehabilitationsphase, die eine fast freie Beweglichkeit des Kniegelenkes ergaben (so Dr. W. am 24. August und 22. September 2005), gab es keinerlei Hinweise auf eine Bandverletzung als Zeichen einer Traumatisierung des Kniegelenkes. Vielmehr nahm der Kläger das Eishockeytraining wieder auf und kam bereits am 23. September 2005 wieder zum Einsatz. Selbst im Bericht der BGU vom 11. April 2006 ist vermerkt, dass an beiden Kniegelenken Meniskuszeichen nicht provozierbar und die Kapsel-Bandverhältnisse stabil waren. Schließlich zeigte auch weder das MRT vom April 2006 noch die nachfolgende Arthroskopie eine frühere, also zum Zeitpunkt des Unfalls eingetretene, Schädigung der Kniebänder.

Soweit Prof. Dr. O. mutmaßt, der Kläger habe möglicherweise eine Bänderverletzung erlitten, die aber - überdeckt durch andere Beschwerden - nicht festgestellt wurde und dann ausgeheilt sei, handelt es sich um eine durch keine Befunde belegte Spekulation.

Da somit eine erhebliche Krafteinwirkung (im Sinne einer Rotation) auf das Kniegelenk, die geeignet war, einen Meniskusschaden herbeizuführen, nicht feststellbar ist, spricht dieser Umstand - so Dr. H. schlüssig - gegen einen Unfallzusammenhang. Für die von Dr. H. ebenfalls diskutierte Möglichkeit eines isolierten Meniskusschadens durch passive Drehung des gebeugten Kniegelenkes, die im Übrigen sehr selten auftritt, findet sich letztlich ebenfalls kein Beleg, zumal ein entsprechender Ablauf auf Grund der Angaben des Klägers zum Unfallhergang eher unwahrscheinlich und nicht belegt ist. Auch eine ebenfalls von Dr. H. diskutierte Einwirkung einer rotierenden Kraft auf das Kniegelenk in Streckung bzw. mit Abknicken im X- oder O-Bein-Sinn hätte zu einer - hier nicht nachgewiesenen - höherrangigen Kapsel-Band-Verletzung führen müssen. Diese - so Dr. H. - hätte zu einer deutlichen lokalen Symptomatik, wie Kapselschwellung, intraartikulärer Ergussansammlung oder Hämatombildung mit deutlichen lokalen Schmerzen geführt, welche hier trotz hoher Behandlungs- und Betreuungsintensität nicht dokumentiert sind.

Schließlich sind zeitnah zum Unfall keinerlei Befunde dokumentiert, die auf eine Meniskusschädigung hinweisen. Eine solche ist erstmals durch das MRT vom April 2006 und schließlich bei der Arthroskopie vom 31. Mai 2006, also mehr als ein Jahr nach dem Unfall, und nachdem der Kläger auch seinem Beruf als Eishockeyspieler wieder nachgegangen ist mit Spieleinsatz ab 23. September 2005, festgestellt worden. Angesichts dessen fehlt es an einem das Begehren des Klägers stützenden unfallnahen Primärbefund für eine Meniskusschädigung. Auf Grund der bei den Untersuchungen des Klägers nach dem Unfall und bis April 2006 erhobenen Befunde und Angaben des Klägers wurde offenbar keine Veranlassung gesehen, das rechte Knie einer weitergehenden Untersuchung zu unterziehen. Dass hierfür möglicherweise nur sportliche Ziele des Klägers der Grund waren, ist ebenfalls nicht nachzuvollziehen, da die Durchführung einer MRT, die schließlich im April 2006 erfolgte und dann einen Riss des Innenmeniskushinterhorns ergab, anders als eine Arthroskopie, als solche keine Einschränkung für die weiter ausgeübte berufliche Tätigkeit des Klägers mit sich gebracht hätte.

Weder der MRT- noch der Arthroskopiebefund oder das Ergebnis der pathologischen Untersuchung sind nach den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. H. geeignet, eine Schädigung der Menisken rechts im Zusammenhang mit dem angeschuldigten Unfall zu belegen. Dies ergibt sich bereits aus der zeitlichen Distanz dieser Untersuchungen zum Unfall vom 4. März 2005. Andererseits wären, wenn der Unfall zu einer Meniskusschäden geführt hätte, so Dr. H., entsprechende posttraumatische arthrotische Veränderungen im Kniegelenk zu erwarten gewesen, die indes jedoch ebenfalls nicht festzustellen sind.

Soweit Prof. Dr. O. neben dem Arthroskopiebefund und dem histologischen Befund, die - wie er zum Teil selbst einräumt - aus den vorgenannten Gründen schon nicht als Argument dienen können, auch auf das Alter und fehlende relevante Angaben zu Vorschäden verweist, vermag dies eine andere Beurteilung als die des Dr. H. nicht zu rechtfertigen. Soweit Prof. Dr. O. auf Berichte in der Literatur verweist, wonach es bei Verletzung eines langen Röhrenknochens der unteren Extremität zu Knieverletzungen kommen könne, handelt es sich - so Dr. H. - um Einzelfälle, die mit dem Fall des Klägers nicht vergleichbar sind, insbesondere in keinem Fall um eine isolierte Meniskusverletzung in Kombination mit einer knöchernen US-Verletzung. Ungeachtet dessen ergäbe sich insofern lediglich eine Möglichkeit einer solchen Schädigung, nicht jedoch die Wahrscheinlichkeit eines solchen Ursachenzusammenhangs gerade im Falle des Klägers.

Aus den vorstehenden Gründen ist das im Übrigen im Wesentlichen auch mit der Beurteilung des Dr. H. und des Dr. H. übereinstimmende

Sachverständigengutachten des Dr. H., der auch selbst über langjährige Erfahrung mit Kniearthroskopien und Knieverletzungen verfügt, für den Senat schlüssig und überzeugend.

Damit ist eine Wahrscheinlichkeit, dass die Meniskusverletzung des Klägers auf den Unfall vom 4. März 2005 zurückzuführen ist, nicht feststellbar.

Der Senat hebt deshalb das Urteil des SG auf und weist die Klage ab. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-02