

## L 6 U 2002/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 20 U 2598/12

Datum

24.03.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 U 2002/15

Datum

28.07.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 24. März 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt eine Verletztenrente aus der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Der 1975 geborene Kläger war zur Zeit des hier streitigen Unfalls Landwirt mit eigenem Hof und in dieser Eigenschaft bei der Beklagten gesetzlich unfallversichert.

Als etwa zweieinhalbjähriges Kleinkind verbrühte sich der Kläger bei einem häuslichen Unfall die Flanken und beide Oberschenkelrückseiten. Es blieben erhebliche Vernarbungen an den Beinen zurück. Im Laufe des Körperwachstums entwickelte sich ein Spannungsgefühl an den Kniekehlen. 1991 wurde deswegen an der Universitätsklinik B. eine Narbenausscheidung mit Spalthauttransplantation durchgeführt. Ob nach der damaligen Operation ein Streckdefizit an den Kniegelenken zurückgeblieben war, ist zwischen den Beteiligten streitig.

Am 18. Oktober 2010 gegen 21.00 Uhr rutschte der Kläger beim Ausmisten eines Stalles aus. Dabei stieß ihm ein Kantholz in die rechte Kniekehle. Nach seinen späteren Angaben kam es hierbei auch zu einer Verdrehung des Knies und zu einem Sturz.

Der Kläger begab sich am folgenden Vormittag in ärztliche Behandlung. Durchgangsarzt Dr. St. diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2010 eine Distorsion des rechten Knies und eine Einklemmung des Innenmeniskus rechts. Symptomatisch beschrieb er eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit mit Streckhemmung und ein positives Steinmann'sches Zeichen Grad 1. Eine Röntgenuntersuchung vom selben Tage zeigte einen unauffälligen physiologischen Knochen- und Gelenkbefund ohne degenerative, entzündliche oder posttraumatische Veränderungen. Ein am 25. Oktober 2010 durchgeführtes MRT ergab - weiterhin - eine Einklemmung des Innenmeniskus sowie einen Korbhakenriss, eine Teilläsion des Innenbandes bei erhaltener Kontinuität und einen Gelenkerguss. Wegen fortbestehender Beschwerden, darunter zuletzt eine Streckhemmung um 20°, und nach dem Scheitern mehrerer Repositionsversuche des Meniskus empfahl Dr. St. eine arthroskopische Sanierung. Die an sich sofort geplante Operation verzögerte sich, weil der Kläger den Hof weiterbewirtschaftete und eine Betriebshilfe erst ab dem 10. November 2010 bewilligt wurde. Die Operation führte Dr. B. am 30. November 2010 durch. In seinem Bericht vom 18. Januar 2011 teilte er mit, der Innenmeniskuskorbhakenriss sei sicher auf den Unfall zurückzuführen. Es sei jedoch zu beachten, dass der Kläger "sage und schreibe" erst sechs Wochen nach dem Unfall operiert worden und solange mit eingeklemmtem Innenmeniskus und einem Streckdefizit von 20° umhergelaufen sei. Nach der Operation betrage das Streckdefizit noch 10°. Es sei jetzt auf die Verbrennungsnarben am dorsalen Ober- und Unterschenkel zurückzuführen. Die Behandlung zu Lasten der Beklagten sei abgeschlossen. Er werde den Kläger zur Frage einer Narbenkorrektur in der plastischen Chirurgie vorstellen.

Am 26. Januar 2011 stellte sich der Kläger wegen fortbestehender Beschwerden erneut bei Dr. B. vor. Er teilte mit, das Departement Plastische Chirurgie des Universitätsklinikums F., wo er sich zwischenzeitlich vorgestellt habe, habe die Auffassung vertreten, dass die Bewegungseinschränkung nicht auf die Verbrühungen zurückgeführt werden könne. Ein nunmehr durchgeführter Ultraschall der Kniekehle habe ein 2 x 5 cm großes zystisches Gebilde mit Kontakt zur Arteria poplitea (Kniekehlenarterie) gezeigt. Es bestehe daher der Verdacht auf ein Aneurysma an dieser Arterie. Eine computertomografische Untersuchung im H.-B.-Klinikum ergab, dass das Gefäßaneurysma klein sei und vermutlich von einer Vene ausgehe, während keine arterielle Durchblutungsstörung vorliege; der Venenbefund sei ohne Krankheitswert und nicht Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden (Bericht von Dr. S. vom 14. Februar 2011).

Bei einer weiteren Operation am 1. März 2011 wurde ein Rest-Innenmeniskus entfernt, jedoch verblieb die Streckhemmung bei 20° (Bericht Dr. B. vom 7. März 2011). Daraufhin absolvierte der Kläger zu Lasten der Beklagten vom 10. März bis zum 16. April 2011 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Sch.klinik Orthopädie des P.-Klinikums Bad K ... In dem Entlassungsbericht vom 28. April 2011 teilte Dr. P. als unfallabhängige Diagnosen einen Innenmeniskusschaden rechts mit Innenmeniskuskorbhenkelresektion des rechten Kniegelenks mit. Das Streckdefizit habe bei Aufnahme bei 30° gelegen. Nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung betrügen Extension und Flexion 0/15-20/120°. Die Verminderung der Quadrizepsmuskulatur rechts im Seitenvergleich habe sich gebessert, auch könne die Kniescheibe wieder nach oben gezogen werden. Der Kläger gehe noch hinkend rechts. Die noch bestehenden Unfallfolgen seien als Streckdefizit des rechten Kniegelenks, endgradig eingeschränkte Beugung des rechten Kniegelenks, deutliche Reduktion der Quadrizepsmuskulatur rechts und hinkendes Gangbild zu beschreiben.

Nachdem eine Arbeits- und Belastungserprobung keinen Erfolg gezeitigt hatte, verpachtete der Kläger seinen Hof zum 1. Juli 2011 und gab seine landwirtschaftliche Erwerbstätigkeit auf (Aktenvermerk vom 26. August 2011).

