

L 2 U 330/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 20 U 34/98

Datum

04.07.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 2 U 330/03

Datum

13.10.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 2 U 387/04 B

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 04.07.2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen. -

Tatbestand:

Der 1939 geborene Kläger wurde am 17.12.1996 von einem Auto gestreift.

Der Durchgangsarzt, der Chirurg Priv.Doz.Dr.H. , äußerte am gleichen Tag den Verdacht auf Fraktur des lateralen Tibia- plateaus links. Der Kläger hatte ihm gegenüber angegeben, er sei auf die Straße gegangen und von einem vorbeifahrenden Auto am Knie verletzt worden. Im Ergänzungsbericht ist erwähnt, der Kläger habe die Straße überqueren wollen und sei dabei von einem Auto am linken Knie touchiert worden. Weiter ist erwähnt, am linken Kniegelenk seien bereits mehrfache Meniskusoperationen vorgenommen worden. Ein Gelenkerguss liege nicht vor, das Knie sei nicht punktiert worden. Am linken Knie bestehe eine Präarthrose und Valgusgonarthrose. Am 17.12.1996 und 16.01.1997 gab der Kläger an, beim Betreten der Straße sei er auf der linken Seite von einem Auto erfasst, touchiert, worden. Am 11.06.1997 erklärte der Kläger, nach dem Unfall hätten ihn Passanten in das H. Krankenhaus gebracht, da der Unfall vor dem Eingang der Notaufnahme geschehen sei.

Ein MRT vom 19.12.1996 zeigte eine fortgeschrittene Arthrose des lateralen Kniekompartiments nach Meniskusentfernung mit höhergradigem Knorpelschaden, Ödem im lateralen Tibiaplateau und knöchernen Appositionen, keine Fraktur des lateralen Tibiaplateaus, Teileinriss des hinteren Kreuzbandes, durchgängiges vorderes Kreuzband und keinen Gelenkerguss. Dr.H. führte im Bericht vom 15.01.1997 aus, es habe ein Anpralltrauma bei fortgeschrittener Arthrose und Zustand nach Meniskusentfernung vorgelegen. Jetzt seien Beugung und Streckung passiv nur unter großen Schmerzen durchführbar. Aufgrund des erheblichen Vorschadens habe die Verletzung zu einer entscheidenden Verschlechterung des Bewegungsvermögens geführt. Inwieweit Vorschaden und frisches Trauma abgrenzbar seien, könne nicht mit Sicherheit beurteilt werden.

Im Gutachten vom 21.02.1997 führte der Orthopäde Dr.K. aus, der Kläger habe angegeben, ein von links kommendes Auto habe ihn am linken Bein erfasst und zur Seite und auf den Boden geschleudert. Das Kniegelenk sei im Krankenhaus unmittelbar darauf punktiert und geringe Mengen Blut abgesaugt worden. Inwieweit eine Direktverletzung des Kniegelenks oder eine indirekte Verdrehung abgelaufen sei, lasse sich im Nachhinein nicht mehr beurteilen. Die Vermutungsdiagnose einer Fraktur habe sich aufgrund der MR-Untersuchung nicht erhärtet. Die Arthrosis deformans sei unfallfremder Natur und auf die Außenmeniskusoperation zurückzuführen. Folge des Arbeitsunfalls seien die Beugstellung des Kniegelenkes, die Belastungsunfähigkeit des linken Beines und die deutliche Funktionseinschränkung des Kniegelenks. Bei bekannter Vorerkrankung stelle sich hier ein Verlauf dar, bei dem eine Gewalteinwirkung das Kniegelenk getroffen habe und unmittelbar danach eine Funktionseinschränkung festgestellt worden sei. Das Ausmaß des verbliebenen Unfallschadens könne noch nicht beurteilt werden.

Am 12.03.1997 stellte Dr.H. ein erheblich gestörtes Gangbild bei Streckdefizit und erheblichem Analgetikabedarf fest. Vom 25.03. bis 28.04. wurde der Kläger in der Unfallklinik M. stationär behandelt. Bei einer Arthroskopie vom 10.04.1997 zeigte sich die Beweglichkeit des Kniegelenks vollkommen uneingeschränkt. Bei der Entlassung klagte der Kläger noch über bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen und demonstrierte ein stark linkshinkendes Gangbild an zwei Handgehstöcken, wobei das linke Bein in einer leichten Beugstellung teilbelastet wurde. Bei der klinischen Untersuchung war die Beweglichkeit des Kniegelenks nur endgradig eingeschränkt. Die Unfallfolgeschäden seien folgenlos ausgeheilt.

