

## L 6 U 207/17

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 U 1158/14  
Datum  
13.12.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 6 U 207/17  
Datum  
04.05.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Die erstinstanzliche Ablehnung eines Befangenheitsgesuchs unterliegt der Beurteilung durch das Berufungsgericht.  
2. Unter Beachtung des Grundrechts auf Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes ist der von den Beteiligten zu zahlende Vorschuss für ein Wahlgutachten nach den zu erwartenden Kosten zu beziffern.  
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13. Dezember 2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt wegen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 die Verpflichtung der Beklagten zur Bewilligung von Leistungen der Heilbehandlung über den 10. Mai 2013 hinaus und deren Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente.

Die 1989 geborene Klägerin übt eine berufliche Tätigkeit als Mechatronikerin in Vollzeit aus. Daneben war sie für Handball-Sport-Management A. e. V. als Handballspielerin (Torfrau) tätig und wurde von dieser bei der ersten Frauenmannschaft des SV A. 1907 e. V., bei dem das Spielrecht lag, in der Zweiten Handball-Bundesliga eingesetzt. Bei dem nicht streitgegenständlichen Ereignis vom 18. September 2011 war es beim Sprung einer gegnerischen Spielerin in den Torraum zum Körperkontakt mit dem rechten Knie der Klägerin gekommen, als diese aus dem Tor herauslief. Hierdurch waren eine Kontusion und eine Distorsion des rechten Kniegelenkes eingetreten. Priv.-Doz. Dr. Z., Radiologe, kam nach der Magnetresonanztomographie dieses Körperteils am 21. September 2011 zu dem Ergebnis, dass eine Tendinitis mit umschriebener Flüssigkeitskollektion lateralseits am Tractus tendo musculus popliteus, eine leichte Reizung der Sehne des Musculus biceps femoris, kein knöcherner Ausriss und noch ein Restzustand nach einer Überdehnung des Außenbandes vorgelegen habe.

Während des streitgegenständlichen Trainings am 21. März 2013 sprang die Klägerin beim Aufwärmen vor einem Spiel hoch, um den Ball zu fangen. Beim Aufkommen auf den Hallenboden, ohne dass sie gestürzt war, verspürte sie einen Schmerz im rechten Knie. Das Vorstandsmitglied der Handball-Sport-Management A. e. V. L. zeigte der Beklagten den Unfall im September 2013 an. Am 2. Oktober 2013 erklärte die Klägerin gegenüber der Beklagten, dass sich am 21. März 2013 das Kniegelenk nach außen weggedreht habe. Sie habe das Handballspielen sofort eingestellt und auch nach einer Pause nicht wieder aufgenommen. Sie habe in der Folgewoche wieder trainiert, aber ab 27. März 2013 erneut Schmerzen bekommen. Sie habe das Knie nicht mehr strecken können und sich deswegen erstmals am 30. September 2013 bei Dr. P., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, dem Mannschaftsarzt des SV A. 1907 e. V., in Behandlung begeben. Bereits 2011 habe sie am rechten Knie eine Dehnung des Innenbandes erlitten.

Dr. P. nahm in seinem H-Arzt-Bericht vom 25. September 2013, der sich auf eine ambulante Untersuchung der Klägerin am 3. September 2013 bezog, auf ein Unfallereignis vom "29.03.2013" Bezug. In der Sporthalle des SV A. 1907 e. V. sei es zu einer Wiedererkrankung gekommen. Erstmalige Kniebeschwerden seien im Trainingslager beim Handballspiel am 29. März 2013 bei zunehmenden Schmerzen im rechten Knie mit Behandlung in der Notfallpraxis K. aufgetreten. Zunächst sei diese über die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt. Diagnostiziert worden seien ein peripatelläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M22.4) und eine Läsion des Innenmeniskushinterhorns (ICD-10 M23.32).

Der Beklagten lag des Weiteren der Befundbericht von Dr. K., Radiologin, nach einer Magnetresonanztomographie des rechten Kniegelenkes vom 17. September 2013 vor, wonach sich ein großer Teilriss des Innenmeniskus im Bereich des Hinterhorns im rechten Knie gezeigt habe. Weiter seien eine degenerative Veränderung des Außenmeniskusvorderhorns mit einer Grad 1-Läsion und ein Reizerguss erkannt worden.

Dr. Sp., Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, ging in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 11. Oktober 2013 davon aus, dass das Magnetresonanztomogramm (MRT) vom 17. September 2013 keine frischen Knieinnenverletzungen zeige. Das zugrundeliegende Ereignis habe lediglich zu einer Zerrung des Kniegelenkes geführt.

Mit Bescheid vom 22. September 2013 berücksichtigte die Beklagte unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit bis 10. Mai 2013. Ein Anspruch auf Rente wegen des Versicherungsfalles vom 29. März 2013 bestehe jedoch nicht. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei ebenfalls nicht eingetreten. Als Folgen des Versicherungsfalles wurde eine ohne wesentliche Folgen ausgeheilte Zerrung des rechten Kniegelenkes anerkannt. Nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen seien verschleißbedingte Veränderungen am Innen- und Außenmeniskus mit Rissbildung am rechten Kniegelenk und eine Knieverletzung rechts vom 18. September 2011. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch, woraufhin die Beklagte weitere medizinische Befundunterlagen beizog.

Dr. P., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, diagnostizierte nach einer ambulanten Untersuchung der Klägerin am 27. November 2013 den Verdacht auf einen Riss des vorderen Kreuzbandes rechts (ICD-10 S83.53). Diese mögliche Ruptur habe höchstwahrscheinlich ihre Ursache im März 2013, als das rechte Knie der Klägerin verletzt worden sei. Bei der Sonographie dieses Körperteils habe sich ein geringer intraartikulärer Erguss gezeigt. Es hätten hingegen weder eine Schwellung noch eine Rötung oder ein sonstiger Erguss vorgelegen. Ein vorderes Schubladenzeichen sei erkannt worden. Die Seitenbänder hätten sich stabil gezeigt. Die Extension und Flexion hätten bis 0-0-160° vorgenommen werden können.

Dr. R. diagnostizierte nach der ambulanten Operation der Klägerin am 4. Oktober 2013, bei der eine Teilresektion des Innenmeniskus im rechten Knie erfolgte, eine Ruptur des Innenmeniskus und eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes im rechten Kniegelenk. Dr. V., Sektionsleiter der Kniegelenkchirurgie des Krankenhauses S., berichtete über ambulante Behandlungen der Klägerin am 13. und 16. Dezember 2013, wonach er eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes und eine Restläsion des Innenmeniskus rechts diagnostiziert habe, welche einer Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes und einer Resektion des Innenmeniskus bedürften. Dr. B., Pathologe, berichtete nach seiner morphologischen Begutachtung am 7. Oktober 2013, es hätten eine chronische Meniskopathie im rechten Innenmeniskus mit einem nicht mehr frischen, teils traumatisch bedingten Meniskusschaden ohne nennenswerte Regeneration sowie geringgradige sekundäre degenerative Veränderungen vorgelegen. Ein Hinweis für eine primäre Kollagendegeneration habe sich nicht gefunden. Im vorliegenden Material habe sich kein Anhalt für eine Malignität gezeigt. Diagnostiziert habe er eine Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet (ICD-10 M23.9-).