Bei fortbestehenden Beschwerden und nach einer Vorstellung in der BG-Klinik T. am 6. Juli 2011 absolvierte der Kläger vom 21. Juli bis zum 16. August 2011 dort eine komplex-stationäre Rehabilitationsmaßnahme. In diesem Rahmen untersuchte ihn Prof. Dr. Ste. und teilte am 28. Juli 2011 der Beklagten mit, es bestehe keine wesentliche Funktionsstörung am rechten Bein. Das "zeitweilig dargebotene Streckdefizit" liege so nicht vor. In Bauchlage könnten beide Kniegelenke vollständig gestreckt werden. Auch sei die Beschwellung an den Füßen seitengleich, was nicht möglich wäre, wenn der Kläger wirklich auf Zehenballen gehen müsste. Eine Umfangdifferenz in der Wadenmuskulatur bestehe ebenfalls nicht, sie müsste aber vorliegen, wenn der Kläger wirklich, wie er demonstriert habe, auf den Zehenballen gehe. Ergänzend teilte die BG-Klinik T. durch Prof. Dr. Ka. in dem Entlassungsbericht vom 16. August 2011 mit, das bei Aufnahme bestehende Streckdefizit von 30° habe durch intensive Physio- und Ergotherapie und Anpassung der bereits getragenen Quengelschiene auf passiv 0° und aktiv 15° verringert werden können. Nach einer noch durchzuführenden EAP (erweiterte ambulante Physiotherapie) werde voraussichtlich wieder vollschichtige Arbeitsfähigkeit eintreten.

Die Beklagte folgte dem Vorschlag von Prof. Dr. Ka. wegen der EAP nicht. Sie bestellte den Kläger zu einer "Sondersprechstunde" in die BG-Klinik am 2. November 2011 ein. Dabei untersuchte Dr. Ho. den Kläger und äußerte anschließend Bedenken, ob dessen Schmerzen des tatsächlich im geklagten Umfang vorhanden seien oder simuliert würden. Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, dass nach dem Unfall kein Erguss im Knie aufgetreten sei. Der Kläger bestritt Simulation. Es wurde dann die Erstellung eines Zusammenhanggutachtens vereinbart (Aktenvermerk vom 3. November 2011, Bericht der Klinik vom selben Tag ).

Nach dem Vorerkrankungsverzeichnis der Beklagten als landwirtschaftliche Krankenkasse ergab sich unter anderem eine Arbeitsunfähigkeit nach einer Prellung der Lendenwirbelsäule im März 2006 aufgrund Arbeitsunfalls.

Nach der Auswahl des Klägers beauftragte die Beklagte Dr. P. mit einer Zusammenhangbegutachtung. Er teilte in seinem Gutachten vom 25. Januar 2012 mit, es beständen eine Bewegungseinschränkung des rechten Kniegelenks mit einem Streckdefizit von 25° (Extension/Flexion 0/25/135°, im Vergleich links: 0/5/140°) ohne Lockerung des Bandapparats mit einer funktionellen Verkürzung des rechten Beins um 2 cm und einer Verschmächtigung der Beinmuskulatur rechts um 1 cm ohne periphere neurologische Ausfälle (S. 24, 27 GA). Die grobe Muskelkraft beider Beine betrage 5/5 (S. 18 GA). Die Innenmeniskusküsläsion am rechten Kniegelenk sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. Oktober 2010 als wesentliche Teilsache zurückzuführen. Der vom Kläger geschilderte Hergang sei geeignet gewesen, eine solche Verletzung zu verursachen, dabei sei von einer durch den Anprall des Kantholzes in der Kniekehle bedingten seitlichen Abbiegung des Knies im X-Sinne bei fixiertem Unterschenkel und Fuß auszugehen (vgl. im Einzelnen S. 28 f. GA). Das durch den eingeschlagenen und eingeklemmten Korbhenkelriss bedingte Streckdefizit habe sekundär eine vermutlich vorbestehende leichte Beugekontraktur richtunggebend verschlimmert. Die wesentliche Zunahme des Streckdefizits sei im Wesentlichen durch die verzögerte Arthroskopie erst sechs Wochen nach dem Unfall zu erklären. Die von Prof. Dr. Ste. behauptete vollständige Streckbarkeit sei nicht nachvollziehbar, zumal während der Revisionsoperation eine vollständige Streckung auch unter Narkose nicht möglich gewesen sei. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage weiterhin 25 v.H. Mit einer Besserung sei nicht zu rechnen.

Mit Bescheid vom 6. Februar 2012 erkannte die Beklagte den Unfall vom 18. Oktober 2010 als Arbeitsunfall an, lehnte aber die Gewährung einer Verletztenrente ab. Ein Anspruch hierauf aus der landwirtschaftlichen Unfallversicherung bestehe nach der Sondervorschrift in [§ 80a Abs. 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) erst ab einer MdE um wenigstens 30 v.H. Dieser Wert liege bei dem Kläger nicht vor. Ausführungen zu einzelnen Unfallfolgen enthielt der Bescheid nicht.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte ohne weitere medizinische Ermittlungen mit Widerspruchsbescheid vom 25. April 2012 mit der Begründung zurück, nach den Einschätzungen der Gutachter habe zunächst eine MdE um 20 v.H. vorgelegen, seit dem 19. Juni 2010 betrage diese lediglich 10 v.H. In den Gründen des Widerspruchsbescheids ist ausgeführt, dass die Untersuchung bei Dr. P. "ergeben" habe, dass der Unfall zu einer Innenmeniskusverletzung des linken Knies geführt und - unter anderem - eine Streckverminderung von 25° (0/25/135°) und eine funktionelle Beinverkürzung von 2 cm hinterlassen habe.

Der Kläger hat am 24. Mai 2012 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und eine Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 30 v.H. begehrt.

Nachdem die Beklagte der Klage entgegengetreten ist, hat das SG zunächst die behandelnden Ärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Prof. Dr. Sü., Universitätsklinikum F., hat angegeben, die Flexion und Extension habe im Februar 2011 bei 0/45/110°, nach der Arthroskopie im Mai 2011 bei 0/10/140° gelegen. Die MdE sei entsprechend dem Gutachten von Dr. P. auf 25 v.H. ab Juli 2011 zu schätzen. D-Arzt Dr. B. hat bekundet, vor dem Unfall sei eine vollständige Streckfähigkeit vorhanden gewesen. Das nach dem Unfall entstandene Streckdefizit habe sich erst nach beiden Operationen und der EAP langsam verringert, die Beweglichkeit habe im August 2011 0/5-7/130° und im April 2012 dann 0/5/120° betragen. Am 5. Oktober 2015 habe es eine Behandlung wegen einer unfallunabhängigen Blockade des Ilio-Sakral-Gelenks gegeben. Die unfallbedingte MdE liege bei 15 bis 20 v.H. Prof. Dr. Stö., BG-Klinik T., hat an seiner Einschätzung, bei einer Beweglichkeitseinschränkung von 0/25/135° betrage die MdE 25 v.H., festgehalten.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat das SG sodann das orthopädisch-unfallchirurgische Gutachten von Dr. Hei. vom 25. Mai 2013

