

L 6 U 4796/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 11 U 719/13
Datum
17.10.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4796/13
Datum
17.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Der Antrag zur Verurteilung zu nicht näher spezifizierter Leistungen ist ohne weitergehende Konkretisierung unzulässig.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 17. Oktober 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Feststellung weiterer Folgen eines Arbeitsunfalls und die Gewährung weiterer Leistungen.

Der 1957 geborene Kläger absolvierte ab dem 7. Juni 2012 zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung wegen internistischer Erkrankungen eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Bad R ... Er nahm dort an verschiedenen Sportprogrammen teil. In diesem Rahmen spielte er am 12. Juni 2012 Badminton. Nach seinen späteren Angaben verspürte er dabei bei einem Ausfallschritt gegen 13.00 Uhr Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks bei Belastung. Der Kläger gab an, er müsse wohl mit dem linken Bein falsch zugetreten haben (Fragebogen vom 9. Juli 2012). An einem anschließenden Bewegungsbad nahm der Kläger noch teil. Nachdem die Schmerzen im Tagesverlauf und in der Nacht nicht zurückgegangen waren, suchte der Kläger am Morgen des 13. Juni 2012 um ärztliche Hilfe nach.

Nach dem Durchgangsarztbericht von Dr. H. über die Vorstellung des Klägers am 13. Juni 2012 bestanden ein geringer intra-artikulärer Erguss und ein Druckschmerz im Bereich der dorsalen Kapsel. Der Bandapparat im Knie war stabil, die Kraft in beiden Beinen voll vorhanden. Das Außenmeniskuszeichen war positiv. Der Röntgenbefund zeigte keine Zeichen einer Fraktur, aber beginnende arthrotische Veränderungen. Als Diagnose war der Verdacht auf eine Innenmeniskushinterhornläsion genannt. Nachdem sich die Schmerzen (endgradige Beugeschmerzen) des Klägers nicht besserten, stellte Dr. H. die Verdachtsdiagnose einer Außenmeniskushinterhornläsion und verordnete eine Kernspinuntersuchung (Nachschauerbericht vom 15. Juni 2012). Diese Untersuchung wurde am 18. Juni 2012 bei Dr. G. durchgeführt. In Auswertung dieser bildgebenden Befunde diagnostizierte Dr. H. unter dem 22. Juni 2012 eine Außen- und Innenmeniskushinterhornläsion des linken Kniegelenkes sowie ein bone bruise am Fibulaköpfchen. Er empfahl eine arthroskopische Sanierung.

Nach seiner Entlassung aus der – um eine Woche verlängerten – Rehabilitationsmaßnahme begab sich der Kläger in Behandlung bei Dr. D. in T ... Dieser schloss sich in dem D-Bericht vom 11. Juli 2012 dem Behandlungsvorschlag von Dr. H. an. Der Kläger wurde daraufhin am 17. Juli 2012 stationär im Krankenhaus T. aufgenommen. Dr. D. führte dort am 18. Juli 2012 die angekündigte arthroskopische Kniegelenksspülung mit Meniskusteileresektion durch. Dieser teilte der Beklagten unter dem 31. Juli 2012 mit, der Unfall habe nach dem intra-artroskopischen Befund eine Luxation eines Innenmeniskuslappens verursacht. Ob es zusätzlich zu einer frischen Ruptur gekommen sei, könne erst der histologische Befund ergeben. Nach den einzelnen Angaben in seinem OP-Bericht vom 18. Juli 2012 waren ferner an der Patella eine Chondromalazie Grad 2 bis 3 und an den Knorpeln im medialen Kompartement Chondromalazien Grad 2 festgestellt worden.

In der Folgezeit fanden weitere ambulante Behandlungen statt. Nach Aktenlage zahlte die Krankenkasse des Klägers, die KKH Allianz, Krankengeld "in Vorleistung auf eine etwaige Verletztengeldzahlung" aus (Aktennotiz vom 27. August 2012).

Am 15. August 2012 übersandte die Krankenkasse das Vorerkrankungsverzeichnis, das für die Zeit vor dem 12. Juni 2012 bis zurück zum Jahre 1991 keine Behandlungen wegen Knieschädigungen aufwies.

Am 1. September 2012 teilte Dr. D. mit, der Kläger berichte noch von leichten Spannungsschmerzen im linken Kniegelenk, das Bein sei jetzt

voll belastbar. Ab dem 27. August 2012 sei der Kläger wieder arbeitsfähig, die Behandlung zu Lasten der Beklagten sei beendet. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit werde nicht verbleiben. Dr. D. reichte auch den histologischen Bericht über das bei der Operation am 12. Juli 2012 entnommene Material nach. Darin berichtete Dr. Sch.-F. unter dem 25. Juli 2012, es habe sich um einen mittelgradig degenerativ vorgeschädigten Meniskus mit frischer Ruptur gehandelt. Anhaltspunkte für eine floride Entzündung oder eine Kristallarthropathie hätten nicht vorgelegen.