Nach dem Operationsbericht vom 21. Januar 2014 und dem Entlassungsbericht über den anschließenden dreitägigen stationären Aufenthalt diagnostizierte Dr. V. eine vordere Kreuzbandruptur rechts in Form eines isolierten Risses des posterolateralen Bündels (ICD-10 M23.51), den Zustand nach einer auswärtigen Teilresektion des Innenmeniskus rechts im Oktober 2013, eine Restläsion des Innenmeniskushinterhorns rechts (ICD-10 M23.32) und eine Synovitis im rechten Kniegelenk (ICD-10 M02.96). Nach einem Distorsionstrauma beim Handball am "23.03.2013" und persistierenden Schmerzen nach einer auswärtigen Teilresektion des Innenmeniskus rechts im Oktober 2013 sowie einer subjektiven und objektivierbaren Instabilität sei über eine Ersatzplastik im rechten vorderen Kreuzband gesprochen worden. Interkondylär habe dieses als insuffizient imponiert. Selbst in strecknaher Position habe es sich nicht angespannt. Am femoralen Ansatz hätten sich deutliche Vernarbungen gezeigt, welche mit dem Shaver reseziert worden seien. Nun sei das vordere Kreuzband proximal als rupturiert erkannt worden. Es hätten sich eindeutige Vernarbungen im Bereich des posterolateralen Bündels gezeigt, welche durchaus mit dem Unfall vom "23.03.2013" in Einklang zu bringen seien. Das hintere Kreuzband sei intakt gewesen.

Nach der kernspintomographischen Untersuchung des rechten Knies am 5. Dezember 2013 kam Dr. St., Arzt für Diagnostischen Radiologie, zu dem Ergebnis, es habe keine Ruptur des Kreuzbandes vorgelegen. Telefonisch ergänzend hat er am 10. Dezember 2013 ausgeführt, dass bei der klinischen Untersuchung gelockerte vordere Kreuzband sei im MRT durchgängig und straff zur Darstellung gekommen.

Der Oberarzt K., Abteilung Radiologie des Katholischen Klinikums M., ging in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 17. Februar 2014 davon aus, das bildgebende Material von September 2013, also sechs Monate nach dem Unfallereignis, zeige im medialen Gastrocnemiuskopf ein geringes Muskelhämatom. Dieses sei jüngerer Genese und könne nicht dem Unfall von Ende März 2013 zugeordnet werden. Nach dieser Zeit wäre es lange resorbiert gewesen. Die Kreuz- und Kollateralbänder seien intakt sowie die degenerativen Veränderungen des Innenmeniskus im Wesentlichen unverändert gewesen. Das bildgebende Material von Anfang Dezember 2013 liefere keinen neuen Aspekt. Auch insoweit seien keine Traumafolgen abgrenzbar. Das Hinterhorn des Innenmeniskus sei jetzt stärker verplumpt, eine Progression der degenerativen Veränderungen sei nachweisbar.

Der Beklagte zog von der Techniker Krankenkasse, wo die Klägerin gegen Krankheit gesetzlich versichert war, das Vorerkrankungs- und Leistungsverzeichnis von Februar 2014 und des Folgemonats bei. Dr. Sp. ging in seiner ergänzenden beratungsärztlichen Stellungnahme von März 2014 davon aus, dass die nunmehr vorliegenden Unterlagen keinen neuen Gesichtspunkt erbrächten.

Mit Bescheid vom 24. März 2014 änderte die Beklagte den Bescheid vom 22. Oktober 2013 dahingehend ab, dass als Unfalldatum statt dem 29. der 21. März 2013 angenommen wurde. Der aufrechterhaltene Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 27. März 2014 zurückgewiesen.

Hiergegen hat die Klägerin am 5. April 2014 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) mit dem sinngemäßen Begehren erhoben, die Beklagte zu verpflichten, ihr wegen des Ereignisses vom 21. März 2013 Leistungen der Heilbehandlung über den 10. Mai 2013 hinaus zu bewilligen und diese zu verurteilen, ihr Verletztenrente zu gewähren.

Das SG hat Dr. B., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, durch das Schreiben vom 16. September 2014 mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt. Nach der ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung der Klägerin am 18. November 2014 hat dieser in seinem Gutachten vom 11. Dezember 2014, in dem er sich in der Kopfzeile als "H-Arzt" bezeichnet hat, ausgeführt, bei ihr seien keine Gesundheitsstörungen festgestellt worden, die im Sinne der Entstehung oder Verschlimmerung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 21. März 2013 zurückzuführen seien. Es bestünde allenfalls die Möglichkeit des Kausalzusammenhanges der Läsion des Kreuzbandes im rechten Kniegelenk mit dem behaupteten Unfallereignis. Letzte Zweifel seien wegen des Zeitfensters von sechs Monaten, in dem keine medizinischen Befunde erhoben worden seien, nicht auszuräumen. Bei anzunehmender folgenlos abgeheilter

Zerrung des rechten Kniegelenkes habe zu keinem Zeitpunkt eine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bestanden. Behandlungsbedürftigkeit wegen der Unfallfolgen habe längstens bis 10. Mai 2013 vorgelegen. Zerrungen ohne einen strukturellen Schaden heilten nach orthopädisch-traumatologischer Erfahrung regelhaft in einem Zeitraum von längstens sechs Wochen folgenlos aus.

Es sei zwar mit durchaus nicht unerheblicher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es bei dem Ereignis vom 21. März 2013 nicht nur zu einer Aktivierung der Symptomatik der vorbestehenden, unfallunabhängigen degenerativen Innenmeniskusläsion gekommen sei, sondern die Klägerin sich hierbei wohl auch eine partielle Läsion des vorderen Kreuzbandes zugezogen habe. Die hinreichende Wahrscheinlichkeit könne jedoch nicht ohne verbleibende Zweifel bejaht werden. Es sei kein unfallunabhängiger spontaner Schmerz beim Absprung, sondern die Schmerzen seien erst im Zuge der Landung auf den Boden aufgetreten. Daher bestehe die Möglichkeit beziehungsweise durchaus eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass hierbei nicht nur der unfallunabhängige degenerative Innenmeniskusschaden symptomatisch geworden sei und Beschwerden verursacht habe. Es dürfte davon auszugehen sein, dass sich die Klägerin hierbei eine partielle Läsion des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Zerrung oder partiellen Kontinuitätsunterbrechung zugezogen habe. Dies ergebe sich aus den ihm vorgelegten MRT, welche jedoch mit einer zeitlichen Latenz von fast sechs Monaten angefertigt worden seien. Entgegen der Beurteilung von Dr. K. zeigten sich am vorderen Kreuzband bei erhaltener Kontinuität diskrete Auffälligkeiten am femoralen Ursprung. Diese könnten mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einer stattgehabten Zerrung oder diskreten Partialläsion am femoralen Ursprung des vorderen Kreuzbandes zugeordnet werden. Für die angedeutete Signalanhebung im Caput mediale des Musculus gastrocnemius im Sinne einer mutmaßlichen frischeren kleineren Muskelläsion lasse sich jedoch kein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. März 2013 herstellen. Letztlich könne unter Berücksichtigung der erst sechs Monate nach dem Ereignis erfolgten kernspintomographischen Untersuchung sowie fehlender zeitnah erhobener und dokumentierter ärztlicher Befunde die hinreichende Wahrscheinlichkeit des kausalen Zusammenhanges der später festgestellten Veränderungen am vorderen Kreuzband nicht ohne verbleibende Zweifel angenommen werden.