Dr.K. erklärte am 16.06.1997, die Beweglichkeit des Kniegelenks sei aktiv und passiv weiterhin hochgradig eingeschränkt. Zu berücksichtigen sei, dass es sich um einen Zustand nach Außenmeniskusresektion vor ca. 20 Jahren handle. Am 14.07.1997 erklärte Dr.K. , der Kläger benutze einen Gehstock, es bestehe Schonhinken und Minderbelastung des linken Beines.

Im Gutachten vom 09.07.1997 führten die Chirurgen Prof.Dr.B. und Dr.B. aus, der Kläger habe berichtet, er sei von einem Pkw erfasst, am linken Knie angefahren worden, und es sei zu einem Sturz gekommen. Er könne nicht mehr sagen, ob er nach links oder rechts gestürzt sei, er sei sehr verdreht gewesen. Eine Kernspintomographie habe neben den bekannten Veränderungen im äußeren Gelenkanteil nach Außenmeniskusentfernung mit reaktiven arthrotischen Veränderungen am Knochen der äußeren Oberschenkelrolle und des äußeren Schienbeinplateaus das hintere Kreuzband intakt dargestellt. Bei der Arthroskopie am 10.04.1997 sei das Kniegelenk bei völliger Schmerzausschaltung in Vollnarkose frei beweglich gewesen. Bei der Untersuchung am 09.07.1997 sei die Beweglichkeit fast ebenso eingeschränkt gewesen wie bei der Untersuchung durch Dr.K. im Februar 1997. Das Muskeldefizit am Oberschenkel habe ähnliche Ausmaße wie bei der Untersuchung vor 4 1/2 Monaten. Am 17.12.1996 seien äußere Verletzungszeichen am Bein nicht festzustellen gewesen. Tatsächlich sei ein Schaden des Kniegelenks, der durch eine äußere Gewalteinwirkung entstanden sein könnte, nicht bewiesen. Der Befund am hinteren Kreuzband sei kontrovers interpretierbar. Die Veränderungen seien als Ausdruck der Abnutzung des Gelenks am tibialen Ansatz des hinteren Kreuzbandes zu interpretieren. Die am 14.07.1997 durchgeführte Kernspintomographie habe keine Veränderungen gezeigt, die unfallbedingt eingetreten sein könnten, insbesondere auch keine Veränderungen zum Befund, wie er am 19.12.1996 beschrieben worden sei. Das Ereignis vom 17.12.1996 könne auch nicht zur Verschlimmerung einer Vorerkrankung geführt haben. Der Unfall könne nur die Gelegenheit gewesen sein, anlässlich der ein weit fortgeschrittener Abnutzungsschaden erstmals und dann nachhaltig zu Tage getreten sei. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit habe vom 17.12.1996 bis 28.04.1997 bestanden. Seit dem 28.04.1997 bestünden keine Unfallfolgen mehr.

Dr.K. erklärte am 04.08.1997 seine Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof.Dr.B. und Dr.B. ...

Mit Bescheid vom 21.08.1997 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente wegen des Arbeitsunfalls ab, da die Erwerbsfähigkeit über das Ende des Anspruchs auf Verletztengeld (vom 17.12.1996 bis 28.04.1997) hinaus nicht gemindert sei. Als Folgen des Unfalls wurden anerkannt: Ohne funktionelle Folgen verheilte Prellung des linken Kniegelenks. Nicht anerkannt wurde: Fortgeschrittener Gelenkverschleiß im Bereich des linken Kniegelenks nach Entfernung des Außenmeniskus.

Den Widerspruch vom 01.09.1997, mit dem der Kläger einwandte, die Gutachten enthielten gravierende Fehler, wurde mit Widerspruchsbescheid vom 17.12.1997 zurückgewiesen.

Hiergegen hat sich die Klage zum Sozialgericht München gerichtet.