Nachdem der Beratungsarzt Dr. F. am 6. September 2012 Zweifel am Unfallzusammenhang geäußert hatte, veranlasste die Beklagte eine Durchsicht der MRT-Aufnahmen durch den Radiologen K ... Dieser teilte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2012 mit, das vordere Kreuzband sei narbig konsolidiert nach alter Teilruptur, das hintere Kreuzband sei regelgerecht, Außen- und Innenmeniskus wiesen drittgradige degenerative Veränderungen auf. Zusammenfassend sei die Fissur (Rissbildung) der proximalen Fibula dem Unfallereignis zuzuordnen, dagegen beständen die Teilruptur des Bandes und die degenerativen Veränderungen der Menisken unfallunabhängig. Beratungsarzt Dr. Sp. (Stellungnahme vom 5. November 2012) nahm daraufhin – nur – eine Fissur des Wadenbeinköpfchens als Unfallfolge an. Beratungsarzt Dr. F. ging von unfallbedingter Behandlungsbedürftigkeit für 6 Wochen nach dem Unfall aus; die Operation sei zur Klärung der Unfallfolgen nicht notwendig gewesen (Stellungnahme vom 14. Dezember 2012).

Mit Bescheid vom 3. Januar 2013 erkannte die Beklagte den Vorfall am 12. Juni 2012 als Arbeitsunfall an und gewährte Heilbehandlung bis zum 17. Juli 2012. Die danach anhaltenden Beschwerden sowie die spätere Arbeitsunfähigkeit gingen nicht mehr zu Lasten der Beklagten. Als Unfallfolgen anerkannt wurden ein ohne wesentliche Folgen verheilte Haarriss des Wadenbeinköpfchens links; nicht anerkannt wurden eine narbige, verheilte ältere Teilruptur des vorderen Kreuzbandes, ein degenerativer Einriss des Innenmeniskus sowie degenerative Veränderungen des Außenmeniskus.

Der Kläger legte hiergegen Widerspruch ein. Er beantragte, auch die Teilruptur des vorderen Kreuzbandes, den Einriss im Innenmeniskus und die "Veränderungen" im Außenmeniskus als Unfallfolgen anzuerkennen. Er verwies zur Begründung auf den zeitlichen Zusammenhang der Diagnose dieser Schäden mit dem Unfall sowie auf den Befundbericht des Radiologen G ... Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14. März 2013 zurück.

Der Kläger hat am 25. März 2013 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhoben. Er hat dort sinngemäß die (behördliche) Feststellung der genannten drei Gesundheitsschäden als Folgen des Unfalls begehrt. Er hat ausgeführt, schon die Tatsache, dass diese Verletzungen erstmals nach dem Unfall diagnostiziert worden seien, spreche ausreichend für einen ursächlichen Zusammenhang.

Das SG hat Dr. D. und Dr. B., den Hausarzt des Klägers, schriftlich als sachverständige Zeugen zu etwaigen Vorerkrankungen vernommen. Beide haben u. a. bekundet, vor dem 15. Juni 2012 seien keine orthopädischen oder unfallbedingten Erkrankungen diagnostiziert.

Von Amts wegen hat das SG sodann das orthopädische Sachverständigengutachten bei dem Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie und Röntgendiagnostik Dr. H. vom 29. August 2013 erhoben. Dieser Sachverständige hat bekundet, der Kläger habe sich durch den Arbeitsunfall eine Fissur des Wadenbeinköpfchens zugezogen. Eine klinisch wirksame, das heißt stabilitätsbeeinträchtigende Unterbrechung des vorderen Kreuzbandes als Unfallfolge sei nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei von einer früheren Verletzung des Kreuzbandes mit Kontinuitätsunterbrechung und anschließender Vernarbung auszugehen. Der Kläger habe allerdings angegeben, sich an einen früheren Unfall mit einer solchen Folge nicht erinnern zu können. Unfallunabhängig sei auch eine beginnende bis mittelgradige Arthrose des Kniegelenkes, welche bereits vor dem Unfall seit längerer Zeit, quasi klinisch stumm, vorhanden gewesen sei. Der Meniskus sei mittelgradig degenerativ vorgeschädigt gewesen; der Riss sei durch einen Gelegenheitsanlass verursacht worden. Für die Restitution des Bruches des Fibulaköpfchens sei ein Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit von 4 bis 6 Wochen und Behandlungsbedürftigkeit von 6 Wochen ab dem Unfalltag zu veranschlagen.

