L 3 U 13/07

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 36 U 151/05
Datum
25.01.2007
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 3 U 13/07
Datum
25.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Januar 2007 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung eines Unfallereignisses als Arbeitsunfall (Schulunfall).

Der am XXXXX 1983 geborene Kläger war Schüler der Gesamtschule S. in H2. Am 22. November 2000 gegen 12.40 Uhr wurde er von dort mit dem Rettungstransportwagen in das Allgemeine Krankenhaus H1 eingeliefert. Im Durchgangsarztbericht des Funktionsbereichs Unfallchirurgie des Krankenhauses vom 22. November 2000, wo der Verletzte vom 22. November bis 2. Dezember 2000 stationär behandelt wurde, heißt es: "Der Unfallverletzte ist heute nach einem Streit auf dem Schulhof gestürzt und auf das linke Knie gefallen. Bei Aufnahme wird das linke Knie in Beugestellung gehalten, der Unterschenkel ist nach aussen verdreht. Die Kniescheibe steht in Fehlstellung an der Aussenseite des linken Knies. Nach Korrektur der Fehlstellung Beweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt. Druckschmerz im Bereich des inneren und äußeren Haltebandes der Kniescheibe. Deutlicher Gelenkerguss. Keine Hautverletzungen. Körperferne Durchblutung, Gefühl und Beweglichkeit intakt." Als Diagnose wird "Kniescheibenverrenkung" angegeben. Im Arztbrief des Leitenden Arztes des Funktionsbereichs Unfallchirurgie vom 6. Dezember 2000 wird zum Verlauf der Behandlung ausgeführt, es habe sich radiologisch eine sich nach außenseitig verrenkende Kniescheibe gezeigt, weitere knöcherne Verletzungen seien nicht nachweisbar gewesen. Bei der am 24. November 2000 durchgeführten Arthroskopie habe sich ein ausgedehnter blutiger Erguss sowie über dem äußeren Femorcondylus ein kleiner Knorpelcrash gefunden, während die Kniescheibe selbst keinerlei Knorpelverletzungen aufgewiesen habe, jedoch durch ein ausgeprägtes medialseitiges Weichteilhämatom erheblich nach außen verlagert gewesen sei. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung durch die Durchgangsärzte, die in ihrem MRI-Befund vom 21. Dezember 2000 einen noch deutlichen Gelenkerguss, aber unauffällige Knorpelbeläge im Bereich der medialen und lateralen Femurkondyle und des medialen und lateralen Tibiaplateaus und im Bericht vom 21. Februar 2001 auf der Grundlage einer am 9. Februar 2001 erfolgten letzten Vorstellung einen vollständigen Rückgang des Ergusses, jedoch noch deutliche Muskelminderung feststellten und die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung zum 9. Februar 2001 beendeten.

Mit Telefax-Schreiben vom 6. Juli 2001 wandte sich die Techniker-Krankenkasse an die Beklagte und bat unter Hinweis auf das Ereignis vom 22. November 2000 um Übernahme der Kosten für weitere 10 ambulante Physiotherapiebehandlungen, welche von dem Arzt für Orthopädie Merget verordnet worden waren. Dieser teilte auf Anfrage der Beklagten mit, der Kläger habe sich Anfang Juni 2001 beim privaten Basketballspiel verletzt, indem er über einen Mitspieler gestolpert sei. Dabei sei erneut eine Luxation der Patella (Kniescheibe) eingetreten. Der bildgebende Befund passe zu einer rezidivierenden Luxation der Patella. Als Diagnose gab er habituelle Patellaluxation links an. Daraufhin ließ die Beklagte eine Zusammenhangsbegutachtung durchführen. Gegenüber dem mit seinem Einverständnis mit der Untersuchung und Begutachtung beauftragten Arzt für Chirurgie M. gab der Kläger bei der am 12. August 2008 durchgeführten klinischen und radiologischen Untersuchung an, er sei bei dem ersten Unfall auf dem Pausenhof geschubst worden, es habe sich um eine Rangelei gehandelt. Er sei irgendwie hingefallen und die Kniescheibe sei "draußen" gewesen. Danach sei er bis Februar behandelt worden und es sei alles wieder "okay" gewesen. Kurz vor der Lehre habe er einen privaten Baskettballunfall gehabt. Da sei er beim Spiel über einen Gegner und aufs Knie gefallen. Die Kniescheibe sei wieder raus gewesen. Im Mai 2002 sei die Kniescheibe dann nochmals rausgesprungen, als er über einen Stein gestolpert sei. Da sei er im Krankenhaus B. arthroskopiert worden. Seit diesem Unfall sei das Knie noch dick und tue beim Arbeiten in der Schlosserlehre weh. In seiner Zusammenfassung und Beurteilung verneint M. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis am 22. November 2000 und der Kniescheibenverrenkung. Zunächst könne bei einer Kniescheibenverrenkung aus einer Einblutung ins Kniegelenk und einer Knochenknorpelabsprengung nicht geschlossen werden, dass es sich um ein traumatisches Geschehen