Der Orthopäde Prof.Dr.R. hat am 17.09.1997 ausgeführt, beim Kläger liege eine extreme, wohl überwiegend posttraumatische Bewegungseinschränkung mit diffusen Schmerzen und schlechten muskulären Verhältnissen vor. Der Orthopäde Dr. K. erklärte im Attest vom 17.02.1998, beim Kläger bestehe eine posttraumatische Kniegelenkssteife. Jetzt bestehe ein Zustand, der keiner arthroskopischen Therapie mehr zugänglich sei. Durch die Traumatisierung und die posttraumatische Immobilisation habe sich eine Kontraktur entwickelt, die nicht mehr reversibel erscheine. Die schweren Knorpelschäden seien zwar teilweise unfallunabhängig, durch das Unfallereignis sei jedoch ein Residualzustand eingetreten, der überwiegend unfallbedingt sei. Im Befundbericht vom 04.05.1998 äußerte Prof.Dr.R. , beim Kläger bestehe eine Gonarthrose mit extremer Bewegungseinschränkung. Eine Kernspintomographie vom 25.08.1997 zeigte degenerative Veränderungen mit Gonarthrose und Knorpelschäden, Retropatellararthrose, Verdacht auf Läsion des vorderen Kreuzbandes, Streckung des hinteren Kreuzbandes.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr.Dr.K. hat im Gutachten vom 31.07.1998 ausgeführt, der Kläger gebe an, er sei von einem vorbeifahrenden Fahrzeug am linken Kniegelenk verletzt worden und zu Boden gestürzt. Der Kläger habe eine Kniegelenksprellung erlitten, die sich auf einen erheblichen Vorschaden aufgepfropft habe. Dieser Verschlimmerungsanteil sei bis Ende April, spätestens bis Ende August 1997 abgeheilt gewesen. Bei uneingeschränktem Bewegungsspiel des Kniegelenks im Rahmen einer Narkosemobilisation im April 1997 sei nachvollziehbar, dass mit Ende der Arbeitsunfähigkeit zum 01.05.1997 nicht mehr von messbarer unfallbedingter MdE ausgegangen werden könne. Die lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit erkläre sich aus einer ungünstigen Wechselwirkung von Vorschaden und aktueller Knieprellung. In der ergänzenden Stellungnahme vom 28.12.1998 hat Dr.Dr.K. erklärt, dass die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit am 30.04.1997 geendet habe. Die erneute schmerzhaftige Bewegungs- und Belastungsminderung bei Entlassung aus der Unfallklinik M. am 28.04.1997 sei nicht als wesentliche fortwirkende Unfallfolge wahrscheinlich. Die Beklagte habe die ambulanten Behandlungskosten noch bis August 1997 übernommen, dies sei eine durchaus wohlwollende Entscheidung gewesen.

Der Unfallchirurg Dr.L. hat am 23.10.1998 attestiert, der Kläger sei von einem vorbeifahrenden Auto am linken Knie tou- chiert worden. Bei der Befunderhebung am 17.12.1996 habe sich eine Ergussbildung mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung des Kniegelenks als Folge eines Unfalls gefunden. Der Kläger hat eine Rechnung des Dr.H. vom 22.12.1998 übersandt mit der Diagnose: Zustand nach Fraktur des lateralen Tibiaplateaus links. Außerdem hat er einen Operationsbericht vom 23.03.1999 von Dr.P. übersandt, in dem ausgeführt wird, die Gelenksinspektion zeige, dass hier ein ausschließlich degenerativ bedingter Zustand einer lateralen massiven Gonarthrose nach Tibiakopffraktur bestehe. In einem Bericht der Klinik B. , Z. , vom 22.06.1998 wird ausgeführt, es bestehe eine posttraumatische Arthrose des Kniegelenks.

Der Orthopäde Prof.Dr.P. hat in einem Gutachten für die C.-Versicherung vom 25.06.1998 geäußert, der Kläger sei am 17.12. 1996 von einem Lkw angefahren und hierbei am Kniegelenk verletzt worden. Da der Kläger glaubhaft angebe und nachweisen könne, dass er bis zu dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei und auch eine Teilmeniskektomie nicht einen derartigen Zustand erkläre, müsse dem heutigen Beschwerdebild eine unfallabhängige Ursache in Höhe von 80 bis 90 % zugeschrieben werden. Zur Zeit bestehe eine Minderung der Gebrauchsfähigkeit des Beines in Höhe von 4/7 Gebrauchswert. Der Orthopäde Prof.Dr.R. hat über eine Untersuchung des Klägers am 02.07.1998 berichtet: Der Kläger sei im Dezember 1996 von einem Lkw angefahren und am Kniegelenk verletzt worden. Jetzt bestehe eine posttraumatische Arthrose. Der Internist und Rheumatologe Prof.Dr.L. untersuchte den Kläger am 03.07.1998 und führte aus, am 17.12.1996 sei der Kläger seitlich am Knie von einem Lkw angefahren worden. Eine Kernspintomographie vom 02.07.1998 zeige eine Gonarthrose, fortgeschrittene degenerative Veränderungen am Innenmeniskus, eingerissenen Hoffa schen Fettkörper und regelrechte

Kreuzbänder. Es handle sich um eine fortgeschrittene posttraumatische Kniegelenksarthrose mit Wackelrestbeweglichkeit in Kontrakturstellung.

Der auf Antrag des Klägers gemäß § 109 SGG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Prof.Dr.P. ist im Gutachten vom 28.09.1999 zusammenfassend zu dem Ergebnis gekommen, während der Endoprothesenimplantation sei eindeutig festgestellt worden, dass ein Zustand nach einer lateralen Tibiakopffraktur bestehe mit massiver Arthrose. Nach der Außenmeniskusoperation vor 20 Jahren sei der Kläger voll leistungsfähig gewesen. Die MdE sei jetzt mit 40 v.H. einzuschätzen. Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 07.12.1996.

