

## L 6 U 3547/13

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Heilbronn (BWB)  
Aktenzeichen  
S 7 U 803/12  
Datum  
16.07.2013  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 3547/13  
Datum  
25.09.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Juli 2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt aufgrund eines von der Beklagten anerkannten Arbeitsunfalls zuletzt noch die Feststellung weiterer Unfallfolgen sowie eine Verletztenrente.

Der am 11.03.1963 geborene Kläger war zum Unfallzeitpunkt als Maschinenarbeiter bei der K. GmbH und Co., K., einem Mitgliedsunternehmen der Beklagten, beschäftigt. Am 19.10.1999 (Dienstag) stellte sich der Kläger bei dem H-Arzt L., Arzt für Orthopädie, Chirotherapie, vor und gab an, am 15.10.1999 (Freitag) um 5.45 Uhr beim Herunterlaufen der Treppe im Treppenhaus der Firma K. gestürzt zu sein und sich das rechte Knie verletzt zu haben. Nach dem Sturz habe er weitergearbeitet. Der H-Arzt L. befundete eine Weichteilschwellung auf der Innenseite des rechten Kniegelenkes, einen festen Bandapparat sowie eine Innenmeniskussymptomatik ohne Einklemmungserscheinungen und diagnostizierte nach röntgenologischer Untersuchung, die keine Knochenverletzung und keine wesentlichen degenerativen Veränderungen ergab, eine Kniegelenkesdistorsion rechts (H-Arzt-Bericht vom 20.10.1999).

Aufgrund des am 21.10.1999 bei der Beklagten eingegangenen H-Arzt-Berichtes trat die Beklagte in die Ermittlungen ein und forderte den Kläger zur Schilderung des Unfallherganges auf. Im hierzu übersandten Fragebogen gab der Kläger unter dem 17.12.1999 an, dass sich der Unfall ereignet habe, als er bei der Firma die Treppen runtergelaufen, dabei ausgerutscht und umgefallen sei. Er sei aus ca. einem Meter Höhe auf das Knie gefallen und habe sich an der Treppenstufe das Knie gestoßen. Weder sei er mit dem Knie um- oder eingeknickt oder sei der Fuß oder Unterschenkel während dieses Vorganges eingeklemmt gewesen, noch habe er eine Last getragen. Äußere Verletzungszeichen hätten nicht bestanden. Die Schmerzen hätten sich erst am nächsten Tag richtig bemerkbar gemacht. Da die Schmerzen am Unfalltag noch nicht so stark gewesen seien, habe er den Arbeitstag durchgehalten.

Der Arbeitgeber des Klägers teilte am 13.12.1999 mit, dass der Kläger nicht krank geschrieben gewesen sei. In der Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 04.02.2000 wird angegeben, der Kläger sei am 15.10.1999 eine Treppe hinuntergestolpert und sei am 18.10.1999 wegen Schmerzen im Knie zum Arzt gegangen. Seit seiner Knie-Operation vom 13.12.1999 sei er bis 30.01.2000 krank gewesen und arbeite seitdem wieder.

Auf Veranlassung des Orthopäden L. führte Dr. W., Radiologische Gemeinschaftspraxis K., am 22.11.1999 eine magnetresonanztomographische Untersuchung (MRT) des rechten Knies durch. Hierbei fand sich ein altersentsprechend regelrechter kernspintomographischer Kniegelenkesbefund ohne Zeichen einer stattgehabten Verletzung in Form von bone-bruise-Veränderungen im Bereich der Oberschenkelrollen oder des Schienbeinkopfbereichs mit zentraler Strukturveränderung des Innenmeniskushinterhorns bei intaktem Außenmeniskus. Diesen Befund beurteilte Dr. W. als zentralen Riss des Innenmeniskushinterhorns (Grad II-Läsion) bei ansonsten unauffälligem Befund ohne Zeichen eines weiteren Kniebinnenschadens (Befundbericht vom 24.11.1999).

Am 02.12.1999 stellte sich der Kläger bei Prof. Dr. S., Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum H., vor. Hier diagnostizierte Oberarzt Dr. R. einen Innenmeniskusschaden des rechten Kniegelenkes. Anamnestisch gab der Kläger an, am 15.10.1999 auf einer Treppe ausgerutscht und dabei mit dem rechten Kniegelenk nach außen weggeknickt zu sein. Er habe sich das Knie dabei nicht verdreht und zunächst weitergearbeitet ohne wesentliche Beschwerden. Am nächsten Tag seien dann leichte ziehende Schmerzen im rechten Kniegelenk

aufgetreten, das Kniegelenk sei am nächsten Tag abends auch etwas dick geworden. Am 17.10.1999 habe er sich bei seinem Hausarzt und am 19.10.1999 bei dem Facharzt L. vorgestellt (vorläufiger Zwischenbericht vom 06.12.1999).

Die Beklagte zog das Leistungsverzeichnis der AOK - Die Gesundheitskasse H. bei, aus dem sich keine Vorerkrankungen im Bereich der Kniegelenke beidseits bis zum 15.10.1999 ergaben.

