

L 3 U 264/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

3

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 9 U 672/02

Datum

02.06.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 3 U 264/05

Datum

24.04.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.06.2005 wird zurückgewiesen mit der Maßgabe, dass der Bescheid der Beklagten vom 02.10.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.08.2002 abgeändert und die Beklagte verurteilt wird, beim Kläger eine lateral betonte Gonarthrose als Folge des Unfalls vom 01.09.1997 festzustellen und ihm nach dem Ereignis vom 17.11.2002 Verletztenrente nach einer MdE von 20 v.H. nach den gesetzlichen Bestimmungen zu gewähren.

II. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten Verletztenrente wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls vom 01.09.1997.

Der 1973 geborene Kläger, zum Unfallzeitpunkt Fußballspieler bei der Spielvereinigung U. , erlitt am 01.09.1997 einen Arbeitsunfall, als er bei einem Trainingspiel ohne Fremdbeteiligung mit dem linken Fuß im Rasen hängen blieb und sich dabei das linke Kniegelenk verdrehte.

Der Kläger begab sich am Unfalltag in ärztliche Behandlung. Auf Grund der festgestellten Ruptur des vorderen Kreuzbandes erfolgte am folgenden Tag eine Operation in der W.-Klinik, M ...

Zur Aufklärung des Sachverhalts zog die Beklagte die einschlägigen Röntgen- und Kernspinaufnahmen, Befundberichte von Dr. E. , Orthopäde, Sportmedizin, vom 01.09.1997, 23.09. 1997, 24.11.1997, 16.02.1998, den Entlassungsbericht der E.-Rehaklinik, D. , über die Rehabilitationsmaßnahme in der Zeit vom 24.11.1997 bis 19.12.1997 bei und holte ein Gutachten des Prof. Dr. P. , Arzt für Orthopädie und Sportmedizin, vom 18.09.1998 und eine beratungsärztliche Stellungnahme des Dr. B. vom 01.10.1998 ein.

Prof. Dr. P. stellte fest, dass beim Kläger ein Zustand nach komplexer Kniebinnenverletzung linksseitig vorliege. Als Unfallfolge bestehe eine gewisse Instabilität. Auch der Knorpelschaden sei für das gesamte Beschwerdebild mitverantwortlich. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei zum Untersuchungszeitpunkt mit 20 v.H. und wohl auf Dauer mit 10 v.H. einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 15.10.1998 gewährte die Beklagte dem Kläger eine Gesamtvergütung für die Zeit vom 29.03.1998 bis 31.03.1999. Als Folgen des Versicherungsfalles wurden anerkannt: Muskelminderung am linken Oberschenkel, Einschränkung der Beugefähigkeit des linken Kniegelenkes, Kniebandinstabilität nach Kniebinnenkomplexverletzung mit operativ versorgtem vorderen Kreuzbandriss links. Nicht anerkannt wurde der Knorpelschaden im rechten Knie.

Mit Schreiben vom 24.03.1999 beantragte der Kläger die Verlängerung der Rentenzahlung und legte dazu ein ärztliches Attest von Dr. E. sowie den Operationsbericht vom 02.09.1997 vor.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten des Dipl. Med. W. , Chirurg, vom 01.06.1999 ein. Dr. W. führte aus, es sei eine ganz leichte, muskulär gut kompensierbare Lockerung des vorderen Kreuzbandes verblieben sowie eine leichte Muskelminderung am linken Ober- und Unterschenkel. Die MdE sei mit 10 v.H. einzuschätzen.

Mit Bescheid vom 13.08.1999 lehnte die Beklagte die Gewährung von Verletztenrente ab. Sie stützte sich dabei auf das Gutachten von Dipl. Med. W ...

Den dagegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 02.02.2000 als unbegründet zurück.

In dem dagegen erhobenen Klageverfahren zum Sozialgericht München (SG) erstattete Dr. Dr. K., Facharzt für Chirurgie, ein Gutachten vom 21.11.2000. Dieser stellte als Unfallfolge eine geringfügige Streck- und Beugestörung des linken Kniegelenkes fest und kam zu dem Ergebnis, dass auf Grund der wiederkehrenden Reizergüsse die MdE mit 10 v.H. anzusetzen sei. Ohne die rezidivierenden Ergüsse sei die MdE mit unter 10 v.H. einzuschätzen. Der Kläger nahm daraufhin die Klage zurück.