Der beratende Facharzt, der Unfallchirurg Dr.B. , hat in den Stellungnahmen vom 04.11. und 11.11.1999 erklärt, sowohl die Röntgenaufnahmen vom Februar und Juni 1998 als auch die Kernspintomographie vom August 1997 ergäben keinen Hinweis auf eine Frakturierung des Schienbeinkopfes. Hierzu erklärte Prof. Dr.P. in der Stellungnahme vom 07.12.1999, die Aufnahmen zeigten sehr wohl Anzeichen für eine Fraktur. Außerdem habe sich bei der Operation eindeutig ein Zustand nach Tibiakopffraktur gezeigt. Er übersandte eine Nachbefundung der Kernspintomographie vom August 1997 und Dezember 1996 durch den Radiologen Priv.Do. Dr. v.d. F. vom 06.12.1999, in der ausgeführt wird, die Kernspintomographie vom August 1997 zeige Markraumveränderungen, wie sie typisch nach Kreuzbandruptur stattfänden. Die Kernspintomogramme vom Dezember 1996 zeigten ein massives Knochenmarködem, das möglicherweise als posttraumatisch im Rahmen der Kreuzbandläsion anzusehen sei. Weiter wurde erneut das Attest des Dr.L. vom 23.10.1998 übersandt, auf dem nun zusätzlich handschriftlich vermerkt ist: Zusatzdiagnose: Laterale Tibiakopffraktur links. Der Orthopäde Dr.K. hat am 17.12.1999 erklärt, auf den Kernspintomographien vom 19.12.1996 könne man unzweifelhaft eine posttraumatische Schädigung im Sinne einer lateralen Tibiakopffraktur ohne wesentliche Dislokation feststellen.

Der zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Radiologe Dr.L. hat im Gutachten vom 26.04.2001 ausgeführt, im Bereich des Kniegelenks stellten sich massive degenerative Veränderungen dar. Eindeutige Frakturkriterien seien nicht nachzuweisen. Entscheidende Bedeutung komme der Kernspintomographie vom 19.12.1996 zu. Sie zeige neben charakteristischen degenerativen Veränderungen ein deutlich ausgeprägtes Knochenmarködem. Hierbei handle es sich um eine unspezifische Reaktion des Knochens, die bei verschiedenen Krankheiten beobachtet werden könne. Eine Unterbrechung der Gelenkflächenebene und vor allem eine frische Stufenbildung dieser Ebene liege nicht vor. Somit sei kernspintomographisch das Bild einer frischen Fraktur nicht dargestellt. Auch das miterfasste rechte Kniegelenk zeige auf der Aufnahme vom 19.12.1996 ein solches Weichteilödem, so dass dieses Zeichen nicht als sicherer Hinweis auf ein traumatisches Geschehen gewertet werden könne.

Der Pathologe Prof.Dr.B. hat eine ihm am 18.09.2000 übersandte Knochenscheibe untersucht, an der er einen älteren Frakturkallus, eine massive Markfibrose mit Zeichen des Knochenumbaus und eine schwere progrediente Gelenkschädigung feststellte. Der Befund sei gut vereinbar mit einer älteren Fraktur, wobei offensichtlich Überlagerung als Folge der vorangegangenen prothetischen Versorgung bestehe.

Zum Gutachten des Dr.L. hat Prof.Dr.P. am 15.05.2001 Stellung genommen. Folgen einer Tibiakopffraktur seien intraoperativ offensichtlich gewesen. Degenerative Erscheinungen schieden hier vollkommen aus. Das entnommene Knochenstück sei bei der operativen Revision nach 1999 gewonnen worden und von Prof.Dr.B. eindeutig als Material aus dem Tibiakopf nach stattgehabter Fraktur identifiziert worden. Degenerative Veränderungen könnten zwar manchmal den Folgen älterer Frakturen entsprechen, niemals aber derartige Veränderungen hervorrufen, wie sie hier festzustellen seien.

In einem Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik F. über eine Untersuchung des Klägers am 29.08.2001 wird ausgeführt, es bestehe ein Zustand nach Tibiakopffraktur 1996 und nach mehrfachen Knieendoprothesenwechseloperationen.

In einem Schreiben an den Kläger vom 22.11.2001, unterschrieben von Prof.Dr.B. und Prof.Dr.H. von der Unfallklinik M. , wird ausgeführt, am 17.12.1996 sei eine Tibiakopffraktur links zunächst im Krankenhaus M. behandelt worden. Im weiteren Verlauf sei es zu einer posttraumatisch bedingten völligen Zerstörung des Kniegelenks gekommen, so dass eine Endoprothese habe implantiert werden müssen. Jetzt bestehe ein infektsbedingter neuerlicher Lockerungszustand der Endoprothese.