Im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 12. bis 16.12.1999 in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurde am 13.12.1999 eine diagnostische Arthroskopie und sodann eine Innenmeniskushinterhorn-Resektion sowie Resektion der Plica mediopatellaris durchgeführt sowie eine Chondromalazie medialer Condylus rechtes Kniegelenk diagnostiziert (ärztlicher Entlassungsbericht vom 30.12.1999). Im Operationsbericht vom 13.12.1999 wird bei intaktem Außenmeniskus zur Inspektion des Innenmeniskus ein kleiner radiärer Einriss im Hinterhornbereich beschrieben, der mittels Resektion und Glättung des Innenmeniskushinterhorns behandelt worden sei, eine "Histo" könne wegen des wenigen Materials nicht gewonnen werden. Zudem bestehe femoral eine Chondromalazie II.-gradig. Sodann wurde die Plica mediopatellaris reseziert mit Histologie (Bl. 76 SG-Akten S 7 U 1755/08). Da im ärztlichen Entlassungsbericht vom 30.12.1999 ausgeführt wurde, dass sich intraoperativ nur ein kleiner Hinterhornriss, der geglättet worden sei, gefunden habe, der Hauptbefund aber in einem Shelf-Syndrom bei kräftiger Plica mediopatellaris gelegen habe, die Behandlung zu Lasten der Beklagten mit dem Operationstag abgeschlossen sei und die weitere Behandlung kassenärztlich erfolge, teilte die Beklagte mit Schreiben vom 19.01.2000 an die AOK H. mit, dass die Behandlung ab 14.12.1999 nicht mehr unfallbedingt sei.

Im Rahmen einer weiteren stationären Behandlung vom 15. bis 19.04.2002 im Klinikum G. H. wurde ein degenerativer Innenmeniskus-Hinterhorn-Riss rechtes Kniegelenk diagnostiziert und nach diagnostischer Arthroskopie am 15.04.2002 eine arthroskopische Innenmeniskus-Hinterhorn-Teilresektion vorgenommen. Zur Anamnese wird angegeben, der Kläger habe über Schmerzen im rechten Knie seit Dezember letzten Jahres ohne Erinnerung an ein Trauma geklagt (ärztlicher Entlassungsbericht vom 08.05.2002, Bl. 78 SG-Akte S 7 U 1755/08, Operationsbericht vom 15.04.2002, Bl. 52 Verwaltungsakte).

Förmliche Bescheide bezüglich des Arbeitsunfalls vom 15.10.1999 ergingen zunächst nicht. Der Kläger erlitt in den Jahren 2004 und 2007 sodann zwei weitere Arbeitsunfälle, die beim Sozialgericht Heilbronn (SG) rechthängig wurden (S 7 U 1755/08 und S 7 U 3015/08). Hier wurde u. a. das orthopädische Gutachten bei Dr. B. vom 03.03.2010 eingeholt, der - ohne dass hierauf die Beweisfragen gerichtet gewesen wären - ausgeführt hat, das Unfallgeschehen vom 15.10.1999 sei als initiales Unfallgeschehen richtungsweisend für die nachfolgenden Unfallgeschehnisse zu werten. Es sei für ihn unverständlich, warum das Unfallgeschehen vom 15.10.1999 berufsgenossenschaftlich nicht als auslösende Ursache für die Meniskus- und Knorpelschädigung anerkannt beschieden worden sei (S 7 U 3015/08). Beide Verfahren wurden im Vergleichswege dadurch erledigt, dass die Beklagte sich verpflichtete, durch rechtsmittelfähigen Bescheid darüber zu entscheiden, ob es sich bei dem Ereignis vom 15.10.1999 um einen Arbeitsunfall handele und welche Ansprüche sich für den Kläger daraus ergäben (Sitzungsniederschrift vom 23.03.2011, Bl. 297 SG-Akte S 7 U 1755/08).

Mit Bescheid vom 27.04.2011 erkannte die Beklagte den Unfall vom 15.10.1999 als Arbeitsunfall sowie als Folge des Arbeitsunfalls eine Zerrung des rechten Kniegelenkes an. Keine Folgen des Arbeitsunfalls seien der Innenmeniskus-Hinterhorn-Schaden sowie verschleißbedingte Veränderungen im rechten Kniegelenk in Form einer Plica mediopatellaris mit Shelf-Syndrom und eines Knorpelschadens. Anspruch auf Leistungen über den 11.12.1999 hinaus bestünden nicht. Auch ein Anspruch auf Rente und sonstige Rehabilitationsleistungen bestehe nicht.

Seinen hiergegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger damit, dass das Unfallereignis vom 15.10.1999 nicht nur zu einer Zerrung des rechten Kniegelenkes, die folgenlos abgeheilt sei, sondern zu einer Instabilität des rechten Kniegelenkes mit nachfolgend zunehmenden Verschleißerscheinungen geführt habe. Die späteren Unfälle vom 27.02.2004 sowie 27.07.2007 seien als richtungsweisende Verschlimmerungen dem Unfallereignis vom 15.10.1999 zuzuordnen. Durch das Unfallereignis vom 15.10.1999 sei es zu einer Relaxation des vorderen Kreuzbandes mit interstitiellen Einrissen gekommen, die zwar später narbig verheilt seien, aber eine Instabilität des rechten Kniegelenkes zurückgelassen hätten. Bezug genommen wurde auf das in den Klageverfahren S 7 U 1755/08 und S 7 U 3015/08 bei Dr. B. eingeholte Gutachten vom 03.03.2010.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.02.2012 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung aus, dass der Bewegungsablauf nicht geeignet gewesen sei, eine Meniskusverletzung zu verursachen, und außerdem keine für eine unfallbedingte Meniskusverletzung erforderlichen strukturellen Schädigungen nachgewiesen seien. Die in zeitlichem Zusammenhang zum Unfall erhobenen Befunde hätten nämlich feste regelhafte Bandstrukturen ergeben, Hinweise auf die von Seiten des Klägers vorgetragene Instabilität des Kniegelenkes hätten sich nicht ergeben. Es hätten sich aber anlagebedingte bzw. degenerative Veränderungen im Sinne einer Plica mediopatellaris mit Shelf-Syndrom gezeigt.