gehandelt habe. Vielmehr könne es auch bei einer Verrenkung aus innerer Ursache, insbesondere bei der Reposition, wenn diese spontan erfolge, zu einer Knorpelabscherung kommen. Bei dem Kläger lägen in beiden Knien verrenkungsbegünstigende Faktoren vor, links eine auffallende Fehlform mit verstärkter X-Verformung und verkürztem Unterschenkel, auffallender Fußfehlform mit hierdurch bedingter hälftiger Bewegungseinschränkung des unteren Sprunggelenks, rechts stehe die Kniescheibe bereits in leichter Beugung in einer Teilverrenkungsstellung nach lateral. Insbesondere die X-Verformung des linken Beins führe dazu, dass die Vektorkräfte auf die Kniescheibe nach lateral verschoben würden. Bei derartigen Konstellationen komme es bereits aus nichtigem Anlass, einer einfachen Körperdrehung, einer leichten Prellung etc. zur Kniescheibenverrenkung, wenn diese bereits in einer Teilverrenkungsstellung stehe. Um eine Kniescheibe zu verrenken, bedürfe es entweder einer direkten Gewalteinwirkung auf die Innenseite des Kniegelenks bei gestrecktem Kniegelenk oder der Kombination von einem Dreh- und Verwindungssturz mit verrenkungsbegünstigenden Faktoren. Zu letzteren gehörten die X-Verformung des Beins, die Kniescheibenfehlform, insbesondere die Dysplasie der medialen Patellafacette, eine zu flache Gleitrinne und der Hochstand der Kniescheibe. Allerdings könne auch bei Vorliegen verrenkungs¬begünstigender Faktoren ein äußeres Ereignis wesentliche Ursache sei, wenn es denn in einem Dreh- und Verwindungssturz mit Einknicken eines Kniegelenks in X-Sinne, Innenrotation des Oberschenkels, Außenrotation des Unterschenkels und maximaler Anspannung des vierköpfigen Oberschenkelstreckers bestehe, um z.B. ein drohendes Sturzgeschehen abzuwenden. Hierbei könnten Vektorkräfte frei werden, die die Kniescheibe gewaltsam nach Außen verrenken könnten. Jedoch werde man vom biomechanischen Ansatz das Ereignis vom 22. November 2000 nicht mehr nachvollziehen können. Ein Dreh- und Verwindungssturz mit Außenrotation des Unterschenkels, Innenrotation des Unterschenkels und Einknicken des Kniegelenks im X-Sinne sowie überfallsartiger Anspannung der Oberschenkelmuskulatur sei hier nicht zu erkennen. Vielmehr handele es sich um die Erstmanifestation einer gewohnheitsmäßigen Kniescheibenverrenkung. Das versicherte Ereignis sei nicht wesentliche Ursache der Kniescheibenverrenkung. Es könne hinweggedacht werden, ohne dass der Erfolg, die Kniescheibenverrenkung, entfiele.