eingeholt. Dieser Sachverständige hat mitgeteilt, der Kläger habe bei dem Unfall eine Korbhennelläsion des Innenmeniskus rechts erlitten. Ferner sei auch das später diagnostizierte Aneurysma der Vena poplitea unfallbedingt, weil das Unfallereignis geeignet gewesen sei, ein solches hervorzurufen und weil diesbezüglich keine Vorbefunde vorlägen. Nicht unfallbedingt sei die altersentsprechend ausgeprägte Knorpelschädigung des medialen Femurcondylus. Ebenso sei das zwischenzeitlich aufgetretene Knochenmarködem nicht auf den Unfall zurückzuführen; auch sei es ausgeheilt. Ferner seien in letzter Zeit Beschwerden an der Wirbelsäule aufgetreten, die als Lumbalsyndrom bei Fehllhaltung und Muskeldysbalancen zu beschreiben seien. Diese seien "in erster Linie" durch unfallunabhängige statische und degenerative Veränderungen verursacht. Der Kläger zeige ein rechts-humpelndes Gangbild. Die Beweglichkeit des Kniegelenks liege rechts bei 0/20-40/150° mit Schmerzangabe und links bei 0/0/160° ohne Schmerzen. Die unfallbedingte MdE für die verbliebene Minderbelastbarkeit und -beweglichkeit des rechten Kniegelenks mit sekundärer Muskelverschwächung am Ober- und Unterschenkel auf Grund der Korbhennelläsion des Innenmeniskus und des Aneurysma sei auf 30 v.H. zu schätzen. Dieser höhere als bislang zuerkannte Wert sei angemessen, weil das traumatisch verursachte Gefäßaneurysma in der rechten Kniekehle eine sehr schmerz sensible Körperregion betreffe.

Die Beklagte ist den Feststellungen und Schlussfolgerungen Dr. Hei.s wegen des Aneurysmas entgegengetreten, der Kläger wegen der Nichtberücksichtigung der Beeinträchtigungen an der Lendenwirbelsäule. Daraufhin hat Dr. Hei. am 4. September 2013 ergänzend ausgeführt, nicht nur der geeignete Hergang, sondern auch die Ausbildung des Aneurysmas nach dem Unfall, wie sie sich bildgebend und klinisch gezeigt habe, sprächen für einen Ursachenzusammenhang. Dagegen könnten die Beschwerden ausgehend von der Lendenwirbelsäule nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, da insoweit eine Fehlstatik auf Grund einer Hohlkreuzhaltung und eines Zustandes nach juveniler Aufbaustörung vorbestanden habe und die Verschlechterung der Wirbelsäulenstatik durch Beckenschiefstand und funktionelle Beinverkürzung auf der Beugekontraktur des rechten Kniegelenks beruhe, die aber ihrerseits auf die Verbrennungen als Kind zurückzuführen sei. Auch bestehe eine relevante Bandscheibenprotusion bei L5/S1.

Der Kläger hat sodann das Gutachten des Unfallchirurgen Dr. V. vom 24. September 2013 zur Akte gereicht, das im Auftrag seiner privaten Unfallversicherung erstellt worden ist. Dieser hat als unfallbedingt ein verbliebenes Streckdefizit von 30° (Messwerte 0/40/130° rechts und 0/10/140° links) mit Beinlängendifferenz und ausgeprägtem kompensatorischem Beckenschiefstand sowie daraus resultierender Schiefhaltung der Brust- und Lendenwirbelsäule eingestuft. Das Aneurysma hat er ausdrücklich (S. 13 GA) als nicht unfallbedingt bewertet, hilfsweise dar-auf hingewiesen, dass die daraus folgenden Beeinträchtigungen die Gesamtinvalidität nicht beeinflussten. Die Lendenwirbelsäulenbeschwerden seien "überwiegend" durch die unfallunabhängigen degenerativen Veränderungen verursacht, und zwar konkret zu drei Viertel, der unfallabhängige Anteil betrage ein Viertel. Daher sei von der MdE von an sich 20 v.H. für die Lendenwirbelsäule ein Viertel, mithin eine MdE von 5 v.H., als unfallbedingt einzustufen. Zusammen mit der MdE für das Kniegelenk (20 v.H.) ergebe sich eine "Gesamt-MdE" von 25 v.H.

Von Amts wegen hat das SG sodann Prof. Dr. C. zum Sachverständigen ernannt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 27. Januar 2014 zu dem Ergebnis gelangt, dass bei dem Kläger als Folge des Unfalls eine Muskelminderung des rechten Oberschenkels, ein Streckdefizit des rechten Kniegelenks von 25° [bzw. 20°, vgl. S. 20 f. GA], eine endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit des rechten Kniegelenks, die durch das Streckdefizit verursachte funktionelle Beinverkürzung rechts sowie eine arthroskopisch nachgewiesene Chondromalazie des medialen Condylus rechts (S. 20 GA) bestehe. Im Einzelnen hat der Sachverständige hierzu ausgeführt, die Streck- und Beugefähigkeit am rechten Knie habe gemessen bei 0/60/120° (gegenüber 0/0/145° links) gelegen; jedoch sei das Streckdefizit "in seiner Ausprägung je nach Untersuchungssituation wechselhaft und im Stehen und beim unbeobachteten Laufen nach klinischer Schätzung mit etwa 25° zu beziffern", während der Kläger in Bauchlage ein Streckdefizit von 60° demonstrierte (S. 16 GA). Zu dem linken Kniegelenk hat Prof. Dr. C. - in Abweichung zu den genannten Messwerten - mitgeteilt, es bestehe ein diskretes Streckdefizit um 5° (S. 16 GA). Das Defizit am rechten Knie führe zu einer funktionellen Beinverkürzung. Ferner habe sich nach dem Operationsbericht vom 1. März 2011 eine Chondromalazie im rechten Knie entwickelt, die ebenfalls als Unfallfolge angesehen werden müsse. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei mit einem Finger-Boden-Abstand (FBA) von 27 cm und einem Schober'schen Zeichen von 10:12 cm eingeschränkt. Dieser Befund entspreche der kernspintomografischen Feststellung einer linksseitigen Bandscheibenvorwölbung im Segment L5/S1. Zu einer Verletzung von Haut oder Weichteilen sei es bei dem Unfall nicht gekommen, sodass das Aneurysma nicht auf einer traumatischen Ursache beruhe (S. 18 GA). Zu dem Unfall hat der Sachverständige ausgeführt, er zweifle nicht daran, dass der Kläger einen Korbhennelriss des Innenmeniskus rechts mit nachfolgender Einklemmung erlitten habe. Hieraus resultiere die Bewegungseinschränkung. Nachdem die vorbestehenden Narben beidseits gleich ausgeprägt seien, dürfe davon ausgegangen werden, dass - auch - am rechten Knie ein Streckdefizit von 5° vorbestanden habe. Ein solches Defizit sei funktionell unbedeutend, sodass es plausibel sei, dass der Kläger nach seinen Angaben bis vor den Unfall Fußball gespielt habe. Die Zunahme dieses Defizits nach dem Unfall beruhe ganz wesentlich auf der Verzögerung bei der operativen Behandlung. Es sei - in Übereinstimmung mit Dr. P. - nicht nachvollziehbar, warum die Innenmeniskus-Einklemmung, die spätestens am 25. Oktober 2010 festgestellt worden sei, erst nach etwa sechs Wochen operiert worden sei. Die unfallbedingte MdE hat Prof. Dr. C. auf 25 v.H. geschätzt. Hierzu hat er ausgeführt, wenn von einem vorbestehenden Streckdefizit von 5° ausgegangen werde, habe der Unfall das weitere Defizit, also weitere 20° Einbuße, verursacht. Das Beugedefizit sei ärztlicherseits mit 5°, 10° und 25° gemessen worden. Die Erfahrungswerte sähen für eine Versteifung eines Kniegelenks und für ein Streckdefizit von 30° mit einer Einschränkung der Beugung auf 90° jeweils eine MdE von 30 v.H. vor. Im Vergleich dazu sei der Kläger besser gestellt.