Hiergegen hat der Kläger am 05.03.2012 Klage beim SG erhoben und zur Begründung auf seinen Vortrag im Widerspruchsverfahren verwiesen.

Das SG hat von Amts wegen bei Dr. L., Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik S.-K. H. GmbH, das unfallchirurgische und orthopädische Gutachten vom 08.03.2013 eingeholt. Hierin wird ausgeführt, dass nach dem Ereignisablauf vom 15.10.1999 kein Ereignis vorliege, das die physiologische Belastbarkeit der Kniebinnenstrukturen des rechten Kniegelenkes hätte übersteigen können, um einen gravierenden Kniebinnenschaden hervorzurufen. Hier hätten die dynamischen Komponenten, insbesondere bezüglich der Entstehung eines Kniebinnenschadens in Form einer Meniskusentwurzelung oder einer vorderen Kreuzbandruptur gefehlt. Außerdem ergäben die kernspintomographischen zeitnahen Sequenzen keinerlei Hinweis auf eine gravierende Gewalteinwirkung auf den Kniebinnenraum. Es fehlten jedwede Zeichen einer Knochenmark-Ödembildung durch Gewalteinwirkung, selbst ohne substantielle Schädigung. Zur Darstellung sei ausschließlich eine Aufbraucherscheinung des Innenmeniskus-Hinterhorns in Form der strukturellen Schädigung ohne wesentlichen substantiellen mechanisch wirksamen Schaden gekommen, was auch in der arthroskopischen Diagnostik bestätigt worden sei. Auch die zweieinhalb Jahre später durchgeführte diagnostische Arthroskopie wegen erneut aufgetretener Beschwerden ohne Erinnerung an ein Trauma habe ein weiteres Aufbrauchstadium mit Strukturveränderungen des Innenmeniskus-Hinterhorns ohne substantielle Schädigung der Kniebinnenstrukturen insbesondere des Zentralkomplexes gezeigt. Folge des Unfalles vom 15.10.1999 sei daher lediglich eine Kniegelenkesprellung rechts. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) aufgrund der Kniegelenkesprellung lasse sich

unfallchirurgischerseits nicht vorschlagen. Es habe zu keinem Zeitpunkt wegen der Kniegelenkesprellung Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.07.2013 hat das SG die Klage abgewiesen und sich zur Begründung auf das in sich schlüssige, widerspruchsfreie und nachvollziehbare Gutachten des Dr. L. gestützt, das auch in Einklang mit der maßgeblichen unfallversicherungsrechtlichen Literatur stehe.

Gegen den, dem Klägervorteiler am 23.07.2013 zugestellten, Gerichtsbescheid hat der Kläger am 16.08.2013 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt, zu deren Begründung er auf die in der MRT-Aufnahme vom 24.10.1999 fehlenden degenerativen Veränderungen wie das blanke Vorerkrankungsverzeichnis verwiesen hat.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins durch den Berichterstatter am 21.02.2014 hat der Senat auf Antrag des Klägers nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei Dr. I. das fachchirurgische Gutachten vom 29.04.2014 eingeholt. Anlässlich dessen ambulanter Untersuchung vom 23.04.2014 hat der Kläger angegeben, er sei in der Firma eine Treppe über ca. drei bis vier Stufen zur Umkleidekabine hinuntergelaufen. Er sei ausgerutscht und ca. drei bis vier Treppenstufen hinuntergefallen. Er habe beim Ausrutschen einen Ausfallschritt mit dem rechten Bein gemacht und sei dabei mit Wahrscheinlichkeit mit dem rechten Kniegelenk umgeknickt und anschließend mit dem rechten Kniegelenk auf den Boden aufgeschlagen. Das rechte Kniegelenk sei sofort schmerzhaft angeschwollen. Den ärztlichen Notdienst habe er am Wochenende nicht in Anspruch nehmen wollen. Zuhause habe er das Bein hochgelagert und seine Frau habe feuchte/kühle Umschläge gemacht. In der darauffolgenden Woche habe er noch ein oder zwei Tage gearbeitet und sich dann bei dem Orthopäden L. vorgestellt. Am 27.02.2004 sei es zu einem zweiten Arbeitsunfall gekommen, als er mit dem rechten Fuß zwischen einer Schiene und einem Wassertank eingeklemmt gewesen sei und sich dabei sein rechtes Bein verdreht habe. Einen weiteren Unfall habe es am 18.05.2004 gegeben, als er eine Kiste getragen und sich dabei das rechte Kniegelenk verdreht habe. Am 08.05.2007 sei erneut eine Innenmeniskus- und Schleimhautresektion durchgeführt worden. Am 27.07.2007 sei es zu einem weiteren Unfall gekommen, als er um eine Waschmaschine herumgelaufen, dabei auf dem Boden ausgerutscht sei und mit dem gestreckten Bein einen Spagat nach vorne ausgeführt habe. Am 08.03.2011 sei schließlich das zerrissene vordere Kreuzband ersetzt worden. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 15.10.1999 hat der Sachverständige einen Zustand nach Distorsion des rechten Kniegelenkes mit einer traumatischen Innenmeniskusruptur mit nachfolgender Instabilität im Bereich des rechten Kniegelenkes mit mehrfachen nachfolgenden instabilitätsbedingten Distorsionen des rechten Kniegelenkes mit einer vorderen Kreuzbandruptur und einem fortschreitenden Knorpelverschleiß sowie einen chronischen Reizzustand des rechten Kniegelenkes und eine verbliebene anteromediale Instabilität I. bis II. Grades im Bereich des rechten Kniegelenkes nach zwischenzeitlich erfolgtem vorderen Kreuzbandersatz angenommen. Behandlungsbedürftigkeit habe vom Tag des Unfalls bis zum Ersatz des vorderen Kreuzbandes am 08.03.2011 mit einem folgenden entsprechenden Rehabilitationszeitraum von annähernd 6 Wochen bestanden. Die MdE sei mit 20 vom Hundert (v. H.) zu beziffern.