Offenbar sei die erstmalige ärztliche Konsultation wegen der Folgen des Unfallereignisses erst am 3. September 2013 erfolgt. Dies ergebe sich aus dem H-Arztbericht von Dr. P. vom 25. September 2013 und aus den Angaben der Klägerin in dem von ihr ausgefüllten Fragebogen der Beklagten, wonach sie sich erstmals am 30. September 2013 bei diesem vorgestellt habe. Die histopathologische Untersuchung der im Rahmen des Eingriffes vom 4. Oktober 2013 in der Chirurgischen Fachklinik des W. Medicum in R. resezierten Anteile des Innenmeniskus habe nach dem Bericht des Pathologen Dr. B. vom 7. Oktober 2013 eine chronische Meniskopathie mit nicht mehr frischen, teils traumatisch bedingten Veränderungen ohne nennenswerte Regeneration und geringgradige sekundäre degenerative Veränderungen ergeben. Hieraus könne auf eine Degeneration des Innenmeniskus geschlossen werden, wobei die teils unfallbedingten, aber nicht frischen Schäden unter dem Aspekt einer zeitlichen Latenz von über einem halben Jahr nicht mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit dem Ereignis vom 21. März 2013 kausal zuzuordnen seien. Bekanntlich sinke der Wert der histologischen Untersuchung hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Kausalitätsbewertung mit zunehmendem Zeitabstand zwischen Unfall und Operation. In den MRT von September und Dezember 2013 seien jeweils diskrete Veränderungen am vorderen Kreuzband zu sehen. Diese zeigten diskrete Hinweise auf eine stattgehabte partielle Läsion des vorderen Kreuzbandes, auch wenn die Veränderungen am Innenmeniskus mit größter Wahrscheinlichkeit als degenerativ bedingt zu bewerten seien.

Die Klägerin habe bei der Anamnese ausgeführt, bei einem zwei Tage nach dem Trainingsunfall stattfindenden Spiel habe sie nur etwa zwanzig Minuten mitmachen können. In der darauffolgenden Woche habe sie an einem Lehrgang für Trainerinnen teilgenommen. Dabei seien andere Bewegungen und Belastungen erfolgt als im Rahmen ihres Einsatzes als Torfrau, insbesondere verstärktes Lauftraining. Schon am ersten Abend habe sie gemerkt, dass ihr rechtes Knie nicht mehr richtig funktioniert habe. Ungeachtet fehlender Angaben zu anderen schädigenden Ereignissen, welche zu einer Läsion des vorderen Kreuzbandes hätten führen können, lasse die Tatsache, dass die Klägerin trotz einer potentiellen Läsion des vorderen Kreuzbandes sechs Monate lang habe Handball spielen können und erst anschließend ärztliche Hilfe in Anspruch genommen habe, Zweifel aufkommen, ob die Veränderungen überhaupt ursächlich im Ereignis vom 21. März 2013 begründet seien. Hinsichtlich der Frage, ob bei ihr ein Vorschaden im engeren Sinne oder eine Schadensanlage vorgelegen habe, sei Ersterer zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 18. September 2011 auszuschließen und anhand der Befunde nach den erstellten MRT von einer degenerativen Schadensanlage im Innenmeniskus auszugehen. Demgegenüber habe zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 21. März 2013 ein Vorschaden vorgelegen. Trotz fehlenden Nachweises einer Ruptur des Innenmeniskus rechts hätten bereits 2011 Beschwerden nach einer Zerrung des rechten Kniegelenkes bestanden. Eine degenerative Schadensanlage am Innenmeniskus habe damals durch die MRT gesichert werden können. Würde dies bereits als manifester Vorschaden gewertet, komme dem Ereignis vom 21. März 2013 gleichwohl nicht etwa die Bedeutung einer dauerhaften oder richtungsgebenden Verschlimmerung des Meniskusschadens zu. Die Veränderungen des Innenmeniskus seien nicht als Folge des vorangegangenen Ereignisses vom 18. September 2011 zu interpretieren. Auch wenn der histologische Befund des entnommenen Materials nach dem Eingriff vom 4. Oktober 2013 teils ältere traumatische Veränderungen ergeben habe, stünden doch die degenerativen Veränderungen des Innenmeniskus im Vordergrund. Die im Oktober 2013 und Januar 2014 operativ behandelten Veränderungen am Innenmeniskus seien wesentlich der degenerativen Schadensanlage zuzuordnen. Degenerative Veränderungen der Meniski seien relativ häufig anzutreffen und blieben statistisch gesehen in hohem Prozentsatz asymptotisch. Sie könnten häufig nur im MRT nachgewiesen werden. Auch wenn in einer solchen Konstellation Beschwerden oder Symptome erst nach einem äußeren Ereignis aufträten, sei meist die Schadensanlage die rechtlich wesentliche Ursache, während diesem meist nur die Bedeutung eines Anlassgeschehens beizumessen sei. Dies sei vorliegend insbesondere deshalb anzunehmen, weil eine beim Ereignis vom 21. März 2013 potentiell erlittene traumatische Läsion des Innenmeniskus mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dazu geführt hätte, dass entsprechende Veränderungen in vorgelagerten Strukturen, also dem medialen Kapselbandapparat, aufgetreten wären und eine zeitnahe Niederlegung der Tätigkeit als Handballspielerin erforderlich gemacht hätten.

Die Klägerin, welcher das Gutachten Ende Januar 2015 übermittelt worden ist, hat am 9. März 2015 vorgetragen, sie halte die Expertise für unzulänglich. Eine Stellungnahme hierzu erfolge gesondert. Am 2. Juni 2015 hat sie Dr. B. wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt. Dessen Tätigkeit als H-Arzt sei ihr erst mit Erhalt des Gutachtens bekannt geworden.

Von der Klägerin ist zwischenzeitlich die Stellungnahme von Dr. P., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 22. April 2015 vorgelegt worden, wonach "im H-Arztbericht vor Gutachten vom 21.03.2013" der Zustand nach einer Distorsion des rechten Kniegelenkes mit Partialläsion des vorderen Kreuzbandes aktenkundig sei, weshalb er nicht nachvollziehen könne, warum eine damals nicht operativ adressierte Kreuzbandläsion bei nach wie vor bestehender chronischer Instabilität des Kniegelenkes nicht als Folgeschaden des Unfallereignisses anerkannt werde.