Nachdem der Kläger den Feststellungen und Schlussfolgerungen dieses Gutachtens entgegengetreten ist, hat Prof. Dr. C. am 26. März 2014 ergänzend Stellung genommen. Es treffe nicht zu, dass bereits auf der kernspintomografischen Aufnahme vom 25. Oktober 2010 Anhaltspunkte für eine Aneurysmabildung der Vena poplitea gefunden worden seien. Die anderslautende Behauptung Dr. Hei.s entspreche nicht dessen eigener Befundung der Bilder. Auch Dr. S. vom H.-B.-Klinikum habe als Gefäßchirurg einen Unfallzusammenhang zu dem Aneurysma verneint.

Sodann hat das SG auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers ein weiteres Gutachten bei Prof. Dr. S. eingeholt. Dieser Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 19. September 2014 dargelegt, die Beweglichkeit des rechten Knies betrage 0/25/120° (links 0/5/150°). Das Streckdefizit beruhe allein auf inneren Strukturen, während sich die Narbenzüge auf der Haut auch bei maximaler Streckung nicht anzögen. Im Bereich des Aneurysmas bestehe ein Druckschmerz, von hier gingen nach den Angaben des Klägers die Kribbelparästhesien in den Unterschenkel aus. Die Beinverkürzung betrage 2 cm und führe zu einer entsprechenden Seitverbiegung der Lendenwirbelsäule. Diese sei verspannt und druckempfindlich. Die Bewegungen seien endgradig schmerzhaft (Schober'sches Zeichen 10:14 cm, Finger-Boden-Abstand 16 cm). Zweifelsfrei unfallbedingt sei das - gesamte - Streckdefizit von 25°. Im Vergleich zu den Erfahrungswerten, die Prof. Dr. C. zutreffend genannt habe, folge hieraus eine MdE von 25 v.H. Jedoch sei zusätzlich der Befund an der Wirbelsäule und am Becken zu berücksichtigen.

Es bestehe eine deutliche Blockierung des linken Kreuzdarmbeingelenks, dies erkläre die Schmerzen im Sitzen und vor allem beim Traktorfahren. Diese Beeinträchtigung sei nach den bildgebenden Befunden nicht degenerativ bedingt. Die Irritationen hier beruhten vielmehr auf der funktionellen Beinverkürzung. Nachdem die Erfahrungswerte für einen Zustand nach Beckenringfraktur mit schmerzauslösender Arthrose eine MdE von 20 v.H. vorsähen, sei hier eine MdE von 10 v.H. für den Kreuzdarmbeinbefund und die Rumpffehlstatik angemessen. Zusammengefasst sei eine MdE von 30 v.H. zu begründen. Zu dem Aneurysma hat Prof. Dr. S. ausgeführt (S. 14 f. GA), dieses sei nicht unfallbedingt, nachdem keine Weichteilverletzungen aufgetreten seien.

Die Beklagte ist diesem Gutachten entgegengetreten und hat unter anderem darauf hingewiesen, dass Dr. P. keine Beschwerden an der Wirbelsäule habe feststellen können, insbesondere keine Blockierung des Kreuzdarmbeingelenks, der Kläger Beschwerden in diesem Bereich erstmals bei Dr. Hei. im Juli 2012 beschrieben habe, sie von ihm als unfallunabhängig eingestuft worden seien und Dr. V. in seinem Gutachten drei Viertel der Wirbelsäulenprobleme nicht dem Unfall zugeordnet habe.

Mit Urteil auf Grund mündlicher Verhandlung vom 24. März 2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen des Klägers rechtfertigten keine MdE von 30 v.H. Dr. P., Prof. Dr. C. und auch Prof. Dr. S. hätten in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten und Dr. V. das unfallbedingte Streckdefizit mit einer MdE von 25 v.H. bewertet. Eine Erhöhung auf Grund der Beeinträchtigungen durch das Aneurysma sei nicht möglich, denn zum einen könne der Auffassung Dr. Hei.s, das Aneurysma sei unfallbedingt, nicht gefolgt werden, zum anderen verursache dieses keine weiteren Funktionsbeeinträchtigungen, die eine MdE-Erhöhung bedingen könnten. Auch aufgrund der Wirbelsäulenbeeinträchtigungen lasse sich keine höhere Gesamt-MdE begründen. Dr. Hei. und Prof. Dr. C. hätten die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule nicht auf den Unfall zurückgeführt. Auch Dr. V. schätze diese Beschwerden zum weit überwiegenden Teil aus unfallunabhängig ein. Der Auffassung von Prof. Dr. S., aufgrund des Beckenschiefstandes und der Haltungsfehler sei unfallbedingt eine MdE von 10 v.H. anzunehmen, könne nicht gefolgt werden. Der Kläger habe die Beinverkürzung bislang nicht ausgeglichen. Es sei zwar davon auszugehen, dass ein solcher Ausgleich durch eine Absatzerhöhung oder einen entsprechenden Schuh dringend notwendig sei, um haltungsbedingten Schäden der Wirbelsäule vorzubeugen. Jedoch sei bisher insoweit kein Dauerschaden zu erkennen. Prof. Dr. S. habe lediglich einen Beckenschiefstand mit Ilio-Sakral-Gelenks-Blockierung und ein Lumbalsyndrom beschrieben. Es sei auch äußerst unwahrscheinlich, dass die relativ kurze Dauer der Fehlhaltung bereits zu starken Veränderungen der Wirbelsäule geführt habe, da solche Fehlhaltungen im Normalfall Jahre benötigten, um Schäden zu verursachen. Erst in Zukunft seien solche - dann unfallbedingten - weiteren Beeinträchtigungen zu erwarten.