Dem Gutachten beigelegt waren ein ärztliches Attest zur Vorlage beim Versorgungsamt des Dr. H., Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14.04.2014 sowie MRT-Befundberichte vom 11.03.2013 und 10.12.2011 und ein Befundbericht des Internisten K. vom 15.03.2013.

Die Beklagte hat zum Gutachten des Sachverständigen Dr. I. die beratungsärztliche Stellungnahme der Ärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und Chirotherapie Dr. H. vorgelegt. Darin wird ausgeführt, dass ein Meniskusschaden aufgrund des inadäquaten Unfallhergangs, fehlender Begleitverletzungen, die bei einer Meniskusschädigung vorliegen müssten, fehlendem bone-bruise-Phänomen im MRT vom 22.11.1999 sowie des intraoperativen Hauptbefundes bei der ersten Arthroskopie, nämlich einer Hypertrophie der Plica mediopatellaris, also einer Schleimhautfalte, und dem Knorpelschaden und einem Hinterhorn-Riss lediglich als Randdefekt, der völlig irrelevant gewesen sei, nicht als Unfallfolge anzuerkennen sei. Eine hypertrophe Plica mediopatellaris könne durchaus beschwerdeursächlich gewesen sein, so dass die Arthroskopie bei dem Versicherten vordergründig deshalb notwendig gewesen sei. Der minimale Hinterhorn-Riss, der lediglich geglättet worden sei, sei völlig unerheblich für die spätere eigengesetzliche Degeneration des Gelenkes. Das resezierte Präparat sei so gering gewesen, dass nicht einmal eine Histopathologie möglich gewesen sei. Eine richtungsgebende Verschlechterung lasse sich vor diesem Hintergrund in keinsten Weise begründen. Der vollständige Verlust des vorderen Kreuzbandes habe andere Gründe und sei nicht auf das Ereignis am 15.10.1999 zu beziehen. Intraoperativ hätten sich bei der Arthroskopie vom 13.12.1999 bereits II.-gradige Knorpelschäden femoral ergeben, die sich eigengesetzlich fortentwickelt hätten. Sie seien durch das Ereignis weder hervorgerufen noch richtungsgebend verschlimmert worden, weil der Knieinnenraum gar nicht erreicht worden sei. Die minimale Resektion bzw. Glättung des Meniskus habe daran auch keinerlei Anteil gehabt.

Außerdem hat der Senat bei Dr. L. zu den von Dr. I. vorgebrachten Kritikpunkten an seinem Gutachten eine ergänzende Stellungnahme vom 07.07.2014 eingeholt. Dieser ist uneingeschränkt bei seinen Aussagen im Gutachten vom 08.03.2013 geblieben und hat der beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. in vollem Umfang zugestimmt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 16. Juli 2013 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 27. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Februar 2012 zu verurteilen, als weitere Unfallfolgen einen Innenmeniskus-Hinterhorn-Schaden sowie eine verschleißbedingte Veränderung im rechten Kniegelenk in Form einer Plica mediopatellaris mit Shelf-Syndrom, eines Knorpelschadens und einer Kreuzbandinstabilität mit nachfolgend weiterer Meniskusschädigung und weiterem Knorpelverschleiß festzustellen und eine Verletztenrente ab 14.12.1999 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat sich im Wesentlichen auf die beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. H. sowie den Gerichtsbescheid des SG berufen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die vorgelegte Behördenakte sowie die Gerichtsakten des SG (S 7 U 1755/08, S 7 U 3015/08, S 7 U 803/12) und die LSG-Akte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143 und 144 SGG statthafte und nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgemäß eingelegte sowie auch im Übrigen zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Der Kläger verfolgt sein Begehren auf Heilbehandlung nicht weiter, nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung das vom Kläger angenommene Teilerkenntnis abgegeben und Heilbehandlung über den 11.12.1999 hinaus bis einschließlich 13.12.1999 gewährt hat.

Zu Recht hat das SG die als kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 3 SGG statthafte Klage abgewiesen soweit der Kläger die Feststellung weiterer Unfallfolgen und die Gewährung einer Verletztenrente begehrt. Denn der Bescheid der Beklagten vom 27.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2012 ist insoweit rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Nach § 102 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) i. V. m. § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge (oder eines Versicherungsfalls), wenn ein Gesundheitsschaden durch den Gesundheitserstschaden eines Versicherungsfalls oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht (BSG, Urteil vom 27.03.2012 - B 2 U 7/11 R - SozR 4-2700 § 2 Nr. 19).

Mit dem hier streitgegenständlichen Bescheid vom 27.04.2011 hat die Beklagte den Unfall vom 15.10.1999 als Arbeitsunfall i. S. des § 8 Abs. 1 SGB VII anerkannt.