Mit Urteil im schriftlichen Verfahren vom 17. Oktober 2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen als Unfallfolge. Dies ergebe sich aus dem Gutachten von Dr. H. ... Dieses sei schlüssig und nachvollziehbar und stütze sich auf eine persönliche Untersuchung sowie die bildgebenden Befunde. Hiernach sei nur die Fissur des Wadenbeinköpfchens Unfallfolge, nicht jedoch die Verletzung des vorderen Kreuzbandes. Die nach dem Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen zeigten vielmehr Vernarbungen, so dass hier eine ältere Verletzung vorliege. Offenkundig seien die Folgen jener früheren Verletzung klinisch stumm gewesen. Die beginnende bis mittelgradige Arthrose des Kniegelenkes sei ebenfalls nicht auf den Unfall zurückzuführen. Sie sei bereits in den unmittelbar nach dem Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen festzustellen gewesen und habe bis zur Untersuchung bei Dr. H. auch kaum zugenommen. Im Mittelpunkt, so das SG, stehe die Schädigung des Meniskus. Dr. H. habe aus der Analyse des vom Kläger geschilderten Unfallhergangs nachvollziehbar abgeleitet, dass der Meniskus vorgeschädigt gewesen sein müsse. Dem sei zu folgen, auch wenn das Vorerkrankungsverzeichnis der Krankenkasse keine ent-sprechenden Arbeitsunfähigkeitszeiten aufweise und Dr. B. sowie Dr. D. von keinen Vorbehandlungen hätten berichten können. Bei einem gesunden Meniskus wäre es durch den bloßen Ausfallschritt beim Reha-Sport nicht zu einem Riss gekommen. Auch der anlässlich der Kniegelenkspiegelung erhobene histologische Befund von Dr. Sch.-F. vom 25. Juli 2012 weise auf einen degenerativ veränderten Meniskus hin. Betrachte man nun den Unfallmechanismus ("falsches" Zutreten, Ausfallschritt bei sportlicher Betä-tigung), gehe hiervon eine Belastung für die Menisken aus, wie sie auch im Alltag häufig anzunehmen sei, etwa wenn auf der Straße einer entgegenkommenden Person plötzlich ausgewichen oder mit schnellem Schritt ein Ziel erreicht werden müsse. Der Ausfallschritt sei daher, wie es auch Dr. H. gesehen habe, als unwesentliche Belastung zu bewerten. Dem Unfall könne daher nur der Charakter eines Anlassgeschehens zugesprochen werden. Eine wesentliche Teilursache liege darin nicht. Aus diesen Gründen, so das SG abschließend, bestehe auch kein Anspruch auf weitere Behandlungen über den 17. Juli 2012 hinaus. Mit diesem Datum seien die allein auf den Unfall zurückzuführenden Gesundheitsschäden ausgeheilt bzw. nicht mehr behandlungsbedürftig gewesen. Der hier anschließende Krankenhausaufenthalt ab 17. Juli 2012 habe auf einer Kniegelenkspiegelung beruht, die – wie Dr. H. ebenfalls dargelegt habe – wegen der Meniskusveränderungen und damit wegen einer unfallunabhängigen Gesundheitsbeeinträchtigung des Kniegelenkes durchgeführt worden sei.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger am 7. November 2013 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhoben. Er trägt vor, Dr. H. habe unter anderem nicht begründet, warum der Ausfallschritt nicht zu Frakturen bzw. Bänderverletzungen führen könne. Zu einem Kreuzbandriss könne es durch die Kombination von einer plötzlichen Kraft, Überstreckung und Einwärtsdrehung des Unterschenkels und einer hohen kinetischen Energie zu einem Kreuzbandriss kommen. Meniskusverletzungen könnten auch ohne plötzliche Streckung,

nämlich bei einem Drehsturz durch übermäßiges Rotieren bei gebeugtem Knie, auftreten.

Der Kläger beantragt (teilweise sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 17. Oktober 2012 und den Bescheid vom 3. Januar 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. März 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, als Folgen des Arbeitsunfalls vom 12. Juni 2012 die Teilruptur des vorderen Kreuzbandes, den Einriss des Innenmeniskus und die Veränderung des Außenmeniskus anzuerkennen sowie ihm Leistungen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften über den 17. Juli 2012 hinaus zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, schon der erstbehandelnde Arzt in Bad R. habe auf die vorbestehenden arthrotischen Veränderungen hingewiesen und eine spontane Entstehung der Meniskusverletzung für wahrscheinlich gehalten. Die pathologische Untersuchung des Gewebes habe dies bestätigt.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat der Senat den Inhaber des Gutachteninstituts "LexMedicus", den Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie Dr. K., mit einer Begutachtung des Klägers beauftragt. Der Sachverständige hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 30. Juni 2015 ausgeführt, der Kläger habe sich am 12. Juni 2012 bei einem Ausfallschritt ein Rotationstrauma des linken Kniegelenks zugezogen. Bei der Untersuchung der Kniegelenke hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Streckung und Beugung seien seitengleich bis 0/0/120° möglich, der Kapselbandapparat an beiden Seiten sowie das vordere Kreuzband seien stabil, es hätten keine Meniskuszeichen gefunden werden können. Auf Grund des Rotationstraumas, das von Anfang an lückenlos dokumentiert sei (S. 12 f. Gutachten), habe eine "akute Verletzung" vorgelegen (S. 13). Der Bruch des Fibulaköpfchens sei nach 12 Wochen vollständig verheilt, insoweit könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 4 bis 6 Wochen ausgegangen werden. Auf Grund der Kniegelenksarthroskopie vom 18. Juli 2012 sei von einer Heilung binnen 12 Wochen und einer Arbeitsunfähigkeit bis zum 29. August 2012 auszugehen. Die traumatische Schädigung des Innenmeniskus sei ebenfalls – neben der unverschobenen Fraktur des Fibulaköpfchens – auf den Unfall zurückzuführen. Die akute Verletzung des Innenmeniskus sei zeitnah und pathologisch am 24. Juli 2012 nachgewiesen worden. Der Unfallmechanismus sei geeignet, diese Verletzung zu verursachen. Dass degenerative Veränderungen vorgelegen hätten, lasse nicht den Schluss zu, dass bei Vorliegen eines adäquaten Traumas alle Unfallfolgen auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen seien. Eine Fraktur des Fibulaköpfchens könne nur durch ein substantielles Trauma verursacht werden. Der gleiche Unfallmechanismus habe zu der Verletzung des Innenmeniskus geführt. Die – anders lautende – biomechanische Erklärung von Dr. H. sei nicht schlüssig. Insbesondere Schenkels, der der Dynamik des Unfallhergangs keine Beachtung. Es hätten Kraftvektoren von verschiedenen Seiten auf das Kniegelenk gewirkt. Dr. H. diskutierte aber nur Kräfteinwirkungen in Streckung und Beugung.