Gegen dieses Urteil, das seinem Prozessbevollmächtigten am 10. April 2015 zugestellt worden ist, hat der Kläger am Montag, dem 11. Mai 2015, Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, außer Prof. Dr. S. hätten auch andere Gutachter die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule ganz oder zumindest zum Teil auf den Unfall zurückgeführt. Er meint, nach den Feststellungen der Gutachter, insbesondere Prof. Dr. S.s, müsse die MdE aus Einzelwerten von 25 v.H. für das Streckdefizit und 10 v.H. für die Wirbelsäulenbeschwerden gebildet werden und daher zumindest 35 v.H. betragen, jedenfalls aber 30 v.H.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 24. März 2015 und den Bescheid vom 6. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. April 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 30 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Sie hat zunächst - lediglich - vorgetragen, dass die Beschwerden an der Wirbelsäule und im Beckenbereich - so wie das Gefäßaneurysma am Knie - nicht auf den Unfall zurückzuführen seien und daher eine MdE für das Streckdefizit am Kniegelenk, die höchstens 25 v.H. betrage, nicht erhöhen könnten.

Der Senat hat am 5. November 2015 eine vergleichsweise Erledigung des Rechtsstreits unter anderem unter Gewährung einer Zeitrente nach einer MdE um 30 v.H. bei gleichzeitiger Behandlung und Hilfsmittelversorgung des Klägers zum Ausgleich der Beinverkürzung und Verringerung der Lendenwirbelsäulenbeschwerden vorgeschlagen. Ein Vergleich ist jedoch nicht zu Stande gekommen.

Mit Schriftsatz vom 17. Dezember 2015 hat die Beklagte unter Beifügung einer aktuellen beratungsärztlichen Stellungnahme von Dr. Tä. vorgetragen, nicht nur das Aneurysma und die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule seien nicht auf den Unfall zurückzuführen, vielmehr sei auch ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und dem damaligen Korbhenkeldefekt des Innenmeniskus nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bestätigen. Als geeigneter Hergang komme nur ein so genannter "Drehsturz" in Betracht, der hier nicht vorliege. Ferner trete eine Meniskusläsion grundsätzlich nur als Begleitverletzung einer "mehrzeitigen Meniskusverletzung", ausgehend von einer Ka.elbandruptur am Kniegelenk auf, die hier nicht gegeben sei. Letztlich liege mit dem früheren Fußballspielen ein wesentlicher konkurrierender Einflussfaktor vor.

Auf Antrag des Klägers hat der Wahlgutachter Prof. Dr. S. auf die beratungsärztliche Stellungnahme Dr. Tä.s erwidert. Er hat mitgeteilt, es entspreche entgegen dessen Ansicht nicht der geltenden Lehrmeinung, dass ein Korbhenkelriss stets und nur das Endstadium eines mehrzeitigen Meniskusschadens sein könne, vielmehr sei die Art des Traumas entscheidend. Werde das Kniegelenk von einer gewaltsamen Rotation getroffen, führe dies zu einer Weichteilüberdehnung, der das rigide Meniskusgewebe nicht folgen könne. Es sei auch daran festzuhalten, dass die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule auf den Unfall zurückzuführen seien, denn die funktionelle Beinverkürzung um 2 cm führe zu einem Beckenschiefstand, zu einer unphysiologischen Belastung der Kreuzdarmbeingelenke und letztlich zu einer Wirbelsäulenfehlstatik.

Die Beklagte hat ferner mitgeteilt, sie habe den Kläger zwischenzeitlich mit den notwendigen Hilfsmitteln zum Ausgleich der Beinverkürzung versorgt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte (3 Bände) sowie auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nach [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere war sie nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulassungsbedürftig, weil der Kläger eine laufende Sozialleistung für mehr als ein Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Auch im Übrigen ist die Berufung zulässig ([§ 151 Abs. 1 i. V. m. § 64 Abs. 3 SGG](#)). Sie ist am Montag, dem 11. Mai 2015, und damit in der Monatsfrist ab Zustellung der angegriffenen Entscheidung in vollständiger Form (10. April 2015), erhoben worden.

Die Berufung ist aber unbegründet. Zu Recht hat das SG die Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)) des Klägers als zulässig, aber unbegründet abgewiesen.

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen der Klage liegen vor. Über den geltend gemachten Rentenanspruch hat die Beklagte in dem angegriffenen Bescheid - ausdrücklich - entschieden, und dieser Anspruch war auch Gegenstand des Vorverfahrens ([§ 78 Abs. 1 SGG](#)). Der Kläger macht mit seiner Klage keine Ansprüche auf Anerkennung bestimmter Unfallfolgen geltend. Auch dies ist zulässig. Ein Versicherter ist nicht gezwungen, neben einer Leistungsklage auf Gewährung einer Rente auch eine Feststellungsklage ([§ 55 Abs. 1 Halbsatz 1 Nr. 3 SGG](#)) oder eine Verpflichtungsklage auf behördliche Feststellung bestimmter Unfallfolgen zu erheben. Diese Umstände können auch inzident im Rahmen einer Klage auf Rentengewährung festgestellt werden. Im Übrigen ist bereits hier darauf hinzuweisen, dass die Beklagte nicht über die Anerkennung oder Ablehnung bestimmter Unfallfolgen entschieden hat. In dem Ablehnungsbescheid vom 6. Februar 2012 finden sich überhaupt keine Angaben über Gesundheitsschäden des Klägers. Und in dem Widerspruchsbescheid vom 25. April 2012 hat die Beklagte zwar einen Innenmeniskusschaden und die daraus folgenden Funktionseinbußen erwähnt, dies allerdings in dem Abschnitt "Gründe" und nicht im Verfügungssatz, und außerdem lediglich im Rahmen der Wiedergabe der medizinischen Feststellungen von Dr. P., nicht als rechtlich bindende Entscheidung, welche ohnehin von der Ausgangsbehörde zu treffen gewesen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R](#) -, juris, Rz. 14).