Mit Bescheid vom 21. November 2002 lehnte die Beklagte die Gewährung von Leistungen aus Anlass des angeschuldigten Ereignisses unter Hinweis auf das Zusammen-hangsgutachten ab. Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch ließ die Beklagte durch den Chirurgen und Unfallchirurgen Dr. D. ein weiteres Zusammenhangsgutachten erstellen. Diesem gegenüber gab der Versicherte an, von einem Mitschüler auf dem Schulhof geschubst worden, über einen Stein gestolpert und sodann auf das linke Knie gefallen zu sein. Dr. D. gelangte zu der Einschätzung, dass das Ereignis wesentlich ursächlich für die stattgefundene Kniescheibenverrenkung sei. Zwar liege eine Patelladysplasie Typ III vor, in der Vorgeschichte sei eine Patellaluxation aber noch nicht aufgetreten. Seiner Erfahrung nach manifestierten sich jedoch habituelle anlagebedingte Patellaluxationen bis zum Alter von 16 Jahren. Eine Kniescheibe könne entweder durch direkte Gewalteinwirkung, welche die Kniescheibe nach außen verrenke, oder durch einen indirekten Mechanismus verrenken, bei dem bei eingebeugtem Kniegelenk der Oberschenkel gegen den Unterschenkel rotiert werde, die Quadrizepssehne anspanne und die Kniescheibe durch die Kraftentfaltung des Muskelapparats zum Verrenken aus ihrem Bett zwinge. Ein solcher Vorgang könne am 22. November 2000 stattgefunden haben. Das Ereignis sei deshalb geeignet gewesen, auch bei einem Gesunden eine Patellaluxation hervorzurufen. Deshalb halte er das Ereignis für die wesentliche Ursache der Verrenkung. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme des Chirurgen M. ein, welcher der Auffassung des Dr. D., dass habituelle Kniescheibenverrenkungen sich bis zum Alter von 16 Jahren manifestierten, widersprach. Vielmehr könne eine derartige Manifestation auch in höherem Alter auftreten. Da bei dem Versicherten eine ausgeprägte Patelladysplasie, ein zu flaches Gleitlager und eine X-Verformung vorliege, müsse das Ereignis in Form eines Dreh- und Verwindungssturzes feststehen, um eine wesentliche Ursächlichkeit zu begründen. Mit Widerspruchsbescheid vom 22. April 2005 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf die Einschätzung von M. zurück.

Mit seiner daraufhin fristgerecht erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren weiterverfolgt, sich hierzu auf das Gutachten des Dr. D. berufen und die Auffassung vertreten, er habe am 22. November 2000 einen Arbeitsunfall erlitten, welcher sein Knie irreversibel geschädigt habe. Eine anlagebedingte Schädigung scheide aus. Das Sozialgericht hat den Versicherten durch den Arzt für Orthopädie Dr. H. untersuchen und begutachten lassen. Diesem gegenüber hat der Kläger berichtet, als 17-jähriger Schüler am 22. November 2000 geschubst worden zu sein. Er sei dabei gestolpert und über einen anderen Schüler auf das linke Kniegelenk gestürzt. Dabei habe er sich die linke Kniescheibe verrenkt. Er sei deswegen zunächst stationär und dann ambulant behandelt worden. Anfang des Jahres 2001 sei die Behandlung abgeschlossen gewesen. Im weiteren Verlauf dieses Jahres habe er noch zweimal eine Verrenkung oder Teilverrenkung der Kniescheibe gehabt. 2002 sei die Kniescheibe dann erneut herausgesprungen und er sei im Krankenhaus B. ein zweites Mal arthroskopisch operiert worden. Dabei habe man die Kniescheibe in die Mitte eingestellt. Die Kniescheibe sei danach nicht mehr so häufig herausgesprungen. Allerdings habe er immer noch Probleme mit dem linken Knie. Beschwerden bestünden bis zum jetzigen Zeitpunkt. Dr. H. hat einen Zustand nach kompletter Verrenkung der Kniescheibe am 22. November 2000 bei anlagemäßiger Fehlform der Kniescheibe und des Kniescheibengleitlagers, links mehr als rechts, eine initiale Kniegelenkarthrose links sowie eine erst- bis zweitgrade Kniescheibenlateralisation bei Fehlform der Kniescheibe und des Kniescheibengleitlagers links festgestellt. Er gelangt zu der Einschätzung, dass sich unter Auswertung der Aktenlage retrospektiv nicht mehr exakt klären lasse, ob das versicherte Ereignis derart schwerwiegend war, dass das Unfallereignis auch bei einem gesunden, normal angelegten Kniegelenk zu einer Verrenkung der Kniescheibe geführt haben würde. Jedoch sei in der gesetzlichen Unfallversicherung jeder Versicherte in seinem individuell vorliegenden Gesundheitszustand versichert. Richtungweisend sei insoweit der Operationsbericht vom 24. November 2000. Er beschreibe eindeutig Folgen einer echten Gewebstraumatisierung mit Einriss des außenseitigen Kniehaltebandes und mit einer Knorpel-Knochen-Kontusion außerhalb des Kniescheibengleitlagers. Diese Verän¬derungen passten eindeutig zu der gesicherten und radiologisch nachgewiesenen kompletten Kniescheibenverrenkung nach knieaußenseitig. Er sei der Auffassung, dass es auf dem Boden einer erheblichen, Luxationen fördernden Fehlanlage der Kniescheibe und des Kniescheibengleitlagers zu einer eindeutig traumatischen Kniescheiben¬verrenkung gekommen ist. Nach Abwägung aller Tatsachen sei der Unfall vom 22. November 2000 wahrscheinlich die überwiegende Ursache für die Kniescheiben¬verrenkung am linken Kniegelenk. Der Grad der unfallbedingt verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit betrage dauerhaft zehn vom Hundert. Die Beklagte ist dieser Einschätzung unter Hinweis auf eine beratungsärztliche Stellungnahme des leitenden Oberarztes der Ambulanz des berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg, Chirurg Dr. K., entgegengetreten. Der medizinische Sachverständige Dr. H. weise zwar auf die anlagebedingte Problematik hin, würdige sie aber nicht ausreichend. Demgegenüber stelle das Gutachten von M. die heute gültige Lehrmeinung dar. Auch stützte Dr. H. seine Argumentation hauptsächlich auf das Verletzungsbild nach dem Ereignis. Dies sei aber nicht möglich, weil das Verletzungsbild bei erstmals auftretenden Kniescheibenverrenkungen – seien sie unfallbedingt oder nicht – weit gehend gleich ausgeprägt sei. Demgegenüber ist Dr. H. in seinen ergänzenden Stellungnahmen vom 27. Juni und 30. August 2006 bei seiner Beurteilung geblieben, hat auf das festgestellte Erstschadensbild verwiesen und gemeint, zu einer derart ausgeprägten Gewebsschädigung wäre es bei einer gewohnheitsmäßigen habituellen Luxation nicht gekommen. Durch am 25. Januar 2007 verkündetes Urteil hat das Sozialgericht die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides verurteilt, den Unfall vom 22. November 2000 als Arbeitsunfall anzuerkennen und zu entschädigen. Der Kläger sei während des Ereignisses am 22.

