

L 9 U 130/20

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Unfallversicherung
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 30 U 106/14
Datum
03.06.2020
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 9 U 130/20
Datum
27.01.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1) Entscheidend für die Feststellung der Unfallfolgen und der hieraus abzuleitenden MdE sind die unmittelbar respektive in nahem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis erhobenen medizinischen Befunde.
2) Es widerspricht jeglicher Lebenserfahrung, einen Sturz von einer Leiter nicht gegenüber dem unmittelbar nach dem Unfallereignis konsultierten Arzt anzugeben. Bei einem Leitersturz handelt es sich um ein derart prägnantes Ereignis, das man bei der Erstbehandlung schwerlich vergessen kann oder anders darstellen würde.
3) Das für einen privaten Zweck erstellte Gutachten orientiert sich an den Regeln für die Begutachtung in der privaten Unfallversicherung als Teil des Zivilrechts. Die Kausalitätsprüfung vollzieht sich hier wie im allgemeinen Haftpflichtrecht. Die dortigen Grundsätze sind andere und nicht ohne weiteres auf das gesetzliche Unfallversicherungsrecht übertragbar. Insbesondere werden Fragen des Unfallhergangs, des dokumentierten Erstschadensbefundes unmittelbar nach dem Unfallereignis, relevante Vorerkrankungen und des Ursachenzusammenhangs nicht beleuchtet.

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 3. Juni 2020 wird zurückgewiesen.
- II. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Verletztenrente über den 30. September 2010 hinaus aufgrund des Arbeitsunfalles vom 17. November 2007 und des Folgeunfalles vom 7. April 2011.

Der 1961 geborene Kläger ist als selbstständiger Kfz-Sachverständiger tätig. Am 17. November 2007 rutschte er mit der linken Hand beim Einrichten eines digitalen Teilnehmeranschlusses (DSL-Anlage) im Büro ab und stieß dabei mit dem linken Ellbogen in ein scharfes Messer. Der von ihm sofort aufgesuchte Durchgangsarzt Prof. Dr. C. befundete ausweislich des Durchgangsarztberichtes vom 19. November 2007 eine ca. 1,5 cm lange Einstichstelle direkt proximal des Epicondylus ulnaris und diagnostizierte eine Läsion des Nervus ulnaris. Nach Untersuchung des Klägers erstattete der Arzt für Neurologie und Psychiatrie D. am 5. Dezember 2007 einen Befundbericht und diagnostizierte über eine traumatische Nervus-ulnaris-Läsion links hinaus eine Ulnarisparesis links und eine traumatische Nervus-medianus-Läsion links. Dabei beschrieb er eine ca. 2 cm lange, offene Wunde an der Innenseite des linken Oberarms und eine ca. 4 cm proximal verlaufende offene Wunde des Ellenbogens. Nach zunächst offener Wundbehandlung, dann gesetzter Sekundärnaht, kam es im Anschluss zu einer Infektion, die mehrere operative Revisionen, unter anderem die mehrfache Ausräumung von infizierten Hämatomen im Bereich der Wunde erforderlich machte. Unter Antibiotika-Therapie war der Wundheilungsverlauf zwar reizlos, dies jedoch bei persistierenden, neurologischen Defiziten. Auf Veranlassung der Beklagten erstattete Dr. E. unter dem 9. September 2008 nach ambulanter Untersuchung des Klägers ein erstes Rentengutachten und stellte dabei als wesentliche Unfallfolgen ein Taubheitsgefühl des linken Ober- und Unterarmes sowie der Hand, eine Kraftminderung mit Gebrauchsminderung des linken Armes dadurch, ziehende Schmerzen im Narbenbereich, vor allem unter Belastung zunehmend, fest. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bewertete er vom 20. August 2008 bis zum dritten Jahr nach dem Unfallereignis mit 20 vom Hundert (v. H.). In seinem neurologischen Zusatzgutachten vom 3. Dezember 2008 befundete Herr D. unfallbedingt eine dauerhafte Schädigung des Nervus ulnaris links nach Messerstichverletzung im Bereich der Medialseite des linken Oberarmes und gelangte auf neurologischem Fachgebiet zu einer MdE von 20 v. H. Eine neurologische Nachuntersuchung empfahl er in

einem Jahr. Nachdem Dr. E. unter Einbeziehung dieses Gutachtens die Gesamt-MdE mit Schreiben vom 27. Januar 2009 auf 20 v. H. festgesetzt hatte, erkannte die Beklagte das Ereignis vom 17. November 2007 als Arbeitsunfall und eine Rente als vorläufige Entschädigung ab dem 9. Juni 2008 nach einer MdE von 20 v. H. an. Als Folgen des Versicherungsfalles wurden festgestellt: erhebliche Kraftminderung des linken Armes und der linken Hand mit hierdurch verminderter Gebrauchsfähigkeit des linken Armes und der linken Hand, Sensibilitätsstörung im linken Unterarm, der linken Hand und der Finger der linken Hand nach traumatischer Durchtrennung des Nervus ulnaris und hierdurch verursachter Teillähmung des Nervus ulnaris links.

Am 12. Oktober 2009 erstattete Dr. E. zur Nachprüfung der MdE ein weiteres Rentengutachten. Unter Verneinung von Änderungen gegenüber dem früheren Befund gelangte er weiterhin zu einer MdE von 20 v. H., Herr D. mit gleichen Diagnosen wie zuvor auf neurologischem Fachgebiet zu einer MdE von 30 v. H. (Arztbrief vom 17. Dezember 2009), eine wesentliche Besserung schloss er aus. Zu den Expertisen äußerte sich Dr. F. beratungsärztlich am 27. Dezember 2009 dahin, dass eine wesentliche Änderung nicht zu erkennen sei und eine gründliche und vollständige Schilderung der Verletzungsfolgen auf beiden Fachgebieten nicht vorliege. Im Rahmen der von der Beklagten daraufhin ergänzend veranlassten Ermittlungen erstattete Herr G., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, am 5. August 2010 ein nervenfachärztliches Zusatzgutachten. Auf seinem Fachgebiet diagnostizierte er eine leicht- bis zum Teil mittelgradige senso-motorische Nervus-ulnaris-Parese links und schätzte die MdE von nervenfachärztlicher Sicht aus mit 10 v. H. ein. Das zweite Rentengutachten legte Prof. Dr. H., Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, der Beklagten am 17. August 2010, ebenfalls nach ambulanter Untersuchung des Klägers, vor. Als noch bestehende Unfallfolgen bezeichnete er ein Taubheitsgefühl des linken Ober- und Unterarmes sowie der Hand links, eine Kraftminderung im Bereich der linken Hand, die im Messblatt dargestellten Umfangs- und Bewegungsausmaße sowie die in der neurologischen Zusatzbegutachtung festgestellten Folgen. Die MdE auf unfallchirurgischem Gebiet bewertete er mit 10 v. H., wegen Überschneidung der Befunde die Gesamt-MdE ebenfalls mit 10 v. H. Dieser Einschätzung schloss sich der Beratungsarzt der Beklagten Dr. J. mit Stellungnahme vom 2. September 2010 an.

Nach Anhörung des Klägers entzog die Beklagte dem Kläger mit Bescheid vom 21. September 2010 gestützt auf die beiden letztgenannten Gutachten die Rente mit Ablauf des Monats September 2010. Als Folgen des Versicherungsfalles bestünden noch eine Kraftminderung im Bereich der linken Hand, eine Sensibilitätsstörung im linken Unterarm, der linken Hand und der Finger der linken Hand nach traumatischer Durchtrennung des Nervus ulnaris mit hierdurch verursachter Teillähmung des Nervus ulnaris links. Die Erwerbsfähigkeit würde hierdurch nicht mehr in rentenberechtigendem Grad gemindert. Den Widerspruch des Klägers hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. März 2011 zurück. Die dagegen erhobene Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt (Aktenzeichen S 12 U 52/11) nahm der Kläger zurück.

Am 7. April 2011 erlitt der Kläger einen weiteren Unfall. In dem Durchgangsarztbericht von Dr. K. vom gleichen Tage findet sich folgende Unfallschilderung: „Bei der Demontage eines Kfz-Rades ist dieses abgerutscht und hingefallen, dabei hat sich der UV den linken Unterarm und den rechten Ellenbogen verletzt“. Der Arzt befandete Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen im linken Oberarm und Ellenbogen, äußerlich seien keine Verletzungsfolgen sichtbar, Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien ohne Befund. Diagnostiziert wurde eine Zerrung des linken Oberarmes und Ellenbogens. Das Unfallereignis schilderte der Kläger am 3. Juni 2011 auf einem Fragebogen der Beklagten wie folgt: „Bei Montagearbeiten ist durch einen Krampfanfall im linken Oberarm eine Felge auf den linken Arm gefallen und beim Abdrehen das rechte Bein verdreht. Der linke Arm und das rechte Bein wurden hierbei verletzt.“ In einem Telefonat mit der Beklagten am 22. Juni 2011 konkretisierte der Kläger das Unfallgeschehen dahin, dass er keinen Anfall „im Kopf“ gehabt habe, ihm sei nicht schwarz vor Augen oder Ähnliches geworden. Durch den Arbeitsunfall vom 17. November 2007 sei er in seiner Hand so sehr gehandicapt, dass er einen Krampfanfall im Arm bekommen habe. Auf einmal habe er einfach keine Kraft mehr gehabt, sodass ihm die Felge aus der Hand gefallen sei. Am 15. Juni 2011 wurde wegen fortbestehender Beschwerden im rechten Kniegelenk im Zentrum für Radiologische Diagnostik Mannheim eine MRT durchgeführt. Die Befunde beurteilend führte Dr. L. aus, dass sich einerseits degenerative Veränderungen des Kniegelenks mit kleiner, osteochondrotischer Defektbildung am medialen Tibiaplateau, andererseits eine komplexe Innenmeniskushinterhornschädigung mit eher Fragmentation als einer eigentlichen Rissbildung finde, zusätzlich eine angedeutete Haarlinie im Bereich des Außenmeniskusvorderhorns, sodass ein drohender, schräg verlaufender Einriss anzunehmen sei. Die Ligamente seien intakt. Zu sehen sei ein kräftiger Erguss und eine Bakerzyste. „Zusätzlich dann wohl eher frischerer Genese“ zeige sich eine gut 13 bis 14 mm messende Defektbildung des Knorpels des lateralen Tibiaplateaus im Sinne einer wohl abgesicherten Knorpelflake. Letztere sei nicht zweifelsfrei innerhalb des Gelenkspalts abgrenzbar, darunter ein liegendes flächiges Bone bruise als Zeichen der vermehrten Belastung. Nach diversen Berichten über den Heilungsverlauf durch die behandelnden Ärzte des Klägers holte die Beklagte ein weiteres nervenfachärztliches Gutachten ein. In seiner Expertise vom 6. Februar 2013 führte Herr D. aus, dass klinisch wie elektrophysiologisch noch eine leichtgradige sensomotorische Nervus ulnaris-Parese links als Unfallfolge vom 17. November 2007 nachweisbar sei. Der Unfall vom 7. April 2011 habe keine Verschlimmerung der neurologischen Ausfälle verursacht, auch seien keine weiteren neurologischen Defizite hinzugekommen. Die neurologische MdE läge „weiterhin bei 10 %“. Mit einer Nachfolgebegutachtung beauftragte die Beklagte im Weiteren die Dres. K. und E. Vorgelegt wurde daraufhin unter dem 12. August 2013 unter deren Briefkopf ein fach-/unfallchirurgisches Gutachten, das von dem Facharzt für Orthopädie Dr. M. unterzeichnet wurde. Nach dessen Auffassung sei es „nicht ganz abwegig“, wenn der Kläger davon ausgehe, dass der Unfall vom 7. April 2011 ohne den Unfall vom 17. November 2007 wahrscheinlich nicht stattgefunden habe. Die Vergleichsbefundung des MRT-Befundes vom 22. Mai 2013 mit den Befunden vom 15. Juni 2011 hätte bei Zustand nach Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns rechts eine Verschmächigung des medialen Knorpelüberzugs ohne Nachweis einer umschriebenen Defektbildung ergeben. Der Knorpeldefekt des seitlichen Tibiaplateaus sei zum Zeitpunkt der jüngeren Untersuchung mit Gewebe aufgefüllt. Das bei der Voruntersuchung bestehende Knochenmarködem komme bei der aktuellen Untersuchung nicht zur Darstellung. Ein Gelenkerguss und eine Bakerzyste im Gegensatz zur Untersuchung am 21. Mai 2013 seien nicht mehr vorhanden. Es bestehe die Gefahr, dass das Verdrehtrauma vom 7. April 2011 bei bestehender Vorschädigung zu einem frühzeitigeren Verschleiß im Sinne einer Arthrosebeschleunigung im rechten Knie führen könnte, als dies ohne den Unfall vom 7. April 2011 der Fall wäre. Sich den Ausführungen von Herrn D. anschließend, bewertete er die durch den Unfall vom 17. November 2007 bedingte Beeinträchtigung bezüglich des linken Armes mit einer MdE von 10 v. H. Sollte der Unfall vom 7. April 2011 als Folge des Unfalls vom 17. November 2007 anerkannt werden, komme unter Berücksichtigung der beklagten Beschwerden am rechten Kniegelenk zurzeit eine Gesamt-MdE von 15 v. H. zustande. Dem unfallchirurgischen Gutachten schloss sich der Beratungsarzt der Beklagten Dr. N. nicht an. Bereits aus der MRT des Kniegelenks rechts vom 15. Juni 2011 werde offenkundig, dass die Veränderungen im Knie durchweg nicht Unfallfolge seien. Da keine begleitende Bandverletzung als Zeichen des Überschreitens der physiologischen Gelenkbeweglichkeit nachweisbar sei, seien die Meniskusveränderungen sicher nicht Unfallfolge. Eine verbliebene MdE seitens des Kniegelenks sei nicht nachvollziehbar.

