

L 2 U 30/17

Land

Hamburg

Sozialgericht

LSG Hamburg

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

2

1. Instanz

SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen

S 40 U 71/15

Datum

14.07.2017

2. Instanz

LSG Hamburg

Aktenzeichen

L 2 U 30/17

Datum

04.04.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt aus Anlass eines erlittenen Arbeitsunfalls in Gestalt eines Wegeunfalls ([§ 8 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)) die Gewährung einer Verletztenrente ([§§ 56 ff.](#) SGB VII) sowie zwecks Gewährung weiterer Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ([§§ 26 ff.](#) SGB VII) die Feststellung einer weiteren, durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsstörung.

Der 1972 geborene Kläger war auf dem Weg von zu Hause zu seiner Beschäftigung als Hafenfacharbeiter, als er am 7. Februar 2011 bei einer Drehbewegung auf einer Treppe plötzlich im rechten Knie Schmerzen verspürte, wobei er im späteren Unfallfragebogen zum Unfallhergang zusätzlich angab, er sei mit dem rechten Fuß an einer Stufe hängengeblieben. Der etwa zwei Stunden später aufgesuchte Durchgangsarzt Dr. M. diagnostizierte eine Kniegelenksdistorsion sowie den Verdacht auf eine Innenmeniskusläsion. Es bestehe ein Druckschmerz im medialen Gelenkspalt des rechten Kniegelenkes. Ein Erguss oder eine Schwellung lägen bei stabilem Bandapparat nicht vor. Das Röntgenergebnis sei ohne Befund gewesen.

Nach der am Folgetag durchgeführten Kernspintomographie des rechten Kniegelenkes beurteilte der Radiologe den Befund unter anderem als geringe Ergussbildung medial betont bei Zerrung der Quadrizepssehne im Ansatz an der Patella, Einriss des medialen Hinterhorns ohne Fragmentation und Zerrung des vorderen Kreuzbandes.

Am 17. März 2011 stellte sich der Kläger unter Angabe anhaltend starker Beschwerden erneut bei einem Durchgangsarzt vor, diesmal bei Dr. K., der u.a. einen Erguss des rechten Kniegelenks beschrieb und eine posttraumatische Innenmeniskushinterhornläsion rechts diagnostizierte. Er verordnete Krankenhausbehandlung zur Arthroskopie und führte diese am 22. März 2011 selber durch, drei Tage, nachdem Dr. M. dem Kläger zur Seitenbandschonung eine RMO-Schiene hatte anlegen lassen, weil die Durchführung von Krankengymnastik mit Wärme zu keinem verbesserten Befinden geführt hatte. In seinem diesbezüglichen Zwischenbericht und dem Operationsbericht gab Dr. K. an, dass sich – neben degenerativ bedingten, zweitgradigen Chondralläsionen im Femoropatellargelenk – "überraschenderweise" intraoperativ eine "frische", drittgradige Chondralläsion des zentralen, lateralen Tibiaplateaus mit größerer Delamination als Ursache der bekannten Beschwerden beim Kläger gezeigt habe. Der Außenmeniskus sei intakt, die Kreuzbänder seien stabil bei intaktem Synovialschlauch. Der histologische Befundbericht lag Dr. K. zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

In diesem hieß es dann später u.a., dass die histologische Untersuchung keine Hinweise auf aktive eitrige-einschmelzende oder spezifische granulomatöse Entzündungen ergeben habe. Es seien weder Fremdkörper noch Kristallablagerungen noch eine Granulationsgewebsbildung noch Hämosiderophagen feststellbar gewesen. Die histochemisch erkennbaren leichten diffusen mukoiden Auflagerungen seien möglicherweise auf das klinisch angegebene Trauma zurückzuführen.

In einem Zwischenbericht im Mai 2011 führte Dr. K. u.a. aus, er gehe trotz des "etwas ungewöhnlichen Unfallmechanismus" davon aus, dass Unfallfolgen vorlägen. Im September 2011 war das Kniegelenk nach seiner Darstellung komplett reizfrei, ohne Bewegungseinschränkung, Gelenkerguss oder lokalisierbaren Druckschmerz, wobei der Kläger gemeint habe, weiterhin nicht arbeitsfähig zu sein. Dr. K. ging angesichts von ihm gesehener erheblicher Diskrepanzen zwischen dem klinischen Untersuchungsbefund und der bildgebenden Diagnostik zu den seitens des Klägers angegebenen Beschwerden von einer Aggravation aus und empfahl eine gutachterliche Untersuchung. Nach Ende Dezember 2011 begonnener und Anfang Januar 2012 abgebrochener stufenweiser Wiedereingliederung hielt Dr. K. den Kläger ab 11. Januar

2012 für arbeitsfähig. Ärztliche Behandlung sei nicht mehr erforderlich. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) betrage nach vorläufiger Schätzung über die 26. Woche nach dem Unfall hinaus weniger als 10 v.H.