Der geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente besteht nicht.

Anspruch auf Verletztenrente haben Versicherte nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist. Gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Weiter regelt [§ 56 Abs. 3 SGB VII](#), dass bei Verlust der Erwerbsfähigkeit Vollrente und bei einer MdE Teilrente geleistet wird, die in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt wird, der dem Grad der MdE entspricht. Von diesen Vorschriften bestehen jedoch - seit dem 1. Januar 2008 und damit auch schon für den hier streitigen Versicherungsfall ([§ 221 Abs. 2 SGB VII](#)) - abweichende Regelungen für die landwirtschaftliche Unfallversicherung: Gemäß [§ 80a Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#), eingefügt durch das Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSVMG) vom 18. Dezember 2007 ([BGBl. I S. 2984](#)) haben Versicherte im Sinne des [§ 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a](#) und b SGB VII abweichend von [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) Anspruch auf eine Rente nur, wenn ihre Erwerbsfähigkeit um wenigstens 30 v.H. gemindert ist.

Der Kläger handelte, als er den Arbeitsunfall vom 18. Oktober 2010 erlitt, als Unternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens und war deshalb - nur - gemäß [§ 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a SGB VII](#) versichert. Andere Versicherungstatbestände sind weder vorgetragen noch ersichtlich.

Die Folgen dieses Unfalls erreichen jedoch nicht die erforderliche MdE von 30 v.H.

Hierbei lässt der Senat zunächst offen, ob auch die Verletzung des Innenmeniskus ursächlich - also im Sinne der dafür ausreichenden hinreichende Wahrscheinlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 38 mit 31 ff.) auf den Unfall zurückzuführen ist. Dieser Punkt war zwischen den Beteiligten bislang unstrittig; erst Dr. T. hat den Ursachenzusammenhang in seinen beratungsärztlichen Stellungnahmen aus dem Dezember 2015 und April 2016 in Zweifel gezogen. Rechtlich ist die Frage der unfallbedingten Gesundheitsschäden allerdings noch offen, weil die Beklagte - wie bereits ausgeführt - in den angegriffenen Bescheiden nicht über einzelne Unfallfolgen entschieden hat. Andererseits kann der Senat diese Frage offen lassen, da der Kläger nicht die Anerkennung einzelner Unfallfolgen begehrt, und selbst bei Unterstellung eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Innenmeniskusschaden keine MdE von 30 v.H. erreicht wird.

Da der Senat die Verursachungsfrage insgesamt offen lässt, muss er auch nicht entscheiden, ob und ggfs. mit welchen Anteilen die verbliebenen Funktionsdefizite des Klägers nicht unmittelbar auf den Unfall am 18. Oktober 2010, sondern - auch - mittelbar auf die Verzögerungen bis zu der letztlichen Operation am 30. November 2010 zurückzuführen sind. Mehrere Gutachter, dar-unter Dr. P. ("um 6 Wochen verzögerte Arthroskopie", S. 33 GA) und Prof. Dr. C. (S. 19 GA), hatten diese Verzögerung als nicht nachvollziehbar bezeichnet. An sich sind zwar nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) als mittelbare Unfallfolgen auch solche Gesundheitsschäden versichert, die - erst - bei der Durchführung einer Heilbehandlung zur Behebung der unmittelbaren Unfallfolgen entstehen. Darüber hinaus kann ein mittelbarer Ursachenzusammenhang angenommen werden, wenn sich eine notwendige Heilbehandlung verzögert; in diesem Falle bleibt der Unfall selbst die wesentliche Ursache, während das spätere Unterlassen des Unfallversicherungsträgers dahinter zurücktritt. Etwas Anderes könnte jedoch gelten, wenn die Verzögerung auf einem Verhalten des Versicherten beruht, etwa darauf, dass dieser zunächst eine (an sich duldungspflichtige) Operation ablehnt oder verschiebt. In solchen Fällen ist möglicherweise die Handlung des Versicherten die wesentliche Ursache jener Schäden, die durch die Verzögerung entstehen, es sei denn, diese Handlung des Versicherten beruht ihrerseits auf Umständen aus dem Verantwortungsbereich des Unfallversicherungsträgers. Diese Fragen sind in diesem Verfahren möglicherweise relevant, weil sich die Operation des Klägers nach der Indikation für diese Operation am 25. Oktober 2010 dadurch verzögert hat, dass der Kläger zunächst seinen landwirtschaftlichen Betrieb fortgeführte, dies unter anderem deshalb, weil die notwendige Betriebshilfe erst Wochen nach dem Unfall gestellt wurde.

Sofern die Verletzung des Innenmeniskus - im Einzelnen ein Korbhenkelriss mit nachfolgender Funktionsstörung - mit Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen ist, bedingt dies nach Überzeugung des Senats eine MdE von höchstens 25 v.H.