Mit Schreiben vom 04.07.2001 beantragte der Kläger eine erneute Überprüfung und Neufeststellung. Der bei ihm bestehende Knorpelschaden sei zu Unrecht bisher nicht in die Bewertung mit eingegangen. Er legte dazu eine Stellungnahme des Dr.E. vom 20.03.2001 vor.

Zur Aufklärung des Sachverhalts zog die Beklagte die gefertigten Röntgen- und MRT-Aufnahmen bei und holte beratungsfachärztliche Stellungnahmen nach Aktenlage von Prof. Dr. H. vom 23.07.2001/ 20.09.2001 ein. Dieser führte aus, dass der beim Kläger vorliegende Knorpelschaden unfallunabhängig sei. Ab 01.04.1999 liege die MdE im nicht messbaren Rahmen unter 10 v.H.

Mit Bescheid vom 02.10.2001 lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente ab. Die Knorpelschädigung im linken Kniegelenk werde nicht als Folge des Unfalls anerkannt. Es verbleibe bei dem Bescheid vom 15.10.1998.

Den dagegen eingelegten Widerspruch begründete der Kläger unter Vorlage weiterer ärztlicher Unterlagen, insbesondere eines kernspintomographischen Befundes vom 20.11.1996 des Dr. H ...

Die Beklagte holte eine weitere beratungsfachärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. H. vom 02.06.2002 ein. Dieser verblieb bei seiner bisherigen Auffassung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.2002 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie stützte sich dabei auf die Stellungnahmen des Prof. Dr. H ...

Gegen diese Bescheide hat der Kläger Klage zum SG erhoben. Am 17.11.2002 hat er sich erneut beim Fußballspielen verletzt. Er hat beantragt, 1. die Beklagte zu verurteilen, als weitere Folge des Unfalls vom 01.09.1997 den bei ihm am 17.11.2002 eingetretenen Meniskusschaden sowie die durch die nachfolgende Gelenkinfektion verursachten Knorpelschäden anzuerkennen. Darüber hinaus sei die Beklagte zu verurteilen, die bei ihm zwischen dem 01.09.1997 bis 17.11.2002 an der Außenseite des linken Knies aufgetretenen Knorpelschäden als Folge des Unfalls vom 01.09.1997 anzuerkennen. Er hat außerdem beantragt, 2. die Beklagte zu verurteilen, auf Grund einer bei ihm bestehenden MdE von 20 v.H. ab dem 17.11.2002 die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Verletztenrente zu gewähren.

Das SG hat die einschlägigen Röntgenaufnahmen und MRT-Aufnahmen beigezogen und ein Gutachten des Dr. K., Arzt für Orthopädie, vom 06.09.2003 mit ergänzenden Stellungnahmen vom 18.01. 2004, 26.01.2004 sowie ein Gutachten des Prof. Dr. P., Orthopäde, orthopädischer Chirurg, vom 28.07.2004 eingeholt. Die Beklagte hat Stellungnahmen des Prof. Dr. H. vom 10.11.2003, 07.01.2004, 09.02.2004, 07.04.2004 eingeholt. Der Kläger hat hinsichtlich des weiteren Unfalls vom 17.11.2002 einen Operationsbericht vom 04.12.2002 und vom 25.11.2002 und Stellungnahmen des Dr. R. vom 30.04.2003 sowie des Dr. E. vom 11.06.2003, 02.12.2003, 07.04.2004 vorgelegt, die die Auffassung vertraten, dass die neu aufgetretenen Knorpelschäden mit begleitendem Spongiosaödem eine Unfallfolge darstellten.