Für die haftungsbegründende und die haftungsausfüllende Kausalität, welche nach der auch sonst im Sozialrecht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen sind, ist grundsätzlich die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit, ausreichend, aber auch erforderlich (vgl. zum Folgenden BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R - SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 und 24.07.2012 - B 2 V 9/11 R - SozR 2700 § 8 Nr. 44). Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht, so dass auf diesen Grad der Wahrscheinlichkeit vernünftiger Weise die Entscheidung gestützt werden kann und ernste Zweifel ausscheiden. Die Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Dies schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand ist die Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Aussage, der Versicherte sei so geschützt, wie er die Arbeit antritt, ist ebenfalls diesem Verhältnis von individueller Bewertung auf objektiver, wissenschaftlicher Grundlage zuzuordnen. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes.

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 mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auf-fassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs beziehungsweise Gesundheitsschadens abgeleitet werden. Wenn es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen gibt, ist sozialrechtlich allein relevant, ob das Unfallereignis wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere/n Ursache/n keine überragende Bedeutung hat/haben. Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur diese Ursache/n "wesentlich" und damit Ursache/n im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber 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. Ist die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit derjenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen, so 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 dieser Abwägung kann der Schwere des Unfallereignisses Bedeutung zukommen. Dass der Begriff der Gelegenheitsursache durch die Austauschbarkeit der versicherten Einwirkung gegen andere alltäglich vorkommende Ereignisse gekennzeichnet ist, berechtigt jedoch nicht zu dem Umkehrschluss, dass bei einem gravierenden, nicht alltäglichen Unfallgeschehen ein gegenüber einer Krankheitsanlage rechtlich wesentlicher Ursachenbeitrag ohne Weiteres zu unterstellen ist. Gesichtspunkte für die Beurteilung der besonderen Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg sind neben der versicherten Ursache beziehungsweise dem Ereignis als solchem, einschließlich der Art und des Ausmaßes der Einwirkung, die konkurrierende Ursache unter Berücksichtigung ihrer Art und ihres Ausmaßes, der zeitliche Ablauf des Geschehens - aber eine Ursache ist nicht deswegen wesentlich, weil sie die letzte war -, ferner das Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, die Befunde und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie die gesamte Krankengeschichte. Ergänzend kann der Schutzzweck der Norm heranzuziehen sein.

Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung gegebenenfalls in einem oder mehreren Schritten zu prüfende Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Dies wird häufig bei einem klar erkennbaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, vor allem wenn es keine feststellbare konkurrierende Ursache gibt, kein Problem sein. Aber es gibt im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache das angeschuldigte Ereignis eine Ursache ist oder die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellte versicherte Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hält es der Senat nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass das Unfallereignis vom 15.10.1999 Ursache für den Innenmeniskusschaden des rechten Kniegelenkes sowie die weiteren Kniegelenkesschäden gewesen ist. Vielmehr ist der

Senat ebenso wie das SG davon überzeugt, dass der Sturz des Klägers lediglich zu einer Prellung des rechten Kniegelenkes geführt hat, die spätestens bis zum 11.12.1999 abgeheilt gewesen ist. Hierbei stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die in sich schlüssigen und auch für den medizinischen Laien gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Dr. L. in seinem Gutachten vom 08.03.2013 sowie dessen ergänzende Stellungnahme vom 07.07.2014. Danach sprechen deutlich mehr Umstände gegen als für einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Binnenschäden am rechten Kniegelenk des Klägers, sodass eine Unfallkausalität nicht wahrscheinlich ist.

So ist das vom Kläger zeitnah geschilderte Unfallgeschehen nicht geeignet gewesen, einen gravierenden Kniebinnenschaden in Form einer Meniskusentwurzlung oder einer vorderen Kreuzbandruptur hervorzurufen. Aufgrund der im Einzelnen im Gutachten von Dr. L. beschriebenen anatomischen funktionellen Gegebenheiten kann der Meniskus nur geschädigt werden, wenn er zwischen die belastete Kontaktfläche von Oberschenkelrolle und Schienbeinkopf Gelenkfläche kommt und hiermit gequetscht und quetschenden Scherkräften ausgesetzt wird. Dazu muss aber die Oberschenkelrolle gegenüber der Schienbeinkopf Gelenkfläche die physiologische normale Position verlassen, was nur möglich ist, wenn hierbei auch Bandverletzungen auftreten, da das Gelenkespiel durch die Bandführung limitiert wird. Es muss daher zu einem Überschreiten des physiologischen Bandspieles und damit zwangsweise zur Schädigung von Bandstrukturen kommen. Solche sind vorliegend jedoch nicht nachgewiesen worden. Vielmehr hat der H-Arzt L. am 19.10.1999 einen festen Bandapparat ermittelt (vgl. H-Arzt-Bericht vom 20.10.1999) und auch anlässlich der ambulanten Vorstellung am 02.12.1999 in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie wurden feste Seiten- und Kreuzbänder befundet. Lediglich ein leichter Druckschmerz im Bereich des medialen Gelenkespaltes inklusive Beugerotationsschmerz wurde angegeben, das Gangbild selbst war aber frei und der Kläger konnte die Hocke einnehmen. Nur im Ausnahmefall kann nach den sehr gut verständlichen und nachvollziehbaren Ausführungen im Gutachten des Dr. L. auch ohne gleichzeitige Schädigung der Bandstrukturen eine Meniskusläsion eintreten, nämlich im Falle des forcierten Drehsturzes, wie er beispielhaft und typisch bei Fußballspielern zu finden ist. Hier kommt es aus vollem Lauf bei festgestelltem Unterschenkel, nämlich dem Standbein, zum forcierten Abdrehen des Oberkörpers über das Kniegelenk mit Sturz, wobei das Kniegelenk derart verdreht wird, dass durch die ruckartigen gewaltsamen Rotationsbewegungen erhebliche Scherkräfte im Aufhängeapparat des Meniskus auftreten können, die zu einer Rissbildung nicht des Meniskusgewebes selbst, sondern in der Regel zu einem Abriss des Meniskus an seiner Bandaufhängung führt. Meist findet man jedoch auch bei diesen Meniskusverletzungen Einblutungen und Veränderungen an Bandstrukturen, insbesondere am Aufhängeapparat des Meniskus, die vorliegend nicht zeitnah zum Unfallgeschehen dokumentiert sind. Zudem sind auch bei solchen forcierten Drehstürzen isolierte Kreuzbandrupturen ohne jedwede Meniskus Schädigung oder Innenbandverletzung häufiger. Einen diesem forcierten Drehsturz vergleichbaren Unfall hat der Kläger nicht erlitten, denn er hat einen Verdrehmechanismus im Unfallfragebogen ausgeschlossen und angegeben, direkt mit dem Kniegelenk angeschlagen zu sein. Bezüglich der Entstehung eines Kniebinnenschadens in Form einer Meniskusentwurzlung oder einer vorderen Kreuzbandruptur fehlt es dann aber an den dynamischen Komponenten, worauf der Sachverständige Dr. L. hingewiesen hat.