Mit Bescheid vom 4. September 2013 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers, für den Versicherungsfall vom 17. November 2007

beziehungsweise den Folgeunfall vom 7. April 2011 eine Rente festzustellen, ab. Wie bisher läge wegen der Folgen des Arbeitsunfalls eine rentenberechtigende MdE über den 30. September 2010 hinaus nicht vor. Als Unfallfolgen „dieses“ Versicherungsfalles erkannte die Beklagte bezogen auf den linken Arm eine Kraftminderung im Bereich der Hand, Sensibilitätsstörung am Unterarm, der Hand und der Finger nach traumatischer Durchtrennung des Nervus ulnaris mit hierdurch verursachter leichtgradiger Lähmung des Nervus ulnaris an, bezogen auf das rechte Bein eine ohne wesentliche Folgen verheilte Knieinstabilität. Nicht anerkannt als Folgen dieses Versicherungsfalles, weder im Sinne der Entstehung noch im Sinne der Verschlimmerung, wurden die Folgen der degenerativen Veränderungen im rechten Kniegelenk.

Im Widerspruchsverfahren legte der Kläger ein von dem Leiter der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg unter Mithilfe des Oberarztes Unfallchirurgie PD Dr. Q. für die BY. Versicherungs-AG erstelltes unfallchirurgisches Fachgutachten vom 16. Juli 2013 vor. Zum Unfallhergang führen die Sachverständigen darin aus, der Kläger sei vormittags beim Heben eines Reifens ausgerutscht und habe sich dabei das rechte Kniegelenk verdreht. In der Zusammenfassung und Beurteilung heißt es, der Kläger habe sich am 7. April 2011 ein Kniegelenksverdrehtuma rechts mit traumatischer osteochondraler Läsion an der linken Tibia zugezogen. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 8. Mai 2013 seien an objektifizierbaren Unfallfolgen eine Ersatzknorpelausbildung im Bereich des lateralen Tibiaplateaus und eine endgradige Bewegungseinschränkung am rechten Kniegelenk feststellbar. Trotz guter Regeneration des Knorpeldefektes könne die Verletzung dauerhaft eine Arthrose im rechten Kniegelenk begünstigen, wobei das Risiko einer Arthrosebildung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht geschätzt werden könne. Die unfallbedingte Funktionsminderung der rechten unteren Extremität wurde mit 1/10 Beinwert (5/10) eingeschätzt. Mit Einverständnis des Klägers zog die Beklagte dessen gegenüber der BY. Versicherungs-AG abgegebene Unfallschilderung („bei Montagearbeiten ist durch einen Krampfanfall im linken Arm eine Felge auf den linken Fuß gefallen und beim Anheben das rechte Bein verdreht. Der linke Arm und das linke Bein wurden hierbei verletzt“) bei.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22. Mai 2014 die Gründe des Ausgangsbescheides bekräftigend zurück. Zu dem als Widerspruchsbegründung vorgelegten unfallchirurgischen Fachgutachten den Unfall vom 7. April 2011 betreffend führte die Beklagte aus, dass Gutachten und ärztliche Bescheinigungen, die nicht unter Beachtung der für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Grundsätze erstellt worden seien, für die Berufsgenossenschaft nicht verwertbar seien. Seinen Anspruch hat der Kläger mit Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt vom 4. Juni 2014 weiterverfolgt und die Auffassung vertreten, dass die bei ihm vorliegenden Folgen des Arbeitsunfalls nach wie vor die Festsetzung einer Rente nach einer MdE in Höhe von 20 v. H. rechtfertigten. Vorgelegt hat er dazu ein ärztliches Attest von Dr. K. vom 26. Januar 2015.

Im Rahmen der Sachermittlung von Amts wegen hat das Sozialgericht zunächst einen Befundbericht der behandelnden Ärztin des Klägers Dr. P. vom 5. März 2015 nebst vollständiger medizinischer Dokumentation auch der mitbehandelnden Ärzte eingeholt. Sodann hat das Sozialgericht unfallmedizinische Begutachtungen des Klägers auf neurologischem und unfallchirurgischem Fachgebiet angeordnet. In seiner Expertise vom 6. Oktober 2015 hat der Facharzt für Neurologie und Rehabilitationswesen Dr. R. eine unvollständig rückgebildete Schädigung des Nervus ulnaris links auf den Arbeitsunfall vom 17. November 2007 beziehungsweise auf die Behandlung von dessen Folgen zurückgeführt. Eine Anpassungsstörung sei teilweise auf die Erlebnisverarbeitung der genannten Unfälle, teilweise auch auf anderer Ereignisse wie auf den epileptischen Anfall von Januar 2008 zurückzuführen, diesbezüglich sei eine Trennung schwer möglich. Nach dem im Rahmen seiner Untersuchung gewonnenen Eindruck überwogen jedoch arbeitsunfallfremde Erlebnisse und auch eine Disposition bei der Entstehung dieser leichten psychischen Störung. Als Unfallfolgen lägen eine leichtgradige Schwäche komplexer Greiffunktionen und eine sehr leichtgradige Bewegungsstörung im linken Schultergelenk vor, weiterhin belastungsabhängige Verkrampfungen bei über lange Zeit fortgesetzter Greif- und Haltearbeiten; hinzu kämen Schmerzen im Bereich der unfallverletzten und wiederholt nachoperierten Stelle am linken Oberarm, weiterhin belastungsabhängige Schmerzen am rechten Kniegelenk. Die MdE im Bereich der Nervenschädigung an der linken oberen Extremität habe ab Unfall 20 v. H. betragen. Aus biologischen Gründen dauere die Regeneration eines Ellenervens zwischen einem und eineinhalb Jahren. Im vorliegenden Fall sei der Endzustand daher eineinhalb Jahre nach der Revisionsoperation im Spätsommer 2008 anzunehmen und daher ab Mitte 2009 der jetzt noch nachweisbare Zustand mit einer MdE von 10 v. H. anzusetzen. Der Orthopäde und Unfallchirurg Prof. Dr. F. hat in seinem Gutachten vom 18. Januar 2016 auf den Arbeitsunfall vom 17. November 2007 Schnittverletzungen im Bereich des linken Oberarms mit der daraus resultierenden Nervenläsion des Nervus ulnaris linksseitig zu 100 % zurückgeführt. „Mit großer Wahrscheinlichkeit“ sei der Knorpelschaden im Bereich des lateralen Tibiaplateaus auf den Folgeunfall vom 7. April 2011 zurückzuführen. Die zeitgleich sowohl kernspintomographisch als auch arthroscopisch festgestellte Ruptur bzw. Degeneration im Bereich des Innenmeniskushinterhorns sei eher als unfallunabhängig anzusehen. Anamnestisch führt der Sachverständige aus, bei Montagearbeiten am 7. April 2011 sei es durch einen Krampfanfall im Bereich des linken Oberarms zu einer Verletzung des linken Armes und zu einer Verdrehung des rechten Kniegelenkes gekommen. Für einen direkten Zusammenhang mit dem Unfallereignis spreche bei Beurteilung der Knorpelverletzung zum einen die kernspintomographische Darstellung vom 15. Juni 2011. Hier fände sich eine scharfrandige Defektsituation über eine Größe von ca. 10 bis 12 mm mit abbruchgefährdeten Randpartien, zusätzlich als Zeichen einer relativ frischen Verletzung das subchondrale Ödem. Für einen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 7. April 2011 spreche darüber hinaus die intraoperative Dokumentation des Operateurs Dr. K., der beschreibe, dass bei der Vorarthroskopie das laterale Kompartiment völlig unauffällig gewesen sei und sich nunmehr hier ein lokalisierter dritt- bis viertgradiger Knorpelschaden finde. Inwieweit das Unfallereignis als solches dazu geeignet gewesen sei, eine derartige lokalisierte Verletzung hervorzurufen, sei nicht sicher zu beurteilen. Prinzipiell sei vorstellbar, dass es bei einer akuten Beugebelastung mit Valgusstress und gegebenenfalls auch Rotationskomponente zu einer lokalen Belastung am lateralen Tibiaplateaus kommen könne. Inwieweit es tatsächlich zu einer derartigen Belastungssituation gekommen sei, sei aus den Unterlagen nicht eindeutig zu erkennen. Der Kläger habe am Tag der Begutachtung selbst angegeben, aufgrund der Unfallfolgen vom 17. November 2007 im Bereich des linken Armes bei einem Reifenwechsel einen plötzlichen Krampf in die Hand bekommen zu haben. Er habe daraufhin eine Felge loslassen müssen und habe sich dann das rechte Kniegelenk verdreht. Die durch den Folgeunfall vom 7. April 2011 verursachten Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks beschrieben eine geringgradige Funktionsminderung des rechten Kniegelenks, d. h. Schmerzhaftigkeit bei endgradiger Beugung, verminderte Belastungsfähigkeit mit aktuell noch Muskeldefizit funktionell und Knorpelregeneratbildung im Bereich des lateralen Tibiaplateaus strukturell. Der Grad der MdE der auf den Arbeitsunfall vom 17. November 2007 zurückzuführender Unfallfolgen werde auf neurologischem und orthopädischem Fachgebiet (bei inhaltlicher Überschneidung) auf 10 v. H. eingeschätzt. Die auf den Folgeunfall vom 7. April 2011 festgestellten Unfallfolgen seien mit 5 v. H. einzuschätzen. Auch wenn sich eine Funktionsminderung des rechten Kniegelenks eingestellt habe, finde sich keine spürbare Bewegungseinschränkung, daneben auch keine wesentliche Gelenkinstabilität. Die unter Berücksichtigung der Gutachtenliteratur für eine MdE von 10 v. H. vorauszusetzenden Einschränkungen seien im Bereich des rechten Kniegelenks nicht vorhanden. Insgesamt werde die MdE auf 15 v. H. eingeschätzt.

Den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. F. ist der Kläger mit Schreiben vom 10. April 2017 entgegengetreten. Die von diesem

angesetzte MdE mit 15 v. H. sei zu niedrig bemessen. Zum Unfallhergang vom 7. April 2011 hat der Kläger darin ausgeführt während Montagearbeit (Räderwechsel) einen Krampfanfall im linken Arm erlitten zu haben und die Felge nicht mehr halten können. Reflexartig habe er versucht die Felge abzufangen. Hierbei sei er mit der Felge von der Leiter gestürzt und habe sich den linken Oberarm gezerzt. Beim Sturz sei er dann auf das rechte, verdrehte Knie gefallen. Er habe sofort starke Schmerzen im linken Nacken, Schulterbereich, Arm und rechten Bein (Knie) empfunden.

Zu der Nachfrage des Klägers, warum der Sachverständige die degenerativen Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenkes (AC-Gelenkarthrose und degenerative Supraspinatussehnenruptur) als unfallunabhängig gewertet habe, hat sich Prof. Dr. F. in einer ergänzenden Stellungnahme vom 20. Februar 2018 geäußert. Aufgrund der klinischen Untersuchung vom 22. Juni 2015 und der Auswertung der kernspintomographischen Aufnahmen der linken Schulter vom 4. November 2014 könne nicht eindeutig geklärt werden, dass die vorhandenen degenerativen Veränderungen unfallabhängig aufgetreten seien. Grundsätzlich sei es eher unwahrscheinlich, dass bei aufgrund des Unfalls vorhandenem Schadensbild im Bereich des linken Oberarmes bzw. distal davon, bei einem Rechtshänder eine derartige Überlastung entstehe, dass im Zeitraum von 2007 bis 2014 eine ausgeprägte Arthrose entstehe. Selbst wenn die aufgeführten degenerativen Veränderungen als mittelbare Folge anzusehen wären, hätte dies keinen Einfluss auf die Einschätzung der MdE.