Das gegen den Sachverständigen Dr. B. gerichtete Befangenheitsgesuch der Klägerin hat das SG mit Beschluss vom 22. Oktober 2015 abgelehnt. Dieses sei verspätet und auch inhaltlich nicht begründet. Unerheblich sei, dass er als H-Arzt für die Beklagte tätig sei. Dies verdeutliche gerade seine besondere Fachkompetenz. Im Übrigen sei dem Gericht bekannt, dass der Anteil der Einkünfte aus der Tätigkeit als H- oder D-Arzt am Praxisaufkommen eine in der Regel untergeordnete Rolle spiele. Konkrete Gründe, warum Dr. B. befangen gewesen sein soll, seien von der Klägerin überdies nicht vorgetragen worden.

Das SG hat von Dr. P. eine schriftliche sachverständige Zeugenaussage eingeholt. Dieser hat im Februar 2016 ausgeführt, die Klägerin habe sich von Februar 2009 bis Ende September 2013 bei ihm in Behandlung befunden. In diesem Zeitraum habe sie sich am 2. April 2013 mit Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes nach vorausgegangener Vorstellung in der Notfallpraxis K. nach intensiver sportlicher Betätigung im Trainingslager mit rechtsseitigen Kniebeschwerden vorgestellt. Die klinische Untersuchung habe einen anamnestic im Verlauf geringer werdenden peripatellären lateralbetonten Druckschmerz gezeigt. Die Extension und Flexion seien mit 0-5-150° bei stabilem Kapselbandapparat und intakter peripherer Sensomotorik gemessen worden. Die Meniskuszeichen seien negativ gewesen. Nach den Diagnosen einer Überlastungssymptomatik mit Gonalgie und einer Bursitis infrapatellaris rechts sei eine Kniegelenksbandage verordnet worden. Am 24. Juni 2013 habe sich die Klägerin unter Angabe von seit drei Wochen bestehenden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes beim Joggen auf einer Teerunterlage erneut vorgestellt. Klinisch habe sich ein Druckschmerz im Bereich der lateralen Patella gezeigt. Die Extension und Flexion seien bis 0-0-150° möglich, der Kapselbandapparat stabil und die Meniskuszeichen unauffällig gewesen. Am 3. September 2013 habe die Klägerin, wie bereits 2011 und im Frühjahr 2013, erneut Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes nach neuerlicher Belastung durch das Handballspielen angeführt. Dokumentiert sei eine erneute Schmerzsymptomatik in der lateralen Patellafacette. Es habe bei ansonsten freier Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes kein Erguss bestanden. Eine dokumentierte Verschlechterung sei bei der Konsultation Ende Juni 2013 festzustellen gewesen. Im Vergleich zu der Untersuchung Anfang April 2013 seien die Beschwerden von der Klägerin als geringer eingestuft worden. Bei der klinischen Untersuchung Ende Juni 2013 habe sich wiederum ein peripatellärer lateraler Schmerz bei unauffälligen Meniskuszeichen gezeigt. Die Symptomatik sei, entgegen der später nach den MRT festgestellten Innenmeniskusläsion, insgesamt eher peripatellär lateral und nicht im Bereich des medialen Gelenksanteiles gesehen worden.

Dr. B. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Mai 2016 ausgeführt, auch in Kenntnis der weiteren ärztlichen Dokumente halte er an seiner bisherigen gutachtlichen Einschätzung fest, wonach ungeachtet nicht letztlich auszuräumender Zweifel die hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass bei dem Ereignis vom 21. März 2013 eine partielle Läsion des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk hervorgerufen worden sei, nicht als erfüllt betrachtet werden könne. Dr. P. habe zwar eine Konsultation der Klägerin am 2. April 2013 und damit zwölf Tage nach dem Ereignis angeführt. Er habe jedoch kein Unfallereignis hierzu angegeben. Dies erkläre retrospektiv auch, warum er damals keinen H-Arztbericht erstellt habe. Diagnostisch sei er damals von einer Überlastungssymptomatik mit Gonalgie und einer Bursitis infrapatellaris, also einer Entzündung des Schleimbeutels, ausgegangen und habe lediglich eine Bandage verordnet. Auf einen ausgeprägten pathologischen Befund lasse dies nicht schließen. Dr. P. habe des Weiteren über eine Behandlung der Klägerin Mitte Juli 2013 berichtet, worüber er einen H-Arztbericht erstellt habe. Er habe zur damaligen Zeit offenbar noch als betreuender Sportmediziner der Handballspielerinnen des SV A. 1907 e. V. fungiert. Insoweit sei ihm der Versichererstatus der Klägerin bei der Beklagten sicher bekannt gewesen. Wegen der damals behaupteten Verletzung am 10. Juli 2013 habe er einen H-Arztbericht erstellt. Daher wäre es wiederum umso ungewöhnlicher, wenn er bei der Konsultation am 2. April 2013 keinen solchen erstattet hätte, wenn damals tatsächlich seitens der Klägerin ein Unfallereignis vom 21. März 2013 anamnestic beschrieben worden wäre. Nach Abschaffung des H-Arztverfahrens Ende 2015 habe seine entsprechende Zulassung geendet. Eine solche als Durchgangsarzt habe er nie beantragt. Zu keinem Zeitpunkt seiner Tätigkeit als H-Arzt hätten seine Einkünfte aus den berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlungen mehr als 5 % des Praxisumsatzes betragen.

Die Klägerin hat eine weitere Stellungnahme von Dr. P. vom 20. Juni 2016 vorgelegt, wonach Dr. P. wegen des Ereignisses vom 21. März 2013 zwar keinen H-Arztbericht erstellt und auch kein Unfallereignis dokumentiert habe. Dies sei erst Mitte Juli 2013 geschehen. Was in der Zwischenzeit mit dem rechten Knie passiert sei, könne nicht festgestellt werden. Dies bedeute aber nicht, dass es sich wegen einer verspäteten Nachmeldung des Unfalls um kein Unfallereignis gehandelt habe. Wegen der Zeitnähe der Untersuchung und des Befundes sei davon auszugehen, dass der Meniskusschaden ursächlich durch das Unfallereignis bedingt sei.

Nach vorheriger Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 13. Dezember 2016 abgewiesen. Als Folge des Ereignisses vom 21. März 2013 sei bei der Klägerin lediglich eine Distorsion des rechten Kniegelenkes nachgewiesen, die nach ärztlichen Erkenntnissen innerhalb von sechs Wochen ausheile. Daher sei über den 10. Mai 2013 hinaus zu Recht keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit angenommen worden. Nach den erhobenen Befunden sei auch keine rentenberechtigende MdE erreicht.