Die Beklagte ist Dr. K. Einschätzung, auch der Riss des Innenmeniskus sei unfallbedingt, entgegengetreten. Die traumatische Schädigung eines Meniskus sei – nur – durch ein direktes axiales oder durch ein indirektes Trauma im Sinne eines Abschermechanismus denkbar. Bei einer axialen Einwirkung sei eine erhebliche Kräfteinwirkung notwendig, vergleichbar einem Sturz aus 4 Metern Höhe auf das Knie. Da – aber – Meniskusgewebe ein höheres Elastizitätsmodul als Knochen habe, sei eine isolierte Meniskusverletzung ohne Beteiligung des konkurrierenden Knochenabschnitts nicht denkbar. Bei einem Abschermechanismus reiche zwar eine deutlich geringere Gewalteinwirkung aus. Dies setze aber eine Instabilität des Gelenks voraus, also eine Überschreitung seiner physiologischen Bewegungsausmaße. Dies habe unweigerlich eine begleitende Bandverletzung zur Folge. Eine isolierte Meniskusverletzung ohne begleitenden Bandschaden sei lediglich in dem sehr seltenen Fall eines Hyperextensionstraumas bei fixiertem Unterschenkel denkbar.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. Oktober 2015 hat Dr. K. dargelegt, die Ausführungen der Beklagten zur Notwendigkeit einer Gewalteinwirkung wie bei einem Sturz aus 4 Metern Höhe für einen Riss des Meniskus bei axialer Einwirkung lägen völlig außerhalb der Realität. Es treffe zu, dass bei einem Abschermechanismus eine geringere Einwirkung ausreiche, jedoch sei dem weiteren Einwand, dass in diese Fällen auch eine Bandverletzung auftreten müsse, nur insoweit zuzustimmen, dass es auch zu klinisch irrelevanten Bandverletzungen kommen könne, die nicht nachzuweisen seien. Die Behauptung, eine Meniskusverletzung ohne Begleitverletzung komme nur bei seltenen Hyperextensionstraumata vor, entspreche nicht der klinischen Realität.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte am 17. März 2016 über die Berufung entscheiden, obgleich der Kläger nicht in der mündlichen Verhandlung erschienen war. Über diese Möglichkeit war sein Prozessbevollmächtigter in der Ladung unterrichtet worden. Dem Kläger war auch bekannt, dass die Beklagte einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nicht zugestimmt hatte und daher der Verhandlungstermin nicht aufgehoben worden war.

Die Berufung des Klägers ist nach [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft. Insbesondere war sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, da der Kläger nicht nur – unbenannte – Leistungen im Sinne dieser Norm verlangt, sondern auch eine behördliche Feststellung.

Die Berufung ist auch im Übrigen zulässig, vor allem form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben. Sie ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) abgewiesen.

Allerdings ist die Klage zum Teil bereits unzulässig, auch nach einer sachgerechten Auslegung des Klageantrags. Eine solche Auslegung ist auch bei einem anwaltlich vertretenen Kläger weitgehend möglich (vgl. Urteil des Senats vom 26. November 2015 – [L 6 U 50/15](#), Juris Rz. 43 f.), weil die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit nach [§ 123 SGG](#) über den (wirklich) erhobenen Anspruch entscheiden, ohne an die Fassung

der Anträge gebunden zu sein.

Allerdings kann nur der Antrag des Klägers wegen der Anerkennung weiterer Gesundheitsschäden so ausgelegt werden, dass er zulässig ist. Zu diesem Punkt hat der Kläger – wörtlich betrachtet – eine reine Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1 SGG](#)) erhoben, gerichtet nur auf eine Aufhebung des Bescheids der Beklagten, soweit darin die geltend gemachten Gesundheitsschäden nicht anerkannt worden sind. Mit einer bloßen Aufhebung dieser Nicht-Anerkennung hätte der Kläger die begehrte – positive – Anerkennung (behördliche Feststellung) aber noch nicht erreicht. Daher ist dieser Antrag als Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, gerichtete auf eine Verurteilung der Beklagten zu einer Anerkennung der genannten Gesundheitsschäden ([§ 131 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)), auszulegen. Für eine solche Klage besteht ein ausreichendes Rechtsschutzbedürfnis. Der Kläger ist nicht auf eine Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#) beschränkt. Feststellungsklagen sind gegenüber Leistungsklagen subsidiär. Dem entspricht es, dass ein Versicherter hinsichtlich der Anerkennung von Unfallfolgen zwischen gerichtlicher und behördlicher Feststellung wählen kann (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 5. Juli 2011 - [B 2 U 17/10 R](#), SozR 4-2700 § 11 Nr. 1). Einer solchen Verpflichtungsklage liegt auch eine ausreichende Klagebefugnis im Sinne von [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zu Grunde (vgl. BSG, Urteil vom 27. April 2010 - [B 2 U 23/09 R](#), UV-Recht Aktuell 2010, 897), weil das Unfallversicherungsrecht mit [§ 102 SGB VII](#) (i.V.m. [§ 36a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]) eine Anspruchsgrundlage für derartige Feststellungen der Versicherungsträger bereithält (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011, [a.a.O.](#)). Und letztlich hat die Beklagte in dem hier angegriffenen Bescheid vom 3. Januar 2013 über die Anerkennung der geltend gemachten Gesundheitsschäden ausdrücklich – negativ – entschieden, sodass zu diesem Punkt ein angreifbarer Verwaltungsakt vorliegt und das nach [§ 78 Abs. 1 SGG](#) notwendige Vorverfahren durchgeführt worden ist.