November 2000 versichert gewesen. Er habe auch einen Arbeitsunfall erlitten. Das Ereignis sei wesentliche Teilursache für die stattgefundene Kniescheibenverrenkung gewesen. Dies begründe sich über das Erstschadensbild hinaus auch aus dem Unfallereignis selbst. Dieses sei geeignet gewesen, eine Kniescheibenverrenkung hervorzurufen. Demgegenüber könne die Auffassung von M. nicht nachvollzogen werden. Dies gelte namentlich vor dem Hintergrund, dass es bei dem Kläger bis zu dem streitigen Ereignis trotz anlagebedingter Veränderungen nicht zu einer Kniescheibenluxation gekommen sei. Auch dieses Indiz spreche, zwar nicht allein, jedoch in der Gesamtschau, für eine wesentliche Teilursächlichkeit des Unfallereignisses. Demgegenüber wiesen die anlagebedingte Fehlform des linken Knies sowie die Fehlform der Kniescheibe auf eine nicht unerhebliche Teilursache für das Ausmaß des Unfallschadens hin. Diese sei jedoch nicht so wesentlich, dass ihr im Hinblick auf das bereits analysierte Unfallereignis und das traumatische Erstschadensbild eine überragende Bedeutung zukomme.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 14. Februar 2007 zugestellte Urteil, auf welches ergänzend Bezug genommen wird, am 7. März 2007 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, das diagnostizierte Erstschadensbild spreche für eine erstmalige, allein wesentlich anlagebedingte Verrenkung der Kniescheibe am 22. November 2000. Weder habe ein bei einer wesentlichen Krafteinwirkung zu erwartendes wesentliches Marködem noch eine Verletzung des Innenbandes festgestellt werden können. Ebenso sei eine direkte Krafteinwirkung mangels äußerer Verletzungszeichen auszuschließen. Der Mechanismus einer indirekten Krafteinwirkung sei keiner der unterschiedlichen Hergangsschilderungen zu entnehmen. Die festgestellten Verletzungen im Knie seien Folge der Verrenkung und ließen Rückschlüsse auf die Verursachung nicht zu.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Januar 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, der Sturz auf dem Schulhof und nicht irgendeine Anlage sei Ursache der Kniescheibenverrenkung. Weder vor noch nach dem Ereignis sei es zu ähnlichen Vorfällen oder Schädigungen gekommen. Da die Anlagen auch im rechten Knie vorlägen, hätte auch dieses irgendwann verrenken müssen, was aber nicht geschehen sei.