Dr. K. hat ausgeführt, dass als Folge des Unfalles vom 01.09.1997 ein Riss des vorderen Kreuzbandes, ein Teilriss des hinteren Kreuzbandes sowie ein Außenmeniskusteilriss links bestünden. Diese Unfallfolgen seien durch den erneuten Unfall am 17.11.2002 verstärkt worden. Der Kläger habe während der beruflichen Sportausbildung einen Tritt in die Wade erlitten. Er sei gestrauchelt und beim Versuch, das Gleichgewicht wieder zu erlangen, habe er sich das linke Kniegelenk erneut verdreht. Hierbei sei es bei der vergleichsweise geringfügigen Abfangbewegung zu einem erneuten Abreißen des Außenmeniskus gekommen. Der Außenmeniskus habe teilweise entfernt werden müssen. Der weitere Verlauf sei durch einen postoperativen Gelenkinfekt belastet, so dass weitere Knorpelschädigungen eingetreten seien. Der retropatellare Knorpelschaden habe zwar bereits vor dem ersten Unfallereignis im Jahr 1997 vorgelegen. In der Folge des zweiten Unfalls mit nachfolgender Gelenkinfektion sei es aber nicht zuletzt durch das Entzündungsgeschehen in typischer Weise zu einer weiteren unfallabhängigen Knorpelschädigung gekommen. Unfallfolgen vom 01.09.1997 seien eine deutliche Knorpelschädigung am linken Kniegelenk nach Außenmeniskusteilrissresektion und Gelenkinfekt sowie ein Zustand nach Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit muskulär kompensierter Bänderschwäche. Die unfallbedingte MdE sei vom 29.03.1998 bis 31.03.1999 mit 20 v.H. zu bewerten, danach mit 10 v.H. Durch den Unfall vom 07.11.2002 sei es zu einer erneuten Verschlechterung der seit dem ersten Unfall bestehenden Unfallfolgen (refixierter Außenmeniskus) gekommen. Nach Ablauf der 26. Woche nach dem zweiten Unfallereignis sei eine MdE von 20 v.H. anzusetzen.

Prof. Dr. P. hat dargelegt, dass es durch den Unfall vom 17.11.2002 zu einer Verschlechterung gekommen sei, die zu einer MdE auf Dauer von 20 v.H. führe.

Prof. Dr. H. war der Auffassung, dass es bei dem Unfall vom 01.09.1997 allenfalls zu einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes und einem Außenmeniskusriss gekommen sei. Es bestünden aber bereits Zweifel, ob die Kreuzbandverletzung frisch gewesen sei und ob der Unfallhergang überhaupt geeignet gewesen sei, eine Kreuzbandverletzung herbeizuführen. Durch den Kreuzbandersatz sei das Kniegelenk gut stabilisiert, somit in den ursprünglichen Zustand zurückversetzt worden. Folgeschäden könnten daraus nicht angenommen werden. Der kleine Einriss am Hinterhorn (4 cm) des Außenmeniskus sei durch eine Naht versorgt worden. Auch hier sei das Gelenk in den ursprünglichen Zustand zurückversetzt worden. Folgeschäden bestünden nicht. Die Knorpelschäden könnten nicht auf den Unfall zurückgeführt werden. Maßgebend sei der Vorschaden. Der Gelenkkörper, der bei der Operation am 02.09.1997 entfernt worden war, sei Folge einer Osteochondrosis dissecans am lateralen Femurcondylus, also einer krankhaften Veränderung, die bevorzugt im Jugendalter auftritt. Knorpelstücke, die über viele Jahre in einem Gelenk lägen, könnten Knorpelschäden nach sich ziehen. Der Unfall vom 17.11.2002 sei nicht geeignet gewesen, einen Außenmeniskusriss zu verursachen. Der Außenmeniskusschaden, der am 25.11.2002 am linken Kniegelenk festgestellt wurde, sei Folge aus der Meniskusnaht vom 02.09.1997, teilweise aber auch Folge der Knorpelschäden, die auf den Außenmeniskus im Sinne der mechanischen Schädigung einwirkten. Auch eine zusätzliche Knorpelschädigung durch einen Infekt sei nicht

eingetreten. Der Infekt sei nicht nachgewiesen.

Mit Urteil vom 02.06.2005 hat das SG die Beklagte verurteilt, als weitere Folge des Unfalls vom 01.09.1997 den beim Kläger am 17.11.2002 eingetretenen Meniskusschaden sowie die durch die nachfolgende Gelenkinfektion verursachten Knorpelschäden anzuerkennen und auf Grund einer beim Kläger bestehenden MdE von 20 v.H. ab dem 17.11.2002 die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Verletztenrente zu gewähren. Das SG hat sich dabei auf die Ausführungen von Dr. K. und Prof. Dr. P. gestützt.

Gegen dieses Urteil hat die Beklagte Berufung eingelegt. Der Umfang der Knorpelschäden sei im Wesentlichen unfallunabhängigen Schäden zuzuordnen. Die Außenmeniskusschäden, insbesondere aufgrund des Unfalls vom 17.11.2002, seien örtlich deutlich voneinander entfernt, so dass auch insoweit kein ursächlicher Zusammenhang zu dem Unfall vom 01.09.1997 herzustellen sei. Sie legte dazu eine Stellungnahme des Prof. Dr. H. vom 18.07.2005 vor.