Der Unfallchirurg Prof.Dr.W. äußerte am 31.10.2001, im Dezember 1996 sei es zu einer Schienbeinkopffraktur gekommen. Der Chirurg Dr.B. von der Unfallklinik F. erklärte am 30.10.2001, es bestehe eine posttraumatische Gonarthrose nach Tibiakopffraktur im Dezember 1996. Auch Prof.Dr.H. erklärte im Schreiben vom 09.11.2001, es zeige sich ein Zustand nach Tibiakopffraktur links. Priv.Do. Dr. v.d. F. erklärte am 09.07.2001, nach Durchsicht des gesamten Vorgangs, auch der Nachbefundung vom 06.12.1999, sei davon auszugehen, dass es im Rahmen der Kreuzbandruptur zu typischen knöchernen Verletzungen gekommen sei, die das hintere laterale Tibiaplateau betreffen und den Femurcondylus. Verletzungen dieser Art seien eindeutig als Frakturen zu interpretieren. Der Radiologe Dr.W. führte im Schreiben an den Kläger vom 07.10.2001 aus, zusammen mit Dr. v.d. F. habe er sich die Kernspintomographie vom Dezember 1996 wiederholt angesehen. Er komme zu dem Schluss, dass eindeutig eine Fraktur vorgelegen habe. Prof.Dr.P. erklärte am 20.11.2001, bei der Operation am 23.03.1999 habe makroskopisch der Befund einer posttraumatischen Arthrose mit entsprechender Tibiakopfdeformierung bestätigt werden können.

In der ergänzenden Stellungnahme vom 09.02.2002 hat Dr.Dr.K. erklärt, Prof.Dr.B. habe Tibiakopfknorpelgewebe 3 1/2 Jahre nach dem Arbeitsunfall und 14 Monate nach Einsatz der Endoprothese ausgewertet. Es lasse sich damit nicht ein Tibiakopfbruch beweisen. Der Zusammenhang sei allenfalls möglich, aber weder wahrscheinlich noch sicher. Die Formulierung "ältere Fraktur" spreche nach dem medizinischen Sprachgebrauch eher für eine Störung kurz vor Mai 2000 als 1996. Nach der Kniegelenksspiegelung am 11.04.1997 werde von einer Fraktur des Schienbeinkopfes, die sich bei freiliegendem Knochen nach Knorpelschaden vier Monate nach dem Unfall noch hätte zeigen müssen, nichts berichtet. Im gleichen Gutachten seien Röntgenaufnahmen vom 18.12.1996 ohne Nachweis einer frischen Bruchverletzung befundet worden. Welche Informationen Dr.B. , Prof.Dr.W. , Prof.Dr.H. und insbesondere die Ärzte der Unfallklinik M. dazu geführt haben könnten, von einer Tibiakopffraktur auszugehen, könne dem Aktenverlauf nicht entnommen werden.

Prof.Dr.P. hat am 27.03.2002 entgegnet, die Tibiakopffraktur sei durch Dr.L. und Prof.Dr.H. dokumentiert. Insbesondere habe er selbst bei der Operation am 23.03.1999 das klassische Bild einer alten Tibiakopffraktur vorgefunden. Prof. Dr.B. sei in der Lage gewesen, zwischen späteren Eingriffen und ihren Folgen und vorausgegangenen Verletzungen zu unterscheiden.

Im Abschlussbericht der Unfallklinik M. , unterzeichnet von dem Chirurgen Prof.Dr.K. , nach stationärer Behandlung des Klägers vom 02.01.

bis 18.03.2002 wird ausgeführt, im Dezember 1996 habe der Kläger eine Tibiakopffraktur erlitten. Wegen posttraumatischer Gonarthrose sei es zu mehreren Endoprothesen gekommen. Die kernspintomographische Untersuchung vom 19.12.1996 weise offensichtlich eine laterale Tibiaimpressionsfraktur auf.

Auf Anfrage des SG hat Prof.Dr.B. im Schreiben vom 30.04.2002 ausgeführt, es habe sich eindeutig ein breit verlaufender Knochendefekt mit typischem Kallusgewebe gezeigt, der zweifelsfrei einer alten Frakturzone entstammen könnte. Es sei schwer verständlich, wie diese Veränderungen durch eine Operation entstanden sein könnten.

In der Stellungnahme vom 03.06.2002 hat Dr.Dr.K. darauf hingewiesen, die Aussagen des Prof.Dr.B. , deuteten auf die Möglichkeit des Zusammenhangs hin. Gesetzlich gefordert sei aber Wahrscheinlichkeit. Im Hinblick auf die zahlreichen konträren ärztlichen Diagnosen und Zusammenhangsvermutungen sei eine frische Tibiakopffraktur nicht wahrscheinlich. Prof.Dr. P. wandte in der Stellungnahme vom 26.06.2002 dagegen ein, Prof.Dr.B. Formulierung bedeute nicht, dass hier Zweifel bestünden. Prof.Dr.H. erklärte am 01.07.2002, am 17.12.1996 habe eine Tibiakopffraktur vorgelegen. Der Verdacht habe sich bei der Kernspintomographie bestätigt.