Gegen die ihren Bevollmächtigten am 19. Dezember 2016 zugestellte Entscheidung hat die Klägerin am 18. Januar 2017 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) eingelegt und am 17. März 2017 ein Prozesskostenhilfegesuch gestellt sowie im Wesentlichen vorgetragen, Dr. B. stehe der Beklagten als H-Arzt nahe und sei daher befangen. Die Ablehnung des Befangenheitsgesuches durch das SG sei rechtswidrig, was wegen der Unanfechtbarkeit der Entscheidung im Berufungsverfahren zu überprüfen sei. Eine Fristversäumnis habe nicht vorgelegen, weil schon keine Frist gesetzt worden sei. Das Gutachten von Dr. B. sei ohnehin unzulänglich. Jedenfalls nach der von ihr veranlassten Expertise von Dr. M. sei der Ursachenzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 21. März 2013 und der Verletzung des vorderen Kreuzbandes links hinreichend wahrscheinlich. Im Falle einer ablehnenden Entscheidung durch das LSG sei die Revision zuzulassen, da höchstrichterlich geklärt werden müsse, ob ein Gutachter, der wie Dr. B. in einem Näheverhältnis zur Beklagten stehe, wegen Besorgnis der Befangenheit abzulehnen sei. Wie die Entscheidung über das Prozesskostenhilfegesuch zeige, habe sich der Senat bereits eine feste Meinung gebildet, so dass eine Teilnahme an der mündlichen Verhandlung nicht hilfreich erscheine.

Mit Schreiben vom 20. Februar 2017 hat der Berichterstatter der Klägerin mitgeteilt, dass weitere Ermittlungen von Amts wegen nicht beabsichtigt sind. Sofern von dem Antragsrecht nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Gebrauch gemacht werde, sei bis Mitte März 2017 unter anderem ein Kostenvorschuss in Höhe von 2.500 EUR zu zahlen. Sie hat dieses Recht nicht ausgeübt, sondern stattdessen ein Privatgutachten von Dr. M., Fachärztin für Orthopädie, vorgelegt.

Nach ihrer ambulanten und röntgenologischen Untersuchung am 30. März 2017 hat diese ausgeführt, die Klägerin habe sich am 21. März 2013 im Training eine Distorsion des rechten Kniegelenkes zugezogen. Diese sei so schmerzhaft gewesen, dass sie in der Folge nicht mehr am Training teilnehmen könne. Den nach dem Unfallereignis geplanten Lehrgang habe sie nur unter Schmerzen absolvieren können. Der Umstand, dass sich die Klägerin bei persistierenden Beschwerden sogar am Wochenende danach in der Notfallpraxis habe behandeln

lassen und nicht bis zur Folgeweche gewartet habe, um ihren Mannschaftsarzt zu konsultieren, spreche für eine schwerwiegendere Verletzung. Die Tatsache, dass die Beschwerden über lange Zeit hinweg bestanden hätten, also länger als es für eine Zerrung üblich und zu erwarten sei, spreche ebenfalls für ein stattgehabtes Kniebinnentrauma. Dass eine erst ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis auf Drängen der Klägerin durchgeführte Magnetresonanztomographie des rechten Knies keine frischen Verletzungszeichen wie etwa ein Bone bruise des Kreuzbandansatzes mehr zeige, überrasche nicht. Sehr wohl sei darauf jedoch eine große Innenmeniskusläsion mit Reizerguss zu erkennen. Unter Berücksichtigung des Berichtes über die Operation in der Chirurgischen Fachklinik des W. Medicums in R. am 4. Oktober 2013 sei eine Verletzung des vorderen Kreuzbandes im Rahmen eines Verdrehtraumas wahrscheinlich. Durch die fehlende Unfall- und Behandlungsdokumentation nach dem Ereignis lasse sich zwar kein Befundverlauf nachweisen. Ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Verletzung des vorderen Kreuzbandes sei gleichwohl wahrscheinlich, wenn auch nicht nachgewiesen. Die Innenmeniskusläsion habe bereits 2011 in geringerem Maße als degenerative Veränderung vorgelegen, so dass insoweit von einer Gelegenheitsursache ausgegangen werden müsse und die im MRT beschriebene Rissbildung nicht als Unfallfolge gewertet werden könne.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 13. Dezember 2016 aufzuheben und den Bescheid vom 22. September 2013 in der Fassung des Bescheides vom 24. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. März 2014 teilweise aufzuheben sowie die Beklagte zu verpflichten, ihr wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 über den 10. Mai 2013 hinaus Leistungen der Heilbehandlung zu bewilligen und Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 vom Hundert, hilfsweise als Stützrente, zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, die Unfallfolgen seien spätestens Anfang Mai 2013 ausgeheilt gewesen und hätten danach weder eine Heilbehandlung erfordert noch eine MdE in rentenberechtigendem Grad bedingt.

Das Prozesskostenhilfegesuch ist mit Beschluss vom 20. April 2017 abgelehnt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und die Verwaltungsakte der Beklagten (2 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte in Abwesenheit der Klägerin - und ihrer Bevollmächtigten - aufgrund der mündlichen Verhandlung am 4. Mai 2017 über ihre Berufung entscheiden, da ordnungsgemäß zum Termin geladen worden war ([§ 110 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Mit der Terminsmitteilung wurde sie darüber unterrichtet, dass im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung der Klägerin ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143, § 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Gerichtsbescheid des SG vom 13. Dezember 2016, mit dem die im Wege der objektiven Klagehäufung ([§ 56 SGG](#)) als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) und kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)) erhobene Klage, mit welcher die Klägerin unter teilweiser Aufhebung des Bescheides vom 22. September 2013 in der Fassung des Bescheides vom 24. März 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. März 2014 wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 die Verpflichtung der Beklagten zu Bewilligung von Leistungen der Heilbehandlung über den 10. Mai 2013 hinaus und deren Verurteilung zur Gewährung einer Verletztenrente verfolgt hat, abgewiesen worden ist. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in den Tatsacheninstanzen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rz. 34 f.), vorliegend am 4. Mai 2017.

Die Klägerin hat wegen des streitgegenständlichen Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 über den 10. Mai 2013 hinaus keinen Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung. Die angefochtene Verwaltungsentscheidung ist daher insoweit rechtmäßig und verletzt sie nicht in ihren Rechten ([§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)).

Nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen. Gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII](#) hat die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und zu den Leistungen zur Teilhabe zu erbringen. Zum Umfang der Heilbehandlung zählt unter anderem nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 2, § 28 SGB VII](#) die ärztliche Behandlung.

Leistungen zur Heilbehandlung müssen infolge des Eintritts des Versicherungsfalles ([§§ 7 ff. SGB VII](#)) erforderlich werden. Dies ergibt sich schon aus der Überschrift des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, in dem [§ 27 SGB VII](#) enthalten ist. Voraussetzung ist somit, dass die versicherte Einwirkung einen Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat, weswegen eine Heilbehandlung erforderlich wurde.

Die Zurechnung setzt somit erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin 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 Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiere ("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 seiner 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 Gesundheitserstschaden (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, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, 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 sowie etwa auch zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zu den Bedarfen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte 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 konkret festgestellten 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](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). 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 für jede einzelne Gesundheitsstörung erfüllt sein. Eine solche ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht worden ist, 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 eintreten (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismwürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 29/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, juris, Rz. 17).

Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen. Er muss auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) 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). Darüber hinaus muss eine Heilbehandlung erforderlich sein.

Nach diesen Voraussetzungen und Maßstäben ist wegen der Folgen des letztlich mit Änderungsbescheid vom 24. März 2014 bindend ([§ 77 SGG](#)) anerkannten Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 über den 10. Mai 2013 hinaus keine Heilbehandlung mehr erforderlich gewesen.

Die Klägerin hat eine nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) versicherte Tätigkeit als Beschäftigte des Handball-Sport-Management A. e. V. ausgeübt, als sie am 21. März 2013 am Mannschaftstraining des SV A. 1907 e. V. teilnahm und hierbei hochsprang, um als Torfrau den Ball zu fangen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 23. April 2015 - [B 2 U 5/14 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 33, Rz. 13 ff.).

Dieser Arbeitsunfall hat indes nur zu einer Distorsion des rechten Kniegelenkes geführt, welche spätestens am 10. Mai 2013 ausgeheilt war. Sonstige Gesundheitsstörungen sind nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen.

Es steht nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, also im Vollbeweis, fest, dass hierbei, als die Klägerin auf dem Hallenboden aufkam, aber nicht stürzte, und das rechte Knie ausschließlich nach außen weggedreht wurde, ohne dass eine gekoppelte Subluxation (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 649 f.; Niethard/Pfeil, Orthopädie, 3. Aufl. 1997, S. 306

f.; Wirth/Mutschler/Kohn/Pohlemann, Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Aufl. 2014, S. 59) nachgewiesen worden ist, eine Einwirkung auf das vordere Kreuzband im rechten Kniegelenk als Teil der Knieinnenstruktur erfolgte.

Selbst wenn dies unterstellt würde, ist ein Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Einwirkung am Unfalltag und der vorderen Kreuzbandruptur rechts in Form eines isolierten Risses des posterolateralen Bündels (ICD-10-GM-2017 S83.53), wie sie Dr. V. nach den klinischen Untersuchungen im Dezember 2013 und nach der Operation am 21. Januar 2014, wenn auch unter Verwendung des Schlüssels "M23.51", welcher für die chronische Instabilität des Kniegelenkes im Bereich des vorderen Kreuzbandes steht, diagnostiziert hat, nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben. Diese gesicherte Diagnose ist ihm erst möglich gewesen, als er die deutlichen Vernarbungen am femoralen Ansatz reseziert hatte. Ausweislich seines Operationsberichtes war erst danach das vordere Kreuzband proximal als rupturiert zu erkennen. Demzufolge äußerte Dr. P. nachvollziehbar bei seiner klinischen Untersuchung Ende November 2013 lediglich den Verdacht auf diesen Gesundheitsschaden. Dr. R. konnte Anfang Oktober 2013 nur eine Insuffizienz erkennen. Anhand der von Dr. K. Mitte September 2013 veranlassten MRT, also nahezu sechs Monate nach dem streitgegenständlichen Unfallereignis, vermochte der Sachverständige Dr. B. insoweit jedenfalls lediglich eine starke Vermutung kund zu tun, indem er ausgeführt hat, es dürfte davon auszugehen sein, dass sich die Klägerin eine partielle Läsion des vorderen Kreuzbandes im Sinne einer Zerrung oder partiellen Kontinuitätsunterbrechung zuzog. Entgegen der Stellungnahme von Dr. P. von April 2015 existiert kein H-Arzt-Bericht vom Unfalltag, aus dem sich die gesicherte Diagnose einer Partialläsion des vorderen Kreuzbandes ergibt. Die Klägerin hat Dr. P. danach erstmals am 2. April 2013 kontaktiert, ein H-Arzt-Bericht ist von ihm sogar erst nach einer Untersuchung am 11. Juli 2013 und wegen eines anderen Vorfalles erstellt worden.

Die Ausführungen von Dr. B. sind verwertbar, da das Befangenheitsgesuch vom SG im Beschluss vom 22. Oktober 2015 zutreffend als verspätet angesehen worden und damit unzulässig ist. Diese Entscheidung unterliegt der Beurteilung des Berufungsgerichts, da sie zwar gemäß [§ 172 Abs. 2 SGG](#) nicht anfechtbar, aber nicht unanfechtbar im Sinne von [§ 202 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 512 ZPO](#) ist (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 172 Rz. 10; Lüdtkje/Berchtold, Kommentar zum SGG, 5. Aufl. 2017, § 172 Rz. 11). Gemäß [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) findet im sozialgerichtlichen Verfahren für die Beweisaufnahme, wozu die Einholung von Sachverständigengutachten gehört ([§ 106 Abs. 3 Nr. 5 Alt. 2 SGG](#)), [§ 406 Abs. 1 Satz 1 ZPO](#) entsprechende Anwendung. Danach kann ein Sachverständiger aus denselben Gründen, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden. Vorliegend hat die Klägerin im erstinstanzlichen Verfahren Dr. B. wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt ([§ 60 Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 42 Abs. 1 Alt. 2 Abs. 2 ZPO](#)). Zulässigkeitsvoraussetzung für das Gesuch ist nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 406 Abs. 2 Satz 1 ZPO](#), dass es bei dem Gericht oder Richter, von dem der Sachverständige ernannt ist, vor seiner Vernehmung zu stellen ist, spätestens jedoch binnen zwei Wochen nach Verkündung oder Zustellung des Beschlusses über die Ernennung. Einer gesonderten Fristsetzung durch das Gericht bedarf es entgegen der Auffassung der Klägerin nicht. Zu einem späteren Zeitpunkt ist die Ablehnung nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 406 Abs. 2 Satz 2 ZPO](#) nur zulässig, wenn die Antragstellenden glaubhaft machen, dass sie ohne Verschulden verhindert waren, den Ablehnungsgrund früher geltend zu machen. Ergibt sich der Grund für die Ablehnung erst nach Ablauf der Zwei-Wochen-Frist, welche vorliegend mit Zugang des gerichtlichen Schreibens vom 16. September 2014 in Gang gesetzt wurde, ist der Ablehnungsantrag daraus folgend unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern ([§ 121 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB), nach Kenntniserlangung des Ablehnungsgrundes zu stellen (vgl. LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 2. November 2009 - [L 12 B 57/09 SO](#) -, juris, Rz. 28; OLG München, Beschluss vom 3. Juni 1964 - [8 W 784/64](#) -, [NJW 1964, S. 1576](#)), wobei die Antragstellenden eine den Umständen angemessene Zeit zur Prüfung, Überlegung und Entscheidung haben (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a. a. O., § 118 Rz. 12; vgl. auch [BT-Drucks 11/3621, S. 74](#)). Dem liegt das Bestreben um eine beschleunigte Durchführung gerichtlicher Verfahren zugrunde (LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, a. a. O.). Wird also ein Sachverständiger wegen Umständen seiner Person, die sich, wie vorliegend, erst aus der Kopfzeile seines schriftlichen Gutachtens ersehen lassen, welches außerhalb der Zwei-Wochen-Frist übersandt wird, abgelehnt, so muss das Befangenheitsgesuch, unter Beachtung der Prüfungs-, Überlegungs- und Entscheidungsfrist der Antragstellenden, unverzüglich nach dem Tag seines Zuganges gestellt werden. Als angemessener Zeitraum ist grundsätzlich eine Zeit von wenigen Tagen ausreichend, da für die Geltendmachung eines solchen Ablehnungsgrundes regelmäßig eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Inhalt des Gutachtens nicht erforderlich ist (vgl. LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, a. a. O.), was die vorgenommene Begründung des prozessualen Begehrens verdeutlicht hat. Die Klägerin hat das Befangenheitsgesuch beim SG am 2. Juni 2015 und damit erst vier Monate nach Übersendung der Expertise, welche Ende Januar dieses Jahres erfolgte, gestellt, nachdem sie am 9. März 2015 lediglich abstrakt auf die Unzulänglichkeit des Gutachtens hinwies. Hierdurch hat sie nicht mehr ohne schuldhaftes Zögern gehandelt, wobei ihr ein Verschulden ihres Bevollmächtigten zuzurechnen ist ([§ 202 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 85 Abs. 2 ZPO](#); vgl. Bayerischer VGH, Urteil vom 3. Februar 2000 - [1 B 98.1603](#) -, juris, Rz. 62 zur entsprechenden subsidiären Generalverweisung des [§ 173 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung - VwGO).