Der Senat hat die Aktenunterlagen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Landesstelle G. , beigezogen und ein Gutachten des Dr.W. , Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Sozialmedizin, vom 05.04.2006 mit ergänzender Stellungnahme vom 18.12.2006 eingeholt. Die Beklagte hat Stellungnahmen des Prof. Dr. H. vom 14.05.2006, 17.07.2006, 25.01.2007 vorgelegt.

Dr. W. hat ausgeführt, der Unfall vom 01.09.1997 habe zu einem Riss des vorderen Kreuzbandes und einem ausgedehnten Abriss des Außenmeniskus geführt, betreffend das Hinterhorn bis in den zentralen Bereich des Meniskus. Diese Verletzung sei ausgesprochen schwerwiegend. Es sei bekannt, dass diese ungünstige Verletzungskombination in erhöhtem Maße zur Ausbildung arthrotischer Veränderungen führe. Durch die Operation am 02.09.1997 habe eine gute, jedoch nicht vollständige Stabilisierung des Gelenkes erreicht werden können. Es bestehe weiterhin eine leichte vordere Instabilität. Die Refixation des Außenmeniskus sei relativ gut gelungen, es sei aber ein basisnaher Riss verblieben, der für den Meniskus selbst und das gesamte Kniegelenk ungünstige Auswirkungen gehabt habe. Die beim Kläger bestehenden Vorschäden seien nur von untergeordneter Bedeutung. Vor dem Unfall am 01.09.1997 hätten beim Kläger am linken Kniegelenk ein Zustand nach Ausbruch eines osteochondralen Fragmentes aus dem femuralen Gleitlager sowie ein korrespondierender Knorpelschaden an der Kniescheibenrückfläche bestanden. Das ausgesprengte Knochenstück sei im Rezessus soweit gefangen gewesen, dass es keine negativen Auswirkungen auf das Kniegelenk gehabt hätte. Dies zeige sich auch daran, dass der Kläger zum Zeitpunkt des Unfalls am 01.09.1997 auf dem Höhepunkt seiner Karriere als Profifußballspieler gewesen sei. Im Verlauf von fünf Jahren sei es als Folge der durch den Unfall verbliebenen Restinstabilität und des verbliebenen Meniskusschadens im Zusammenhang mit hoher sportlicher Belastung zur Entwicklung lateralbetonter arthrotischer Veränderungen am linken Kniegelenk gekommen. Das erneute Ereignis am 17.11.2002 habe neben einer starken Prellung an der Wade zu einer weiteren Rissbildung am Außenmeniskus geführt, wobei das Unfallereignis eine eher untergeordnete Rolle gespielt habe. Als wesentliche Ursache für den Eintritt dieses Risses sei der degenerative Vorschaden als Folge des Ereignisses vom 01.09.1997 zu sehen. Bei der erneut notwendig gewordenen Arthroskopie sei es zu einem Kniegelenkinfekt mit weiterer Schädigung des Gelenkes gekommen. Dieser Kniegelenkinfekt sei als mittelbare Unfallfolge anzuerkennen. Der Unfall vom 01.09.1997 habe als Gesundheitsschaden eine lateral betonte Gonarthrose zur Folge gehabt, die mit einer MdE von 20 v.H. ab dem 18.11.2002 einzuschätzen sei.

Prof. Dr. H. wiederholte seine bisherige Auffassung. Die beim Kläger vorliegenden unfallunabhängigen Knorpelschäden hätten im Laufe der Zeit schicksalhaft zugenommen. Es sei zu einer Arthroseentwicklung gekommen, in dessen Verlauf es eben auch zu degenerativen Meniskusschäden komme, wodurch der Einriss am Außenmeniskus beim späteren Unfall am 17.11.2002 verursacht worden sei. Der unfallunabhängig geschädigte Außenmeniskus sei bei einem Ereignis, das nicht geeignet gewesen sei, einen gesunden Meniskus zu schädigen, erneut basisnah, aber an anderer Stelle, eingerissen. Damit sei auch die erneute Arthroskopie lediglich auf Grund unfallunabhängiger Veränderungen notwendig gewesen, weshalb mögliche Folgeschäden eines möglicherweise aufgetretenen Infektes, der ausdrücklich angezweifelt werde, nicht als mittelbare Unfallfolge zu betrachten seien.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.06.2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.06.2005 zurückzuweisen.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen und zur Ergänzung des Tatbestandes wird im Übrigen auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten, der Gerichtsakten sowie auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 02.10.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.08.2002 ist rechtswidrig und beschwert den Kläger in seinen Rechten ([§ 54 Abs.2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz). Der Kläger hat in Abänderung dieser Bescheide nach dem Ereignis vom 17.11.2002 einen Anspruch auf Verletztenrente gemäß den gesetzlichen Bestimmungen nach einer MdE von 20 v.H ...