Auch die bildgebenden Befunde sprechen dagegen, dass die geltend gemachten Knieschäden auf dem Unfallereignis vom 15.01.1999 beruhen. Denn die zeitnahen kernspintomographischen Sequenzen haben keinerlei Hinweis auf eine gravierende Gewalteinwirkung auf den Kniebinnenraum ergeben. Es haben jedwede Zeichen einer Knochenmarködembildung (brone-buise, vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 2011) gefehlt. Zur Darstellung ist hier ausschließlich eine Aufbraucherscheinung des Innenmeniskushinterhorns in Form der strukturellen Schädigung ohne wesentlichen substantiell mechanisch wirksamen Schaden gekommen. Als Indiz dafür, dass es sich um eine degenerative und nicht um eine unfallbedingte Schädigung gehandelt hat, ist der Umstand zu werten, dass die 2 ½ Jahre später durchgeführte diagnostische Arthroskopie wegen erneut aufgetretener Beschwerden ein weiteres Aufbrauchstadium wiederum mit Strukturveränderungen des Innenmeniskushinterhorns ohne substantielle Schädigung der Kniebinnenstrukturen insbesondere des Zentralkomplexes gezeigt hat und hierfür auch nach Einlassung des Klägers kein traumatisches Ereignis verantwortlich gewesen ist.

Hinzukommt, worauf auch die Beratungsärztin Dr. H. zu Recht hingewiesen hat, dass es sich bei dem Innenmeniskusschaden um eine derart geringfügige Verletzung gehandelt hat, dass anlässlich der während der Operation vom 13.12.1999 durchgeführten Glättung der degenerativen Innenmeniskushinterhornstrukturschädigung noch nicht einmal genügend Material für eine histologische Untersuchung gewonnen werden konnte. Es musste vielmehr anlässlich der Erst-Arthroskopie nur ein Trimmen des freien Meniskusrandes vorgenommen werden, was der Sachverständige Dr. L. zutreffend beschrieben hat. Im Wesentlichen hat sich bei der Arthroskopie eine reizbedingte Verhärtung der Plica mediopatellaris gezeigt, sodass die innere Oberschenkelrolle knorpelig im Sinne eines Impingementsyndroms schmerzhaft geschädigt wurde. Dieser sodann minimalinvasiv sanierte Schaden hat keine traumatische Ursache, sondern ist als Zeichen einer sich anlagemäßig mit zunehmendem Lebensalter entwickelnden Strukturveränderung in Form einer Aufbraucherscheinung des Kniebinnenraumes zu bewerten. Da es sich bei der Hypertrophie der Plica mediopatellaris auch nach Einschätzung von Dr. I. nicht um einen Unfallschaden handelt, ist nicht von entscheidungserheblicher Bedeutung, ob sie nach der diagnostischen Arthroskopie der Anlass für die Operation am 13.12.1999 gewesen ist, was von Dr. I. in Frage gestellt worden ist. Gegen die Annahme von Dr. I., die Sanierung des Innenmeniskusschadens sei der eigentliche Grund für die Operation gewesen, spricht, dass sowohl Dr. L. als auch Dr. H. in der Schädigung der Plica mediopatellaris den Hauptbefund gesehen haben und insbesondere auch der Entlassungsbericht vom 30.12.1999 ausführt, dass nur ein kleiner Hinterhornriss, der geglättet worden ist, gefunden worden war, der Hauptbefund aber in einem Shelf-Syndrom bei kräftiger Plica mediopatellaris gelegen hat.

Außerdem fehlt es an einem zeitnahen richtungsweisenden Befund für eine erfolgte schwere Kniebinnenschädigung, wie sie von traumatischen Kreuzbandrupturen oder Meniskusrupturen zu erwarten ist. Anlässlich der Erstvorstellung bei dem H-Arzt L. am 19.10.1999 und somit vier Tage nach dem Unfallereignis zeigten sich bis auf eine Schwellung der Weichteile auf der Innenseite des rechten Kniegelenkes und eine klinisch diagnostizierte Innenmeniskussymptomatik ohne Einklemmungserscheinung keine richtungsweisenden pathologischen Befunde im Bereich des rechten Kniegelenkes, insbesondere auch keine Instabilität.