Auf Antrag des Klägers hat das Sozialgericht sodann ein orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten bei Dr. S. nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholt. In seiner Expertise ohne Datum, bei dem Sozialgericht eingegangen am 14. Februar 2019, hat der Sachverständige als Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 einen Teilschaden des Nervus ulnaris links mit Kraftminderung des Faustschlusses links, Kraftminderung der Fingerspreizung links, Missempfindungen im Bereich der drei ellenseitigen Finger und eine Verminderung der Handspanne links sowie eine 16 cm messende Narbe, tiefe Wundvernarbungen an der Oberarminnenseite links und eine leichtgradige Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit links gesehen. Folgen des Folgeunfalls vom 7. April 2011 sei eine drittgradige Kniearthrose rechts mit Verschmälerung des Gelenkspalts und knöchernen Ausbauten am Gelenkspalt nach Innenmeniskushinterhornriss und Knorpelverletzung im Bereich des äußeren Schienbeinplateaus. Bezogen auf den Unfall vom 7. April 2011 hat der Sachverständige seiner Bewertung folgende Unfallschilderung des Klägers zugrunde gelegt: „Beim Wechsel von Saisonreifen habe ich auf einer Leiter stehend (ca. fünfte Stufe, da er den Reifen aus dem Hochlager holte) eine 18 Zoll Alufelge aus dem Hochlager genommen. Bei Übernahme des Felgengewichts verkrampfte die linke Hand. Beim reflexartigen Nachfassen der Felge bin ich samt Felge von und mit der Leiter umgestürzt. Dabei drehte ich über das rechte Knie ab. Die Leiter fiel um, da ich mit dem Unterschenkel zwischen die Leiterstufen kam.“ Die Unfallfolgen im Bereich des linken Armes bedingten eine MdE von 15 v. H. Die aus dem Folgeunfall vom 7. April 2011 resultierenden Unfallfolgen mit der am Untersuchungstag manifesten Arthrose des rechten Kniegelenks ergäben eine MdE von 20 v. H., wobei als Vorschaden aufgrund der bereits am Unfalltag vorliegenden Gelenkspaltverschmälerung und der zweitgradigen Knorpelschädigung 50 % anzusetzen seien. Als MdE „als mittelbare Folge des Unfalls vom 7. April 2011“ seien ab dem Untersuchungstag 10 v. H. zu werten. Insgesamt ergäbe sich eine MdE vom 1. Oktober 2010 bis 11. Dezember 2018 von 15 v. H. und ab dem 12. Dezember 2018 eine Gesamt-MdE als Folge beider Unfälle von 25 v. H. Der Unfall vom 7. April 2011 erhöhe die Gesamt-MdE bis zum 11. Dezember 2018 nicht, da erst am 12. Dezember 2018 der klinische und radiologische Nachweis einer manifesten Kniearthrose erfolgt sei und die Teil-MdE zuvor weniger als 10 v. H. betragen habe.

Zu dem Gutachten von Dr. S. hat sich Prof. Dr. F. unter dem 12. Dezember 2019 ergänzend geäußert, dabei zunächst klargestellt, dass im Rahmen seiner Exploration ein exakter Unfallhergang vom Kläger nicht geäußert worden sei. Bezüglich des Schadens im Bereich des Innenmeniskushinterhorns begründe Dr. S. die Anerkennung der Meniskusschädigung als Folge des Arbeitsunfalls mit der zugrundeliegenden Sturzanamnese. Bezüglich dieses Unfallhergangs könne bei einem Abrutschen von einer Stufe einer Leiter ohne weiteres der Knorpelschaden im Bereich des rechten Kniegelenks erklärt werden. Um hier einen derartigen Knorpeldefekt im Bereich des lateralen Tibiaplateaus traumatisch hervorzurufen sei neben der Stauchung auch eine gewisse Rotation mit einem X-Bein, d. h. Valgusstress, erforderlich, was grundsätzlich denkbar sei. Problematisch sei bei diesem Unfallhergang dennoch die Folge für den medialen Meniskus. Hier habe sich bereits ein Vorschaden nach arthroskopischer Voroperation gefunden. Aus den kernspintomographischen Aufnahmen wie auch aus dem Operationsbericht von Dr. K. gehe hervor, dass eine komplexe Fragmentation des Innenmeniskushinterhorns bei degenerativen Veränderungen vorhanden gewesen sei. Selbst wenn es zu einer massiven Stauchung mit Rotation im Bereich des lateralen Tibiaplateaus gekommen sei, sei es unwahrscheinlich, dass durch ein solches Trauma auch der Innenmeniskus zu Schaden komme. Eine Stauchung im Valgussinne würde auf der Innenseite eher zu einer Entlastung des medialen Kompartiments führen. Auch wenn grundsätzlich ein Rotationseffekt nicht ausgeschlossen sei, sei der Einfluss auf die vorhandene Degeneration des Innenmeniskus und die dann daraus resultierende komplexe Fragmentation als eher unwahrscheinlich einzustufen. In seiner Stellungnahme dazu vom 14. Oktober 2019 hat Dr. S. auf den in der MRT vom 15. Juni 2011 beschriebenen Knorpeldefekt des lateralen Tibiaplateaus verwiesen, der aufgrund seiner scharfkantigen Ausprägung und Lokalisation nur an ein traumatisches Geschehen denken lasse. Der radiologische Befund grenze ganz ausdrücklich die vorliegende unfallbedingte Meniskusveränderung von einer vorbestehenden, älteren Veränderung ab.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 3. Juni 2020 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente über den 30. September 2010 hinaus. Der bestandskräftige Bescheid vom 21. September 2010 sei hinsichtlich der Regelung, dass keine rentenberechtigende MdE aufgrund des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 über den 30. September 2010 hinaus bestehe, nicht gemäß [§ 44](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) aufzuheben. Der zweite Unfall vom 7. April 2011 - den die Beklagte als Folgeunfall bewertet habe - habe die Unfallfolgen des ersten Unfalls nicht verschlimmert, die neue Unfallfolge in Form einer Knieverletzung begründe weiterhin, auch in Zusammenhang mit dem ersten Unfall, keine rentenberechtigende MdE. Nach dem Gutachten von Dr. R., an dessen Richtigkeit das Gericht keinen Anlass zu Zweifeln habe, sei es bei dem zweiten Unfall 2011 nicht zu einer Verschlimmerung bestehender oder einem Auftreten neuer neurologischer Störungen gekommen. Ob der zweite Arbeitsunfall vom 7. April 2011 über die von der Beklagten anerkannte Kniearthrose hinaus im weiteren Verlauf auch zur Ausbildung einer Kniegelenksarthrose geführt habe - so im Gegensatz zu der Auffassung der Beklagten Prof. Dr. F. und Dr. S. -, könne im Ergebnis dahingestellt bleiben, da sich auch unter Berücksichtigung der Arthrose als Unfallfolge keine MdE in rentenberechtigendem Umfang ergäbe. Weitere Folgen des Arbeitsunfalls vom 7. April 2011 seien nicht bei der MdE-Bewertung zu berücksichtigen. Bei der AC-Gelenksarthrose handle es sich nach den übereinstimmenden Feststellungen von Prof. Dr. F. und Dr. S. nicht um eine Unfallfolge. Nicht als solche anzuerkennen sei der bei dem Kläger diagnostizierte Meniskusschaden. Die Kammer habe es nicht vermocht, sich dem Sachverständigengutachten von Dr. S. insoweit anzuschließen, da dieser von einem nicht vollbeweislich gesicherten Unfallhergang als Hauptargument ausgehe. Den von dem ursprünglichen Unfallvorgang abweichenden, erstmals im Schriftsatz vom 10. April 2017 erwähnten Leitersturz und die erstmals aus dem Gutachten von Dr. S. vom 2019 hervorgehende Unfallschilderung, dass die Leiter mit umgefallen sei, da der Kläger mit dem Unterschenkel zwischen die Stufen gekommen sei, halte die Kammer nicht für vollbeweislich gesichert. Unabhängig davon bewerte der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. F. selbst unter Berücksichtigung dieser zweiten Hergangsdarstellung, mit dem Leitersturz und einer massiven Stauchung mit Rotation im Bereich des

lateralen Tibiaplateaus, eine Verletzung des Innenmeniskus als unwahrscheinlich, was jedoch ebenfalls im Ergebnis dahinstehen könne. Abgesehen davon sprächen in der Abwägung der Gesamtumstände auch noch weitere Aspekte gegen einen Unfallzusammenhang des Meniskusschadens. Das Gericht schließe sich insoweit den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. F. an, der einen Unfallzusammenhang nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit als erwiesen ansehe. Hierfür sprächen zum einem die deutlichen degenerativen Hinweise sowohl in der MRT vom (richtig:) 15. Juni 2011 als auch im OP-Bericht vom 21. November 2011, ebenso spräche der fehlende Nachweis einer Schädigung vom Bandstrukturen eher gegen einen unfallbedingten Meniskusriss. In der ersten bildgebenden Untersuchung nach dem Arbeitsunfall, der MRT vom 15. Juni 2011, seien keine begleitenden Bandverletzungen als Zeichen eines Überschreitens der physiologischen Gelenkbeweglichkeit nachweisbar. Soweit Dr. S. eingewandt habe, dass die geforderten Verletzungen der Bandstrukturen in den zwei Monaten nach dem Unfall bereits hätten ausgeheilt gewesen sein können, dem der Beratungsarzt der Beklagten entgegengetreten ist, könne auch dies im Ergebnis dahingestellt bleiben, da es nichts an dem Umstand ändere, dass eine Schädigung jedenfalls nicht positiv beweislich gesichert sei und als Argument für eine traumatische Meniskusschädigung herangezogen werden könne. Gegen einen Unfallzusammenhang spreche aus Sicht der Kammer auch das Schadensbild. In der MRT vom 15. Juni 2011 habe sich neben degenerativen Veränderungen des Kniegelenks auch eine komplexe Meniskushinterhornschädigung mit eher Fragmentation als eigentlicher Rissbildung und eine eher frische Knorpeldefektbildung im Bereich des Tibiaplateaus gefunden. Das darunter liegende Bone bruise sei als Zeichen vermehrter Belastung zu werten. Dieses Schadensbild spreche eher gegen einen traumatischen Schaden. Da somit einzig der nicht vollbeweislich gesicherte, zuletzt geschilderte Unfallhergang als einziges mögliches Argument für einen Unfallzusammenhang des Meniskusschadens spreche, erscheine der Unfallzusammenhang aufgrund der dargestellten dagegen sprechenden Aspekte (zunächst geschilderter Unfallhergang, fehlender Nachweis von begleitenden Bandverletzungen und Schadensbild) nicht hinreichend wahrscheinlich. Da der Meniskusschaden nicht als Unfallfolge anzuerkennen sei, ergebe sich auch keine rentenberechtigende MdE von 20 v. H. Soweit Dr. S. ab dem 20. Dezember 2018 eine MdE von 25 v. H. ansetze, stehe dies nicht entgegen, da dieser hierbei zu Unrecht den Meniskusschaden als Unfallfolge berücksichtige. Die bei dem Kläger aufgrund des zweiten Arbeitsunfalls vorliegende MdE betrage unter 10 v. H., unter Berücksichtigung des ersten Arbeitsunfalls läge sie bei 15 v. H. Das Gericht schließe sich insoweit den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. F. an.

Gegen die ihm am 20. Juli 2020 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 20. August 2020 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht angebracht.