Prof.Dr.H. von der Unfallklinik M. erklärte im Schreiben vom 12.07.2002, die Angabe Tibiakopffraktur links sei vom Kläger gemacht und nicht weiter überprüft worden. Es sei nicht bekannt gewesen, dass der Kläger bereits 1997 von Dr. B. begutachtet worden sei. Für Prof.Dr.H. habe die Krankheitsgeschichte erst am 22.11.2001 begonnen. Er könne daher keinen Beitrag zur Aufklärung der Unfallursache leisten.

Der vom SG zum ärztlichen Sachverständigen ernannte Chirurg Dr. L. hat im Gutachten vom 20.10.2002 zusammenfassend ausgeführt, anfänglich sei von keinem dramatischen Unfallereignis, das geeignet wäre, eine schwere knöcherne Verletzung hervorzurufen, die Rede gewesen. Der Kläger habe erwähnt, das Knie sei von dem Pkw touchiert, also berührt worden. Im Erstbefund sei ein schmerzreflektorisch, nicht mechanisch blockiertes Kniegelenk ohne äußere Verletzungszeichen und ohne intraartikuläre Ergussbildung dokumentiert. Die Röntgenaufnahmen vom 17.12. und 18.12. und die Kernspin-Aufnahmen vom 19.12.1996 zeigten keinen Befund, wie man ihn nach einer auch nur mittelschweren äußeren Gewalteinwirkung zwingend erwarten würde. So könne es nur zu einer leichten Kniegelenksprellung gekommen sein. Aufgrund der vorbestehenden und in erster Linie auf den operativen Außenmeniskusverlust 20 Jahre zuvor zurückzuführenden Arthroseveränderungen sei es durch das vergleichsweise geringfügige Trauma zu einem völligen Entgleisen der bis dahin durch die Kompensationskräfte des Körpers in Schwebelage gehaltenen Gleichgewichts mit dem nachfolgenden protrahierten Verlauf gekommen. Angesichts des vor allem postoperativ Ende April 1997 dokumentierten Befundes sei davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt trotz des Vorschadens die Prellungsfolgen weitestgehend abgeklungen gewesen seien und der schicksalhaft fortschreitende Gelenkverschleiß allein gegeben gewesen sei. Mit der erforderlichen Sicherheit lasse sich nur eine unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung eines vorbestehenden, wenn auch beschwerdearmen regelwidrigen Zustandes feststellen. Für eine richtunggebende Verschlimmerung in relevantem Ausmaß fehlten ausreichende Anhaltspunkte, insbesondere sei das Ausmaß des Unfalltraumas und das Ausmaß der Verschleißveränderungen in keiner Weise miteinander vergleichbar. Eine messbare MdE habe nie bestanden. Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit habe bis Ende April 1997 bestanden. Der hinzugezogene Radiologe Prof.Dr.T. äußerte, auf dem MRT vom 19.12.1996 sei eine unfallunabhängige vorbestehende laterale betonte Gonarthrose nachzuweisen. Das Ödem sei nicht auf ein akutes Trauma zurückzuführen. Sichere Zeichen einer knöchernen Verletzung wie Frakturlinien oder Stufen seien nicht vorhanden, frische Traumafolgen seien auszuschließen.

Prof.Dr.P. hat in der Stellungnahme vom 13.11.2002 ausgeführt, im Krankenhaus M. sei eine Ergussbildung mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung als Folge des Unfalls attestiert worden. Bei einer leichten Prellung komme es zu keinem Gelenkerguss. Es lägen insgesamt Äußerungen und Beurteilungen von 13 Ärzten vor, die alle die Diagnose einer Tibiakopffraktur bestätigten. Die weitaus in der Minderzahl befindlichen gegenteiligen Ansichten basierten ausschließlich auf Mutmaßungen und subjektiven Interpretationen.

Prof.Dr.B. hat in der Stellungnahme vom 22.01.2003 erwähnt, Frakturen seien sowohl radiologisch als auch histologisch noch nach Jahren zweifelsfrei nachweisbar. Nur eine Knochen- bzw. Knocheninnenraumentzündung, die beim Kläger nicht vorliege, hätte zu einer erheblichen Destruktion des Knochens führen können. Die jetzt vorliegenden Veränderungen entsprächen jedoch einem älteren Kallus als Folge einer vorangegangenen Fraktur.