Der weitere Antrag des Klägers, den Beklagten zur Verurteilung nicht näher spezifizierter "Leistungen" zu verurteilen, ist dagegen in jeder Lesart unzulässig. Wörtlich betrachtet ist dieser Antrag bereits zu unbestimmt (vgl. [§ 92 Abs. 1 Satz 3 SGG](#)) formuliert. Aus ihm wird nicht deutlich, welche der in Betracht kommenden Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, etwa Maßnahmen der Heilbehandlung als Sachleistung oder Verletztengeld oder Verletztenrente als Geldleistungen (vgl. den Leistungskatalog in [§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch [SGB VII]) der Kläger begehrt. Ferner hätte ein entsprechendes Urteil einen nicht vollstreckungsfähigen Inhalt. Ein bloßes Grundurteil ([§ 130 Abs. 1 SGG](#)) über Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung kann nach der Rechtsprechung nicht zulässigerweise begehrt werden (vgl. BSG, Urteil vom 7. September 2004 - [B 2 U 35/03](#), [SozR 4-2700 § 8 Nr. 6](#); BSG, Urteil vom 30. Januar 2007 - [B 2 U 6/06 R](#), juris). Zwar kann der Antrag des Klägers, um diesen Bedenken zu begegnen, dahin ausgelegt werden, dass – nur – Heilbehandlung begehrt wird. Eine andere Leistung könnte der Kläger nämlich zur Zeit nicht zulässigerweise einklagen. Die Beklagte hat in dem angegriffenen Bescheid nur über Ansprüche auf Heilbehandlung ([§ 27 Abs. 1 SGB VII](#)) entschieden. Eine Klage auf Verurteilung zu anderen Leistungen wäre daher mangels angreifbaren Verwaltungsakts und wegen Fehlens des notwendigen Vorverfahrens ([§ 78 Abs. 1 SGG](#)) unzulässig. Einen Anspruch auf "Heilbehandlung" ohne weitergehende Konkretisierung (vgl. dazu LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Oktober 2015 - [L 8 U 1345/14](#) –, juris Rz. 37) kann der Kläger aber nur mit einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage (vgl. [§ 131 Abs. 3 SGG](#)) geltend machen. Leistungen der Heilbehandlung stehen nach [§ 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#) im pflichtgemäßen Ermessen der Unfallversicherungsträger, diese Ermessensentscheidung umfasst auch das Ob der Leistung (vgl. BSG, Urteil vom 29. November 2011 - [B 2 U 21/10 R](#) –, juris Rz. 16). Legte man den Antrag des Klägers dementsprechend als Verpflichtungsklage aus, so wäre seine Berufung allerdings mangels Beschwer durch die angefochtene erstinstanzliche Entscheidung unzulässig (vgl. hierzu Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, vor § 143 Rz. 5 ff.).

Soweit die Klage zulässig ist, hat sie in der Sache keinen Erfolg. Sie ist unbegründet. Ein Anspruch auf eine behördliche Feststellung einer Teiltraktur des vorderen Kreuzbandes, des Einrisses des Innenmeniskus und der "Veränderungen" am Außenmeniskus als Folgen des Unfalls vom 12. Juni 2012 besteht nicht.

Allerdings war der Kläger zum Zeitpunkt des Unfalls bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert. Nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 15](#) Buchstabe a SGB VII sind kraft Gesetzes auch versichert Personen, die auf Kosten einer Krankenkasse oder eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung oder der landwirtschaftlichen Alterskasse stationäre oder teilstationäre Behandlung oder stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Der Kläger absolvierte am 12. Juni 2012 zu Lasten eines der hier erfassten Rehabilitationsträger, der Deutschen Rentenversicherung, eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, wobei offen bleiben kann, welcher Träger der Deutschen Rentenversicherung konkret der Kostenträger war.