Im Rahmen der Sachermittlungen von Amts wegen hat der Senat ein orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigen Gutachten von Dr. W. vom 18. März 2021 eingeholt. Als Folgen des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 hat der Sachverständige Funktionsstörungen des linken Ellennervens mit Minderempfindlichkeit der Haut im Versorgungsgebiet, geringgradiger Verschmächigung der Hohlhandbinnenmuskulatur sowie eine Narbe und einen weichteiligen Substanzdefekt an der körperfernen Innenseite des linken Oberarmes bezeichnet. Diese Funktionsbeeinträchtigungen hat er mit einer MdE von 10 v. H. bewertet und als insgesamt sich mit denen auf neurologischem Gebiet deckend angesehen. Entgegen den Vorgutachten hat Dr. W. keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für einen am 7. April 2011 zustande gekommenen Folgeschaden gesehen und dies auch im Einzelnen medizinisch näher begründet. Nach Übersendung der im Verfahren erstellten bildgebenden Befunde hat Dr. W. unter Einbeziehung dieser unter dem 4. März 2022 ergänzend Stellung genommen. Bezogen auf das zweite Unfallereignis hat er ausgeführt, soweit es am 7. April 2011 tatsächlich zu einem erzwungenen Verdrehen des rechten Kniegelenks gekommen sei, könne dies allenfalls zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines schicksalhaft vorbestehenden Gelenkaufbruchs geführt haben. In diesem Fall wäre der in der MRT vom 15. Juni 2011 sichtbare Reizzustand dieses Gelenks Unfallfolge gewesen. Die am 21. November 2011 erfolgte Arthroskopie habe lediglich unfallunabhängige Sachverhalte adressiert. Deutlich zu machen sei nochmals allerdings, dass der Reizzustand des in Rede stehenden Kniegelenks erst Wochen bis Monate im Anschluss an das Geschehen vom 7. April 2011 zustande gekommen sei, was einen Ursachenzusammenhang mit diesem Ereignis unwahrscheinlich mache. Nach Hinweis des Senats, dass der Sachverständige bei seiner Expertise von den bestandskräftigen Feststellungen der Beklagten in Bezug auf die aus dem Arbeitsunfall vom 7. April 2011 resultierende Unfallfolge am rechten Kniegelenk auszugehen habe, hat Dr. W. unter dem 2. Juli 2022 eine weitere ergänzende Stellungnahme vorgelegt. Die am 15. Juni 2011, also etwa zwei Monate nach dem Geschehen angefertigte MRT, zeige einen deutlichen, innenseitig betonten, schicksalhaften Knorpelaufbrauch, was einen dabei zusätzlich zustande gekommenen, strukturellen qualitativen Gewebeschaden unwahrscheinlich mache. Zwar könne sich nach der medizinischen Literatur im Einzelfall ein akuter Schaden mit einer bestehenden älteren Arthrose überlagern, was hiernach jedoch nur dann angenommen werden sollte, wenn gleichzeitig frische Weichteilverletzungen und/oder frische Bandverletzungen zu diagnostizieren seien. Lügen auch noch Knochenödeme vor, müsse der Knorpelschaden als „unklar“ eingeschätzt werden. Die MRT vom 15. Juni 2011 zeige ein Knochenödem in unmittelbarer Nachbarschaft zu einer tiefreichenden Spaltbildung im Knorpelüberzug des außenseitigen Schienbeinkopfes. Ein derartiger Sachverhalt sei keinesfalls beweisend für einen gewaltsam herbeigeführten Unfallschaden, sondern allenfalls bildgebend nicht zu klären. Begleitverletzungen der umliegenden Weichteile seien definitiv nicht zu erkennen. Insgesamt sei damit eine unfallbedingte Knorpelschädigung nicht überwiegend wahrscheinlich. Bei einer lebensnahen Betrachtung hätte eine maßgebliche, unfallnahe Einwirkung auf das betroffene Kniegelenk am 7. April 2011 bereits unmittelbar zumindest zu Schmerzen, wenn nicht gar zu einem Reizzustand mit Ergussbildung geführt. Derartige sei dem Durchgangsarztbericht nicht zu entnehmen. Auseinandergesetzt hat sich Dr. W. in seiner weiteren ergänzenden Stellungnahme zudem mit der Kritik des Klägers an seiner Expertise insgesamt.

Der Kläger sieht sich durch das von ihm vorgelegte, für seine private Unfallversicherung von Prof. Dr. T. und PD Dr. Q. vorgelegte Gutachten bestätigt. Dem Gutachter Dr. W. wirft er fachliche Mängel vor und wirft die Frage nach seiner Qualifikation zur Beurteilung von Verletzungen wie der in Rede stehenden auf. Seinen Angaben zufolge sei Dr. W. seit 30 Jahren gutachterlich tätig, fraglich sei, ob er klinisch überhaupt noch regelmäßig mit Verletzungen wie hier in Berührung komme und operiere. Prof. Dr. T. und den zwischenzeitlich auch habilitierten Prof. Dr. Q. hält er insoweit für fachkundiger.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 3. Juni 2020 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21. September 2010 sowie des Bescheides vom 4. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Mai 2014 zu verurteilen, ihm aufgrund des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 über den 30. September 2010 hinaus, hilfsweise aufgrund des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 in Verbindung mit dem Folgeunfall vom 7. April 2011 ab dem 20. Februar 2012 eine Verletztenrente nach einer MdE in Höhe von mindestens 25 v. H. in gesetzlicher Höhe zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und sieht sich in ihrer unfallrechtlichen Bewertung darin bestätigt, dass strukturelle Schäden, insbesondere die medialbetonte arthrotische Entwicklung am rechten Knie, nicht unfallbedingt und damit auch bei der Bewertung der MdE nicht zu berücksichtigen seien. Zweifel an der Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. W. sehe sie nicht. Auch wenn gewisse Ungenauigkeiten klägerseitig aufgegriffen würden, seien dadurch die fachliche Befähigung des Gutachters sowie die Verwertbarkeit der Expertise selbst nicht in Frage zu stellen.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sachverhalt und zum Vorbringen der Beteiligten im Übrigen wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten verwiesen, die sämtlich Grundlage der Beratung und Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht erhobene Berufung des Klägers ist zulässig (§§ 143, 151 SGG), in der Sache jedoch nicht begründet. Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht die Klage durch das Urteil vom 3. Juni 2020 abgewiesen. Die angegriffenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten im Sinne der §§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente. Eine MdE in rentenberechtigendem Grade besteht weder aufgrund des Arbeitsunfalles vom 17. November 2007 (1) noch aufgrund dieses Arbeitsunfalles in Verbindung mit dem Folgeunfall vom 7. April 2011 (2). Weitere Ermittlungen waren nicht angezeigt (3).

Anspruchsgrundlage für die Gewährung von Verletztenrente ist § 56 SGB VII. Nach dessen Abs. 1 Satz 1 haben Versicherte Anspruch auf Rente, deren Erwerbsfähigkeit infolge des Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist. 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). Die Bemessung der MdE hängt zum einen von den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und zum anderen von dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ab. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten (BSG vom 20. Dezember 2016 - B 2 U 11/15 R). Die Bemessung des Grades der MdE ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG eine tatsächliche Feststellung, die das Tatsachengericht unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles nach § 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen richterlichen Überzeugung trifft (BSG vom 20. Dezember 2016 - B 2 U 11/15 R). Die MdE-Tabellenwerte sind allgemeine (generelle) Tatsachen, die für die Bestimmung des Inhalts einer Rechtsnorm - nämlich des in § 56 Abs. 2 SGB VII verwendeten Begriffs der MdE - und damit für eine Vielzahl gleich gelagerter Fälle relevant sind. Bei einer Vielzahl von Unfallfolgen haben sich im Laufe der Zeit für die Schätzung der MdE Erfahrungswerte herausgebildet. Sie sind in Form von Rententabellen oder Empfehlungen zusammengefasst und dienen als Hilfsmittel für die MdE-Einschätzung im Einzelfall. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten allgemeinen Erfahrungssätze sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber als in sich stimmiges Beurteilungsgefüge die Grundlage für eine gleichförmige Bewertung der MdE, ohne dass hier eine exakte rechtsdogmatische Einordnung der MdE-Tabellen erforderlich wäre (BSG vom 20. Dezember 2016 - B 2 U 11/15 R). MdE-Tabellen bezeichnen typisierend das Ausmaß der durch eine körperliche, geistige oder seelische Funktionsbeeinträchtigung hervorgerufenen Leistungseinschränkungen in Bezug auf das gesamte Erwerbsleben und ordnen körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen einem Tabellenwert zu. Die in den Tabellen und Empfehlungen enthaltenen Richtwerte geben damit auch allgemeine Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperliche Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit aufgrund des Umfangs der den Verletzten versperrten Arbeitsmöglichkeiten wieder und gewährleisten, dass die Verletzten bei der medizinischen Begutachtung nach einheitlichen Kriterien beurteilt werden (BSG vom 20. Dezember 2016 - B 2 U 11/15 R).

1) Die Voraussetzungen des § 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII liegen für den von dem Kläger am 17. November 2007 erlittenen und von der Beklagten mit Bescheid vom 18. Februar 2009 anerkannten Arbeitsunfall nicht (mehr) vor. Die dem Kläger wegen dieses Leistungsfalles zunächst gewährte Verletztenrente nach einer MdE von 20 v. H. wurde durch bestandskräftig gewordenen Bescheid vom 21. September 2010 zum Ablauf des 30. September 2010 entzogen. Ein darüber hinausgehender Rentenanspruch besteht nicht.

Die Beklagte hat dies mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 4. September 2013 in nicht zu beanstandender Weise abgelehnt. Der Bescheid enthält insoweit zwei Verfügungssätze. Abgelehnt wird darin zunächst wegen der Folgen des Arbeitsunfalles vom 17. November 2007 eine Rente festzustellen, weil „wie bisher (...) eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) über den 30.09.2010 hinaus“ nicht vorliege. Mit der weiteren Verfügung in dem Bescheid vom 4. September 2013 wurde dem Antrag des Klägers, für den Versicherungsfall vom 17. November 2007 i.V.m. dem Folgeunfall vom 7. April 2011 eine Rente festzustellen, nicht entsprochen. Diese weitere Entscheidung der Beklagten kann sich denklologisch nur auf Rentengewährungszeiträume ab dem 20. Februar 2012 - die Verletztenzahlung wegen des Unfalles vom 7. April 2011 endete am 19. Februar 2012 - beziehen (§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII).

In Bezug auf die Rentenablehnung über den 30. September 2010 hinaus hat die Beklagte zu Recht eine (Teil-) Rücknahme des Bescheides vom 21. September 2010 im Zugunstenwege abgelehnt. Nach § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB X ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Die Vorschrift durchbricht die materielle Bestandskraft (§ 77 SGG). Ziel des § 44 SGB X ist es, die Konfliktsituation zwischen der Bindungswirkung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes und der materiellen Gerechtigkeit zu Gunsten letzterer aufzulösen. Die Voraussetzungen dieser Regelung liegen nicht vor.

Die Beklagte hat den Sachverhalt von Amts wegen erneut geprüft und ist rechtsfehlerfrei zu dem Ergebnis gekommen, dass das Recht weder unrichtig angewandt worden noch ein Sachverhalt zugrunde gelegt worden ist, der sich als unrichtig erwiesen hätte. Auch aus dem weiteren Verlauf ergibt sich kein über den 30. September 2010 hinausgehender Rentenanspruch des Klägers.

Als Folgen des Arbeitsunfalles vom 17. November 2007 wurden von der Beklagten in dem Bescheid vom 21. September 2010 bestandskräftig folgende Unfallfolgen festgestellt: Kraftminderung im Bereich der linken Hand, Sensibilitätsstörung im linken Unterarm, der linken Hand und der Finger der linken Hand nach traumatischer Durchtrennung des Nervus ulnaris mit hierdurch verursachter Teillähmung des Nervus ulnaris links. Weitere Unfallfolgen wurden weder von dem Kläger geltend gemacht noch ergeben sich solche aus dem medizinischen Berichtswesen. Sowohl der Sachverständige D. (Nervenärztliches Gutachten vom 6. Februar 2013) als auch der

Sachverständige Dr. M. (Fach-/unfallchirurgisches Gutachten vom 12. August 2013) wie auch die im gerichtlichen Verfahren von Amts wegen gehörten Sachverständigen Dr. R. (Gutachten vom 6. Oktober 2015), Prof. Dr. F. (Gutachten vom 18. Januar 2016) und Dr. W. (orthopädisch-unfallchirurgisches Sachverständigengutachten vom 18. März 2021) gehen übereinstimmend bezüglich des linken Armes weiterhin von einer MdE von 10 v. H. aus. Dem tritt der Senat nach eigener Prüfung bei. Die Feststellungen der Sachverständigen lassen Unrichtigkeiten oder Fehlschlüsse nicht erkennen. Alle Mediziner haben sich mit den erhobenen Befunden, den aktenkundigen (Vor-) Befunden, insbesondere den Sachverständigengutachten und dem Vorbringen der Beteiligten, differenziert auseinandergesetzt. Das Ergebnis ist auch mit den Erfahrungswerten in der unfallmedizinischen Literatur vereinbar, wonach bei einem vollständigen Ausfall des unteren Nervus ulnaris eine MdE von 20 v. H., bei einer nur teilweisen Lähmung ein entsprechend geringerer Wert anzuerkennen ist (Schönberger/Mehrtens/Valentin, „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, 9. Aufl. 2017, S. 252). Dies hat auch das Sozialgericht in seiner Entscheidung zutreffend herausgestellt. Soweit Dr. S., der auf Veranlassung des Klägers nach § 109 SGG gehört wurde, zu einer MdE von 15 v. H. kommt, ist dies nicht nachvollziehbar, die Abweichung zu den anderen Gutachten auch nicht näher begründet.

2) Ein Anspruch auf Verletztenrente ergibt sich auch nicht aufgrund des Unfallereignisses vom 7. April 2011, das die Beklagte in dem Bescheid vom 4. September 2013 als Folgeunfall des Arbeitsunfalls vom 17. November 2007 mit der Unfallfolge einer ohne wesentliche Folgen verheilten Knieedorsion des rechten Beines anerkannt hat. Da diese Unfallfolge folgenlos ausgeheilt ist, ergibt sich hierfür keine MdE. Weitere Unfallfolgen - weder als Gesundheitserstschäden noch als damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschäden - bestehen zur Überzeugung des Senats bei dem Kläger nicht.