Gegen den Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Einwirkung am 21. März 2013 und der Verletzung des rechten vorderen Kreuzbandes spricht (vgl. hierzu und zum Folgenden: Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 648 ff.), dass die Klägerin zwar das Training am 21. März 2013 nicht mehr fortsetzte, hingegen bereits zwei Tage später wieder beim Spielbetrieb mitwirkte, wenn auch nur etwa zwanzig Minuten, wie sie gegenüber Dr. B. kundtat. Darüber hinaus nahm sie in der Folgeweche an einem Lehrgang für Trainerinnen teil, welcher zwar teilweise andere Bewegungsabläufe und Belastungen beinhaltet haben möge als der Einsatz als Torfrau. Indes musste auch hierbei ein verstärktes Lauftraining absolviert werden, was sie dem Sachverständigen ebenfalls mitteilte und bei einer Verletzung des vorderen Kreuzbandes, welches die Verrenkung des Kniegelenkes nach vorne verhindert (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 647) und damit der Stabilität dient, nicht zu erwarten ist. Nach dem Schmerz beim Aufkommen auf dem Hallenboden am 21. März 2013 traten erneute Kniebeschwerden zudem verzögert auf; nach den Angaben der Klägerin gegenüber der Beklagten von Anfang Oktober 2013 erstmalig am 27. März 2013 und nach dem Bericht des sachverständigen Zeugen Dr. P. vom 25. September 2013 sogar erst beim Handballspiel am 29. März 2013, weswegen eine Behandlung in der Notfallpraxis K. erfolgte. Dass sie schon am ersten Abend des Lehrganges bemerkt haben will, dass ihr rechtes Knie nicht mehr richtig funktioniert, ließe sich auch zwanglos mit einer am 21. März 2013 stattgehabten Distorsion des rechten Kniegelenkes in Einklang bringen, wie sie die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 2013 als Folge des Ereignisses an diesem Tag anerkannt hat. Dr. M. hat in ihrem für die Klägerin erstatteten Privatgutachten nachvollziehbar dargelegt, dass damit solche Schmerzen verbunden sein können, die eine Trainingsteilnahme nur erschwert möglich oder gar unmöglich machen.

Gegen die Kausalbeziehung ist weiter anzuführen, dass es über die Distorsion des rechten Kniegelenkes hinaus nur zu einem isolierten Riss des posterolateralen Bündels als Teil des vorderen Kreuzbandes und damit zu keiner traumatischen Begleitläsion gekommen ist. Die Veränderung des Außenmeniskusvorderhorns mit einer Grad 1-Läsion und einem Reizerguss sind von Dr. K. auf den MRT von Mitte September 2013 als degenerativ und nicht unfallbedingt erkannt worden. Die Restläsion des Innenmeniskushinterhorns rechts ist nach den

schlüssigen Ausführungen von Dr. B. nicht auf das Ereignis vom 21. März 2013 zurückzuführen. Trotz fehlenden Nachweises einer Ruptur des Innenmeniskus rechts hatten bereits 2011 Beschwerden nach einer Zerrung des rechten Kniegelenkes bestanden. Obwohl der histologische Befund des entnommenen Materials vom Innenmeniskus nach dem Eingriff vom 4. Oktober 2013 teils ältere traumatische Veränderungen ergeben hat, stand der degenerative Zustand im Vordergrund. Die im Oktober 2013 und Januar 2014 operativ behandelten Gesundheitsstörungen am Innenmeniskus sind damit wesentlich der degenerativen Schadensanlage zuzuordnen. Degenerative Veränderungen der Meniski sind nach der Darlegung von Dr. B. relativ häufig anzutreffen und bleiben statistisch gesehen mit einem hohen Prozentsatz asymptomatisch. Sie können letztlich häufig nur mittels eines MRT nachgewiesen werden. Auch die Beschwerden oder Symptome erst nach einem äußeren Ereignis auftreten, ist meist die Schadensanlage die rechtlich wesentliche Ursache, während diesem meist nur die Bedeutung eines Anlassgeschehens beizumessen ist. Dies ist vorliegend insbesondere deshalb anzunehmen, da eine beim Ereignis vom 21. März 2013 potentiell erlittene traumatische Läsion des Innenmeniskus mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dazu geführt hätte, dass entsprechende Veränderungen in vorgelagerten Strukturen, also dem medialen Kapselbandapparat, aufgetreten wären und eine zeitnahe Niederlegung der Tätigkeit als Handballspielerin erforderlich gemacht hätten, was nicht der Fall gewesen ist. Selbst wenn die degenerativen Veränderungen bereits als manifester Vorschaden gewertet würden, kommt dem Ereignis vom 21. März 2013 gleichwohl nicht etwa die Bedeutung einer dauerhaften oder richtungsgebenden Verschlimmerung des Meniskusschadens zu. Die histopathologische Untersuchung der im Rahmen des Eingriffes vom 4. Oktober 2013 in der Chirurgischen Fachklinik des W. Medicum in R. resezierten Anteile des Innenmeniskus durch den Pathologen Dr. B. hat vorliegend keinen Erkenntniswert. Dieser sinkt für die Kausalitätsbewertung mit zunehmendem Zeitabstand zwischen Unfall und Operation, worauf Dr. B. zutreffend hingewiesen hat. Einen Ursachenzusammenhang hat Dr. M. insoweit ebenfalls nicht gesehen, indem sie ausgeführt hat, dass die Innenmeniskusläsion bereits 2011 in geringerem Maße als degenerative Veränderung vorgelegen hat, so dass vorliegend von einer Gelegenheitsursache ausgegangen werden müsse und die in den MRT beschriebene Rissbildung nicht als Unfallfolge gewertet werden könne. Dr. P. hat diesen Umstand übersehen, als ihm der Hinweis auf die Zeitnähe der Untersuchung und des erhobenen Befundes in seiner Stellungnahme von Juni 2016 genügt hat, den Meniskusschaden als durch das Unfallereignis bedingt anzusehen. Die Synovitis im rechten Kniegelenk, welche Dr. V. diagnostiziert hat, indes wiederum durch "M02.96" (reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]) mit einem fehlerhaften Diagnoseschlüssel versehen worden ist, da die reaktive Arthritis eine andere degenerative, entzündliche Erkrankung ist, ist von keiner und keinem der im Verfahren kontaktierten Ärztinnen und Ärzte als Unfallfolge angesehen worden.