Der vom Kläger gestellte Antrag vom 04.07.2001 ist nicht nur als Überprüfungsantrag, sondern auch als Neufeststellungsantrag auszulegen. Da der Bescheid vom 15.10.1998 und der Bescheid vom 13.08.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.02.2000 keine Verwaltungsakte mit Dauerwirkung darstellen, kommt es auf die Voraussetzungen des [§ 48](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. [§ 73 Abs.2, Abs.3](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) nicht an. Um eine erstmalige Rente handelt es sich auch, wenn ihre Voraussetzungen nicht zum frühest möglichen Zeitpunkt nach [§ 72 Abs.1 SGB VII](#) vorliegen, sondern erst später infolge Verschlimmerung eintreten. Dies gilt auch im Fall einer Wiedergewährung wegen Wegfalls der rentenberechtigenden MdE (vgl. Ricke/Kasseler Kommentar, [§ 9 SGB VII](#) Rdnr. 38a).

Nach [§ 56 SGB VII](#) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um mindestens 20 vom Hundert (v. H.) gemindert ist.

Gesundheits- oder Körperschäden sind Folgen eines Arbeitsunfalls, wenn sie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit wesentlich ursächlich oder mitursächlich auf den Unfall zurückzuführen sind. Dabei müssen die Gesundheits- und Körperschäden "voll", das heißt mit an

Sicherheit grenzender, vernünftige Zweifel ausschließender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dagegen gilt die Beweiserleichterung der hinreichenden Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang im Sinne der wesentlichen Bedingung zwischen der versicherten Tätigkeit und der zum Unfall führenden Verrichtung und dem Unfall selbst sowie zwischen dem Unfall und der maßgebenden Erkrankung. Nach dem in der Unfallversicherung geltenden Prinzip der wesentlichen Mitverursachung ist nur diejenige Bedingung als ursächlich für einen Unfall anzusehen, die im Verhältnis zu anderen Umständen wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg und dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen einem Körper- und Gesundheitsschaden und dem Arbeitsunfall ist gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf dem Unfall beruhenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann und wenn die gegen den ursächlichen Zusammenhang sprechenden Faktoren außer Betracht bleiben können, d. h. nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (vgl. [BSGE 32, 203](#), 209; [45, 285](#), 286).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Senat zu der Auffassung gelangt, dass der Kläger am 01.09.1997 einen Arbeitsunfall erlitt, der Gesundheitsstörungen zur Folge hatte, die bleibende Schäden hervorgerufen haben. Der Kläger leidet an einer lateral betonten Gonarthrose links, die als nach dem Ereignis vom 17.11.2002 als Unfallfolge mit einer MdE von 20 v.H. einzuschätzen ist.

Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus der medizinischen Beweisaufnahme in der ersten und zweiten Instanz, insbesondere aus dem Gutachten des Dr. W ... Die Stellungnahmen des Prof. Dr. H. sind nicht überzeugend.