Ob ein Gesundheitsschaden als weiterer Gesundheitserstschaden eines Arbeitsunfalls anzuerkennen ist (haftungsbegründende Kausalität) und ob er einem Gesundheitserstschaden des Arbeitsunfalls als Unfallfolge zuzurechnen ist (haftungsausfüllende Kausalität), beurteilt sich jeweils nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung. Danach erfordert die Zurechnung eines Schadens eines Versicherten zum Versicherungsträger zweistufig die Erfüllung erstens tatsächlicher und zweitens darauf aufbauender rechtlicher Voraussetzungen: Die Einwirkung muss den (weiteren) Gesundheitserstschaden und ein Gesundheitserstschaden die Unfallfolge sowohl objektiv (1. Stufe) als auch rechtlich wesentlich (2. Stufe) verursacht haben (BSG vom 17. Dezember 2015 - [B 2 U 8/14 R](#)). Die erste Stufe beruht auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis, wonach jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel, sog. *conditio sine qua non* (BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#)). Zudem muss die Einwirkung durch die versicherte Verrichtung (sowie der Gesundheitserstschaden) eine Ursache sein, also eine Bedingung, die erfahrungsgemäß die infrage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführt, mithin nicht eine bloß im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung ist (BSG vom 17. Dezember 2015 - [B 2 U 8/14 R](#)). Die Bedingungstheorie schließt allerdings nur Bedingungen aus, die nach der Erfahrung unmöglich Ursachen sein können (BSG vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 23/11 R](#)). Ob eine Ursache vorliegt, muss *ex post* nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen beantwortet werden (BSG vom 26. Juni 2014 - [B 2 U 4/13 R](#); BSG vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#); BSG vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#)). Auf der 1. Stufe ist schließlich auch festzustellen, ob es neben der versicherten Ursache für die Einwirkung noch andere konkurrierende nichtversicherte Ursachen (z. B. Krankheitsanlagen) gab.

Ist die versicherte Tätigkeit keine Ursache für die äußere Einwirkung und den Gesundheitserstschaden, besteht keine Unfallkausalität und somit keine Einstandspflicht des Unfallversicherungsträgers. Steht hingegen die versicherte Tätigkeit als Ursache fest, muss sich auf der 2. Stufe die Einwirkung rechtlich unter Würdigung auch aller weiteren, auf der 1. Stufe festgestellten mitwirkenden nichtversicherten Ursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten Versicherungstatbestands fallenden Gefahr darstellen. Bei dieser Rechtsfrage nach der „Wesentlichkeit“ der versicherten Verrichtung für die Einwirkung bzw. den Erfolg der Einwirkung muss beurteilt werden, ob sich durch das zum Unfallereignis führende versicherte Handeln ein Risiko verwirklicht hat, gegen das der jeweils erfüllte Versicherungstatbestand gerade Schutz gewähren soll (BSG vom 26. Juni 2014 - [B 2 U 4/13 R](#); BSG vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#)). Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Verrichtung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Einwirkung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht (BSG vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#)). Vielmehr sind die versicherten und die auf der ersten Zurechnungsstufe festgestellten unversicherten Ursachen und ihre Mitwirkungsanteile in einer rechtlichen Gesamtbeurteilung anhand des zuvor festgestellten Schutzzwecks des Versicherungstatbestandes zu bewerten (BSG vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#); BSG vom 13. November 2012 - [B 2 U 19/11 R](#)). Andere unversicherte Ursachen können die rechtliche Zurechnung ausschließen. Das ist der Fall, wenn die unversicherten Ursachen das Unfallgeschehen derart geprägt haben, dass sie die versicherte Ursache verdrängen, so dass der Schaden „im Wesentlichen“ rechtlich nicht mehr dem Schutzbereich des jeweiligen Versicherungstatbestandes unterfällt. Als kausal und rechtserheblich werden dabei nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs abgeleitet werden (vgl. dazu Becker, SGB 2007, 721, 722 f. m. w. N.).

Für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit; diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden, so dass die reine Möglichkeit nicht ausreicht (BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#)). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den Unfallfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss. Es gibt im Bereich des gesetzlichen Unfallversicherungsrechts keine Beweisregel, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexem Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde. Es reicht daher zur Begründung des ursächlichen Zusammenhangs nicht aus, gegen diesen Zusammenhang sprechende Umstände auszuschließen (BSG vom 9. Mai 2006 - [B 2 U 1/05 R](#)). Ebenso wenig gibt es einen Erfahrungssatz „*post hoc, ergo propter hoc*“ (nach dem Unfall, also durch den Unfall - vgl. LSG Sachsen-Anhalt vom 13. März 2008 - [L 6 U 161/02](#)). Zur Begründung der unfallversicherungsrechtlichen Kausalität reichen daher Beschwerden, die nach einem Unfall auftreten und vorher nicht oder nicht in diesem Maße verspürt worden sind, für sich alleine betrachtet nicht aus (Senatsurteil vom 13. März 2020 - [L 9 U 3/18](#)).

Der Kläger leidet, wie der Senat den Sachverständigengutachten von Prof. Dr. F., Dr. S. und Dr. W. entnimmt, am rechten Knie an einem Knorpelschaden und einer zwischenzeitlich daraus resultierenden Kniearthrose mit Funktionseinschränkungen und Schmerzen. Diese Gesundheitsstörungen sind zur Überzeugung des Senats nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall vom 7. April 2011 zurückzuführen.

Soweit Prof. Dr. F. den Knorpelschaden im Bereich des lateralen Tibiaplateaus auf den Folgeunfall vom 7. April 2011 zurückführt, Dr. S. darüber hinaus auch die erstmals von ihm diagnostizierte Kniearthrose und den Meniskusriss, mithin von einem Zurechnungszusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall und den im rechten Knie bestehenden Gesundheitsstörungen ausgehen, setzen

sich beide Sachverständige nicht adäquat mit den augenscheinlich konkurrierenden Ursachen auseinander, die hierfür gleichermaßen ursächlich sein könnten. Auch verkennen beide die Kausalitätsanforderungen, soweit von „großer Wahrscheinlichkeit“ (Prof. Dr. F.) und „ausreichender Wahrscheinlichkeit“ (Dr. S.) in den Gutachten gesprochen wird.

Ungeeignet für die Kausalitätsbeurteilung erweist sich das von dem Kläger in das Verfahren eingeführte unfallchirurgische Fachgutachten von Prof. Dres. T. und Q. Das für einen anderen, privaten Zweck erstellte Gutachten orientiert sich an den Regeln für die Begutachtung in der privaten Unfallversicherung als Teil des Zivilrechts. Die Kausalitätsprüfung vollzieht sich hier wie im allgemeinen Haftpflichtrecht. Die dortigen Grundsätze sind andere und nicht ohne weiteres auf das gesetzliche Unfallversicherungsrecht übertragbar. Insbesondere werden Fragen des Unfallhergangs, des dokumentierten Erstschadensbefundes unmittelbar nach dem Unfallereignis, relevante Vorerkrankungen und des Ursachenzusammenhangs nicht beleuchtet. In der „Zusammenfassung und Beurteilung“ (Seite 7 des Gutachtens vom 16. Juli 2013) wird unzureichend, ohne weitere Differenzierung ausgeführt, dass der Kläger ein Kniegelenksverdrehtrauma rechts mit traumatischer osteochondraler Läsion an der lateralen Tibia erlitten habe, als „objektivierbare Unfallfolgen“ seien der beschriebene radiologische Befund mit Ersatzknorpelbildung im Bereich des lateralen Tibiaplateaus und eine endgradige Bewegungseinschränkung am rechten Kniegelenk feststellbar.

Als entscheidend für die Feststellung der Unfallfolgen und der hieraus abzuleitenden MdE erachtet der Senat die unmittelbar respektive in nahem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis erhobenen medizinischen Befunde.

Aus dem Durchgangsarztbericht vom 7. April 2011 ergeben sich keine Hinweise auf eine Knieverletzung. Fragen wirft dieser zunächst in Bezug auf den Unfallzeitpunkt auf. Eingetroffen sei der Kläger bei Dr. K. um 8:31 Uhr, ereignet habe sich der Unfall am 7. April 2011 um 10:00 Uhr. Mit Blick auf die bestandskräftige Anerkennung des Arbeitsunfalles mit Unfalltag 7. April 2011 kommt es jedoch hierauf nicht an. Zum Unfallhergang angegeben hatte der Kläger gegenüber dem Arzt bei der Demontage eines Kfz-Rades abgerutscht und hingefallen zu sein und sich dabei den linken Arm Unterarm und den rechten Ellenbogen verletzt zu haben. Die klinische Untersuchung ergab Druckschmerzen und Bewegungsschmerzen im linken Oberarm und Ellenbogen; äußerlich waren keine Verletzungsfolgen sichtbar. Als objektive Erstdiagnose wurde eine Zerrung des linken Oberarmes und Ellenbogens festgehalten. Die in der Verwaltungsakte der Beklagten befindlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, jeweils ausgestellt von Dr. K., vom 7. April 2011 bis 22. Juni 2011 weisen als Diagnosen mit den ICD-10-Codes T14.3 (Luxation, Verstauchung und Zerrung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion, gesicherte Diagnose, links), I89.0 G L (Lymphödem, gesicherte Diagnose, links) und G56.2 G L (Läsion des Nervus ulnaris, gesicherte Diagnose, links) ebenfalls keine Knieverletzung aus. Dazu passt die Angabe von Dr. K. in dem weiteren Durchgangsarztbericht vom 14. November 2011, wonach ihm die Verletzung am rechten Kniegelenk „erst später“ - wann ist unklar - mitgeteilt worden sei.

Ein Gesundheitserstschaden am rechten Kniegelenk ist damit weder am Unfalltag selbst noch in zeitlicher Nähe dokumentiert. Ein Anhalt für eine auch unfallbedingte Knieverletzung ergibt sich erstmals aus dem am 15. Juni 2011 durchgeführten MRT des rechten Kniegelenkes. In dem Bericht des Zentrums für radiologische Diagnostik vom gleichen Tage (Dr. L.) werden einerseits degenerative Veränderungen des Kniegelenks mit kleiner, osteochondrotischer Defektbildung am medialen Tibiaplateaus, andererseits eine komplexe Innenmeniskushinterhornschädigung mit eher Fragmentation als einer eigentlichen Rissbildung, zusätzlich eine angedeutete Haarlinie im Bereich des Außenmeniskusvorderhorns, so dass hier ein drohender, schräg verlaufender Einriss anzunehmen sei, bei intakten Ligamenten, einem kräftigen Erguss und Bakerzyste, beschrieben. Zusätzlich zeige sich - so der Radiologe - „dann wohl eher frischerer Genese“ eine gut 13-14 mm messende Defektbildung des Knorpels des lateralen Tibiaplateaus im Sinne einer „wohl abgescherten“ Knorpelflake. Letztere sei nicht zweifelsfrei innerhalb des Gelenkspalts abgrenzbar. Ein darunter liegendes flächiges Bone bruise sei Zeichen der vermehrten Belastung. Gegenüber der Beklagten beschreibt Dr. E. die Ergebnisse der MRT aufgreifend in einem Zwischenbericht vom 12. August 2011 als Folge des Unfalls vom „17.11.2007“ ein Verdrehtrauma des rechten Kniegelenks, verbunden mit den Diagnosen Bone bruise Knie rechts und Knorpelflake des Kniegelenks rechts. In einem ausführlichen Krankheitsbericht an die Beklagte vom 9. September 2011 ergänzt Dr. E. seine Diagnosen um eine Kniedistorsion rechts. Seiner Bewertung zufolge dürfte die in der MRT beschriebene Schädigung eines flächigen Bone bruise durch das Verdrehtrauma vom 7. April 2011 mit Sturz zustande gekommen sein. Der Operationsbericht von Dr. K. vom 21. November 2011 (diagnostische Arthroskopie, Resektion Innenmeniskushinterhorn, Plicaresektion, Chondroplastik, Synovektomie) weist in der Vorgeschichte auf eine bereits am 24. Oktober 2002 am rechten Kniegelenk durchgeführte Arthroskopie hin, bei der ein kleiner Lappen- und Horizontaleinriss im Innenmeniskushinterhorn gefunden worden war, allerdings ohne gravierende Knorpelschäden, vor allem nicht im Lateralbereich. Im Rahmen der Operation selbst seien degenerative Veränderungen im Knorpelbereich (zweitgradig) gefunden worden, der Innenmeniskus habe im Hinterhornbereich fragmentierte Einbrüche mit Rissbildung gezeigt, über deren Alter keine Auskunft gegeben werden könne. Da vor dem Unfallereignis 2011 keine Beschwerden angegeben worden und diese danach vorhanden seien, könnte davon ausgegangen werden, dass diese Einrisse mit Instabilität durch das Unfallereignis „evtl.“ hervorgerufen worden sein könnten. Im Lateralbereich habe der MRT-Befund mit Knorpelschaden bis viertgradig bestätigt werden können; in der Vorarthroskopie sei das laterale Kompartiment vollkommen unauffällig gewesen. Die pathologisch-anatomische Begutachtung der bei der Operation entnommenen Präparate des rechten Knies ergab eine geringgradige chronische, nicht floride oder rheumatoide Synovialitis mit Zeichen eines nicht entzündlichen, am ehesten mechanisch-traumatischen Reizzustandes neben Zeichen rezidivierende Mikrotraumen ohne Nachweisbarkeit einer Unfallfolge (Bericht der U. AG, Dres. Z. und V., vom 24. November 2011).

