L 6 U 5128/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 9 U 564/09
Datum
07.08.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 5128/12
Datum
22.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 7. August 2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten beider Instanzen sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Feststellung eines Risses des Außenmeniskus rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 05.08.2008 und die Weitergewährung von Heilbehandlung streitig.

Der am 03.10.1948 geborene Kläger, der ab dem 01.09.2009 eine Erwerbsminderungsrente bezog und mittlerweile Altersrente bezieht, ist gelernter Maschinenschlosser. Am 05.08.2008 blieb er während seiner Arbeit bei der Z. GmbH um 6 Uhr 30 beim Gehen mit dem rechten Schuh an einem Gitterrost hängen. Dabei verdrehte er sich das rechte Knie. Danach arbeitete er bis zum Ende seiner Arbeitszeit um 13 Uhr weiter. Am 14.08.2008 suchte er den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. B. wegen einem akuten Lumbalsyndrom mit Dysästhesie des rechten Oberschenkels bis zum Knie auf, der eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 13.08.2008 wegen eines akuten Lumbalsyndroms feststellte. Bei der erneuten Vorstellung am 20.08.2008 klagte der Kläger über anhaltende Schmerzen im rechten Knie. Darauf überwies ihn Dr. B. wegen Verdacht auf Gonarthrose rechts bei Zustand nach Fraktur des Tibiakopfes vor fünf Jahren an den Orthopäden. Bei der Untersuchung am 25.08.2008 zeigten sich eine Schwellung und ein leichter Erguss des rechten Kniegelenkes und ein Druckschmerz über dem Tibiakopf lateral. Dr. B. stellte weiter Arbeitsunfähigkeit bis zum 29.08.2008 wegen akutem Lumbalsyndrom fest. Bei der Vorstellung beim H-Arzt, Facharzt für Orthopädie Dr. K., am 28.08.2008 klagte der Kläger über Schmerzen am rechten Kniegelenk. Dr. K. stellte eine reizlose mediale Miniarthrotomienarbe über dem rechten Kniegelenk bei einer verstrichenen Kniegelenkskontur, eine Kapselschwellung, aber keinen Erguss und keine Überwärmung fest. Die Beweglichkeit sei frei bei einem Überstreckungsschmerz und endgradigem Beugeschmerz und Druckschmerz über dem lateralen Gelenkspalt. Das Außenmeniskuszeichen sei positiv bei stabiler Bandführung. Im Übrigen lägen ausgeprägte Unterschenkelödeme beidseits vor. Das Röntgenbild zeige normal weite und glatt konturierte Gelenkspalten, eine minimale Stufenbildung am lateralen Tibiaplateau im äußeren Drittel und eine unauffällige Knochenstruktur. Dr. K. diagnostizierte einen Verdacht auf Außenmeniskusläsion rechts, verordnete Antiphlogistika, veranlasste eine weitere Abklärung mittels MRT und vermerkte, der Kläger sei arbeitsfähig.

Der MRT-Befund des rechten Knie vom 01.09.2008 beschrieb eine geringe Verschmälerung des Innenmeniskus im Bereich der Pars intermedia ohne Nachweis einer umschriebenen Risskonfiguration. Der Außenmeniskus zeige am Vorderhornbereich eine zentrale Signalanhebung bis an die Unterfläche reichend im Rahmen einer Grad III Degeneration, keine dislozierte Ruptur. Es liege eine diskrete Verschmälerung des Gelenkknorpels medial betont vor, bei unauffälliger Darstellung der Kreuzbänder sowie des medialen Kollateralbandes. Das laterale Kollateralband weise eine Separation im Bereich des tibialen Ansatzes auf, möglicherweise posttraumatisch bedingt. Es habe sich eine mittelständige Patella gezeigt, bei Chondropathia patellae maximal II. Grades, kein Gelenkerguss und geringe infrapatellare Weichteilschwellung bei regelrechtem Knochenmarksignal.

Am 16.09.2008 führte Dr. K. bei dem Kläger eine Arthroskopie mit Außenmeniskusteilresektion und Teilsynovektomie durch und diagnostizierte eine schwere Außenmeniskusdegeneration mit Chondrokalzinose rechts. In dem Operationsbericht vom 16.09.2008 gab Dr. K. an, im Bereich Pars intermedia und Vorderhorn habe ein inkompletter Horizontalriss bei chondrokalzinotisch stark degeneriertem Außenmeniskus vorgelegen, der Innenmeniskus sei komplett vorreseziert gewesen. Am Vorderhorn hätten ausgeprägte synoviale Briden bestanden, welche reseziert worden seien. Bei der Fossa intercondylaris habe eine Synovitis vorgelegen, im Femoropatellargelenk eine ausgeprägte reaktive Synovitis mit massiver Hoffa-Hypertrophie und im oberen Rezessus eine Reizsynovialitis. Der Knorpel sei femoral und

tibial intakt und die Kreuzbänder stabil gewesen.

Am 08.09.2008 verordnete Dr. K. bei ausgedehnter Synovitis und Außenmeniskusläsion am rechten Knie eine Kniebewegungsschiene leihweise zur häuslichen Anwendung für zwei Wochen. Mit Schreiben vom 18.09.2008 forderte die Beklagte Dr. K. auf, keine Behandlung mehr zu Lasten der Beklagten durchzuführen, weil kein Ursachenzusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und dem Außenmeniskusriss rechts bestehe.

Mit Bescheid vom 18.09.2008 wurde das Ereignis vom 05.08.2008 als Arbeitsunfall anerkannt. Als Folge des Unfalls liege eine Zerrung des rechten Knies vor. Keine Folge des Unfalls sei - weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne der Verschlimmerung - der festgestellte Riss des Außenmeniskus rechts. Die Gewährung von Leistungen über den 28.08.2008 hinaus werde abgelehnt. Bei der Arthroskopie habe sich ein vorbehandelter Innenmeniskus und ein schwer anlagebedingt veränderter Außenmeniskus mit Rissbildung, erheblichen Ablagerungen sowie Entzündungen im Bereich der inneren Gelenkkapsel (Synovitis) gezeigt, wohingegen frische Verletzungen nicht festzustellen gewesen seien. Nach alledem könne allenfalls eine Zerrung des rechten Kniegelenks als Folge des Unfalls vom 05.08.2008 festgestellt werden, die auch unter Berücksichtigung des Vorschadens spätestens zum 27.08.2008 ausgeheilt gewesen sein dürfte.