Der Kläger hat am 01.09.1997 einen Unfall erlitten, der eine Kombinationsverletzung mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Abriss des Außenmeniskus zur Folge hatte. Soweit Prof. Dr. H. bereits diese Unfallfolgen bezweifelt, ist dies unerheblich, weil die Beklagte bereits entsprechende Unfallfolgen anerkannt hat. Eine vollständige Wiederherstellung des Außenmeniskus konnte operativ nicht erreicht werden. Der Außenmeniskus wies einen fortbestehenden Riss auf, dessen Auswirkungen durch das kernspintomographisch nachweisbare Spondiosaödem erwiesen sind. Außerdem verblieb eine Restinstabilität trotz der vorderen Kreuzbandplastik. Der Meniskusschaden und die Restinstabilität sind nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. W. im Zusammenhang mit der erheblichen Belastung im Profifußballsport Ursache für die Entwicklung degenerativer bzw. arthrotischer Veränderungen. Die Verletzung vom 01.09.1997 ist als ausgesprochen schwerwiegend anzusehen. Der dadurch entstandene Meniskusrisse von 4 cm kann entgegen der Darstellung von Prof. Dr. H. auch nicht als geringfügig bzw. klein bezeichnet werden. Es ist bekannt, dass diese ungünstige Verletzungskombination in erhöhtem Maße zur Ausbildung arthrotischer Veränderungen führt. Auch beim Kläger ist es im Verlauf von fünf Jahren als Folge der verbliebenen Restinstabilität und des verbliebenen Meniskusschaden im Zusammenhang mit hoher sportlicher Belastung zur Entwicklung lateral betonter arthrotischer Veränderungen am linken Kniegelenk gekommen. Das erneute Ereignis am 17.11.2002 führte neben einer starken Prellung an der Wade zu einer weiteren Rissbildung am Außenmeniskus, wobei das Unfallereignis eine eher untergeordnete Rolle spielte. Wesentliche Ursache für den Eintritt dieses Risses war der degenerative Vorschaden als Folge des Ereignisses vom 01.09.1997. Ein derartiger Meniskusschaden führt zu einer Degeneration des gesamten Meniskus, ebenso wie zu einer Schädigung der korrespondierenden Gelenkfläche. Der degenerative Vorschaden war demnach maßgeblich ursächlich für den Eintritt des weiteren Risses am Außenmeniskus durch das Ereignis vom 17.11.2002. Bei der erneut notwendig gewordenen Arthroskopie kam es zu einem Kniegelenkinfekt mit einer weiteren Schädigung des Gelenkes. Dieser Kniegelenkinfekt ist nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. W. als mittelbare Unfallfolge anzuerkennen.

Die beim Kläger vor dem Unfall vom 01.09.1997 bestehenden Schäden waren für diese Entwicklung nur von untergeordneter Bedeutung. Es bestanden Knorpelschäden an Patella und femuralem Gleitlager, die für sich alleine jedoch nicht zu einer wesentlichen Beeinträchtigung geführt hätten. Zum Unfallzeitpunkt bestand ein Zustand nach Ausbruch eines ca. 2,1 x 1,2 x 0,5 cm großen Knorpel-Knochenstückes aus dem femuralen Gleitlager. Dieses ausgebrochene Knorpel-Knochenfragment war ohne wesentliche Störung der Gelenkmechanik im oberen Rezessus des Gelenkes liegen geblieben. Der Senat geht davon aus, dass es sich insoweit um eine Folge einer früheren Verletzung handelt, die zu dem Knorpelschaden am Patellafirst geführt hat. Diese Veränderungen waren für die weitere Schadensentwicklung am linken Kniegelenk zur Überzeugung des Senats nicht wesentlich.

Der Auffassung von Prof. Dr. H., wonach beim Kläger lediglich unfallunabhängige Knorpelschäden bestehen, die im Laufe der Zeit schicksalhaft zugenommen haben, so dass es zu einer Arthroseentwicklung und in dessen Verlauf auch zu degenerativen Meniskusschäden gekommen ist, kann sich der Senat nicht anschließen.

Dabei ist bereits der Ausgangspunkt nicht überzeugend. Prof. Dr. H. geht davon aus, dass der vorbestehende Knorpelschaden am lateralen Femurcondylus Folge einer vorangegangenen krankhaften Schädigung des Kniegelenkes war im Sinne einer Osteochondrosis dissecans, also einer Erkrankung im Jugendalter bzw. am Wachstumsende. Es handelt sich insoweit um eine Erkrankung, bei der es infolge einer lokalen Durchblutungsstörung zu einer segmentalen Knochennekrose kommt. Das Absterben des Knochens führt zu dessen Einbruch. Der Knorpel bleibt oftmals über längere Zeit intakt, kann jedoch auf Grund der eingesunkenen Unterfläche oft reißen und unter Umständen aus dem Verbund gelöst werden. Das so entstehende Dissekat besteht im Wesentlichen aus Knorpel, allenfalls bedeckt mit einer dünnen Knochenschicht. Dieses Dissekat hätte beim Kläger mehr als zehn Jahre im Gelenk liegen müssen. Nach dieser Zeit wäre von der möglichen dünnen Knochenschicht kaum noch etwas vorhanden gewesen. Es wäre somit ein völlig anderes Erscheinungsbild anzunehmen, wenn es sich bei dem Fragment tatsächlich um ein Dissekat im Rahmen einer krankhaften Osteochondrosis dissecans gehandelt hätte. Zudem hinterlässt nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. W. eine solche Erkrankung in aller Regel lebenslang Veränderungen im Röntgenbild und müsste auch im Kernspintomogramm jederzeit erkennbar sein. Dies war jedoch nicht der Fall. Dr. W. hat zudem überzeugend darauf hingewiesen, dass dieses Krankheitsbild nahezu ausnahmslos am medialen Femurcondylus, nicht aber am lateralen Femurcondylus vorkommt. Außerdem ist es nicht vorstellbar, dass diese Erkrankung im Jugendalter unentdeckt geblieben wäre. Bei einem so ausgedehnten Dissekat hätten schwerwiegende Beschwerden auftreten müssen. Keinesfalls wäre der Kläger in der Lage gewesen, mit einem solchen Schaden am linken Kniegelenk Fußball zu spielen oder gar Profifußballer zu werden.