Das Berufungsgericht hat den Arzt für Chirurgie, Unfallchirurgie Dr. K1 mit der Untersuchung und Begutachtung des Klägers beauftragt. Dieser hat in seinem schriftlichen Gutachten vom 15. März 2010 sowohl auf die unterschiedlichen Darstellungen des Ereignisses vom 22. November 2000 als auch die anlagebedingten begünstigenden Faktoren hingewiesen und ausgeführt, dass das Vorhandensein der Schadensanlage alleine nicht ausschließe, den Körperschaden als durch das Ereignis mit verursacht anzusehen. Vielmehr müsse die kausale Bedeutung der äußeren Einwirkung mit der Wirkung der vorhandenen Schadensanlage verglichen und abgewogen werden. Typischerweise trete die Patellaluxation bei anlagebedingter femoropatellarer Dysplasie erstmals in der Phase des verstärkten Längenwachstums bei Jugendlichen auf. Der Kläger sei zum Zeitpunkt des Ereignisses 17 Jahre alt gewesen und sein Körperwachstum sei noch nicht abgeschlossen gewesen, was die Röntgenbilder vom Unfalltag mit noch deutlich erkennbaren Wachstumsfugen dokumentierten. Eine traumatische laterale Patellaluxation entstehe durch eine forcierte Innendrehung des Oberschenkels gegenüber einem in Außenrotation fixierten Unterschenkel bei Kniebeugung oder eine direkte Krafteinwirkung auf die Innenkante der Kniescheibe. Die unterschiedlichen Hergangsschilderungen erfüllten alle nicht die Voraussetzungen für eine Verrenkung durch direkte Krafteinwirkung, weil dafür ein streng tangentialer Kraftimpuls von innen nach außen gerichtet erforderlich wäre, der nirgends beschrieben sei. Die ersten Hergangsschilderungen bis zum Gutachten M. enthielten auch keine Anhaltspunkte für eine Verrenkung durch indirekte Krafteinwirkung, weil es insoweit an einer Fixierung des Fußes bzw. Unterschenkels fehle. Auch die späteren Hergangsschilderungen erschienen bezüglich einer solchen Fixierung wenig plausibel. Allerdings könne auch nicht mit Sicherheit behauptet werden, es habe ein gänzlich ungeeignetes Ereignis vorgelegen, so dass der Ereignisablauf bei der Beurteilung außen vor gelassen werden solle. Allerdings würden dann die übrigen Kausalfaktoren wie - Patelladeformität Wiberg-III - Extrem flache außenseitige Kniescheibengleitlagerwange - X-Beinfehlstellung - Bandlaxität und - Hypermobilität beider Kniescheiben durch zu geringen Muskeltonus in den Vordergrund treten und für eine erheblich geringere Belastbarkeit des Kniescheibenoberschenkelgelenkes sprechen. Die anlässlich der Arthroskopie vom 24. November 2000 dokumentierten Verletzungen seien zwangsläufige Folge der Luxation und ließen Rückschlüsse auf deren Verursachung nicht zu. Dass in der Kernspintomographie vom 21. Dezember 2000 kein unter der Knorpelschicht gelegenes Knochenödem (bone bruise) zu finden sei, spreche für den mangelhaften Halt der außenseitigen Wange der Patellagleitbahn, die eigentlich den Körper vor einem Ausrenken schützen solle. Da die Veränderungen im Bereich des rechten Beines beim Kläger geringer ausgeprägt seien als links, erkläre sich, dass Luxationsereignisse lediglich am linken Bein abgelaufen seien. Zusammenfassend sei die vorhandene Schadensanlage von ursächlich eindeutig überwiegender, zeitlich allein wesentlicher Bedeutung für den Eintritt des Gesundheitsschadens. Dieser wäre auch ohne das Ereignis vom 22. November 2000 durch beliebig austauschbare Ereignisse des täglichen Lebens wie ruckartige Körperdrehbewegungen und reflexartige Ausweichbewegungen aufgetreten. Im Erörterungstermin am 20. April 2010 hat Dr. K1 sein Gutachten erläutert und ergänzend darauf hingewiesen, dass die Erstmanifestation einer anlagebedingten Kniescheibenverrenkung in der Regel während der Pubertät erfolge, weil dann eine Dysbalance zwischen Knochenlängenwachstum und stabilisierender Muskulatur zu Tage trete. Insofern könne aus der Tatsache, dass der Kläger vor dem Ereignis Sport betrieben habe, kein Argument für eine unfallbedingte Verrenkung abgeleitet werden. Nachdem der Kläger die mangelnde Berücksichtigung des zur Beseitigung der Verrenkung erforderlichen Aufwandes gerügt hatte, hat Dr. K1 in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2010 darauf hingewiesen, dass die Kniescheibe im Krankenhaus ohne Narkose und sogar ohne Anwendung eines muskelentspannenden Mittels habe reponiert werden können.