Mit Schreiben vom 25.09.2008 begehrte der Kläger die Übernahme der Leistungen über den 28.08.2008 hinaus und gab an, er habe nach dem Unfall für ca. eine Woche weiter gearbeitet. Als die Schmerzen unerträglich geworden seien und das rechte Knie erheblich angeschwollen sei, sei er zum Arzt gegangen. Die Verletzung und die Verletzungsfolgen hätten in dem Unfall ihre Ursache. Mit Schreiben der Beklagten vom 27.10.2008 wurde darauf hingewiesen, dass dieses Schreiben als Widerspruch gewertet werde und angegeben, dass nach dem Operationsbericht eine frische Verletzung - die auf ein Unfallgeschehen hindeute - nicht festzustellen gewesen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.01.2009 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Aus dem Operationsbericht ergebe sich, dass der Innenmeniskus am rechten Kniegelenk schon komplett vorreseziert gewesen sei, was für eine Vorschädigung des Kniegelenks spreche. Abgesehen von einer Entzündung der Gelenkkapsel rechts sei der Kapsel-Bandapparat ansonsten als intakt beschrieben und eine knöcherne Verletzung habe nicht vorgelegen. Objektive Anhaltspunkte für eine frische, traumatisch bedingte Verletzung hätten nicht erhoben werden können. Dahingegen habe aber ein stark degenerierter Außenmeniskus mit erheblichen Einlagerungen nachgewiesen werden können. Allein der Umstand, dass der Meniskusschaden im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 05.08.2008 offenbar geworden sei, sei nicht ausreichend, um einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Körper- bzw. Gesundheitsschaden zu beweisen. Nach Art und Schwere sei der Unfall allenfalls dazu geeignet gewesen, eine Zerrung des rechten Kniegelenks zu verursachen, die nach allgemeiner medizinischer Erfahrung spätestens zum 28.08.2008 folgenlos ausgeheilt sei. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 05.08.2008 und dem Außenmeniskusschaden am rechten Kniegelenk könne hingegen nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

Hiergegen hat der Kläger am 13.02.2009 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben und ausgeführt, er habe erhebliche Schmerzen im Knie gehabt, die ihn bewogen hätten zum Arzt zu gehen. Aufgrund der Verletzungen sei er dann am 16.09.2008 operiert worden. Die Beklagte hat erwidert, die Beschwerden des Klägers könnten zwanglos mit den degenerativen Schäden am rechten Innen- und Außenmeniskus erklärt werden.

Das SG hat bei der Krankenkasse des Klägers, der B. Z. & P., die Leistungskartei ab dem Jahr 2007 angefordert sowie Dr. K. und Dr. B. als sachverständige Zeugen schriftlich einvernommen. Dr. K. hat den Befund aus dem H-Bericht vom 28.08.2008 wiedergegeben, auf den Operationsbericht verwiesen und angegeben, die dadurch bedingten Beschwerden dauerten weiter an. Dr. B. hat den Karteikartenausdruck seit dem 14.08.2008 vorgelegt. Zur weiteren Aufklärung hat das SG den Kläger chirurgisch bei Prof. Dr. W. begutachten lassen. Dieser hat nach klinischer und radiologischer Untersuchung des Klägers am 28.07.2010 am rechten Kniegelenk einen Zustand nach Impressionsfraktur am lateralen Tibiaplateau 2003 mit leichter Absenkung der Gelenkfläche und knöchernen Konturunregelmäßigkeiten, einen Zustand nach Innenmeniskusresektion, einen Zustand nach subtotaler Außenmeniskusresektion im Bereich Pars intermedia und Vorderhorn, einen Verdacht auf eine alte proximale Innenbandruptur bei Nachweis eines Stieda-Pellegrini-Schattens, eine Chrondrokalzinose im Bereich der Reste des Innen- und Außenmeniskus, keine weiteren über das normale Altersmaß hinausgehenden osteodegenerativen Veränderungen, eine Bewegungseinschränkung mit einer endgradigen Streckhemmung (0/5/145°) und reizlose Operationsnarben festgestellt. In der Röntgenaufnahme nach dem Unfall und in dem MRT vom 01.09.2008 seien - im Widerspruch zu dem intraoperativen Befund - das Nichtvorliegen einer Chondrokalzinose (Ablagerung vom Kalziumpyrophospat im Knorpel) bescheinigt worden. In der aktuellen Röntgenaufnahme sei eine geringgradige Chrondrokalzinose nachgewiesen worden. Ausgeprägt könne die Vorschädigung des Meniskus durch eine Chondrokalzinose aber nicht gewesen sein. Der Kläger habe vor dem Unfall nicht über ausgeprägte Schmerzen geklagt, auch links nicht und auch eine Arthrose liege nicht vor. Die Beschwerdefreiheit links erhöhe die Wahrscheinlichkeit für eine eher sekundäre Chondrokalzinose als Reaktion auf eine Vorschädigung rechts. Es habe ein Horizontalriss vorgelegen, der meist degenerativer Ursache sei. Auch der MRT-Befund vom 01.09.2008 beschreibe ein Bild, das für eine Läsion auf dem Boden einer degenerativen Veränderung spreche. In der Gesamtschau werde davon ausgegangen, dass der Zustand nach subtotaler Außenmeniskusresektion im Bereich des Pars intermedia und des Vorderhorns sowie die Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Kniegelenks mit einer endgradigen Streckhemmung - während im klinischen Untersuchungsbefund von Dr. K. die Beweglichkeit als frei angegeben worden sei - mit hoher Wahrscheinlichkeit in wesentlicher Weise durch den Arbeitsunfall am 05.08.2008 verursacht worden sei, wobei der Außenmeniskus des rechten Kniegelenks jedoch degenerativ vorgeschädigt gewesen sei. Der Unfallmechanismus sei geeignet gewesen, eine Meniskusläsion an einem nicht vorgeschädigten Meniskus zu erzeugen. Als Unfallmechanismus sei eine Verdrehung des Oberkörpers bei fixiertem Unterschenkel annehmbar. Ab dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit, spätestens sechs Wochen nach der Operation, werde von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 von Hundert (v. H.) ausgegangen.