Die Beklagte ist für die geltend gemachten Ansprüche auch passivlegitimiert. Nach [§ 133 Abs. 1 SGB VII](#) bestimmt sich – grundsätzlich – die Zuständigkeit für Versicherte nach der Zuständigkeit für das Unternehmen, für das die Versicherten tätig sind oder zu dem sie in einer besonderen, die Versicherung begründenden Beziehung stehen. Bei Rehabilitanden nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 15](#) Buchstabe a SGB VII bestimmt [§ 136 Abs. 3 Nr. 2 SGB VII](#) den Rehabilitationsträger zum Unternehmer, also den Sachkostenträger der Rehabilitationsmaßnahme. Nur zu diesem Unternehmen besteht nach dieser gesetzlichen Wertung eine versicherungsbegründende Beziehung, nicht etwa zu dem Träger der Rehabilitationseinrichtung (vgl. Quabach, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 136 Rz. 53 f.). Der Leistungs- und Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme des Klägers war, wie ausgeführt, die Deutsche Rentenversicherung. Der für die gesetzlichen Rentenversicherer (und alle anderen bundes- und landesunmittelbaren Sozialversicherungsträger) zuständige Unfallversicherungsträger ist nach [§ 3 Abs. 1 Abschnitt I Nr. 3](#) ihrer Satzung v. 28. September 2011 i.d.F. des 7. Nachtrags vom 9. Juli 2015 die Beklagte (vgl. Quabach, a.a.O., Rz. 54).

Der Unfall bei dem Bewegungstraining, den der Kläger unbestrittenermaßen erlitten hat, war auch konkret vom Versicherungsschutz des [§ 2 Abs. 1 Nr. 15](#) Buchstabe a SGB VII erfasst. Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind (versicherte) Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§ 2, 3](#) oder [6](#) begründenden Tätigkeit. Der Unfall muss während einer mit der versicherten Tätigkeit unmittelbar zusammenhängenden Verrichtung eingetreten sein. Bei Rehabilitationsmaßnahmen wie hier sind alle Verrichtungen versichert, die im inneren Zusammenhang mit der Heilbehandlung stehen, mit Ausnahme der ärztlichen Behandlung selbst. Die unfallbringende Tätigkeit muss den Mitwirkungen zuzuordnen sein, die den betroffenen Rehabilitanden obliegen oder die unabhängig von einer Weisung im Einzelfall der Behandlung zu dienen bestimmt sind. Das können konkret auch Belastungsübungen sein (Bieresborn, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 2 Rz. 333 m.w.N.). Dies gilt in jedem Fall, wenn die fragliche Übung angeordnet oder im Behandlungsplan vorgesehen war. Dass dies hier so war, ist zwischen den Beteiligten unstreitig, die Beklagte hat dementsprechend den Arbeitsunfall selbst mit dem hier angegriffenen Bescheid anerkannt. Es ist auch nicht anzunehmen, dass ein Badmintonspiel im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme nur auf Grund eines autonomen Entschlusses mehrerer Rehabilitanden gespielt wird und nicht zumindest im

Behandlungsplan vorgesehen ist.

Jene Gesundheitsschäden, die der Kläger in diesem Verfahren geltend macht, sind jedoch nicht "in Folge" der versicherten Tätigkeit, wie es [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) verlangt, entstanden. Sie können nicht nach dem hier zu fordernden Maßstab auf den Unfall zurückgeführt werden.

Die Zurechnung eines Gesundheitsschadens setzt voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten, aber unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat (vgl. dazu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 38 mit 31 ff.). Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursache sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolgs gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio-sine-qua-non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in einer besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein. Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitsschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, a.a.O., Rz. 61 ff.). Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitserstschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte wie etwa Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorsieht (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 31). Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 32). Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 33). Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, [BSGE 111, 52](#) (55 f.)). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37). Diese Voraussetzungen müssen insbesondere für jeden einzelnen Gesundheitserstschaden erfüllt sein. Ein solcher ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eingetreten sind (vgl. BSG, a.a.O., Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung des Berufungsgerichts als Tatsacheninstanz bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "Unfallereignis" und "Gesundheitsschaden" der haftungsausfüllenden Kausalität bei unmittelbaren Unfallfolgen oder die Tatbestandsvoraussetzungen nach [§ 11 SGB VII](#) erfüllen sollen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18). Demgegenüber genügt für den Nachweis des naturphilosophischen Ursachenzusammenhangs zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17).

Vor diesem Hintergrund hat der Kläger keinen Anspruch auf die Anerkennung weiterer Gesundheitsbeeinträchtigungen als Unfallfolge.

Die Verletzung des vorderen Kreuzbandes und die geltend gemachten "Veränderungen" des Außenmeniskus lagen auch zur Überzeugung des Senats nach den durchgeführten Ermittlungen schon vor dem 12. Juni 2012 vor und sind daher nicht auf den Unfall an jenem Tage zurückzuführen. Hinsichtlich dieser beiden Gesundheitsbeeinträchtigungen sind sich die beiden gehörten Gerichtsgutachter, Dr. H. und Dr. K., einig. Die nach dem Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen haben im vorderen Kreuzband sogar schon Vernarbungen nachgewiesen, sodass in jedem Fall eine - ausgeheilte - ältere Verletzung vorgelegen haben muss. Die Gesundheitsbeeinträchtigung kann als zuvor klinisch stumm angesehen werden, sodass es nicht für eine Zurechnung spricht, dass der Kläger vor dem Unfall keine Beschwerden hatte. Das Gleiche gilt für die arthrotischen Veränderungen im Kniegelenk, zu denen die "Veränderungen" im Außenmeniskus zählen. Auch diese Veränderungen waren bereits in den unmittelbar nach dem Unfall gefertigten MRT-Aufnahmen festzustellen und haben seither kaum zugenommen, wie Dr. H. ausgeführt hat. Dies spricht deutlich für eine unfallunabhängige Genese. Eine akute Verletzung auch im Außenmeniskus hatte zwar Dr. H.