Der Kläger wechselte erneut den Durchgangsarzt und ließ sich nunmehr von dem bereits im Herbst 2011 von der Beklagten mit Erstellung eines Gutachtens beauftragten Dr. K1 behandeln, der zu der Einschätzung kam, dass die anhaltenden Beschwerden des Klägers Folge einer Verkettung unglücklicher Umstände seien, zu denen auch die Fehlbeurteilung der ersten kernspintomographischen Bilder gehöre. Aufgrund einer in typischer Weise durchgeführten arthroskopischen Operation sei es in der Folge zu einer Dystrophie gekommen, die durch den operativen Eingriff und auch durch das Verhalten des Klägers nicht zu erklären sei. Der Kläger sei weiter arbeitsunfähig und müsse unterhalb der Schmerzgrenze trainiert werden. Dr. K1 verordnete Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), die im Reha-Zentrum S. durchgeführt wurde. Dort wurde im Januar 2012 eine seitengleiche Beweglichkeit der Kniegelenke von 5-0-130 nach der Neutral-0-Methode festgestellt.

Unter dem 26. Juli 2012 fertigte Dr. K1 ein Gutachten nach Untersuchungen vom 5. Dezember 2011 und 26. Juli 2012. Als Unfallfolgen nahm er einen Knorpelschaden des medialen Tibiaplateaus sowie eine nach der Arthroskopie aufgetretene dystrophische Reaktion größeren Ausmaßes mit Kraft- und Umfangsminderung der Oberschenkelmuskulatur sowie Funktions- und Kraftbehinderung des rechten Beines an. Es sei davon auszugehen, dass nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit in etwa einem Vierteljahr eine vorübergehende MdE in rentenberechtigendem Ausmaß vorliegen werde. Im Zeitraum von Dezember 2011 bis zur aktuellen Untersuchung sei es dergestalt zu einer Besserung gekommen, dass die damals noch vorhandene leichte Einschränkung bei der Beugung von etwa 10° auf der rechten Seite nicht mehr feststellbar sei. Aktuell sei die Beugung seitengleich vorführbar. Der Kläger könne nach eigenen Angaben deutlich besser gehen. Erkennbar sei allerdings noch eine deutliche Muskelminderung der Oberschenkelmuskulatur rechts, die ausweislich des Messblatts für untere Gliedmaßen nach der Neutral-0-Methode im Dezember 2011 noch 2 bis 2,4 cm betragen hatte.

In einem fachradiologischen Zusatzgutachten vom 20. Juni 2012 führte Dr. Emde aus, dass die MRT-Aufnahmen des rechten Kniegelenkes des Klägers vom 8. Februar 2011 einen geringen Erguss zeigten, keine Baker-Zyste, intakte Kreuz- und Kollateralbänder, einen spitzwinklig und regelrecht signalarmen Außenmeniskus sowie einen Innenmeniskus mit kleinsten degenerativen Veränderungen am Übergang vom Hinterhorn zur Pars intermedia an der Basis. Die Knorpelbelege wiesen minimale Signale an Erhebungen und Rauigkeiten am innenseitigen Condylus auf. Lateral zeige sich kein sicherer Defekt, insbesondere nicht auf dem lateralen Tibiaplateau. Im Gleitlager fraglich minimale Rauigkeiten. Zu den MRT-Aufnahmen vom 4. August 2011 hieß es, dass zwischenzeitlich eine Arthroskopie mit Zustand nach Mikro-Frakturierung des lateralen Tibiaplateaus vorliege. Als Ausdruck der Mikro-Frakturierung seien Ödeme im lateralen Tibiaplateau umschrieben. Darüber hinaus würden keine weitergehenden Knorpelschäden vorliegen.