Die Beklagte hat erwidert, der Gutachter widerspreche sich, wenn er angebe, der Unfallmechanismus sei geeignet gewesen, zu einer Meniskusverletzung zu führen, aber einräume, der Unfallhergang sei leider nicht eindeutig beschrieben. Auch sei kein Sturz nach rechts vom Kläger vorgebracht worden. Prof. Dr. W. habe bestätigt, dass laut dem Operationsbericht eine Degeneration für den Einriss spreche und der MRT-Befund degenerative Veränderungen am rechten Meniskus zeige. Prof. Dr. W. habe auch eine endgradige Streckhemmung als unfallbedingt beschrieben, jedoch eingeräumt, dass die Beweglichkeit am Unfalltag frei gewesen sei Dies spreche ebenfalls gegen ein traumatisches Geschehen. Das gelte auch für das Verhalten nach dem Ereignis am 05.08.2008. Laut den Angaben des Hausarztes Dr. B. sei der Kläger dort erstmals am 20.08.2008 wegen Kniebeschwerden behandelt worden, welche dieser auf die Folgen einer Gonarthrose nach

Tibiakopffraktur im Jahre 2003 zurückführte. Am 14.08.2008 - neun Tage nach dem angeschuldigten Ereignis - habe sich der Kläger ebenfalls bei Dr. B. vorgestellt, aber nicht über Kniebeschwerden geklagt. Wäre der Außenmeniskusriss traumatisch bedingt, hätten auch die Schmerzen zeitnah auftreten müssen und nicht erst fünfzehn Tage nach dem angeschuldigten Ereignis. Die vorbestehende massive Kniebinnenschädigung durch den komplett vorresezierten Innenmeniskus werde nicht kommentiert, ebenso das Fehlen von frischen traumatischen Begleitverletzungen am rechten Knie. Laut medizinischer Rentenliteratur gebe es keinen isolierten Meniskusriss ohne verletzungsspezifische Veränderungen an anderen Strukturen des betroffenen Kniegelenkes.

Prof. Dr. W. hat in einer ergänzenden Stellungnahme vom 10.12.2010 im Wesentlichen ausgeführt, bei der Untersuchung des Klägers sei der seinerzeit ablaufende Sturz als Verdrehtrauma dargestellt worden. Der klinische Befund mit Überstreckschmerz, endgradigem Beuge- und Druckschmerz über dem lateralen Gelenkspalt sowie einem positiven Außenmeniskuszeichen sei zudem das adäquate Korrelat des anamnestisch erhobenen Unfallherganges. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Kläger vor dem Unfall im rechten Meniskus eine altersbedingte oder auch degenerative Veränderung gehabt habe, die jedoch über einen lang andauernden Zeitraum hinweg zu keinen Beschwerden geführt habe. Es werde davon ausgegangen, dass der Kläger mit höherer Wahrscheinlichkeit vor dem Unfall lediglich altersentsprechende Veränderungen des Meniskus gezeigt habe und sich im Rahmen des Unfalls einen horizontalen Einriss angeeignet habe. Das Rotationstrauma sei zumindest eine wesentliche Teilursache gewesen. Das spätere Auftreten der Streckhemmung spreche keineswegs gegen ein traumatisches Geschehen. Dass der Kläger nach dem H-Arzt-Bericht über einen Schmerz bei Überstreckung geklagt habe, spreche dafür, dass der Kläger bei seinem Sturz nach vorn ein zusätzliches erhebliches Überstrecktrauma erlitten habe, das mit einer Verletzung der hinteren Kapsel des Kniegelenkes einhergegangen sei. Ab einer gewissen Vorbeugung gehe die Überstreckung in eine Rotation über, die sehr ausgeprägt sein könne. Die Arbeitstätigkeit über eine Woche hinweg sei kein Argument gegen einen traumatisch bedingten operationsbedürftigen Meniskuseinriss. Zu dem von Dr. B. befundeten Druckschmerz über dem Tibiakopf lateral müsse eher davon ausgegangen werden, dass ein Druck entweder außenmeniskusnah oder im Bereich des Außenbandansatzes am lateralen Tibiakopf zu einer Schmerzauslösung geführt habe. Eine Überdehnung des Außenbandes würde auch zu einem Innenrotationstrauma im Rahmen des Sturzes passen. Der MRT-Befund gebe an, das laterale Kollateralband habe eine Separation im Bereich des tibialen Ansatzes gezeigt, möglicherweise posttraumatisch bedingt. In Zusammenschau aller Informationen müsse berücksichtigt werden, dass in einzelnen Fällen der isolierte traumatisch bedingte Meniskusriss als Option bestehen könne. In der Gesamtsicht bestehe mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit neben dem erheblich geeigneten Unfallereignis eine begleitende Schädigung des Kniebandkapselapparates, so dass man nicht von einem isolierten Meniskusriss ausgehen dürfe.

Die Beklagte hat hiergegen vorgebracht, der Gutachter habe nicht das vom Kläger dargestellte Sturzereignis wieder gegeben. Eine Kapselverletzung sei nicht nachgewiesen, es handle sich um Vermutungen. Es sei erkennbar, dass der Kläger ab 13.08.2008 wegen eines akuten Lumbalsyndroms und nicht wegen Kniegelenksbeschwerden arbeitsunfähig gewesen sei. Sollte ein erhebliches Weichteiltrauma unfallbedingt eingetreten sein, wäre aufgrund der Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sicherlich mit einer Arbeitsunfähigkeit des Klägers unmittelbar nach dem Ereignis zu rechnen gewesen und nicht erst fünfzehn Tage später. Gegen unfallbedingte Knieschmerzen spreche der fehlende zeitliche Zusammenhang mit dem Auftreten von Knieschmerzen erst fünfzehn Tage nach dem angeschuldigten Ereignis. Darüber hinaus ließen sich die Schmerzen auch zwanglos mit den nachgewiesenen degenerativen Kniebinnenschäden (schwere Außenmeniskusdegeneration, komplett vorresezierter Innenmeniskus, reaktive Synovitis) und der Chondrokalzinose erklären. Selbst wenn von einem geeigneten Unfallhergang ausgegangen würde, könne der Nachweis einer traumatischen Außenbandschädigung des rechten Kniegelenks nicht mit dem erforderlichen Beweismaßstab nachgewiesen werden.