Demgegenüber hat der Chirurg Dr. T. in seinem auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstellten Gutachten vom 21. Februar 2011 darauf hingewiesen, dass es ohne weiteres nachvollziehbar sei, dass der Kläger bei dem Ereignis eine Bewegung durchgeführt habe, die für sich allein gesehen eine Patellaluxation hervorrufen könne. Auf den Röntgenaufnahmen vom Unfalltag sei eine kleine schalenförmige knöcherne Verdichtung im lateralen Gelenkspalt zu sehen. Dies belege, dass der Krafteinsatz auf das Kniegelenk erheblich gewesen sein müsse. Es müsse zu einer gewaltsamen Verdrehung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel gekommen sein. Nur so lasse sich diese Verletzung erklären. Im Übrigen müsse davon ausgegangen werden, dass das linke wie rechte Kniegelenk symmetrisch ausgestattet gewesen sei und die nachfolgend festgestellten Unterschiede unfallbedingt seien. Unter Abwägung aller Argumente müsse

festgestellt werden, dass die unfallabhängigen Ursachen eindeutig die unfallunabhängigen überwögen, der Unfall also wesentliche Teilursache für die Verrenkung sei.

Dieser Beurteilung hat die Beklagte durch Einreichung der Stellungnahme des Chirurgen Dr. Krumbiegel vom 21. September 2011 widersprochen, in der darauf hingewiesen wird, dass kein Rotationstrauma vorgelegen haben könne, weil keine entsprechenden Zeichen einer unphysiologischen Belastung an den Gelenkflächen (bone bruise) hätten festgestellt werden können. In seiner Stellungnahme vom 12. März 2012 ist Dr. T. bei seiner Auffassung geblieben und hat auf die von ihm beschriebenen Zeichen einer Knochenkontusion im Bereich des äußeren Femurkondylus verwiesen.

Das Berufungsgericht hat Dr. K1 in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ergänzend zu seinem schriftlichen Gutachten gehört. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift, wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die ausweislich der Sitzungsniederschrift zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung (§§ 143, 144, 151 Abs. 1 SGG) der Beklagten hat auch in der Sache Erfolg. Das Sozialgericht hat zu Unrecht der Klage des Verletzten stattgegeben. Der Bescheid vom 21. November 2002 weist Rechtsfehler zu seinen Lasten nicht auf. Ihm stehen Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit Blick auf die am 22. November 2000 erlittene Kniescheibenverrenkung nicht zu, weil hierfür der nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 b Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) versicherte Schulbesuch nicht ursächlich war.