Auch fehlt die Brückensymptomatik zum angeschuldigten Ereignisablauf. Der Kläger, der vor Beginn des Arbeitsantritts am Freitag gestürzt war, hat sowohl am Freitag als auch am darauf folgenden Montag vollschichtig arbeiten können. Er hat lediglich leichte Schmerzen am Samstag verspürt und am Samstag oder Sonntag Abend war das Kniegelenk etwas angeschwollen (vgl. vorläufiger Zwischenbericht vom 06.12.1999). Um erhebliche Beschwerden kann es sich hierbei jedoch nicht gehandelt haben, denn der Kläger hat auch am Wochenende keine unfallchirurgische Ambulanz aufgesucht und sogar noch am Montag seine Arbeit verrichtet. Die Beschwerden sind bei dem Kläger somit erst allmählich mit einer Latenz von insgesamt 4 Tagen zum Unfallereignis aufgetreten, was nach den in sich widerspruchsfreien Ausführungen des Sachverständigen Dr. L. ebenfalls gegen einen Kniebinnenschaden in Form einer Meniskusentwurzlung oder vorderen

Kreuzbandruptur spricht. Soweit Dr. I. eine Brückensymptomatik daraus ableitet, dass die Orthopäden B./Dr. B. am 20.12.1999 auf einen deutlichen Erguss im Bereich des rechten Kniegelenkes hingewiesen haben und eine Punktion zur Förderung von 16 mm blutigem Erguss geführt hat, vermag der Senat weder hierin und noch weniger aus dem Umstand, dass am 15.01.2002 ein leichter intraartikulärer Erguss im rechten Kniegelenk festgestellt worden ist, eine Brückensymptomatik zu erkennen. Denn Dr. L. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 07.07.2014 für den Senat überzeugend dargestellt, dass es sich bei dem am 20.12.1999 festgestellten Erguss im rechten Kniegelenk um einen völlig unauffälligen, postoperativen Nachbehandlungsvorgang gehandelt hat. Es ist danach keinesfalls ungewöhnlich, dass sich nach Resektion einer Schleimhautfalte im Kniegelenk (Plica mediopatellaris) und damit verbundener Nachblutung bzw. Reizzustand hier postoperativ eine Kniegelenkesergussbildung zeigt. Weshalb das am 15.01.2002 erneut aufgetretene Beschwerdebild im Bereich des rechten Kniegelenkes in ursächlichem Zusammenhang mit dem hier streitbefangenen mehr als zwei Jahr zuvor stattgehabten Unfallereignis in Zusammenhang stehen soll, hat Dr. I. in keiner Weise plausibel machen können. Zu Recht hat Dr. L. der Einschätzung von Dr. I. widersprochen, der hier eine kontinuierliche Weiterbehandlung zu erkennen glaubt. Denn der Kläger hatte anlässlich seiner Vorstellung bei Dr. B. spontan entstandene Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes geltend gemacht, woraus zu entnehmen ist, dass zwischenzeitlich offensichtlich Beschwerdefreiheit bestanden hat.

Der Senat schließt sich der Einschätzung des Sachverständigen Dr. L. daher vollumfänglich an, wonach der Krankheitsverlauf, die Beschwerdesymptomatik, die bildgebende Diagnostik und die zweifache arthroskopische Behandlung 1999 und 2002 für die Ausbildung einer sich entwickelnden anlagebedingten Gonarthrose spricht, dagegen eine traumatisch bedingte Kniebinnenschädigung, die auf den Arbeitsunfall vom 15.10.1999 zurückgeführt werden kann, sicher auszuschließen ist.

Die hierzu im Widerspruch stehenden Ausführungen des nach [§ 109 SGG](#) gehörten Sachverständigen Dr. I. hält der Senat aus den oben dargelegten Gründen nicht für überzeugend. Hinzu kommt, dass Dr. I. sich nur unzureichend mit den aktenkundigen Tatsachen auseinandergesetzt hat. So hat Dr. I. die Behauptung des Klägers bei der Untersuchung am 02.12.1999, nach außen weggeknickt zu sein, als Beleg für ein auf das Kniegelenk einwirkendes Drehmoment interpretiert, obwohl der Kläger sowohl bei dieser Untersuchung als auch im Unfallfragebogen dezidiert eine Verdrehung des Kniegelenkes ausgeschlossen hat. Auch die Beratungsärztin Dr. H. hat für den Senat schlüssig dargelegt, dass ein Wegknicken nach außen ohne Zerrung einen isolierten Meniskusschaden nicht verursachen kann. Keine überzeugende Begründung vermag Dr. I. auch dafür zu geben, wie der Sturz auf das Knie die Kniebinnenschädigung verursacht haben soll. Denn nach den biomechanischen Erläuterungen von Dr. L., die inhaltlich von Dr. H. bestätigt werden, wurde bei dem vom Kläger geschilderten Unfallhergang der Innenmeniskus nicht erreicht. Die erste Stelle, die verletzt wird, ist die Haut über der Kniescheibe, die jedoch bei der Untersuchung durch den H-Arzt L. vier Tage nach dem Unfallereignis keine Verletzungen aufwies, insbesondere keine Hämatome zeigte hat. Dann kann es zu einer Prellung der Kniescheibe kommen, wohingegen der Kniebinnenraum bei einem direkten Sturz auf das Knie nicht erreicht wird. Anders als Dr. I. hält der Senat den Geschehensablauf insoweit für erwiesen, als der Kläger sich das rechte Knie nicht verdreht hat, sondern auf dieses gestürzt ist, und ein Wegknicken nach außen allein keiner Verdrehung gleichzustellen ist.