Prof. Dr. W. hat in einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 30.07.2011 hierzu ausgeführt, durch den mittels der objektiven Untersuchung MRT nachgewiesenen Hinweis auf einen zusätzlichen unfallbedingten Schaden werde die Schwere des Unfalls einsehbar. Dass kernspintomographisch ein Außenbandschaden vermutet werde und die anfängliche Befunderhebung mit einem Überstreckungsschmerz Hinweise darauf gebe, dass auch die hintere Kapsel geschädigt worden sei, sowie das noch bestehende Streckdefizit spreche für eine seinerzeit entstandene Schädigung in den dorsalen Kapselanteilen. Somit habe mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit eine begleitende Schädigung des Kniebandkapselapparates bestanden, so dass nicht von einem isolierten Meniskusriss ausgegangen werden dürfe. Aufgrund der Aktenlage könne nicht ausgeschlossen werden, dass tatsächlich zeitnah Schmerzen aufgetreten seien. Es müsse angenommen werden, dass der Kläger bereits initial Schmerzen gehabt habe.

Mit Urteil vom 07.08.2012, der Beklagten zugegangen am 16.11.2012, hat das SG die Beklagte verurteilt, über den 28.08.2008 hinaus Heilbehandlung zu ihren Lasten zu bewilligen und festzustellen, dass der Riss des Außenmeniskus rechts Folge des Arbeitsunfalls vom 05.08.2008 ist. Die Ausführungen von Prof. Dr. W., dass der Außenmeniskusriss auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, seien überzeugend. Der Riss des Außenmeniskus rechts sei im Sinne einer wesentlichen Teilursache auf den Arbeitsunfall vom 05.08.2008 zurückzuführen. Darüber hinaus hat es die durch die Einholung des Gutachtens bei Prof. Dr. W. entstandenen Kosten der Beklagten auferlegt, denn die Beklagte habe weder im Rahmen des Verwaltungs- noch des Widerspruchsverfahrens ein medizinisches Sachverständigengutachten eingeholt.

Hiergegen hat die Beklagte am 11.12.2012 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt und zur Begründung eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. H., Fachärztin für Chirurgie, vorgelegt. Diese hat ausgeführt, ein Drehsturzmechanismus mit fixiertem Fuß sei nicht abgelaufen und die Arthroskopie wie das MRT hätten ausdrücklich einen degenerativen Außenmeniskusschaden bei Chondrokalzinose angegeben. Eine Chondrokalzinose zerstöre das Meniskusgewebe und führe zu einer vorzeitigen Degeneration der Meniskusscheiben. Im MRT sei die Diagnose manchmal schwierig zu stellen, im Röntgenbild werde dieses Phänomen besser gesehen. Die beim Kläger vorausgegangene Innenmeniskusteilresektion würde die ausgeprägte Chondrokalzinose erklären. Eine akute Kniebinnenschädigung fordere eine zeitnahe Vorstellung bei einem fachverständigen Arzt. Ein so langer Zeitraum (05.08. bis 28.08.2008) zwischen Unfall und Erstvorstellung spreche gegen einen relevanten, unfallbedingten Kniebinnenschaden. Der verletzungsspezifische Erstbefund zeige keinen Gelenkerguss. Auch im MRT seien keine Begleitverletzungen zu sichern. Eine Minderbelastbarkeit des Meniskussystems sei durch die vorausgegangene Innenmeniskusteilresektion gesichert. Der isolierte Meniskusriss ohne verletzungsspezifische Veränderung an anderen Strukturen sei degenerativ aufzufassen, denn es gebe ihn ansonsten nur im Sinne eines absoluten Ausnahmefalles bei Drehsturzmechanismus. Unfallbedingter Behandlungsbedarf habe nicht bestanden, weil die Zerrungsfolgen bei der Erstvorstellung am 28.08.2008 abgeklungen gewesen seien.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Ulm vom 7. August 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat der Kläger angegeben, der Außenmeniskusriss sei erst nach dem Unfall aufgetreten. Eine Vorschädigung des Knies liege nicht im relevanten Bereich. Dr. B. habe auch schon am 25.08.2008 die Diagnose einer Monarthritis Kniegelenk gestellt.

Der Senat hat von der B. Z. & P. noch das Vorerkrankungsverzeichnis für die Zeit vor 2007, bei Dr. K. die Röntgenaufnahmen vom 28.08.2008 beigezogen und Dr. K. mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt.

Dr. K. hat in seinem orthopädischen Gutachten nach ambulanter Untersuchung des Klägers am 15.10.2013 eine beginnende Gonarthrose, eine Chondrokalzinose und einen Zustand nach Innen- und Außenmeniskusteilresektion diagnostiziert und ausgeführt, auf explizites Nachfragen habe der Kläger bestätigt, dass es zu keinem Sturz gekommen sei und dass der Fuß samt Sicherheitsschuh nicht eingeklemmt gewesen sei, sondern im Rost hängen geblieben sein müsse. Das alleinige Hängenbleiben des Arbeitsschuhs im Rost reiche nicht aus, um eine für den Meniskusriss ausreichende Belastung bei zuvor unbeschädigtem Meniskus hervorzurufen. Es habe kein Drehsturz oder eine äußere Krafteinwirkung vorgelegen. Selbst die postulierte sagittale Instabilität, so sie denn zum Unfallzeitpunkt bereits Bestand gehabt habe, könne noch nicht die alleinige traumatische Genese des Außenmeniskusrisses erklären. Bei einem Unfall mit einer Drehbewegung in der Standbeinphase nach außen möge zwar eine Meniskusschädigung entstanden sein, als überwiegende oder gar alleinige Ursache der Schädigung sei er jedoch nicht geeignet. Eine Voroperation an dem betroffenen Knie sei bereits in den 60er Jahren durchgeführt worden und eine laterale Tibiakopfimpressionsfraktur sei 2003 konservativ behandelt worden. Ferner habe bereits zum Unfallzeitpunkt eine Degeneration mit Kalzinose vorgelegen, da diese sich weder bis zur Kernspinerstellung am 01.09.2008 noch bis zur Arthroskopie des Kniegelenkes am 16.09.2008 in der Weise verstärkt haben könne, hierfür sei das Zeitintervall zu kurz. Laut dem Operationsbericht habe es sich um einen inkompletten Horizontalriss gehandelt. Im präoperativen MRT-Befund sei eine Außenmeniskusvorderhorndegeneration bis Grad III diagnostiziert worden, was einem potentiellen Riss auf dem Boden einer Meniskussubstanzdegeneration entspreche. Dies werde durch die intraoperativ erhobenen Befunde untermauert. Hinterhornverletzungen und horizontale, komplexe oder Lappenrisse seien eher degenerative Rupturformen. Der Außenmeniskusriss sei als unfallunabhängig und der Unfall im Sinne einer Gelegenheitsursache zu sehen. Anlässlich des Unfalles sei der Meniskusschaden symptomatisch geworden. Es liege mit Wahrscheinlichkeit in wesentlicher Weise durch den Arbeitsunfall hervorgerufen eine Kniegelenksdistorsion vor, die mit vorübergehender Schwellung, Schmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit des Kniegelenkes bis maximal vier Wochen nach dem Ereignis einhergehe. Das Distorsionstrauma vom 05.08.2008 habe allenfalls zu einer vorübergehenden Reizung des Kniegelenkes geführt. Der Kläger habe in den Tagen nach dem Unfall, wenn auch unter Schmerzen, weitergearbeitet. Daher werde eine MdE von 10 v. H. vom 05.08. bis 02.09.2008 veranschlagt. Innerhalb der ersten zwei Wochen habe durch orale Schmerzmittel Behandlungsbedürftigkeit bestanden. Die reine Distorsion heile ohne Risiken anhaltender Gesundheitsschäden folgenlos aus. In einer weiteren Stellungnahme vom 14.04.2014 hat er ausgeführt, der Kläger sei mit seinem Arbeitsschuh an einem Gitterrost bei eher niedriger Ganggeschwindigkeit (quasi aus dem Stand heraus) hängen geblieben und es sei anschließend zu keinem Sturzereignis gekommen, auch ein Stolpermechanismus werde nicht postuliert.