Der Radiologe Dr. v.d. F. hat am 28.01.2003 zu den Ausführungen von Prof.Dr.T. vom 19.09.2002 Stellung genommen; die Aussage, gegen ein relevantes Trauma spreche das Fehlen eines Gelenkergusses, sei in sich schlüssig. Sie sei jedoch nicht zu verwerten, wenn sehr zeitnah zur Untersuchung eine Gelenkpunktion durchgeführt worden sei. Hierzu liege eine Bescheinigung vom 17.12.1996, die von Dr.L. ausgestellt worden sei, vor.

Prof.Dr.H. hat in der Stellungnahme vom 17.03.2003 ausgeführt, die ursprünglich geäußerte radiologische Diagnose: Fraktur des Tibiaplateaus habe durch eine Kernspintomographie vom 19.12.1996 ausgeschlossen werden können. Zum Unfallzeitpunkt habe eine ausgeprägte Gonarthrose bei Zustand nach Außenmeniskusresektion bestanden. Bei nochmaliger Wertung der kernspintomographischen Eckdaten vom 19.12.1996 zeigten sich ein höhergradiger Knorpelschaden und korrespondierend ödematöse Veränderungen im Tibiaplateau, die als Fraktur gedeutet worden seien. Eine frische Fraktur des Tibiaplateaus werde ausgeschlossen. Die erheblichen arthrosytypischen Veränderungen seien von ihm fehlinterpretiert worden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 04.07.2003 hat das SG zunächst den Kläger gehört. Der Kläger hat angegeben, er sei von einem BMW mit der rechten vorderen Stoßstange am linken Kniegelenk gestreift worden und sei gestürzt. 1975 oder 1976 sei er am linken Meniskus operiert worden.

Prof.Dr.P. hat als sachverständiger Zeuge ausgeführt, der Kläger sei erstmals 1998 wegen Kniebeschwerden in seine Praxis gekommen. Anlässlich der Arthroskopie vom 17.09.1998 habe er festgestellt, dass es sich um eine posttraumatische Arthrose handle. Die Tibiakopffraktur sei nicht zu übersehen gewesen. Er könne nicht mehr genau sagen, wann er die Knochenscheibe, die Prof.Dr.B. befundet habe, entnommen habe. Eine Tibiafraktur könne man nur bei einer Arthroskopie bzw. bei der ersten Implantationsoperation erkennen, danach sei sie mit bloßen Auge nicht mehr erkennbar. Als Sachverständiger hat Prof.Dr.P. anschließend erklärt, auch ein Pathologe könne eine exakte zeitliche Zuordnung der Kallusbildung nicht vornehmen. Kallusbildung entstehe ausschließlich durch traumatische Einwirkung. Die Tibiafraktur könnte auch vor dem Unfall oder nach dem Unfall, jedoch vor der Arthroskopie aufgetreten sein. Wenn der Kläger vom Auto

weggeschleudert worden wäre, wäre dieser Unfallmechanismus vereinbar mit den Unfallfolgen.

Dr.Dr.K. hat als Sachverständiger erklärt, es sei für ihn nicht vorstellbar, dass die Unfallklinik M. eine Tibia- fraktur nicht erkannt hätte. Eine zeitliche Zuordnung des Ergebnisses der pathologischen Befunde sei exakt nicht möglich.

Der Kläger hat erklärt, er sei zur Seite geschleudert worden, seine Hose sei zerrissen gewesen.