Die Sachverständigen haben als bleibende Funktionseinbuße des Schlages mit dem Kantholz in die rechte Kniekehle des Klägers ein merkliches Streckdefizit festgestellt und nachvollziehbar erklärt. Allerdings hat das Ausmaß dieses Defizits im Laufe der Zeit geschwankt und die verschiedenen Sachverständigen haben auch unterschiedliche Ausprägungen festgestellt. So bestand nach der zweiten Operation am 1. März 2011 zunächst nur eine geringere Streckhemmung, die Prof. Dr. C. später - retrospektiv - mit 10° beschrieben hat. Nach der damaligen Rehabilitation hatte Dr. P. in seinem Bericht vom 28. April 2011 ein verbliebenes Streckdefizit von 15 bis 20° angegeben. Bei der Untersuchung durch Prof. Dr. Ste. am 28. Juli 2011 waren dagegen beide Kniegelenke zumindest im Liegen vollständig durchzudrücken, sodass sogar der Verdacht einer Simulation im Raum stand (vgl. den Bericht über die "Sondersprechstunde" am 2. November 2011 bei Dr. Ho.). Die weiter eingeholten Gutachten haben sodann folgende Beweglichkeitsmaße ergeben: Dr. Hei. rechts 150/20-40/0° und links 160/0/0°, Dr. V. 130/40/0° rechts und 140/10/0° links (S. 6 GA, die Angabe 140/40/0° links im Messblatt muss ein Fehler sein), Prof. Dr. C. 135/25/0° rechts (S. 13 GA) und 145/0/0° links (S. 6 GA) sowie Prof. Dr. S. 120/25/0° rechts und 150/5/0° links. Insofern hatte Dr. Hei. zumindest bei einer von mehreren Messungen das geringste Streckdefizit (20° gesamt) gemessen. Werden diese Werte betrachtet und der zeitliche Verlauf berücksichtigt, so ist davon auszugehen, dass die - zuletzt - von Prof. Dr. C. und Prof. Dr. S. gemessenen Werte, also konkret 25° Streckhemmung, der Endzustand sind. Dabei geht der Senat nicht von einer Simulation oder erheblichen Aggravation aus. Zwar sind die höheren Streckdefizite, die der Kläger zwischenzeitlich dargeboten hatte, nicht nachvollziehbar. Auch Prof. Dr. C. hatte bei seinen Messungen Werte bis zu 60° bei den aktiven Funktionsprüfungen festgestellt, aber nachvollziehbar dargelegt, dass in unbeobachteten Momenten, insbesondere beim Gehen, ein Defizit vorhanden war, das er mit 25° beschrieben hat. Nachdem Prof. Dr. S. diesen Wert ebenfalls ermittelt hat, kann davon ausgegangen werden, dass er tatsächlich vorliegt. Gegen das Fehlen jeglichen Streckdefizits, wie von Prof. Dr. Ste. bei von ihm Ende Juli 2011 angenommener seitengleicher und kräftig ausgeprägter Muskulatur gemutmaßt, spricht die jedenfalls später aufgetretene Muskelverschmächtigung des Oberschenkels rechts. Die Umfangmaße von Prof. Dr. S. betragen Mitte September 2014 etwa 20 cm oberhalb des inneren Kniegelenkspaltes 51 cm rechts und 53 cm links. Diese Verschmächtigung deutet auf einen dauerhaften Mindergebrauch dieses Beins hin, der nicht erklärbar wäre, wenn beide Beine in gleichem Maße gestreckt werden könnten.

Allerdings geht der Senat weiter in Übereinstimmung mit Prof. Dr. C. und auch Prof. Dr. S. davon aus, dass ein leichtes Streckdefizit vorbestehend war. Dies beruht vor allem darauf, dass nach den Messungen beider Sachverständiger eine Streckhemmung um 5° auch am linken Knie vorhanden ist, die nicht durch den jetzigen Unfall erklärt werden kann. Prof. Dr. C. hat in diesem Zusammenhang weiter darauf hingewiesen, dass die vorbestehenden Narben im Bereich beider Kniekehlen nahezu gleich ausgeprägt sind. Vor diesem Hintergrund ist der Senat überzeugt, dass auch die Streckhemmungen, die auf die Verbrühungen im Kindesalter zurückzuführen sind, gleich ausgeprägt waren. Dass der Kläger vor dem Unfall Fußball gespielt hat, worauf die Beklagte hinweist, ändert an dieser Einschätzung nichts, der Ursachenzusammenhang ist jedenfalls nicht hinreichend wahrscheinlich. Prof. Dr. C. hat zutreffend darauf hingewiesen, dass eine Streckhemmung um 5° funktionell nahezu unbedeutend ist und jedenfalls Fußballspielen nicht hindert. Mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit kann daher nur die Zunahme des Streckdefizits im rechten Knie um 20° auf den Unfall zurückgeführt werden. Dies hat im Ergebnis auch Prof. Dr. C. so gesehen und lediglich diese 20° als unfallbedingt eingestuft.

Ferner besteht bei dem Kläger auf Grund des Unfalls eine relative funktionelle Beinverkürzung, deren Ausmaß zwischen 0,5 cm (Dr. Hei.) und 2 cm (Prof. Dr. S.) angegeben wird. Hierbei handelt es sich nicht um eine gesondert zu bewertende Funktionseinbuße, sondern um eine Folge des Streckdefizits.

Eine rechtlich relevante Einschränkung der Beugefähigkeit des rechten Knies auf unter 120° oder gar unter 90° hat keiner der Sachverständigen gemessen.

Die MdE, die hieraus zu ermitteln ist, richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) - [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#)), den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (vgl. im Einzelnen BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#), [SozR 4-2700 § 56 Nr. 1](#), Urteil des Senats vom 21. Mai 2015 - [L 6 U 3246/14](#) -, Rz. 40, juris)

Diese Erfahrungssätze (vgl. nur Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, S. 654 f.) sehen MdE-Werte von 20 bei einer Restbeweglichkeit von 90/10/0° und von 30 bei einer solchen von 90/30/0° vor. Das unfallbedingte Streckdefizit des Klägers von 20° liegt genau zwischen diesen Werten. Dies heißt aber nicht, dass ohne Weiteres der mittlere Wert einer MdE von 25 v.H. einschlägig ist. Die Beugefähigkeit des Klägers ist - deutlich - besser als 90°. Ein Streckdefizit hat zwar im Alltag durchaus gravierendere Auswirkungen als eine Einschränkung der Beugefähigkeit, weil es den muskelentspannten Stand auf einem Bein verhindert und zu einem hinkenden Gangbild führt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 653). Aber maßgeblich für die MdE-Bewertung ist die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Hier nun stellen stehende Tätigkeiten nicht den überwiegenden Anteil an Arbeitsplätzen dar, ebenso häufig können sitzende Tätigkeiten oder Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung ausgeübt werden. Das Sitzen aber wird nicht durch ein Streckdefizit eingeschränkt, sondern nur durch ein - auch von den Erfahrungswerten angenommenes - Beugedefizit auf weniger als 90°.

Eine isolierte Erhöhung der MdE wegen der mit dem Streckdefizit verbundenen funktionellen Beinverkürzung ist nicht möglich, denn dafür wäre eine "übermäßige Beinverkürzung durch Knochenverlust an Oberschenkelkondylen und/oder Schienbeinkopf" notwendig; übermäßig sind hiernach 4 cm und mehr (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 655, erste und dritte Sternnote).

Es bleibt daher festzuhalten, dass die Bewegungseinschränkungen des Klägers im rechten Knie allenfalls unter Einbeziehung weiterer Einbußen, etwa doch wegen der Beinverkürzung oder wegen der persistierenden (allerdings belastungsabhängigen) Schmerzen, zu einer MdE von 25 v.H. führen.