Durch die MRT vom 15. Juni 2011 nachgewiesen sind damit erhebliche degenerative, also verschleißbedingte Vorschädigungen des rechten Kniegelenks mit Knorpelschäden. Gezeigt hat sich eine deutliche Verschmächtigung des Knorpelüberzugs im medialeseitigen Hauptgelenk des Knies, oberflächliche Knorpelunregelmäßigkeiten waren auch am außenseitigen Schienenschenkelkopf, der Kniescheibenrückfläche, abbildbar. Dass die zeitliche Zuordnung der befundeten, bis in die Subchondralregion reichenden Spaltbildung des Knorpelüberzuges am lateralen Tibiakopf mit subchondralem Knochenödem bei deutlichem intraartikulären Erguss unter Entwicklung auch einer Baker Zyste nicht eindeutig möglich ist, zeigt bereits die diesbezüglich von dem Radiologen Dr. L. gewählte Formulierung in seinem Bericht. Eindeutige Unfallfolgen ergeben sich auch aus dem OP-Bericht vom 21. November 2011 nicht; der Operateur spricht selbst nur von eventuellen Unfallfolgen, die er mit der Beschwerdefreiheit vor dem Unfall - einem nicht tauglichem Kriterium (s.o.) - begründet.

Nach der unfallmedizinischen Literatur ist die Altersbestimmung von Knorpelschäden schwierig. Durch eine Arthroskopie ist eine Differenzierung zwischen traumatischen und degenerativen Knorpelschäden nur bei direkter oder arthroskopischer Inaugenscheinahme in den ersten Wochen nach einer Verletzung möglich (Hempfling / Krenn „Schadensbeurteilung am Bewegungssystem“, Band 1, 1. Aufl. 2016, S. 179). Hier erfolgte die Arthroskopie mehr als sieben Monate später. Auch der Rückschluss auf die Vorarthroskopie ohne „gravierende“ Knorpeldefekte seinerzeit überzeugt nicht. Immerhin lagen zwischen dieser (24. Oktober 2002) und der Bezugsarthroskopie mehr als neun

Jahre. Knorpelschäden im Lateralbereich hätten sich in diesem Zeitraum ohne weiteres auch verschleißbedingt entwickeln können. Keine Unfallfolgen konnten im übrigen durch die histologische Untersuchung gesichert werden.

Nicht brauchbar in Bezug auf die Kausalitätsbeurteilung verhält sich das von Dr. M. unter dem 12. August 2013 erstattete fach-/unfallchirurgische Gutachten. Ohne eigene unfallmedizinische Bewertung schließt sich der Arzt „den Argumenten des Herrn A. diesbezüglich an, dass er der Meinung ist, daß der Unfall vom 07.04.2011 so nicht eingetreten wäre, wenn er den einschließenden Schmerz so nicht gehabt hätte“. Insofern sei es „nicht ganz abwegig“, „daß der Unfall vom 07.04.2011 ohne den Unfall vom 17.11.2007 wahrscheinlich nicht stattgefunden habe“. Auch die (dann gegebenen) Unfallfolgen beschreibt der Sachverständige nicht hinreichend klar. Aus der vergleichenden MRT vom 22. Mai 2013 ergäbe sich bei Zustand nach Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns eine Verschmächting des medialen Knorpelüberzugs ohne Nachweis einer umschriebenen Defektbildung. Der Knorpeldefekt des seitlichen Tibiaplateaus sei nunmehr mit Gewebe aufgefüllt. Das Knochenmarködem, der Gelenkerguss und die Baker Zyste seien nicht mehr vorhanden. Gegeben sei die Gefahr, dass es „bei bestehender Vorschädigung“ zu einem frühzeitigeren Verschleiß kommen könnte, als dies ohne den Unfall vom 7. April 2011 der Fall wäre, es zeigten sich zudem Zeichen, die zukünftig eine Arthrosebeschleunigung am betroffenen Kniegelenk bedingen könnten. Ohne etwaige Funktionseinschränkungen am rechten Kniegelenk nach der Neutral-0-Methode zu erfassen und auch ohne eine isolierte MdE-Bewertung bezogen auf das rechte Kniegelenk vorzunehmen, gelangt Dr. M. schlicht nicht nachvollziehbar zu einer Gesamt-MdE von 15 %, bezüglich des linken Armes bedingt durch den Unfall vom 7. November 2007 dabei weiterhin von 10 %. Den Feststellungen dieses Sachverständigen vermochte der Senat nicht zu folgen. Mit Blick auf die bereits in der MRT vom 15. Juni 2011 dokumentierten Vorschäden hätte es einer näheren Auseinandersetzung mit der Frage bedurft, warum Unfallfolgen am rechten Kniegelenk angenommen werden. Dies insbesondere unter dem Aspekt dort beschriebener intakter Ligamente. Nach der unfallmedizinischen Literatur wären bei Überschreiten der physiologischen Gelenkbeweglichkeit Begleitverletzungen am Kapselapparat zu erwarten gewesen (Schönberger/Mehrtens/Valantin, a.a.O., 9. Aufl. 2017, S. 670). Hierauf weist der Beratungsarzt der Beklagten Dr. N. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme vom 23. August 2013 insoweit zu Recht hin. Auch hätte eine sachgerechte, vollständige Begutachtung den Zustand des linken Kniegelenkes in Bezug auf auch dort etwaig vorhandene (degenerative) Schädigungen vergleichend mit in den Blick nehmen müssen.

Auch das Gutachten von Prof. Dr. F. vom 18. Januar 2016 überzeugt nicht. Ausgehend von der MRT vom 15. Juni 2011 sieht der Sachverständige den Knorpelschaden im Bereich des lateralen Tibiaplateaus als unfallursächlich. Es finde sich eine scharfkantige Defektsituation über eine Größe von 10 x 12 mm mit abbruchgefährdeten Randpartien, zusätzlich als Zeichen einer relativ frischen Verletzung das subchondrale Ödem. Ein lokalisierter umschriebener scharfkantiger Knorpelschaden mit subchondralem Ödem sei am ehesten auf ein Unfallereignis zurückzuführen. Für einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. April 2011 spreche auch die intraoperative Dokumentation vom 21. November 2011 mit der völlig unauffälligen Beschreibung des lateralen Kompartiments bei einer Vorarthroskopie. Einschränkend führt der Sachverständige zu diesem Punkt allerdings aus, es sei nicht sicher zu beurteilen, inwieweit das Unfallereignis geeignet gewesen sei, eine derartige lokalisierte Verletzung hervorzurufen. Als noch bestehende Funktionseinschränkungen am rechten Kniegelenk sieht er eine geringgradige Funktionsminderung des rechten Kniegelenks, eine verminderte Belastungsfähigkeit mit aktuell noch einem Muskeldefizit funktionell und Knorpelregeneratbildung im Bereich des lateralen Tibiaplateaus strukturell und daraus resultierender (Einzel-) MdE von 5 v. H. Wenn auch insgesamt durchaus schlüssig und nachvollziehbar, fehlt im Abwägungsprozess des Gutachtens wiederum die Einbeziehung des Erstschadensbefundes unmittelbar nach dem Unfallereignis, wie er sich aus dem Durchgangsarztbericht von Dr. K. ergibt. Aus Sicht des Senats greift ein alleiniges Abstellen auf die Befundung im Rahmen der MRT vom 15. Juni 2011 zu kurz. Zu Recht weist Dr. W. in seiner Expertise vom 18. März 2021 darauf hin, dass eine initiale strukturelle Schädigung des rechten Knies im Sinne eines Gewebeschadens als Voraussetzung für die Anerkennung eines Knorpelschadens als Unfallfolge gerade nicht vorliegt. Einen Schaden an seinem rechten Knie hat der Kläger gegenüber der Beklagten erstmals in seiner Unfallbeschreibung vom 3. Juni 2011 bemerkt und angegeben, er habe sich beim Abdrehen das rechte Bein verdreht, das hierbei verletzt worden sei. In dem Durchgangsarztbericht findet sich hierzu nichts. Da keinerlei Erkenntnisse in Bezug auf die zwei Monate bis dahin vorliegen, wäre dieser Aspekt zumindest diskussionswürdig gewesen. Ebenfalls nicht adäquat beleuchtet Prof. Dr. F. die doch erheblichen Vorschädigungen am rechten Kniegelenk, gerade auch in Bezug auf Knorpelschäden, die sich über den Operationsbefund selbst auch aus der in dem Operationsbericht erwähnten Vorgeschichte ergeben. Mit Blick auf bekannte degenerative Veränderungen wäre auch hier über die klinische Besichtigung hinaus eine bildgebende Diagnostik der Verhältnisse des linken Kniegelenks zur Komplettierung des gutachterlichen Ergebnisses nötig gewesen.

Das auf Veranlassung des Klägers bei Dr. S. nach § 109 SGG eingeholte Gutachten vom 14. Februar 2019 begegnet den gleichen Bedenken. Darüber hinaus krankt dessen Expertise daran, dass er seiner unfallmedizinischen Bewertung eine völlig neue und andere Hergangsschilderung des Unfalls vom 7. April 2011 unreflektiert zugrundelegt und alleinig hierauf seine unfallrechtlichen Feststellungen in Bezug auf Unfallfolgen und auch MdE stützt. Diesem Sachverständigen gegenüber hatte der Kläger angegeben, auf einer Leiter gestanden zu haben. Beim Herausnehmen einer Alufelge aus dem Hochlager habe sich seine linke Hand verkrampft; beim reflexartigen Nachfassen sei er samt Felge von und mit der Leiter umgestürzt. Dabei sei er über das rechte Knie abgedreht, die Leiter umgefallen, weil er mit dem Unterschenkel zwischen die Leiterstufen gekommen sei. Aus dieser Sturzanamnese leitet Dr. S. einen geeigneten Unfallmechanismus und zwanglos Knorpelschaden, Kniearthrose wie auch Meniskusriss ohne differenzierte Betrachtung der Vorschäden als Unfallfolgen ab, die MdE bewertete er unter Berücksichtigung eines Vorschadens „aufgrund der bereits am Unfalltag vorliegenden Gelenkspaltverschmälerung und der zweitrangigen Knorpelschäden im Bereich mit 50 %“ mit 10 v. H., ab dem Untersuchungstag bei ihm (12. Dezember 2018) mit 15 v. H. Bemerkenswert ist insbesondere die Kritik des Sachverständigen daran, dass es im bisherigen Verfahren verabsäumt worden sei, einen detaillierten Unfallhergang zu dokumentieren. In Ansehung der abweichenden Unfallschilderung zuvor hätte es nahegelegen, den Kläger mit der ursprünglichen Schilderung des Unfallereignisses zu konfrontieren, um die Sturzanamnese zu plausibilisieren. Auf die sich bereits augenscheinlich aus dieser ergebenden Widersprüche geht der Sachverständige nicht ein. So hatte der Kläger bei der Anamnese angegeben, etwa eine Stunde nach dem Unfall hätten sich eine Schwellung und auch Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenkes gezeigt. Mit Blick auf die offenkundig fehlenden Angaben im Durchgangsarztbericht erscheint dies wenig glaubhaft, zumal auch dem behandelnden Arzt in der Folgezeit ausweislich der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zunächst noch keine Kniebeschwerden vorgetragen worden sind.

Was den Unfallhergang anbelangt, ist die letztgenannte, gegenüber Dr. S. erfolgte Schilderung nicht erwiesen. Der Kläger vermochte es nicht, eine plausible Erklärung für die eklatant voneinander abweichenden Angaben zum Unfallhergang zu machen. Es widerspricht jeglicher Lebenserfahrung, einen Sturz von einer Leiter nicht gegenüber dem unmittelbar nach dem Unfallereignis konsultierten Arzt anzugeben. Bei einem Leitersturz handelt es sich um ein derart prägnantes Ereignis, das man bei der Erstbehandlung - hier nur kurze Zeit später - schwerlich vergessen kann oder in anderer Form darstellen würde. Dies auch zumal bei einem Leitersturz die Voraussetzungen eines

Arbeitsunfalles i. S. v. § 8 SGB VII näherliegen resp. eher erfüllt sind, als bei dem von dem Kläger zunächst geschilderten Unfallhergang. Die erst sechs Jahre später erfolgten Angaben in dem Schreiben der früheren Prozessbevollmächtigten vom 10. April 2017 sprechen daher mehr für eine verfahrensangepasste Schilderung. Der Senat legt seiner rechtlichen Bewertung daher die Unfallschilderung zugrunde, die sich aus dem Durchgangsarztbericht ergibt.

Hiervon ausgehend ist ein Gesundheitserstschaden am rechten Kniegelenk, mit Blick auf die bestandskräftigen, den Senat insoweit bindenden, Feststellungen der Beklagten in dem Bescheid vom 4. September 2013, jedenfalls nicht über eine Kniedistorsion hinausgehend, hinreichend wahrscheinlich.