Mit Urteil vom 04.07.2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Es sei nicht nachgewiesen, dass es beim Unfall zu einem Verletzungsmechanismus gekommen sei, der die Tibiakopffraktur verursacht haben könne. Der Kläger habe am Unfalltag der Beklagten mitgeteilt, dass er von einem Auto touchiert worden sei. Darunter verstehe man im allgemeinen Sprachgebrauch ein eher leichtes Berühren. Erst nachdem Prof.Dr.P. in der mündlichen Verhandlung erklärt habe, die Tibiakopffraktur sei denkbar, wenn der Kläger von dem Auto weggeschleudert worden sei, habe der Kläger erklärt, er sei zur Seite geschleudert worden. Diese Einlassung habe das Gericht nicht davon überzeugen können, dass ein geeigneter Unfallmechanismus vorgelegen habe. Aus dem Durchgangsarztbericht ergebe sich kein Hinweis auf Prellmarken ober Schürfwunden, die bei einem zur Seite Schleudern üblicherweise auftreten würden. Unabhängig davon sei auch eine Tibiakopffraktur nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Das Gericht stütze sich insbesondere auf die überzeugenden Ausführungen von Dr.Dr.K. und Dr.L ... Dr.Dr.K. habe erläutert, dass der Kläger am 17.12.1996 eine Kniegelenksprellung erlitten habe, die sich auf einen erheblichen Vorschaden aufgepfropft habe. Dieser Verschlimmerungsanteil sei bis Ende April 1997 abgeheilt. Für diese Bewertung spreche der Operations- und Arthroskopiebericht vom 10.04.1997, in dem lediglich eine Knorpelfraktur festgestellt worden sei. Die am 18.12. 1996 gefertigten Röntgenaufnahmen sicherten ebenfalls nicht das Vorliegen einer Tibiakopffraktur. Hierbei stütze sich das Gericht zunächst auf die Feststellungen des Sachverständigen Dr. L. im Gutachten vom 26.04.2001. Danach lasse sich bildmorphologisch eine Tibiafraktur nicht beweisen. Dies gelte auch für die am 19.12.1996 durchgeführte Kernspintomographie. Dieses Ergebnis werde durch die Stellungnahme von Prof.Dr.T. nochmals bestätigt. Dr.L. habe erklärt, dass es durch das vergleichsweise geringfügige Trauma zu einer Prellung gekommen sei. Ein anderes Ergebnis lasse sich auch nicht durch die Befundungen des Pathologen Prof.Dr.B. begründen. Dr.Dr.K. , Dr.L. und auch Prof.Dr.P. hätten bestätigt, dass eine genaue zeitliche Zuordnung der festgestellten Kallusbildung nicht möglich sei. Die Nachbefundung durch Dr. v.d. F. sei nicht geeignet, das Gericht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit von der Kausalität zu überzeugen. Ihm hätten nicht die entsprechenden Unterlagen vorlegen, um eine umfassende Zusammenhangsbeurteilung abgeben zu können. Aus der Aussage von Prof.Dr.P. als sachverständiger Zeuge ergäben sich inhaltliche Widersprüche zu den übrigen Feststellungen der Beweisaufnahme, die einen Nachweis einer Tibiakopffraktur keinesfalls rechtfertigten. Der Zeuge habe während der Arthroskopie und der ersten Endoprothesenimplantation festgestellt, dass ein Zustand nach Tibiakopffraktur mit massiver Arthrose bestehe. Eine massive Impression, wie von Prof.Dr.P. geschildert, hätte jedoch im MRT vom 19.12.1996 dargestellt sein müssen, dies sei jedoch nicht der Fall. Nach den Ausführungen von Prof.Dr.P. wäre es auch möglich, dass die von ihm festgestellte Fraktur unfallunabhängig nach dem Unfall eingetreten sei. Eine unfallbedingte Tibiakopffraktur sei daher nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Zur Begründung der am 14.10.2003 eingelegte Berufung machte der Kläger geltend, es sei bei dem Unfall zu einer erheblichen Gewalteinwirkung und dadurch zu einer Tibiakopffraktur gekommen.

Der Kläger stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 16.09.2004 mit der Maßgabe, dass das aufzuhebende Urteil vom 04.07.2003 ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den wesentlichen Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, sachlich aber nicht begründet.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, da die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückgewiesen wird.

Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass der Kläger allerdings bereits bei der Untersuchung am 13.02.1997 gegenüber Dr. K. erklärt hat, er sei von einem Auto am linken Bein erfasst und zur Seite und auf den Boden geschleudert worden. Diese Schilderung stimmt mit den Angaben des Klägers vom 17.12. 1996 und 16.01.1997, er sei von dem Auto touchiert worden, nicht überein. Wie das SG zu Recht ausgeführt hat, wird im Sprachgebrauch mit touchieren nur ein leichtes Berühren bezeichnet. Insofern stehen die Äußerungen in Widerspruch zueinander. Gegen ein gravierendes Unfallereignis sprechen die Befundungen in der Ambulanz des Krankenhauses M. am 17.12.1996, nach denen äußere Verletzungszeichen wie Hautdruckmarken, Hautabschürfungen oder Wunden nicht zu sehen waren, ebenso keine Blutergussverfärbung, keine Weichteilschwellung, keine Kapselverdickung, keine Schleimbeutelbeteiligung; die Hautwärme war normal, der Bandapparat war normal, Gelenkgeräusche waren nicht zu hören und insbesondere bestand kein Gelenkguss, so dass nach den dortigen Befundungen auch keine Punktion vorgenommen wurde. Alle diese Befunde sprechen, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, gegen ein schweres Trauma mit Tibiafraktur. Auch hat der erstbehandelnde Arzt Prof.Dr.H. die zwischenzeitlich geäußerte Annahme, es sei zu einer Tibiakopffraktur gekommen, im Schreiben vom 17.03.2003 ausdrücklich als fehlerhaft bezeichnet. Prof.Dr.H. hat am 12.07.2002 darauf hingewiesen, dass seine Diagnose "Tibiakopffraktur" lediglich auf den Angaben des Klägers, nicht aber auf einer eigenen Befundung, beruhe.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved
2004-12-16