zunächst als Verdacht (Bericht vom 15. Juni 2012) und nach der Anfertigung des MRT bei Dr. G. dann in dem Nachschauerbericht vom 22. Juni 2012 als gesicherte Diagnose genannt. Diese hat sich dann aber bei der Operation durch Dr. D. nicht bestätigt. Sein OP-Bericht vom 18. Juli 2012 nennt nur für den Innenmeniskus die Stichworte "pathologisch" und "luxierter Lappenriss", für den lateralen Meniskus (Außenmeniskus) dagegen wird "regelmäßig" angegeben. Entsprechend hat Dr. D. in seinem Anschreiben an die Beklagte vom 31. Juli 2012 nur noch eine Schädigung (hier noch: Luxation) des Innenmeniskus genannt. Die – nur – degenerativen Veränderungen am Außenmeniskus hat auch Dr. K. in seinem Gutachten gewürdigt. Wenn er gleichwohl einen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Meniskusverletzung angenommen hat, so hat er diese Einschätzung doch auf den Riss des Innenmeniskus beschränkt (vgl. z.B. S. 14 f.).

Entgegen der Einschätzung Dr. K.s kann der Senat auch die Verletzung des Innenmeniskus des Klägers nicht auf den Unfall zurückführen.

Hierbei lässt der Senat offen, ob die – unstrittige – Ruptur des Meniskus im naturwissenschaftlichen Sinne, also der Formel "conditio sine qua non", auf dem Unfall beruht, also am 12. Juni 2012 eingetreten ist. Erstmals positiv diagnostiziert und als "frisch" bezeichnet hatte diese Ruptur zwar erst Dr. Sch.-F. am 25. Juli 2012 in der histologischen Untersuchung des bei der Operation am 12. Juli 2012, also einen Monat nach dem Unfall, entnommenen Materials. Allerdings hatte bereits Dr. H. am 22. Juni 2012 unter Auswertung des MRT-Berichts von Dr. G. vom 18. Juni 2012 unter anderem eine Innenmeniskushinterhornläsion beschrieben. Es kann nach diesen ärztlichen Angaben nicht ausgeschlossen werden, dass die Ruptur bereits am 12. Juni 2012 eingetreten ist.

Auch wenn aber dieser naturwissenschaftliche Zusammenhang besteht, so kann die Läsion des Innenmeniskus doch nicht im rechtlichen Sinne auf den Unfall am 12. Juni 2012 zurückgeführt werden. Der Unfall war nicht die wesentliche Ursache. Vielmehr war der Meniskus in einer Weise vorgeschädigt, dass er auch bei anderen, alltäglichen Verrichtungen, für die kein besonderer Unfallversicherungsschutz bestanden hätte, ebenso gerissen wäre. Der Unfall war also nur der Anlass für die Ruptur, die "Gelegenheitsursache".

Diese Einschätzung entnimmt der Senat vor allem den Ausführungen des Gutachters Dr. H. ... Dieser hat zunächst darauf hingewiesen, dass nach der MRT-Untersuchung am 18. Juni 2012 und auch nach dem histologischen Befund vom 25. Juli 2012 für das gesamte linke Kniegelenk, auch für den Außenmeniskus, "mittelgradige" Vorschäden vorlagen. Diese bildgebenden Befunden reichen als Nachweis solcher degenerativer Veränderungen aus, auch wenn das Vorerkrankungsverzeichnis des Klägers insoweit leer war, denn gerade degenerative Veränderungen können lange Zeit klinisch "stumm" verlaufen. Ferner hat Dr. H. überzeugend vor allem aus der Analyse des Unfallmechanismus abgeleitet, dass der Meniskus vorgeschädigt gewesen sein muss. Der Kläger hat durchgehend bekundet, er habe einen Ausfallschritt vollzogen, also einen Schritt nach vorn (oder hinten). Dass er sich dabei das Knie verdreht habe, wurde nicht angegeben. Dem entspricht es, dass bei einer solchen Kniestreckung wie bei einem Ausfallschritt Drehbewegungen in Folge der Form der Gelenkkörper und der ligamentären Sicherungen nicht durchführbar sind. Der erkennende Senat hat in seiner Rechtsprechung bereits festgestellt, dass nach einhelliger Wissenschaftsmeinung eine solche indirekte Gewalteinwirkung auf das Kniegelenk keine isolierte Meniskusverletzung hervorrufen kann. Aufgrund der biomechanischen Strukturen im Kniegelenk muss es bei einer Meniskusschädigung zu einem Überschreiten des physiologischen Bandspiels und damit zwangsweise zu einer Schädigung von Bandstrukturen kommen. Dies war bei dem Kläger nicht der Fall. Neben der Läsion des Innenmeniskus lag nur eine geringfügige knöcherne Verletzung vor, nämlich die Fissur im Fibulaköpfchen. Die Bänder im linken Knie dagegen, hier insbesondere das Innenband, waren nicht beeinträchtigt. Noch Dr. D. hat sie in dem OP-Bericht vom 18. Juli 2012 als regelmäßig und stabil bezeichnet. Selbst bei dem als absolute Ausnahme hiervon diskutierten forcierten Drehsturz (Rotationstrauma), wie er beispielhaft und typisch häufig bei Fußballspielern auftreten kann, wenn es aus vollem Lauf bei festgestelltem Unterschenkel zu einem forcierten Abdrehen des Oberkörpers über das Kniegelenk mit Sturz kommt, finden sich meist Einblutungen und Veränderungen an Bandstrukturen, insbesondere am Aufhängeapparat des Meniskus (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. Juli 2015 – [L 6 U 2394/15](#) – juris Rz. 39). Ob auch ohne ein solches Rotationstrauma bei einem nicht vorgeschädigten Meniskus eine Ruptur auftreten kann, wenn die Gewalteinwirkung so immens ist wie z.B. bei einem Sturz aus vier Metern Höhe, wie es die Beklagte in ihrer Stellungnahme vom 13. Juli 2012 ausgeführt hat, muss hier nicht entschieden werden. Eine solche Gewalteinwirkung lag hier nicht vor. Dies folgt schon daraus, dass bei einer derart bedingten Schädigung des Knies sofort eine starke Beschwerdesymptomatik mit sofortiger Arbeitsniederlegung und sofortigem und wiederholtem Aufsuchen des Durchgangsarztes zu fordern ist (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufungskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 618). So gestaltete sich die Symptomatik hier nicht. Der Kläger hat vielmehr nach dem Unfall bei dem Badmintonspiel noch an einer Wassergymnastik teilgenommen und den D-Arzt erst am folgenden Morgen wegen stärker gewordener Schmerzen aufgesucht. Dies hat er in dem Unfallfragebogen vom 9. Juli 2012 so angegeben.