Das Gutachten von Dr. Imhof weist darüber hinaus Erklärungsmängel und Widersprüche auf. So verweist er auf Seite 29 seines Gutachtens auf die zutreffende Aussage des Dr. L., wonach isolierte Meniskusschädigungen entsprechend der Beschwerdesymptomatik fast ausschließlich auf anlage- und verschleißbedingte Veränderungen ursächlich zurückzuführen sind, um unmittelbar im Anschluss festzustellen, dass isolierte Meniskusverletzungen keineswegs selten sind. Soweit Dr. I. einen Zusammenhang zwischen dem Meniskusschaden und der Bandinstabilität konstruiert, verkennt er offensichtlich das Ausmaß des Innenmeniskushinterhornrisisses und stützt sich dazu auch auf veraltete Lehrmeinungen, die durch die flächendeckende Einführung und Weiterentwicklung der diagnostischen und therapeutischen minimal-invasiven Arthroskopie sowie der bildgebenden diagnostischen Technik mittels MRT und Computertomographie nicht mehr haltbar sind, worauf Dr. L. zutreffend hingewiesen hat. Sowohl Dr. L. als auch Dr. H. haben in Auswertung des aktenkundigen OP-Berichtes sowie des Entlassungsberichtes den Meniskusschaden als Neben- oder Zufallsbefund eingestuft. Anlässlich der Erst-Arthroskopie vom 13.12.1999 wurde am Innenmeniskus lediglich der freie Rand bei Auffaserung geglättet, was noch nicht einmal einem Millimeter Resektion von Meniskusgewebe entspricht. Es handelte sich lediglich um ein Trimmen des freien Meniskusrandes, der unter der Lupenvergrößerung des arthroskopischen Instrumentariums evident geworden ist. Dr. L. hat deutlich gemacht, dass durch diese Glättung des freien Randes keinerlei biomechanisch relevante Instabilitäten entstanden sein können. Dr. I. hat daher seiner Beurteilung einen offensichtlich nicht eingetretenen und von keinem der behandelnden Ärzte diagnostizierten weit größeren Meniskusschaden zugrunde gelegt, wenn er auf Seite 33 darlegt, dass es in einem häufigen Prozentsatz nach Meniskusteilresektionen zu einer fortschreitenden Instabilität des Kniegelenkes kommt. Schließlich ist gegen das Gutachten von Dr. I. einzuwenden, dass er einen Zurechnungszusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 15.10.1999 und den aktuellen Kniebeschwerden des Klägers bejaht hat, hierbei aber in keiner Weise die weiteren Unfälle des Klägers in den darauffolgenden Jahren mit Beteiligung des rechten Kniegelenkes in seine Prüfung einbezogen hat. So wäre insbesondere zu prüfen gewesen, ob nicht das Unfallereignis vom 27.02.2004, bei dem der Kläger sich das rechte Bein verdreht hat, oder der Unfall vom 27.07.2007, als der Kläger ausgerutscht war und mit dem gestreckten rechten Bein einen Spagat nach vorn ausgeführt hat, unabhängig von dem am 15.10.1999 erlittenen Unfall zu einer Verletzung des Kniebinnenraums und der Bänder geführt hat. Insgesamt hält der Senat das Gutachten des Dr. I. aufgrund der aufgezeigten Schwächen daher nicht für überzeugend.

Soweit Dr. B. in seinem Gutachten vom 03.03.2010 die Auffassung vertreten hat, dass das Unfallgeschehen vom 15.10.1999 als initiales Unfallgeschehen richtungsweisend für die nachfolgenden Unfallgeschehnisse gewertet werden müsse und für ihn unverständlich sei, warum die Beklagte das Unfallgeschehen vom 15.10.1999 nicht als auslösende Ursache für die Meniskus- und Knorpelschädigung anerkennend beschieden habe, fehlt es an jeglicher Auseinandersetzung mit den oben dargelegten Kausalitätserwägungen und vermag daher bereits im Ansatz nicht zu überzeugen. Letztlich wäre dieser Umstand auch nicht bei der Prüfung von Unfallfolgen aus dem Unfallereignis vom 15.10.1999, sondern im Rahmen der Unfallereignisse aus 2004 und 2007 zu berücksichtigen, wozu auch ausschließlich der Gutachtensauftrag an Dr. B. erteilt worden war.

Die vom Kläger geltend gemachten Knieschäden können daher nicht als weitere Folgen des Unfallereignisses vom 15.10.1999 festgestellt werden.

Es besteht auch kein Anspruch des Klägers auf eine Verletztenrente aufgrund des Arbeitsunfalles vom 15.10.1999. Denn Voraussetzung hierfür ist nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), dass die Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist. Die Erwerbsfähigkeit des Klägers war jedoch unfallbedingt nicht über die 26.

Woche hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert. Vielmehr war der Kläger ausweislich der Arbeitgeberauskunft lediglich bis zum 30.01.2000 krankgeschrieben und endete die unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit am 13.12.1999. Auch insoweit stützt sich der Senat auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. L., der eine MdE aufgrund der Kniegelenkesprellung vom 15.10.1999 nicht vorgeschlagen hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei hat der Senat berücksichtigt, dass die Beklagte mit dem in der mündlichen Verhandlung abgegebenen Teilanerkennnis einer Verurteilung zur Gewährung weiterer Heilbehandlung lediglich für zwei Tage (12. und 13.12.1999) und somit nur in höchst geringfügigem Umfang zuvorgekommen ist, was eine Kostenquotelung nicht rechtfertigt.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-08