Mit Beschluss vom 28.01.2014 hat der Senat die Beschwerde der Beklagten gegen die Auferlegung von Verschuldenskosten zurückgewiesen (L 6 U 5129/12 B).

Die Berichterstatterin hat am 30.10.2014 im Rahmen einer nicht-öffentlichen Sitzung die Sach-und Rechtslage mit den Beteiligten erörtert. Nachdem der Kläger ein Attest von Dr. B. vorgelegt hat, dass er bis auf weiteres nicht in der Lage sei, zu einem Gerichtstermin persönlich zu erscheinen, wurde auf das persönliche Erscheinen des Klägers verzichtet.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den §§ 143 und 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und nach § 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat (§ 124 Abs. 2 SGG), ist zulässig und begründet. Der Bescheid vom 18.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.01.2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung des Risses des Außenmeniskus rechts als Folge des Arbeitsunfalls vom 05.08.2008 und auf Gewährung von Heilbehandlung über den 28.08.2008 hinaus.

Rechtsgrundlagen für die Feststellung weiterer Unfallfolgen sind die §§ 7 und 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Nach §§ 8 Abs. 1 Satz 2, 102 SGB VII haben die Versicherten gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger einen Anspruch auf Feststellung einer Unfallfolge, wenn ein Gesundheitsschaden durch den Versicherungsfall oder infolge der Erfüllung eines Tatbestandes des § 11 SGB VII rechtlich wesentlich verursacht wird (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, NZS 2012, 909; u.a. Urteil des Senats vom 24.07.2014 - L 6 U 5183/11 -).

Für die Feststellung eines Arbeitsunfalls und von Unfallfolgen ist erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer beziehungsweise sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem Unfallereignis als einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkendem Ereignis geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Dabei müssen die

versicherte Tätigkeit, die Art und das Ausmaß des Unfallereignisses, der Gesundheitserstschaden und die hierdurch verursachten länger andauernden Unfallfolgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) nachgewiesen werden. Lässt sich ein Nachweis nicht führen, so geht dies nach dem im sozialgerichtlichen Verfahren geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten des Versicherten.

Für die haftungsbegründende 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. 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. Dabei ist auf einer ersten Prüfungsstufe zu fragen, ob der Versicherungsfall eine naturwissenschaftlich-philosophische Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung ist. Dabei ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nach den einschlägigen Erfahrungssätzen nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat anhand des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen. Die Kausalitätsbeurteilung hat dabei 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 (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 17). Wenn festzustellen ist, dass der Versicherungsfall in diesem Sinne eine (von möglicherweise vielen) Bedingungen für den Erfolg ist, ist auf der ersten Prüfungsstufe weiter zu fragen, ob es für den Eintritt des Erfolgs noch andere Ursachen im Sinne der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie gibt; das können Bedingungen aus dem nicht versicherten Lebensbereich wie z.B. Vorerkrankungen, Anlagen, nicht versicherte Betätigungen oder Verhaltensweisen sein. Erst wenn sowohl der Versicherungsfall als auch andere Umstände als Ursache des Gesundheitsschadens feststehen, ist auf einer zweiten Prüfungsstufe rechtlich wertend zu entscheiden, welche der positiv festzustellenden adäquaten Ursachen für die Gesundheitsstörung die rechtlich "Wesentliche" ist (BSG, Urteil vom 15.05.2012 - B 2 U 31/11 R -, a.a.O.).

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 (BSG, Urteil vom 09.05.2006 - B 2 U 1/05 R -, a.a.O.).

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines Risses des Außenmeniskus rechts als Unfallfolge. Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen hält es der Senat nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass das Unfallereignis vom 05.08.2008 wesentliche Ursache für den Riss des Außenmeniskus rechts ist. Vielmehr ist es nach Auffassung des Senats überwiegend wahrscheinlich, dass der Arbeitsunfall lediglich zu einer Kniegelenksdistorsion mit vorübergehender Schwellung, Schmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit des Kniegelenks geführt hat. Hierbei stützt sich der Senat im Wesentlichen auf die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. K. in seinem Gutachten und seiner ergänzenden Stellungnahme. Danach sprechen deutlich mehr Umstände gegen als für einen Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Binnenschaden am rechten Kniegelenk des Klägers, so dass eine Unfallkausalität nicht wahrscheinlich ist. Dem abweichenden Gutachten von Prof. Dr. W. vermochte sich der Senat daher nicht anzuschließen.

Dass bereits kein zur traumatischen Verletzung des Außenmeniskus geeignetes Unfallgeschehen vorgelegen hat, ergibt sich für den Senat aus dem Unfallhergang, wie er aus den Ausführungen von Dr. K. folgt, der sich auf die ausführliche Befragung des Klägers wie den Durchgangsarztbericht gestützt hat. Danach ist der Kläger beim Gehen mit dem rechten Schuh an einem Gitterrost hängen geblieben und hat sich dabei das rechte Knie verdreht, wobei es zu keinem Sturz gekommen, nur der Schuh im Rost hängen geblieben ist.

Nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der herrschenden wissenschaftlich-medizinischen Lehrmeinung ist allen Verletzungsmechanismen, die zu isolierter Zerreißung des Meniskus führen, die Verwindung des gebeugten Kniegelenks gemeinsam (Verwindungstrauma, Drehsturz). Ursächlich für den Meniskusriss sind eine passive Rotation des gebeugten Kniegelenks oder eine plötzliche passive Streckung des gebeugten oder rotierten Unterschenkels bei gleichzeitiger Verhinderung der physiologischen Schlussrotation (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, S. 618).

Es gilt als gesichert, dass ohne Beteiligung einer plötzlichen Streckung eine Meniskusverletzung allein durch den Mechanismus des Drehsturzes durch übermäßige Rotation bei gebeugtem Knie entstehen kann. Geeignete Ereignisabläufe sind demnach fluchtartige Ausweichbewegungen unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß, ein Sturz bei fixiertem Fuß des Standbeins sowie "Schwungverletzungen" z.B. schwungvolle Körperdrehung bei Hängenbleiben des Standbeins im Sport (Hochsprung, Weitwurf, Fußball) oder Absprung vom fahrendem Zug. Der Verletzungsmechanismus wird bei gebeugtem Kniegelenk durch - mit Kraft ausgeführten -Rotationen (Drehungen) zwischen Unterschenkel und Oberschenkel bewirkt. Dies tritt ein, wenn bei feststehendem Fuß der Unterschenkel dem Drehschwung des Körpers nicht folgen kann oder bei fixiertem Oberschenkel der Unterschenkel gewaltsam, vom Muskelbandapparat unkontrolliert, übermäßig gedehnt wird. Die passive Rotation des gebeugten Kniegelenks verursacht dabei den Meniskusriss. Die einwirkende Kraft führt zur Zugbelastung des Meniskuskörpers in querer Richtung und damit zum Längsriss des Meniskus, zumal in querer Richtung die Reißfestigkeit des Meniskusgewebes am geringsten ist (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 681f.). Darüber hinaus kann auch die plötzliche passive Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels einen Meniskusriss verursachen. Wird das gebeugte und rotierte Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel passiv in die Streckung gezwungen, kann die physiologische Schlussrotation nicht ablaufen. Die Bewegung wird brüsk und wuchtig durch die Fixierung des Unterschenkels unterbrochen. Dabei ist wesentlich, dass die maximalen Streckungen plötzlich sehr schnell, reflektorisch und aus gewissen Rotationsstellungen des Unter- zum Oberschenkels erfolgen; die maximale Streckung im Knie wird unter vollem Einsatz der riesigen Muskelkraft des Quadrizeps erzwungen, ohne dass Zeit und Ausführung der physiologischen Schlussrotation bleibt. Die Schlussrotation wird gleichsam überspielt, Innenmeniskus und vorderes Kreuzband gefährdend. (vgl. Schönberger/Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 619).

Dr. Kappe hat im Einklang mit diesen aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und dieser herrschenden wissenschaftlich-medizinischen Lehrmeinung überzeugend dargelegt, dass bei dem vorliegenden Unfallmechanismus kein Drehsturz oder eine äußere Krafteinwirkung vorgelegen hat, die geeignet ist, eine für den Meniskus ausreichende Belastung bei zuvor unbeschädigtem Meniskus hervorzurufen.

Der Kläger hat auf die explizite Nachfrage von Dr. K. verneint, dass es im Zusammenhang mit dem Hängenbleiben seines Schuhs im Gitterrost und der damit einhergehenden Verdrehung des Kniegelenkes zu einem Sturz gekommen ist. Ein Sturz bei fixiertem Fuß hat somit nicht vorgelegen. Nachdem das Hängenbleiben und Verdrehen des Kniegelenkes während der Arbeit aus der Standbeinphase heraus erfolgt ist, hat auch keine "Schwungverletzung" oder fluchtartige Ausweichbewegung unter Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Fuß stattgefunden. Nachdem für einen geeigneten Verletzungsmechanismus bei gebeugtem Kniegelenk entscheidend ist, dass die Rotation mit Kraft ausgeführt wird, um zu einem Riss des Meniskus führen zu können, ist den Ausführungen von Dr. K. zuzustimmen, dass bei dem vorliegenden Unfallmechanismus keine ausreichende Belastung für den Meniskus vorgelegen hat, um bei einem unbeschädigten Meniskus einen Riss hervorzurufen. Auch ein sogenannter "Drehsturz" mit plötzlicher passiver Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels hat nicht vorgelegen. Weder ist ein Sturz erfolgt, noch hat der Kläger geschildert, dass es zu einer plötzlichen Streckung des gebeugten und rotierten Unterschenkels gekommen ist, sondern er hat vielmehr nur angegeben, dass das Kniegelenk verdreht worden ist, nachdem er mit dem Sicherheitsschuh im Rost hängen geblieben war. Darüber hinaus ergibt sich, dass selbst bei der Unterstellung einer plötzlichen Streckung der Vorgang nicht geeignet wäre, nachdem er aus der Standbeinphase heraus, allenfalls im langsamen Gehen erfolgt ist und damit Streckungen nicht plötzlich sehr schnell erfolgt sein können. Hinzu kommt, dass bei dem Kläger ein Riss des Außenmeniskus vorgelegen hat und nicht des Innenmeniskus. Der sogenannte Drehsturz gefährdet jedoch insbesondere den Innenmeniskus und das vordere Kreuzband, während der Außenmeniskus wegen seiner großen Beweglichkeit und andersartigen Insertation nicht betroffen ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 619f.). Traumatisch bedingte isolierte Läsionen des Außenmeniskus stellen daher eine extreme Ausnahmesituation dar.