Weder am Unfalltag selbst noch in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang danach ist eine - wie auch immer geartete - Schädigung des rechten Kniegelenks nachgewiesen. Ein schwerwiegender Befund, wie ihn der Kläger unfallbedingt geltend macht, hätte eine zeitnahe Beschwerdesymptomatik erwarten lassen, da der klinische Befund einer frischen Kniegelenksverletzung meist ausgeprägt ist (hochgradige Schmerzen, Anschwellen des Knies bereits nach kurzer Zeit; vgl. hierzu: Thomann et al. „Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, 3. Aufl. 2020, S. 197). Insoweit verfängt auch die Argumentation von Dr. S. in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 nicht, Bandverletzungen seien, da zwischenzeitlich ausgeheilt, in der MRT vom 15. Juni 2011 nicht mehr darstellbar gewesen. Richtig ist zwar, dass diese in etwa sechs bis acht Wochen ausheilen, entsprechend direkt dann bildgebend nicht mehr abbildbar sind, möglicherweise jedoch die Folgen einer solchen Begleitverletzung, z. B. in Form von Vernarbungen nach Seitenbandteilverletzung. Hierzu äußert sich der Sachverständige nicht. Zur Plaubibilisierung bedarf es dann aber wenigstens einer mit der Verletzung korrespondierenden Beschwerdesymptomatik. Auch traumatische Knorpelschäden zeigen sich häufig schneller mit Schmerzen und Schwellungen als Symptombild, insbesondere dann, wenn sich ein Knorpelstück ablöst oder Knorpelteile im Gelenkspalt einklemmen (www.orthopaediezentrum-muenchenost.de/Symptome von Knorpelschäden). Derartige Beschwerden sind unfallnah jedoch gerade nicht dokumentiert. Soweit der Kläger diese erstmals sechs Jahre später durch seine damaligen Verfahrensbevollmächtigten hat vortragen lassen, hält der Senat dies - wie ausgeführt - nicht für glaubhaft.

Beschwerden am rechten Kniegelenk hat der Kläger gegenüber seinem behandelnden Arzt erst später mitgeteilt. Dies ist für den Senat maßgeblich. Eine Indikation für eine MRT hat Dr. K. erst Anfang/Mitte Juni 2011, also zwei Monate nach dem Unfallereignis, gesehen. Über den Zeitraum bis dahin fehlt es in Bezug auf das rechte Knie an medizinischem Berichtswesen. Ob die Beschwerden des Klägers, erstmals dokumentiert in der MRT vom 15. Juni 2011, von dem Unfall am 7. April 2011 oder von einem anderen, späteren, Ereignis herrühren, ist offen. Die reine Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit, die auch der Senat nicht verkennt, reicht insoweit gerade nicht aus.

Nichts anderes ergibt sich im Ergebnis, geht man zugunsten des Klägers von einer Kniebeteiligung aus. Ungeachtet der bereits dagegen sprechenden tatsächlichen Gegebenheiten (nicht nachgewiesener Erstkörperschaden am Knie), ist die Knorpelschädigung auch unter medizinischen Aspekten nicht mit dem beweisrechtlich erforderlichen Grad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Der Senat folgt insoweit den Ausführungen von Dr. W., der sich als einziger differenziert mit der Abgrenzung zwischen traumatischen und nicht traumatischen Knorpelverletzungen - fallbezogen dem Kernproblem - auseinandergesetzt hat.

Defekte in der Knorpelstruktur können nach einem Unfall auftreten, sich andererseits u. a. aber auch durch natürliche Abnutzung des Knorpelgewebes als Verschleiß entwickeln. Ein fortschreitender Knorpelschaden - wie zwischenzeitlich auch beim Kläger nachgewiesen - mündet in einer Arthrose deformans des betroffenen Gelenks. Traumatisch bedingte Knorpelschäden des Kniegelenks können sowohl durch direkte Krafteinwirkung als auch durch indirekte Traumata verursacht werden. Bei beiden Mechanismen sind Begleitverletzungen der Haut und Unterhaut durch die Kontusion (Prellung im Sinne einer Gewebequetschung von Muskulatur, Haut, Fettgewebe o.ä. durch stumpfe Gewalteinwirkung von außen wie einen Sturz oder Schlag) oder des Kapsel-Band-Apparates durch die Distorsion (Verstauchung als Folge der physiologischen Überschreitung des Bewegungsspielraums des Gelenks durch äußere Krafteinwirkung) vorauszusetzen (Schiltewolf et al., „Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane“, 7. Aufl. 2021, S. 656) .

Ausgehend von der klägerischen Schilderung vom 3. Juni 2011 habe er sich das Knie verdreht. Ein solches Verdrehtrauma entspricht einem indirekten Verletzungsmechanismus. Gegen einen Unfallzusammenhang spricht entsprechend die fehlende Begleitverletzung am Kapsel-Band-Apparat (s.o.).

Mit Blick auf den mangelhaften, genau genommen nicht zu objektivierbaren medizinischen Sachverhalt in Bezug auf die Verhältnisse am rechten Kniegelenk in den ersten Wochen nach dem Unfall kann die Kausalitätsbeurteilung maßgeblich nur auf den MRT-Befund vom 15. Juni 2011 in Verbindung mit dem Arthroskopiebefund vom 21. November 2011 gestützt werden.

Der Senat tritt den Feststellungen von Dr. W. bei, dass aus dem in der MRT befundeten subchondralem Knochenödem nicht ohne weiteres auf die Unfallkausalität geschlossen werden kann. Zu beachten ist insoweit, dass das Bone bruise ein unspezifischer Befund ist, der nicht nur als Antwort auf ein Trauma des Knochens und/oder der Gelenke vorkommt. Fehlt ein Knochenödem in der frühen Phase nach einem Trauma, schließt dies den Ursachenzusammenhang in der Regel aus. Umgekehrt beweist das Vorhandensein des Knochenödems aber den Zusammenhang zu dem Unfall nicht, denn auch verschleißbedingte, entzündliche und neoplastische Prozesse können diese Signalveränderungen in der MRT hervorrufen (Schiltewolf et al., a.a.O., S. 656; Thomann et al., a.a.O., S. 54). Beweisend für eine traumatische Knorpelschädigung ist der Befund eines subchondralen Knochenödems mit pathologischen Knorpelbefund in der Akutsituation nach dem Trauma - dieses entsteht regelmäßig innerhalb der ersten 24 - 36 Stunden nach dem Trauma - und der Verkleinerung oder dem Verschwinden in der MRT-Verlaufskontrolle in den ersten drei bis vier Monaten nach der Erstuntersuchung (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 670; Hempfling / Krenn, a.a.O., S. 179). Zwar wurde arthroskopisch am 21. November 2011 kein Knochenödem mehr befundet. Allerdings liegt eine unfallnahe MRT nicht vor, so dass die Verhältnisse unmittelbar nach dem Unfallereignis unklar sind, eine sichere Aufklärung der Genese des Knochenödems mithin nicht möglich ist. Auch Thomann weist auf den problematischen Nachweis des unfallbedingten Erstschadens hin, wenn eine unfallnahe MRT mit Nachweis eines Bone bruise nicht angefertigt wurde. Stützen könne man sich in diesen Fällen nur auf indirekte Hinweise wie eine hohe unfallbedingte Einwirkung, eine deutliche Prellmarke und die Ausbildung eines Gelenkergusses nach dem Unfall (Thomann et al., a.a.O., S. 54.). Ausgehend von dem maßgeblichen Unfallhergang hat keine starke Gewalteinwirkung auf das Knie vorgelegen, äußerliche Hautverletzungen wie Prellmarken (Hämatome oder Schürfwunden) sind nicht belegt. Zwar wurde in der MRT vom 15. Juni 2011 ein deutlicher intraartikulärer Erguss unter Entwicklung auch einer Baker Zyste beschrieben. Dies spricht indes nicht zwingend für einen am 7. April 2011 erlittenen strukturellen Schaden am rechten Kniegelenk. Zu berücksichtigen ist insoweit wiederum, dass der Kläger Beschwerden an seinem rechten Knie erst zeitlich deutlich, nämlich Wochen, später, gegenüber seinem Arzt angegeben hat. Zu der Reizung könnte es insoweit auch später gekommen sein. Auch heißt es in dem MRT-Befund, dass flächige Bone

bruise deute auf eine vermehrte Belastung hin, was nicht mit einem traumatischen Geschehen gleichzusetzen ist. Zu bedenken ist insoweit, dass ein Reizzustand des Knies mit Ausbildung einer Kniegelenkzyste differenzialdiagnostisch auch andere Ursachen haben kann.

Auch die von Prof. Dr. F. und Dr. S. zur Begründung des Kausalzusammenhangs bemerkte scharfkantige Defektsituation über eine Größe von 10 x 12 mm mit abbruchgefährdeten Randpartien ist hierfür nicht beweisend. Zwar sind scharfe Bruchkanten, die im Übrigen im OP-Befund zu sichern sind, für einen traumatischen Knorpelschaden typisch, allerdings runden sich diese nach 6 - 24 Wochen nach dem Unfall wieder ab (Thomann et al., a.a.O., S. 53 m.w.N.; Schiltewolf et al., a.a.O., S. 658). Fallbezogen erfolgte die Befundung radiologisch knapp 10 Wochen nach dem Unfall; nach dem OP-Bericht war eine zeitliche Abgrenzung der Rissbildung gerade nicht möglich. Für den Senat nachvollziehbar weist Dr. W. insoweit darauf hin, dass dieser Sachverhalt bildgebend nicht zu erklären sei und keinesfalls für einen Ursachenzusammenhang spreche.

Zusammenfassend sprechen bei der vorzunehmenden Kausalitätsbeurteilung damit mehr Kriterien gegen die Unfallursächlichkeit eines Knorpelschadens. Bei dem Verdrehtrauma handelte es sich nicht um eine hohe Krafteinwirkung auf das Knie, Primärsymptomatik und Verhalten des Klägers wie auch entscheidend der klinische Erstbefund deuten auf gerade keine strukturelle Schädigung des rechten Kniegelenks durch den Unfall hin. Soweit der Kläger im Nachhinein eine Beschwerdesymptomatik unmittelbar nach dem Unfallereignis behauptet hat, fehlt es am Nachweis, was der Kläger sich nach den Grundsätzen der materiellen Beweislast zurechnen lassen muss. Zeitnah bildgebende Befunde liegen ebenso wenig vor wie arthroskopische oder fein gewerbliche Befunde, die eine möglicherweise andere Bewertung des Kausalzusammenhangs ermöglichen würden. Auch dies geht nach den allgemeinen Beweisregeln zulasten des Klägers. Gegen einen Unfallzusammenhang sprechen letztlich auch die Verhältnisse an dem linken Knie des Klägers. Röntgenologisch wurde insoweit am 19. August 2014 in der radiologischen Universitätsklinik Heidelberg auch am linken Knie eine beginnende Verschmächigung des medialen Gelenkspalts unter gleichzeitiger osteophytärer Aufwulstung der Gelenksumschlagskante befundet. Altersunübliche Verschleißumformung bestehen mithin an beiden Kniegelenken des Klägers, freilich rechts mehr als links. Auch dies deutet insgesamt auf ein schicksalhafteres Geschehen hin.

Ausgehend von der von der Beklagten als Unfallfolge anerkannten Distorsion würde sich der Reizzustand des Knies u.a. mit Ergussbildung als vorübergehende Verschlimmerung der verschleißbedingten, nachgewiesenen Vorschäden an dem Kniegelenk erklären. Hierauf kommt es letztlich jedoch nicht an.

Soweit Dr. S. im Übrigen auch den Schaden im Bereich des Innenmeniskushinterhorns als unfallursächlich ansieht, handelt es sich um eine Einzelmeinung, die sämtlichen Vorbefunden und gutachterlichen Einschätzungen widerspricht. Entscheidend zu berücksichtigen ist hier der nachgewiesene Vorschaden nach arthroskopischer vor Operation bereits im Oktober 2002. Aus der MRT vom 15. Juni 2011 und auch aus dem OP-Bericht vom 21. November 2011 geht eindeutig hervor, dass die komplexe Fragmentation des Innenmeniskushinterhorns degenerativ bedingt ist. Dies hat letztlich auch Prof. Dr. F. - ungeachtet der Frage überhaupt eines geeigneten Unfallmechanismus - in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. Dezember 2019 nochmals sehr klar herausgestellt. Dem schließt sich der Senat an. Andernfalls wäre auch hier im Übrigen eine Schädigung der Bandstrukturen zu erwarten gewesen.

Damit fehlt es bereits an der Kausalität auf der ersten Stufe in Bezug auf den Knorpelschaden am rechten Kniegelenk als (weiteren) Gesundheitserstschadens, womit auch die Arthrose als weitere Unfallfolge hieraus nicht zur Anerkennung kommen kann.

3) Die Beweisanträge aus dem Schriftsatz vom 19. September 2022 auf Einholung eines weiteren orthopädisch-/unfallchirurgischen Gutachtens (von Amts wegen), eines weiteren Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. Q. und Vernehmung von Dr. W. und Prof. Dr. Q. als sachverständiger Zeugen waren abzulehnen.