Auch die weiteren Ausführungen von Prof. Dr. H. sind weder schlüssig noch widerspruchsfrei. Für den Senat ist es insbesondere nicht überzeugend, wenn Prof. Dr. H. annimmt, dass der durch den Unfall am 01.09.1997 erfolgte, seiner Auffassung nach "kleine" Einriss am Hinterhorn des Außenmeniskus derart durch die Naht versorgt worden sei, dass Folgeschäden daraus nicht angenommen werden können. Dies widerspricht zum einen einer früheren Stellungnahme, wonach auch Prof. Dr. H. davon ausgeht, dass der am 25.11.2002 festgestellte Außenmeniskusschaden auch Folge der Meniskusnaht vom 02.09.1997 war. Nach dem Unfall vom 01.09.1997 konnte vor allem aber eine

vollständige Wiederherstellung des Außenmeniskus nicht erreicht werden. Der Außenmeniskus wies einen fortbestehenden Riss auf, dessen Auswirkungen durch das kernspintomographisch nachweisbare Spondiosaödem am korrespondierenden Tibiaplateau erwiesen sind (Kernspintomogramm vom 22.03.1998). Der im Rahmen des Ereignisses vom 17.11.2002 eingetretene weitere Einriss im hinteren Bereich des Meniskus, dessen Ränder degenerative Veränderungen aufwiesen, ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dadurch verursacht worden, dass es im Rahmen der operativen Versorgung am 02.09.1997 nicht zu einer vollständigen Heilung des Meniskusgewebes gekommen war. Der Riss ist bereits wenige Wochen nach dem Unfall vom 01.09.1997 erneut aufgetreten, jedenfalls war er bereits in der Kernspintomographie vom 22.03.1998 nachgewiesen. Das Ereignis vom 17.11.2002 betraf damit einen Außenmeniskus, der in erheblicher Weise vorgeschädigt war. Es ist für den Senat nachvollziehbar, dass ein derartiger Meniskusschaden, wie durch den Unfall vom 01.09.1997 verursacht, zu einer Degeneration des gesamten Meniskus ebenso wie zu einer Schädigung der korrespondierenden Gelenkfläche führt. Die Auffassung von Prof. Dr. H., man könne den Meniskus in einen gewissermaßen intakten und in einen vorgeschädigten Bereich unterteilen, ist nicht überzeugend. Die Vorstellung, dass das Ereignis vom 17.11.2002 zu einem Riss im gewissermaßen nicht vorgeschädigten Bereich des Außenmeniskus geführt hat, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. H. widerspricht sich auch darin, wenn er die Auffassung vertritt, das Unfallereignis vom 17.11.2002 sei nicht geeignet gewesen, einen intakten Außenmeniskus zu verletzen. Wenn dies der Fall ist, so war der zusätzliche Einriss am Außenmeniskus nur dadurch möglich, dass ein entsprechender Vorschaden bestand, der nur als Folge des Ereignisses vom 01.09.1997 aufgefasst werden kann.