Die Ereignisabläufe, die Prof. Dr. W. bei seiner Bewertung unterstellt und als geeignet für die Hervorrufung der Meniskusschädigung angesehen hat, lassen sich hingegen mit den Angaben zum Unfallhergang im Durchgangsarztbericht und bei der Begutachtung durch Dr. K. nicht in Einklang bringen, so dass sich der Senat seiner Schlussfolgerung eines geeigneten Unfallherganges nicht anzuschließen vermochte. Zu Unrecht ist Prof. Dr. W. davon ausgegangen, dass der Kläger mit gebeugtem und rotierten Kniegelenk bei fixiertem Unterschenkel bzw. Fuß plötzlich in die Streckung gezwungen worden und aufgrund der Fixierung des rechten Fußes nach rechts gestürzt ist. Denn Prof. Dr. W. unterstellt einen Sturz und, dass das Kniegelenk plötzlich in die Streckung gezwungen worden ist, was beides vom Kläger aber nicht beschrieben worden ist, dieser hat vielmehr einen Sturz sogar ausdrücklich verneint. Dessen ungeachtet fehlt es an einer nachvollziehbaren Darlegung, warum ein solcher Ereignisablauf angesichts der Beweglichkeit und Insertation des Außenmeniskus zur Hervorrufung eines Risses auch im Außenmeniskus geeignet ist. Denn mit physiologischem Bewegungsablauf im Kniegelenk einhergehende Ereignisse sind für eine isolierte Schädigung eines altersentsprechenden Meniskus nicht geeignet. In diesen Gegebenheiten zerreißt der Meniskus nur, wenn degenerative Veränderungen so weit fortgeschritten waren, dass eine unwesentliche Belastung im Sinne eines Gelegenheitsanlasse ausreicht. Eine plötzliche Drehbewegung, z. B. beim Öffnen einer Tür, wenn sich das Gelenk dabei in Streckstellung befindet bzw. eine Fixierung des Unterschenkels etwa infolge gleichzeitigem Hängenbleibens mit dem Fuß ist ein ungeeigneter Ereignisablauf (vgl. Schönberger/Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 620f.).

Die Annahme von Prof. Dr. W. eines nicht isolierten Meniskusrisses wird durch den Operationsbericht widerlegt. Denn danach hat sich der Verdacht aus der kernspintomographischen Untersuchung nicht bestätigt und es ist nach den Befunden im Durchgangsarztbericht zwar ein Überstreckungsschmerz, aber freie Beweglichkeit und stabile Bandführung erhoben worden, so dass ein Außenbandschaden und eine Schädigung der Kapsel nicht hinreichend wahrscheinlich ist. Auch würde, selbst bei Unterstellung dieser Schäden, kein für eine Schädigung des Außenmeniskus geeigneter Unfallhergang vorliegen, nachdem sich bei dem geschilderten Unfallablauf keine ausreichende Krafteinwirkung auf den Meniskus ergibt, die geeignet wäre, einen unbeschädigten Außenmeniskus zu schädigen.

Hinzu kommt, dass der Kläger nach dem Ereignis am 05.08.2008 um 6 Uhr 30 weiter gearbeitet hat bis zum Ende seiner Arbeitszeit, ebenso wie an den Folgetagen. Am 14.08.2008 hat er zwar seinen Hausarzt aufgesucht, allerdings nicht wegen Beschwerden am rechten Knie, sondern wegen eines akuten Lumbalsyndroms mit Dysästhesie des rechten Oberschenkels bis zum Knie, wie sich aus dem Karteikartenauszug von Dr. B. ergibt. Aufgrund dieses Lumbalsyndroms wurde der Kläger dann von Dr. B. seit dem 13.08.2008 für arbeitsunfähig erachtet. Erst bei der Wiedervorstellung am 20.08.2008 hat der Kläger nach dem Karteikartenausdruck über anhaltende Schmerzen im rechten Knie geklagt und damit über zwei Wochen nach dem Ereignis. Dass der Kläger nicht bereits schon am 14.08.2008 wegen Kniebeschwerden bei Dr. B. war, wird bestätigt durch den H-Arzt-Bericht vom 28.08.2008 von Dr. K., in dem ebenfalls angegeben worden ist, dass der Kläger erstmalig am 20.08.2008 behandelt worden ist. Dr. B. hat den Kläger dann wegen Verdacht auf Gonarthrose bei Zustand nach Fraktur des Tibiakopfes vor fünf Jahren an den Orthopäden überwiesen und hat erst am 25.08.2008 und damit fast drei Wochen nach dem Ereignis, eine Schwellung und einen leichten Erguss des rechten Kniegelenks und Druckschmerz im Karteikartenauszug vermerkt. Dr. K. hat dann am 28.08.2008 eine Kapselschwellung, keinen Erguss, eine freie Beweglichkeit, einen Überstreckungsschmerz, einen endgradigen Beugeschmerz und einen Druckschmerz über dem lateralen Gelenkspalt an Befunden erhoben und aufgrund dessen den Verdacht auf eine Außenmeniskusläsion rechts geäußert.

Aus diesem Verlauf folgt, dass zunächst nicht erhebliche Beschwerden vorgelegen haben können. Denn dem Kläger war noch eine Woche lang ein Weiterarbeiten möglich. Hinzu kommt, dass völlig unverständlich wäre, dass der Kläger bei erheblichen Beschwerden diese nicht zumindest bereits am 14.08.2008 im Zusammenhang mit der Vorstellung bei Dr. B. wegen dem Lumbalsyndrom angegeben hat und sich, wie dann am 20.08.2008 geschehen, auch bezüglich der Kniebeschwerden hat behandeln lassen. Darüber hinaus ist erst am 25.08.2008 von Dr. B. eine zunehmende Schwellung des Knies und ein leichter Erguss vermerkt worden, was dafür spricht, dass eine erst allmählich zunehmende Symptomatik Wochen nach dem Ereignis vorgelegen hat.