Soweit der Kläger noch weitere Sachermittlungen von Amts wegen angeregt hat, bestand für den Senat kein Anlass, dem nachzukommen. Ein zusätzliches - von Amts wegen eingeholtes - weiteres Gutachten auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet war nicht erforderlich. Es ist nicht erkennbar, welche weiteren neuen Tatsachen das vom Kläger beantragte Sachverständigengutachten feststellen soll. Der Kläger wendet sich im Kern gegen die Bewertung der unfallrechtlich relevanten Funktionseinbußen des Sachverständigen Dr. W., den der Senat von Amts wegen beauftragt hat, und verfolgt mit seinem Beweisantrag letztlich das Ziel, eine Art „Obergutachten“ einzuholen. Ein solches ist indes nicht erforderlich. Die von dem Kläger geltend gemachten voneinander abweichenden Ergebnisse verschiedener Gutachten stellen regelmäßig keinen Grund dar, ein weiteres Gutachten einzuholen. Die Abwägung zwischen den Ergebnissen mehrerer Gutachten derselben Fachrichtung obliegt, wenn der Sachverhalt insoweit ausermittelt ist, dass er für eine Überzeugungsbildung ausreicht, grundsätzlich dem Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung (BSG vom 1. April 2014 - [B 9 V 54/13 B](#) sowie vom 12. Dezember 2003 - [B 13 RJ 179/03 B](#); LSG Niedersachsen-Bremen vom 20. Januar 2022 - [L 14 U 324/17](#)). Dies ist hier nach Auffassung des Senats auf Grundlage der im gesamten Verfahren eingeholten Fachgutachten der Fall. Denn die vorliegenden Gutachten haben in Zusammenwirken mit den von den behandelnden Ärzten mitgeteilten Befunden und dem bildgebendem Material, insbesondere der MRT 15. Juni 2011, dem Senat die für die richterliche Überzeugungsbildung notwendigen sachlichen Grundlagen vermittelt ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#), [§ 412 Abs. 1 Zivilprozessordnung <ZPO>](#)). Weitere Beweiserhebungen waren daher von Amts wegen nicht mehr erforderlich. Einen allgemeinen Anspruch auf Überprüfung eines Sachverständigengutachtens durch ein „Obergutachten“ sehen die Prozessordnungen - auch das SGG - zudem nicht vor (BSG vom 23. Mai 2006 - [B 13 RJ 272/05 B](#)).

Eine verfahrensrechtliche Pflicht zur Einholung weiterer Sachverständigengutachten besteht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur dann, wenn vorhandene Gutachten i.S. von [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 412 Abs. 1 ZPO](#) ungenügend sind, weil sie grobe Mängel oder unlösbare Widersprüche enthalten oder von unzutreffenden sachlichen Voraussetzungen ausgehen oder Anlass zu Zweifeln an der Sachkunde oder Unparteilichkeit des Gutachters geben (vgl. zuletzt BSG vom 10. Mai 2022 - [B 2 U 134/21 B](#) m.w.N.). Entscheidend ist demgegenüber nicht, ob der Kläger aus seiner Sicht weiteren Aufklärungsbedarf annimmt, weil er die medizinischen Feststellungen und Bewertungen des Sachverständigen für falsch hält.

Keine dieser Voraussetzungen liegt vor. Entgegen der Auffassung der Klägers ergeben sich auch keine Bedenken in Bezug auf die Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. W. sowie seiner ergänzenden Stellungnahmen. Seine Beurteilung ist für den Senat schlüssig und überzeugend. Der Sachverständige hat die Vorgutachten und vorhandenen ärztlichen Befunde ausgewertet, den Kläger persönlich ambulant untersucht und nachvollziehbar und für den Senat überzeugend dargelegt, dass das Unfallereignis vom 7. April 2011 allenfalls zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines schicksalhafter - degenerativ - bestehenden Gelenkverschleißes geführt hat.

Mit seinen Einwänden gegen die Expertise vermochte der Kläger nicht durchzudringen. Der (nicht belegte) Vorwurf einer mangelnden klinischen Erfahrung respektive die aufgeworfenen Zweifel einer ausreichenden klinischen Erfahrung von Dr. W. mit Verletzungen wie den von dem Kläger erlittenen steht einer Verwertbarkeit seines Gutachtens nicht entgegen. Bei Dr. W. handelt es sich um einen über die hessische Sozialgerichtsbarkeit hinaus seit mehreren Jahrzehnten tätigen Sachverständigen, der auch dem Senat aus einer Vielzahl von Fällen als außerordentlich erfahrungsreicher und kompetenter medizinischer Gutachter bekannt ist und an dessen Sachkunde - auch fallbezogen - keinerlei Zweifel bestehen. Ohne dass es darauf ankäme, verfügt Dr. W., noch bis vor wenigen Jahren Belegarzt an einem Darmstädter Krankenhaus, zudem tatsächlich über eine langjährige klinische Erfahrung, auch als Operateur. Knieverletzungen, wie beim Kläger aufgetreten, stellen übendes Standardfälle unfallchirurgischer Begutachtung dar. Die Ansicht des Klägers darüberhinaus, habilitierte Mediziner verfügten (per se) über eine höhere sachverständige Expertise, ist wirklichkeitsfremd und entbehrt jeglicher Grundlage.

Auch die Auffassung des Klägers, das Gutachten sei widersprüchlich, vermochte der Senat nicht zu teilen. Das Gutachten ist in jeder Hinsicht werkgerecht erstellt worden und überzeugt durch eine ausführliche und erkennbar sorgsam verfasste, ausreichende Anamnese- und Befunderhebung (die Begutachtung dauerte zwei Stunden). Die gefundenen Ergebnisse werden zudem ausführlich und überzeugend begründet. Daran ändert auch nichts, dass Dr. W. grundsätzliche Zweifel an den von der Beklagten getroffenen Feststellungen das Unfallereignis vom 7. April 2011 betreffend geäußert hat, sowohl was die Bewertung als Folgeunfall als auch was den Erstschaden anbelangt. Wenngleich der Sachverständige damit über die Beweisanordnung hinausgehende Bewertungen getroffen und nicht an ihn gestellte Fragen beantwortet hat, entwertet dies seine Expertise nicht. Dem Kläger ist zuzugeben, dass dies unüblich ist. Da Dr. W. sich jedoch - wie verlangt - darüber hinaus auch sehr klar und unmissverständlich dazu verhalten hat, welche Unfallfolgen ausgehend von einem am 7. April 2011 erlittenen Folgeunfall bestehen, ist das Gutachten ohne weiteres verwertbar. Die allenfalls formalen Schwächen beeinträchtigen die Qualität ansonsten nicht.

Abzulehnen war der Antrag, Dr. W. und Prof. Dr. Q. zur mündlichen Verhandlung zu laden und zu befragen. Der Senat war weder aufgrund seiner Amtsermittlungspflicht nach [§ 103 SGG](#) noch wegen des Anspruchs des Klägers auf rechtliches Gehör gemäß [§ 62 SGG](#), [Art. 103 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) zu einer Ladung der beiden Ärzte zur mündlichen Verhandlung verpflichtet. In Bezug auf Prof. Dr. Q. folgt sich bereits daraus, dass er in diesem Verfahren kein gerichtlich bestellter Sachverständiger ist. Seinerzeit als Oberarzt bei dem Universitätsklinikum Heidelberg tätig, hatte er seinen Chef, Prof. Dr. T., bei der Erstattung des von der privaten Unfallversicherung des Klägers (BY-Versicherung) in Auftrag gegebenen Sachverständigengutachten unterstützt. Dieses vom 16. Juli 2013 datierende Gutachten hatte der Kläger in das Verfahren eingebracht. Ein Fragerecht in Bezug auf in Privatgutachten befindliche Feststellungen besteht nicht.

Die Nichtladung von Dr. W. zur mündlichen Verhandlung stellt auch keine Verletzung der Sachaufklärungspflicht des Senats dar. Zwar kann die Nichtladung eines Sachverständigen zum Termin nach [§§ 103, 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411 Abs. 3 ZPO](#) ermessensfehlerhaft und damit ein Aufklärungsmangel sein. Dies setzt jedoch voraus, dass ausgehend von der Rechtsauffassung des Gerichts konkrete Gesichtspunkte erläuterungsbedürftig sind. Insbesondere muss eine nochmalige mündliche Befragung des Sachverständigen zu bereits schriftlich im Rahmen der Gutachtenerstattung vorgelegten Fragen im Rahmen einer Aufklärungsrüge nicht schon deshalb erfolgen, weil der Kläger subjektiv noch weiteren Erläuterungs- bzw. Aufklärungsbedarf zu bereits beantworteten Fragen sieht (BSG vom 19. April 2017 - [B 13 R 339/16 B](#)). Aus der insoweit maßgeblichen Sicht des Senats sind keine Punkte mehr erläuterungsbedürftig geblieben.

Ein Anspruch des Klägers auf eine mündliche Befragung von Dr. W. folgt ebenfalls nicht aus seinem Anspruch auf rechtliches Gehör ([Art. 103 Abs. 1 GG](#), [§ 62 SGG](#)). Nach [§§ 116, 118 Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 397 Abs. 2, 402, 411 Abs. 3 ZPO](#) haben die Beteiligten zwar ein Fragerecht an den Sachverständigen, sofern der Antrag rechtzeitig gestellt wird und die Fragen objektiv sachdienlich sind. Das Gericht hat indes nach pflichtgemäßem Ermessen darüber zu entscheiden, ob es den Sachverständigen zur mündlichen Verhandlung lädt oder ihn schriftlich befragt (BSG vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 100/12 B](#)). Da [Art. 103 Abs. 1 GG](#) keinen Anspruch auf Durchführung einer mündlichen Verhandlung enthält, besteht auch kein verfassungsrechtlicher Anspruch, das einfachrechtlich geregelte Fragerecht gegenüber Sachverständigen in jedem Fall mündlich auszuüben; es ist verfassungsrechtlich daher jedenfalls nicht zu beanstanden, wenn Fachgerichte die Beteiligten vorrangig darauf verweisen, Fragen und Einwendungen schriftlich vorzutragen, um Sachverständige damit zu konfrontieren; die gegebenenfalls anschließende mündliche Befragung kann geboten sein, wenn sie sich nicht in einer Wiederholung schriftlicher Äußerung erschöpft, sondern darüber hinaus einen Mehrwert hat, wobei auch von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden ist, die mündliche Befragung von der Benennung konkreter Fragen und Einwendungen abhängig zu machen (BVerfG(K) vom 29. Mai 2013 - [1 BvR 1522/12](#)). Das Fragerecht des Klägers ist bereits erfüllt. Er hatte ausreichend Gelegenheit, schriftliche Fragen an den Sachverständigen zu richten, die dieser auch ausführlich und eindeutig beantwortet hat. Die von dem Kläger mit Schriftsatz vom 29. April 2022 zu seiner Expertise aufgeworfenen Fragen hat der Sachverständige mit ergänzender Stellungnahme vom 2. Juli 2022 umfänglich beantwortet. Ein Mehrwert einer mündlichen Anhörung des Sachverständigen Dr. W. ist weder hinreichend vorgetragen noch sonst ersichtlich. Der Sachverständige hat seine medizinische Bewertung der aus dem Unfall vom 7. April 2011 resultierenden Unfallfolgen und Funktionseinschränkungen auch unter Berücksichtigung der abweichenden Ansichten des Klägers bestätigt und bekräftigt. Dass der Kläger dem weiterhin nicht zu folgen vermag und an seiner gegenteiligen Überzeugung festhält, begründet kein Fragerecht.

Soweit der Kläger die Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens nach [§ 109 SGG](#) bei Prof. Dr. Q. schriftsätzlich beantragt hat, brauchte der Senat dem ebenfalls nicht nachzukommen. Sein Antragsrecht ist verbraucht. Das Antragsrecht nach [§ 109 SGG](#), welches bereits erstinstanzlich durch Einholung eines Gutachtens bei Dr. S. ausgeübt worden ist, steht grundsätzlich nur einmal in beiden Tatsacheninstanzen zur Verfügung. Es entspricht dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG vom 15. April 1991 - [5 RJ 32/90](#)). Außerdem ist [§ 109 SGG](#) als Ausnahmenvorschrift zu der Regelung des [§ 103 Satz 2 SGG](#), wonach das Gericht den Sachverhalt von Amts wegen erforscht, eng auszulegen (BSG vom 17. März 2010 - [B 3 P 33/09 B](#); LSG Thüringen vom 10. Januar 2017 - [L 1 U 587/13](#)). Wesentlich geänderte rechtliche oder tatsächliche Umstände, die es rechtfertigen könnten, das Anhörungsrecht nach [§ 109 SGG](#) neu zu eröffnen, können vorliegend nicht festgestellt werden (zu den Voraussetzungen siehe MKLS/Keller, SGG, 13. Aufl. 2020, § 109 Rn. 10).

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Anlass, die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-02-15