Der anders lautenden Einschätzung des Gutachters Dr. K. kann der Senat nicht folgen. Seine Ausführungen überzeugen weniger als diejenigen Dr. H.s. Dr. K. geht zunächst von einem Unfallhergang aus, der so bislang nicht vorgetragen war und der auch nicht nachgewiesen ist. In seiner Anamnese gibt er ohne weitere Details an, der Kläger habe bei dem Badminton-Spiel ein "Rotationstrauma" erlitten (S. 8 Gutachten). Woher diese neue Angabe stammt, wird aus dem Gutachten nicht deutlich. Der Kläger jedenfalls hat durchgehend einen Ausfallschritt angegeben. Ferner berücksichtigt Dr. K. in seiner Einschätzung des Ursachenzusammenhangs nicht ausreichend die rechtlichen Anforderungen der Lehre von der "wesentlichen" Bedingung. Er führt nur aus, der Kläger habe sich bei dem Badmintonspiel am 12. Juni 2012 eine akute Verletzung (des Innenmeniskus) zugezogen (S. 13 Gutachten). Dass der Riss des Innenmeniskus bei diesem Unfall aufgetreten ist, kann – wie ausgeführt – zu Gunsten des Klägers unterstellt werden. Aber dass der Ausfallschritt dort die rechtlich wesentliche Ursache war und nicht die – auch von Dr. K. nicht in Abrede gestellten – degenerativen Vorschäden, dazu verhält sich das Gutachten nicht. Sein Hinweis auf die Fissur des Fibulaköpfchens (S. 14 Gutachten) reicht, wie ausgeführt, nicht aus, um eine derartig gewaltige Krafteinwirkung auf den Meniskus zu belegen, wie sie bei einer axialen Schädigung ohne Rotationstrauma notwendig wäre. Diese Einwände gegen seine Schlussfolgerungen hat Dr. K. auch in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 23. Oktober 2015 nicht widerlegen können. Seine Hinweise dort auf "klinische Erfahrungen" sind nicht geeignet, medizinische Erfahrungssätze zu überspielen. Das Gleiche gilt für seine Darlegungen, es gebe auch (begleitende) Bandverletzungen, die klinisch irrelevant seien und unter Umständen nicht nachgewiesen werden könnten. Hier geht der Sachverständige von einer falschen rechtlichen Beweislastverteilung aus. Wenn der Nachweis einer begleitenden Bandverletzung nicht geführt werden kann, die medizinische Erfahrung aber eine solche Verletzung fordert, dann kann dieser Umstand nicht als Indiz für einen Ursachenzusammenhang gewertet werden, sondern nur als nullum oder u.U. sogar als Indiz gegen den Zusammenhang.

Vor diesem Hintergrund tritt der Senat den Ausführungen des SG in dem angegriffenen Urteil bei, dass der Unfallmechanismus ("falsches" Zutreten, Ausfallschritt bei sportlicher Betätigung) hier nur eine unwesentliche Bedingung des Schadens, also eine "Gelegenheitsursache" war, auch weil davon nur eine geringe Belastung für die Menisken ausgeht, wie sie auch im Alltag häufig anzunehmen ist, etwa wenn auf

der Straße einer entgegenkommenden Person plötzlich ausgewichen oder mit schnellem Schritt ein Ziel erreicht werden muss.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht vorgetragen oder ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-11