Allerdings steht außer Frage, dass die konkrete Verletzung nicht eingetreten wäre, wenn die Rangelei auf dem Pausenhof, bei welcher die linke Kniescheibe heraussprang, nicht stattgefunden hätte. Sie ist im Sinne der Gleichwertigkeit aller Bedingungen, d.h. in einem rein naturwissenschaftlichen-philosophischen Sinne, kausal für den erlittenen Gesundheitsschaden. Nach der das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beherrschenden Lehre von der wesentlichen Bedingung, die bereits vom Reichsversicherungsamt entwickelt wurde und die das Bundesozialgericht (BSG) für seine Rechtsprechung übernommen hat und in seinen Entscheidungen als Theorie der wesentlich mitwirkenden bzw. rechtlich erheblichen Ursache bezeichnet (vgl. u.a. BSG v. 14.10.1955 – 2 RU 16/54 – BSGE 1, 254, 256; BSG v. 31.08.1956 – 2 RU 129/54 – BSGE 3, 240, 245; BSG v. 30.06.1960 – 2 RU 86/56 – BSGE 12, 242, 245 = SozR Nr. 27 zu § 542 RVO), sind ursächlich (im Rechtssinne) aber nur diejenigen Bedingungen (im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne), die unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Der Wortlaut von § 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII zeigt diese besondere kausale Verknüpfung dadurch an, dass danach Unfälle nur diejenigen Ereignisse sind, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod "führen". Dabei sind die tatsächlichen Grundlagen der Ursachenzusammenhänge stets im Vollbeweis zu sichern. Das bedeutet, die Umstände des Falles müssen nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sein, insoweit die volle richterliche Überzeugung zu begründen. Hierfür bedarf es zwar nicht einer absoluten Gewissheit, aber doch immerhin eines der Gewissheit nahekommenden Grades der Wahrscheinlichkeit. Zur Feststellung des kausalen Zusammenhangs reicht indessen nach allgemeiner Auffassung die hinreichende Wahrscheinlichkeit aus (vgl. schon BSG v. 02.02.1978 – 8 RU 66/77 – SozR 2200 § 548 Nr. 38, S. 104 f. = BSGE 45, 285, 287; BSG v. 30.04.1985 – 2 RU 24/84 – SozR 2200 § 548 Nr. 70 = BSGE 58, 76; BSG v. 30.04.1985 – 2 RU 43/84 – SozR 2200 § 555a Nr. 1 = BSGE 58, 80; BSG v. 20.01.1987 – 2 RU 27/86 – SozR 2200 § 548 Nr. 84 = BSGE 61, 127, 129): Während die einzelnen Glieder der Kausalkette (versicherte Tätigkeit, schädigende Einwirkung und Gesundheitsschaden) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen, ohne dass eine völlige Gewissheit zu fordern ist, genügt für den Ursachenzusammenhang eine hinreichende Wahrscheinlichkeit, d.h. es müssen mehr Gesichtspunkte dafür als dagegen sprechen. Die bloße Möglichkeit genügt allerdings nicht (vgl. BSG v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 = BSGE 96, 196 m. zahlr. Nachw. aus der Rechtsprechung des BSG). Diese Grundsätze gelten auch für den Beweis durch Sachverständige nach § 118 SGG i.V.m. §§ 402 ff. Zivilprozessordnung.

Die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs zwischen einem Körper- und Gesundheitsschaden und dem Arbeitsunfall ist danach gegeben, wenn bei vernünftiger Abwägung aller Umstände die auf dem Unfall beruhenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann und wenn die gegen den ursächlichen Zusammenhang sprechenden Faktoren außer Betracht bleiben können, d. h. nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung (vgl. BSG v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 17 = BSGE 96, 196) mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden.

Hiervon ausgehend vermag der erkennende Senat die für den Erfolg der Klage allein maßgebliche Frage, ob das schädigende Ereignis ursächlich für den eingetretenen Schaden ist, nicht im Sinne des Klägers positiv zu beantworten.

Nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung, wie sie in der überein-stimmenden Einschätzung aller im Verfahren gehörter Sachverständiger zum Ausdruck kommt, kann eine Verrenkung der Kniescheibe nur entweder durch eine direkte Gewalteinwirkung auf deren Innenseite oder im Wege indirekter Gewalteinwirkung durch eine forcierte Innendrehung des Oberschenkels gegenüber dem in Außenrotation fixierten Unterschenkel bei gleichzeitiger Kniebeugung entstehen. Hiervon geht der Senat für seine Entscheidung aus.

Eine direkte Gewalteinwirkung auf die Kniescheibeninnenseite lässt sich nicht im erforderlichen Vollbeweis feststellen. Der Kläger hat zwar mehrfach betont, er sei mit dem Knie "voll" aufgeschlagen, er hat dies aber immer mit einem frontalen Anprall auf die Kniescheibe verbunden. Im Termin vor dem Sozialgericht hat er sogar vorgetragen, die Kniescheibe sei nach innen herausgesprungen, also eine Gewalteinwirkung von außen unterstellt. Auch fehlt ausweislich des Durchgangsarztberichts jegliches äußeres Verletzungszeichen am linken Knie, welches eine direkte Gewalteinwirkung belegen könnte. Ebenso fehlt es an dem im Falle einer äußeren direkten Gewalteinwirkung zu erwartenden bone-bruise im MRT.

Eine einem Dreh- und Verwindungssturz mit fixiertem Unterschenkel bei Kniebeugung entsprechende Unfallmechanik lässt sich ebenfalls nicht in dem erforderlichen Vollbeweis sichern. Zunächst hat der Kläger im Laufe des Verwaltungsverfahrens sowie des sozialgerichtlichen Verfahrens in beiden Rechtszügen eine Reihe unterschiedlicher Unfallschilderungen gegeben. Bereits die Vielzahl der unterschiedlichen Darstellungen verhindert, dass der Senat sich von der Richtigkeit einer der Varianten mit der erforderlichen Gewissheit überzeugen kann.