Unter Berücksichtigung der erst sechs Monate nach dem Ereignis erfolgten kernspintomographischen Untersuchung durch Dr. K. sowie fehlender zeitnah erhobener und dokumentierter hinreichender ärztlicher Befunde untermauert auch sonst nichts die hinreichende Wahrscheinlichkeit des kausalen Zusammenhanges. Anfang April 2013 stellte sich die Klägerin zwar bei Dr. P. mit Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes vor. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich aber lediglich ein peripatellär lateralbetonter Druckschmerz, anamnestisch im Verlauf geringer werdend. Die Extension und Flexion wurden mit 0-5-150° bei stabilem Kapselbandapparat und intakter peripherer Sensomotorik gemessen. Die Meniskuszeichen waren negativ. Ausgehend von den Diagnosen einer Überlastungssymptomatik mit Gonalgie und einer Bursitis infrapatellaris rechts wurde eine Kniegelenksbandage verordnet. Dies haben sowohl Dr. P. als auch Dr. M. verkannt. Soweit Letztere den Umstand, dass die Beschwerden über lange Zeit hinweg bestanden hätten, also länger als es für eine Zerrung üblich und zu erwarten sei, als Kriterium für ein stattgehabtes Kniebinnenrauma genannt hat, vernachlässigt sie, dass ein Zustand nach einer Läsion des Innenmeniskus rechts vorliegt, welchen sie selbst nicht auf das Unfallereignis vom 21. März 2013 zurückgeführt hat. Ein kausaler Zusammenhang zwischen diesem und der Verletzung des vorderen Kreuzbandes ist damit zwar nicht ausgeschlossen, aber keinesfalls hinreichend wahrscheinlich, wie dies Dr. B. aus medizinischer Sicht zutreffend hergeleitet hat. Die Nichterweislichkeit einer Tatsache, aus welcher die Klägerin ein Recht herleiten will, vorliegend, dass ob der Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 über den 10. Mai 2013 hinaus eine Heilbehandlung erforderlich gewesen ist, geht nach den Grundsätzen über die objektive Feststellungslast jedenfalls zu ihren Lasten (vgl. BSG, Urteil vom 8. Oktober 1964 - [1 RA 63/62](#) -, juris, Rz. 18).

Für die angedeutete Signalanhebung im Caput mediale des Musculus gastrocnemius im Sinne einer mutmaßlichen frischeren kleineren Muskelläsion, welche auf den durch Dr. K. veranlassten MRT erkannt wurde, lässt sich ebenfalls kein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 21. März 2013 herstellen, wie Dr. B. überzeugend dargelegt hat. Damit ist eine Heilbehandlung wegen der Folgen des Ereignisses vom 21. März 2013 nach dem 10. Mai 2013 nicht mehr erforderlich gewesen.

Die Klägerin hat wegen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 überdies keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente, auch nicht als Stützrente, da die Unfallfolgen über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall nicht mit einer MdE von wenigstens 10 v. H. zu bewerten sind. Daher ist die angefochtene Verwaltungsentscheidung auch insoweit rechtmäßig und verletzt sie nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls - hier eines Arbeitsunfalls in Form des Wegeunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente ([§ 56 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#)). Die Folgen eines Versicherungsfalles sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v. H. mindern ([§ 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII](#)). Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamtengesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren ([§ 56 Abs. 1 Satz 4 SGB VII](#)).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Entscheidend ist, in welchem Ausmaß Versicherte durch die Folgen des Versicherungsfalles in ihrer Fähigkeit gehindert sind, zuvor offenstehende Arbeitsmöglichkeiten zu ergreifen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., S. 123). Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 - [B 2 U 5/10 R](#) -, juris, Rz. 16 m. w. N.). Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE

in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, [BSGE 93, 63](#) (65)).

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der Arbeitsunfall bei der Klägerin eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden. Nach den aufgezeigten Maßstäben haben die Folgen des Arbeitsunfalls vom 21. März 2013 indes nach den vorstehenden Ausführungen über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus zu keiner MdE im messbaren Bereich geführt, nachdem die Distorsion des rechten Kniegelenkes bereits Anfang Mai 2013 ausgeheilt war und sonst keine Gesundheitsstörungen auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

Dadurch, dass die weitere Beweiserhebung im Rahmen von [§ 109 SGG](#) davon angängig gemacht worden ist, dass ein Kostenvorschuss in Höhe von 2.500 EUR gezahlt wird, ist die Klägerin nicht in ihrem Recht auf Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes verletzt worden ([Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz - GG). Diese Norm enthält zwar ein Grundrecht auf effektiven und möglichst lückenlosen gerichtlichen Schutz gegen Akte der öffentlichen Gewalt (vgl. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 12. November 1958 - [2 BvL 4/56](#) u. a. -, [BVerfGE 8, 274](#) (326) und Beschluss des Ersten Senats vom 2. Dezember 2014 - [1 BvR 3106/09](#) -, [BVerfGE 138, 33](#) (39 m. w. N.); stRspr). Die Klägerin ist durch die Festsetzung des Kostenvorschusses in der genannten Höhe indes nicht in unzumutbarer Weise von einer Antragstellung abgehalten worden. Denn hierbei spielen soziale Aspekte wie die Liquidität keine Rolle (vgl. Keller, a. a. O., § 109 Rz. 14a). Zudem darf der Kostenvorschuss nicht niedriger sein als die zu erwartenden Kosten, auch damit Antragstellende das Kostenrisiko kalkulieren können (Keller, a. a. O., Rz. 14b). Gutachten, welche sich, wie vorliegend, mit dem Kausalzusammenhang bei problematischen Verletzungsfolgen befassen und der Honorargruppe M3 zugeordnet werden ([§ 9 Abs. 1 Satz 1](#) Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz - JVEG i. V. m. der Anlage 1), werden mitunter in dieser Größenordnung vergütet, wie dem Senat aufgrund zahlreicher Verfahren des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung und des sozialen Entschädigungsrechts, wofür er zuständig ist, bekannt ist.

Nach alledem war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-31