Der Senat geht nach den überzeugenden Ausführungen von Dr. W. davon aus, dass der degenerative Vorschaden aufgrund des Unfalls vom 01.09.1997 maßgeblich ursächlich für den Eintritt des weiteren Risses am Außenmeniskus war. Das Unfallereignis selbst spielt hier eine eher untergeordnete Rolle und war nur der Anlaß für den eingetretenen Schaden. Es handelte sich daher um einen Folgeunfall des Ereignisses vom 01.09.1997. Beim Kläger bestanden demnach als Unfallfolgen vom 01.09.1997 eine Restinstabilität des Gelenkes, ein degenerativer Schaden am Außenmeniskus und ein damit im Zusammenhang stehender Knorpelschaden im lateralen Kompartiment. Die Folgen dieses Unfalls führten im Verlauf zu degenerativen Veränderungen, bevorzugt im Bereich des lateralen Kompartiments mit Entwicklung einer auch radiologisch erkennbaren lateral betonten Gonarthrose. Die vorbestehenden Knorpelschäden an Patella und femuralem Gleitlager sind von untergeordneter Bedeutung und zudem durch die unfallbedingten wiederholten Reizzustände und die verbliebene Restinstabilität verschlimmert worden. Das Ereignis vom 17.11.2002 hat nicht zu einer zusätzlichen nachweislichen Schädigung geführt.

Als Folge des Unfalls vom 01.09.1997 besteht daher mit der im Unfallversicherungsrecht erforderlichen Wahrscheinlichkeit eine lateral betonte Gonarthrose. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der beim Kläger vorliegenden Gesundheitsstörung ist hinreichend wahrscheinlich.

Die Auffassung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Landesstelle G., Österreich, kann eine andere Einschätzung nicht rechtfertigen. Der beauftragte Gutachter Dr. S. wertete das Ereignis vom 17.11.2002 als eine nicht richtunggebende Verschlimmerung eine vorbestehenden Leidens, begrenzt auf einen Zeitraum von etwa drei Monaten. Es handelt sich insoweit nach den überzeugenden Darlegungen von Dr. W. um eine pragmatische Entscheidung zu Gunsten des Versicherungsträgers.

Die Höhe der MdE ist mit 20 v.H. ab dem 18.11.2002 zutreffend festgestellt.

Die Entscheidung der Frage, in welchem Umfang die Erwerbsfähigkeit eines Verletzten gemindert ist, ist eine tatsächliche Feststellung, die das Gericht gemäß [§ 128 Abs.1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft ([BSGE 4, 147](#), 149; [BSGE 6, 267](#), 268; BSG, Urteil vom 23.04.1987 - 2 Ru 42/86). Die Bemessung des Grades des unfallbedingten MdE richtet sich nach dem Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Verletzten durch die Unfallfolgen und nach dem Umfang der dem Verletzten dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Die Beurteilung, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind, betrifft in erster Linie das ärztlich-wissenschaftliche Gebiet. Doch ist die Frage, welche MdE vorliegt, eine Rechtsfrage. Sie ist ohne Bindung an ärztliche Gutachten unter Berücksichtigung der Einzelumstände nach der Lebenserfahrung zu entscheiden. Ärztliche Meinungsäußerungen hinsichtlich der Bewertung der MdE sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Einschätzung des Grades der MdE, vor allem soweit sich diese darauf bezieht, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind (BSG, SozR 2200 § 581 Nrn.23, 27).

Dr. W. hat die MdE nachvollziehbar mit 20 v.H. eingeschätzt. Dies entspricht auch der Bewertung durch Dr. K. und Prof. Dr. P. und steht in Übereinstimmung mit der einschlägigen Begutachtungsliteratur. Eine Arthrose ist danach je nach Funktionsbehinderung mit einer MdE von 10 bis 30 zu bewerten (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage, S. 724; Mehrhoff/Meindl/Muhr, Unfallbegutachtung, 11. Auflage, S.168). Die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Kniegelenksschäden wird hauptsächlich bestimmt durch Verminderung der Beweglichkeit, unphysiologische Zunahme der Beweglichkeit und Schmerzhaftigkeit (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S.723.) Die Beweglichkeit des linken Kniegelenkes ist beim Kläger endgradig schmerzhaft eingeschränkt. Das Kniegelenk kann zwar voll gestreckt, jedoch nicht überstreckt werden. Bei einer Beugstellung von etwa 130 Grad wird ein Schmerz angegeben, der bei Beugeversuchen über dieses Maß als stark zunehmend angegeben wird. Bei der Prüfung der Stabilität zeigte sich eine leichte vordere Schublade, die im Vergleich zur rechten Seite deutlich erschien. Unter Berücksichtigung dieser Funktionseinschränkungen ist die Bewertung der MdE mit 20 v.H. gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits im maßgebenden Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-09-06