Feststellen lässt sich lediglich, dass sich der Kläger bei einer Rangelei mit Mitschülern am Unfalltag die Kniescheibe verrenkt hat. Keiner seiner Schilderungen ist überdies – ihre Richtigkeit hier unterstellt – ein Hinweis auf die erforderliche Fixierung des Unterschenkels zu entnehmen. Eine derartige Fixierung ist aber notwendig, um die für eine Kniescheibenverrenkung durch indirekte Einwirkung erforderlichen hohen Kräfte zu erzeugen. Ein Stolpern über einen Stein (der Kläger gegenüber Dr. D.) oder über einen anderen Schüler (der Kläger gegenüber Dr. H.), ein Hängenbleiben an einer Stein- oder Bordsteinkante (der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht, mit Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten vom 4. Mai 2007, gegenüber Dr. T. sowie erneut in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat) erfüllt diese Voraussetzungen mangels Fixierung des Unterschenkels bzw. des Fußes nicht. Dies ergibt sich aus dem Vergleich mit dem von dem medizinischen Sachverständigen Dr. K1 in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat gegebenen Beispiel eines in der Loipe fixierten Fußes und einem Drehsturz beim Skifahren. Auch der medizinische Sachverständige hält die erforderliche "klassische" Fixierung bei einem Geschehensablauf, wie ihn der Kläger zuletzt geschildert hat, nicht für gegeben. Dies leuchtet unmittelbar ein. Denn bei dem vom Kläger geschilderten Geschehen hat der Fuß noch die Möglichkeit, der Bewegungsrichtung des Körpers zu folgen und so die Folgen des Sturzes zu mildern. Steht er hingegen fest in der Loipe, sind Unterschenkel und Fuß der Last des fallenden Körpers unmittelbar ausgesetzt. Für das Vorliegen eines geeigneten Unfallmechanismus in der Gestalt eines Dreh- und Verwindungssturzes mit fixiertem Unterschenkel spricht auch nicht das bildgebend gesicherte Vorliegen einer Einblutung ins Kniegelenk und einer Knochen¬knorpel-absprengung. Hieraus lässt sich nicht in zulässiger Weise auf eine bestimmte Art des Sturzes schließen. Denn wie sowohl der medizinische Sachverständige M. als auch der medizinische Sachverständige Dr. K1 ausgeführt haben, ist jede Art von Patellaluxation in der Lage, derartige Folgen zu zeitigen, so dass durch das Auffinden derartiger Verletzungen ein geeigneter Unfallhergang rückschauend nicht zu beweisen ist.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht zudem fest, dass beide Knie des Klägers, das linke mehr als das rechte, zum Zeitpunkt des Unfallereignisses in erheblichem Umfange verrenkungsbegünstigende Faktoren aufwiesen. Dies entspricht der Einschätzung aller sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im gerichtlichen Verfahren gehörten Sachverständigen. Dieser Umstand ist ohne weiteres in der Lage, die schweren Folgen des bei Beachtung der geeigneten Unfallmechanismen vergleichsweise harmlosen Sturzes zu erklären. Wie der medizinische Sachverständige Dr. K1 des Weiteren ausgeführt hat, war der Kläger zum Ereigniszeitpunkt auch noch im Längenwachstum begriffen und hat die hieraus folgende muskuläre Dysbalance die Unfallfolgen zusätzlich beeinflusst. Auch wären nach seiner Einschätzung zum Ereigniszeitpunkt andere abrupte Bewegungen – wie etwa ein fluchtartiges Ausweichen im Lauf – geeignet gewesen, einen vergleichbaren Verletzungserfolg zu bewirken.

Bei Gewichtung aller so festgestellten Umstände vermag der Senat nicht mit der erforderlichen hinreichenden Wahrscheinlichkeit festzustellen, dass das Unfallereignis zu den Verletzungen des Klägers (im Rechtssinne) wesentlich beigetragen hat. Vielmehr tritt sein Verursachungsbeitrag hinter die anlagebedingten Veränderungen in der Anatomie des Klägers zurück.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG und entspricht dem Ergebnis der Hauptsache.

Der Senat hat die Revision gegen dieses Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2013-03-06