Das Aneurysma bzw. die sackartige Verdickung am Knie führt auch der Senat nicht auf den Unfall zurück. Insbesondere Prof. Dr. C. Erwägung ist für den Senat nachvollziehbar, dass nach dem Unfall keine äußeren (oder auch inneren) Weichteilverletzungen festgestellt werden konnten und auch die erste Kernspintomographie vom 25. Oktober 2010 keine Hinweise auf ein Aneurysma oder dgl. erbracht hat. Eine Gefäßveränderung - zunächst noch im Sinne einer Verdachtsdiagnose - wurde erstmals am 14. Februar 2011 im H.-B.-Klinikum diagnostiziert, nachdem eine Ultraschalluntersuchung bei Dr. B. am 26. Januar 2011 unklar geblieben war. Es ermangelt daher bereits an der zeitnahen - nachgewiesenen - Entstehung, die überhaupt erst ein Indiz für einen Ursachenzusammenhang mit dem Unfall darstellen würde. Auch weitere Anzeichen, die für einen solchen Zusammenhang sprechen könnten, fehlen. Bereits Dr. S. vom H.-B.-Kli-ni-kum hatte dargelegt, dass das Gefäßaneurysma klein sei und vermutlich von einer Vene ausgehe, während keine arterielle Durchblutungsstörung vorliege; der Venenbefund sei ohne Krankheitswert und nicht Ursache der weiterhin geklagten Beschwerden. Im Übrigen, darauf hat das SG zutreffend hingewiesen, verursacht diese Veränderung auch keine (zusätzlichen) Funktionsbeeinträchtigungen und könnte daher, selbst wenn sie Unfallfolge wäre, die MdE nicht erhöhen.

Letztlich erhöht sich die unfallbedingte MdE bei dem Kläger auch nicht wegen Beeinträchtigungen im Bereich des Beckens und der Lendenwirbelsäule.

Eine eigenständige Unfallverletzung liegt weder an der Wirbelsäule noch am Becken vor (z.B. kein Becken(ring)bruch, vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 575 f.). Es geht vielmehr um (mittelbare) Folgen der Knieverletzung, vermittelt durch eine Gangstörung und den Beckenschiefstand. Und vor allem ist eine Verschlimmerung vorbestehender Schäden fraglich, denn es gab schon die Aufbaustörung der Lendenwirbelsäule mit Steilstellung und einen Bandscheibenvorfall am Segment L5/S1. Hinzu kommen möglicherweise Folgen des nicht näher dokumentierten Unfalls aus dem März 2006 mit einer Prellung der Lendenwirbelsäule. Vor diesem Hintergrund vorbestehender Schäden hatte bereits Dr. Hei. von "in letzter Zeit verstärkt auftretenden Beschwerden" der Lendenwirbelsäule gesprochen und beim Ilio-Sakral-Gelenk eine "Affektion" angenommen. Er hat aber noch keinen Unfallzusammenhang gesehen, sondern einen solchen erst bei einer weiteren Verschlechterung "in den nächsten Jahren und Jahrzehnten" angenommen, wobei sich die Jahre auf die Lendenwirbelsäule und die Jahrzehnte eher auf die Kniegelenksarthrose bezogen haben. Dagegen hatte Dr. V. in seinem Gutachten drei Monate nach Dr. Hei. bereits ein Viertel der Wirbelsäulenbeschwerden als unfallabhängig eingeordnet und insoweit eine Teil-MdE von 5 v.H. angenommen. Prof. Dr. C. hatte die Wirbelsäulenproblematik gesehen, aber sich nicht zur Frage einer unfallbedingten Verschlimmerung geäußert, auch nicht in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. März 2014. Daraus entnimmt der Senat, dass er diese Beschwerden nicht auf den Unfall, auch nicht mittelbar als Folge der funktionellen Beinverkürzung, zurückgeführt hat. Prof. Dr. S. letztlich hat anscheinend eine weitere Verschlechterung gesehen, nämlich eine Blockade des (linken) Ilio-Sakral-Gelenks und nicht nur Druck-, sondern auch Bewegungsschmerzen. Entsprechend hat er den Verschlimmerungsteil an der Lendenwirbelsäule nunmehr mit einer MdE von 10 v.H. bewertet.

Der Senat hält es nach diesen Feststellungen der Sachverständigen nicht für hinreichend wahrscheinlich, dass die funktionelle Beinverkürzung des Klägers bereits jetzt zu bleibenden Beeinträchtigungen an der Lendenwirbelsäule und an den dortigen Gelenken geführt hat. Wann immer eine posttraumatische Veränderung einen vorbestehenden Schaden progredient vergrößert, wie es bei dem Kläger wahrscheinlich der Fall ist, lässt sich kaum feststellen, ab welchem Zeitpunkt der Unfall den wesentlichen Ursachenteil ausmacht. Der Senat geht jedenfalls in Übereinstimmung mit dem SG davon aus, dass dieser Zeitpunkt (noch) nicht erreicht ist und dass die Beeinträchtigungen an der Lendenwirbelsäule jetzt, nachdem die Beklagte den Kläger mit den notwendigen Hilfsmitteln zur Verhinderung weiterer Fehlhaltung versorgt hat, nicht mehr fortschreiten werden. Jedenfalls konnte sich der Senat nicht von Prof. Dr. S.s Ausführungen überzeugen, dass die Wirbelsäulenbeeinträchtigungen bereits jetzt eine MdE um 10 v.H. bedingen. Prof. Dr. S. hat die vorbestehenden Schädigungen, die nicht nur in den - von ihm verneinten - degenerativen Veränderungen am Ilio-Sakral-Gelenk bestanden haben, außer Acht gelassen. Dass solche bestanden, hatten aber die anderen Gutachten jeweils festgestellt, auch z.B. Dr. V., der dann entsprechend nur einen Teil der nunmehrigen Beschwerden (geschätzt auf ein Viertel) auf den Unfall zurückführte. Selbst wenn also erste Anteile der Beeinträchtigungen in diesem Bereich unfallbedingt sein sollten, so erreichen sie in ihrer Bewertung noch kein Gewicht, das zu einer Erhöhung der MdE für die Schäden am rechten Knie zwänge. Dies gilt umso mehr, als - wie ausgeführt - die MdE von 25 v.H. allein durch das Streckdefizit am Knie nicht ausgefüllt wird, sondern ihrerseits schon nur unter zusätzlicher Einbeziehung weiterer Beeinträchtigungen gerechtfertigt werden kann.

Weitere Unfallfolgen sind nicht ersichtlich, sodass auch aus anderen Gründen eine Erhöhung der MdE für das Streckdefizit am rechten Knie ausscheidet.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-06