Hinzu kommt, dass nachweislich zum Zeitpunkt des Ereignisses bereits erhebliche degenerative Veränderungen beim rechten Knie des Klägers vorgelegen haben. Das MRT am 01.09.2008, somit knapp vier Wochen nach dem Ereignis, hat beim Außenmeniskus am Vorderhornbereich eine zentrale Signalanhebung bis an die Unterfläche reichend im Rahmen einer Grad III-Degeneration gezeigt und damit einen potentiellen Riss auf dem Boden einer Meniskussubstanzdegeneration. Im Bericht über die sechs Wochen nach dem Ereignis durchgeführte Operation wird im Bereich Pars intermedia und Vorderhorn ein inkompletter Horizontalriss bei chondrokalzinotisch stark degenerativem Außenmeniskus beschrieben. Prof. Dr. W. hat in Würdigung der durch ihn durchgeführten Röntgenbilder zwar ausgeführt,

dass sich eine Chondrokalzinose im Bereich der Reste des Innen- und Außenmeniskus des rechten Kniegelenkes gezeigt hat, die er als nur geringgradig bewertet, woraus sich ergebe, dass zum Zeitpunkt des Ereignisses und der Operation noch keine ausgeprägte Vorschädigung des Meniskus durch eine Chondrokalzinose vorgelegen haben könne. Hierfür spreche auch, dass in dem Röntgenbefund nach dem Ereignis keine Chondrokalzinose beschrieben worden sei, wie auch nicht im MRT. Nachdem jedoch die Röntgendiagnostik bei Prof. Dr. W. eine Chondrokalzinose bestätigt hat und diese im Rahmen einer Operation am sichtbarsten ist, während sie im MRT nicht gut nachweisbar ist, ist aufgrund des Operationsberichts davon auszugehen, dass bereits zum Zeitpunkt der Operation eine Chondrokalzinose vorgelegen hat und damit auch schon zum Zeitpunkt des Ereignisses sechs Wochen zuvor. Auch vermag, worauf Dr. H. in ihrer beratungsärztlichen Stellungnahme hingewiesen hat, die vorausgegangene Innenmeniskusteilresektion das Vorliegen einer Chondrokalzinose erklären. Darüber hinaus hat auch ein inkompletter Horizontalriss im Bereich Pars intermedia und Vorderhorn vorgelegen und Horizontalrisse sind meist degenerativer Natur.

Aufgrund dieser Befunde haben die Gutachter Prof. Dr. W. und Dr. K. übereinstimmend die Auffassung vertreten, dass zum Zeitpunkt des Ereignisses ein bereits degenerativ vorgeschädigter Meniskus vorgelegen hat. Aufgrund des degenerativ geschädigten Zustandes des Meniskus ist es zwar möglich, wie Dr. K. dargelegt hat, dass durch den - für eine Schädigung eines gesunden Meniskus ungeeigneten - Ereignisablauf der später operativ gesehene Horizontalriss entstanden ist oder zumindest eine Ausdehnung genommen hat, was schließlich zu den Kniebeschwerden geführt hat, somit bei zuvor vorliegender Asymptomatik der Meniskusschaden nach dem Unfall symptomatisch geworden ist. Nachgewiesen ist dies hingegen nicht, insbesondere spricht der Verlauf der Beschwerdesymptomatik eher dagegen. Auch hat, abgesehen von einer Entzündung der Gelenkkapsel rechts, nach dem Operationsbericht ein intakter Kapsel-Bandapparat vorgelegen, es wurden keine knöchernen Verletzungen, kein Erguss, keine Einblutungen und auch kein Knochenmarködem (bone bruise) beschrieben, die Zeichen einer traumatisch bedingten Kniebinnenschädigung sind, und bei der Untersuchung am 28.08.2008 hat eine freie Beweglichkeit vorgelegen.

Es kann jedoch dahingestellt bleiben, ob hinreichend wahrscheinlich das Ereignis den Horizontalriss hervorgerufen oder vergrößert hat, denn unter Würdigung des konkreten Unfallablaufs, ergibt sich, dass das Ereignis für die Läsion des Außenmeniskus nicht die überwiegende oder gar alleinige Ursache gewesen ist, sondern vielmehr nur als Gelegenheitsursache bei dem nachweislich degenerativ vorgeschädigtem Meniskus zu werten ist. Denn liegt ein reiner Verdrehmechanismus vor, ohne dass eine besondere Kraft auf den Meniskus einwirkt, zerreißt der Meniskus nur, wenn degenerative Veränderungen so weit fortgeschritten waren, dass eine unwesentliche Belastung im Sinne eines Gelegenheitsanlasses ausreicht. Nach Einriss des zermürbten oder degenerierten Meniskus bei gewöhnlichen Bewegungen ist die Verneinung des Zusammenhangs mit dem vorgetragenen Unfallereignis geboten (vgl. Schönberger/Mehrtens/ Valentin, a.a.O., S. 620f., 630).

Dem steht schließlich nicht entgegen, dass sich bei der Untersuchung durch Dr. K. auch eine saggitale Instabilität gezeigt hat. Diese saggitale Kniegelenksinstabilität (vordere Schublade) kann zwar auch als wesentliche Ursache für das Zustandekommen des Außenmeniskusrisses angesehen werden, aber nur dann, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfallereignisses bereits vorgelegen hat, da sie auch als Folge der Außenmeniskusteilresektion entstanden sein kann. Nachdem vor der Begutachtung durch Dr. K. jedoch keine Hinweise auf eine saggitale Instabilität dokumentiert sind, eine solche insbesondere auch noch nicht bei der Untersuchung durch Prof. Dr. W. beschrieben wird, ist nicht vom Vorliegen derselben bereits zum Zeitpunkt des Unfallereignisses auszugehen.

Mithin hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung eines Risses des Außenmeniskus rechts als traumatische Unfallfolge.

Er hat daher auch keinen Anspruch auf Heilbehandlungen durch die Beklagte über den 28.08.2008 hinaus.

Anspruch auf Heilbehandlung nach §§ 26 ff. SGB VII besteht nur hinsichtlich der Folgen des Versicherungsfalles. Nachdem der Riss des Außenmeniskus nicht Unfallfolge ist, kann für dessen Behandlung kein Anspruch auf Heilbehandlung bestehen. Die Beklagte hat wegen der zu Recht anerkannten Zerrung des rechten Knies nur Heilbehandlung bis zum 27.08.2008 gewährt, was nach zutreffender Einschätzung des Sachverständigen Dr. K. auch ausreichend für die Behandlung der Unfallfolge ist. Dr. K. hat hierzu dargelegt, dass das Distorsionstrauma allenfalls zu einer vorübergehenden Reizung des Kniegelenkes, mit vorübergehender Schwellung, Schmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit geführt haben kann, was eine Behandlungsbedürftigkeit innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Unfallereignis vom 05.08.2008 durch orale Schmerzmittel und gegebenenfalls Krankengymnastik mit sich bringt und ohne Risiken anhaltender Gesundheitsschäden folgenlos nach spätestens vier Wochen ausheilt. Damit lag über den 28.08.2008 hinaus keine Behandlungsbedürftigkeit von Unfallfolgen mehr vor.

Nach alledem war der Berufung der Beklagten stattzugeben, das angegriffene Urteil des SG aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-02-06