Unter dem 14. August 2012 nahm die Fachärztin für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. H. für die Beklagte beratungsärztlich Stellung und kam zu der Einschätzung, beim Kläger bestehe primär eine Minimaldistorsion des rechten Knies. Ein Mechanismus, der eine Meniskusschädigung erklären könne, sei nicht abgelaufen. Es sei eine Kernspintomographie gefertigt worden, die eine Degeneration des Innenmeniskus zeige, aber keine Rissbildung. Selbst unter der Prämisse einer Rissbildung hätte die Beklagte an dieser Stelle das Heilverfahren abbrechen müssen, weil der Hergang eine isolierte Meniskusverletzung nicht plausibel gemacht hätte. Bei einer isolierten Meniskusschädigung müssten ein geeigneter Hergang nachweisbar sein und insbesondere Begleitverletzungen vorliegen. Diese fehlten vorliegend völlig. Insofern handle es sich bei dem MRT-Befund vom 8. Februar 2011 um eine Fehlinformation, die aber bei angemessener Heilverfahrensteuerung nicht zu gravierenden Nachteilen geführt hätte, wenn man das Heilverfahren abgebrochen hätte. Eine Arthroskopie zur Klärung des Sachverhaltes wäre nicht notwendig gewesen, weil die Minimalvoraussetzungen für einen Kniebinnenschaden, eine Ergussbildung oder ein Bone-bruise-Phänomen, nicht nachweisbar gewesen seien. Die geringe Ergussbildung medial betont sei im Sinne eines Reizergusses zu interpretieren, strukturbedingte Schäden seien nicht belegt worden. Normalerweise hätte nach dem Kernspintomogramm das Heilverfahren abgebrochen werden müssen, d.h. Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit wegen der Distorsion habe für eine Woche bestanden. In diesem Falle sei tatsächlich ein ungünstiger Verlauf feststellbar gewesen. Für die Operation am Knorpelschaden am lateralen Tibiaplateau am 22. März 2011 gebe es keine unfallbedingten Befunde. Wäre dieser unfallbedingt gewesen, so hätte sich ein Kontusionsödem im MRT an dieser Stelle finden müssen, was gerade nicht der Fall gewesen sei. Das MRT sei eine sehr, sehr feine Methode hierfür. Gerade diese Knorpelschäden müssten mit Ödemzonen einhergehen und würden einem erfahrenen Untersucher nicht entgehen. Der Fachradiologe habe kein Ödem gesehen, die Beratungsärztin ebenfalls nicht. Es sei ein fraglicher Befund operiert, der auf gar keinen Fall unfallbedingt gewesen sei, weil entsprechende frische Zeichen einer Verletzung nicht belegt seien. Sollte, wie Dr. K1 ausführt habe, ein dystrophisches Syndrom (komplexes regionales Schmerzsyndrom - CRPS) vorliegen, wäre dies auf die diagnostische Arthroskopie zurückzuführen und als Unfallfolge zu behandeln.

Nach innerbetrieblicher Umschulung des Klägers im Bereich "Fernsteuerung" und Wiedereintritt von Arbeitsfähigkeit ab 6. Februar 2013 fertigte Dr. K1 unter dem 11. März 2013 das Erste Rentengutachten für die Beklagte und gab an, es lägen aktuell eine im Wesentlichen beruhigte dystrophische Reaktion nach einem Knorpelschaden des medialen Tibiaplateaus des rechten Knies mit belastungsabhängigen Restbeschwerden, Kraft- und Muskelminderung der Ober- und Unterschenkelmuskulatur des rechten Beines sowie Narben nach Arthroskopie vor. Der Gutachter schätzte die daraus resultierende MdE für die Zeit vom 6. Februar 2013 bis zum Tag vor der gutachterlichen Untersuchung, dem 3. März 2013, und für die Zeit vom 4. März 2013 bis 5. August 2013 mit 20 v.H., für die Zeit danach mit wahrscheinlich 10 v.H. ein. Im Messblatt nach der Neutral-0-Methode wurden keine Daten für die Streckung/Beugung der Kniegelenke eingetragen. Die Muskelumfänge oberhalb des Kniegelenkspalts wiesen Defizite von 1,1 bis 1,8 cm auf.

Nachdem der Beratungsarzt der Beklagten Dr. D. unter dem 2. Juli 2013 ausgeführt hatte, dass ein unfallbedingter Knorpelschaden am medialen Tibiaplateau nicht vorliege und die MdE-Einschätzung von 20 v.H. angesichts der freien Funktion des rechten Kniegelenks und einer Umfangsminderung ohne wesentliche Relevanz nicht sachgerecht sei, lehnte die Beklagte die Gewährung einer Rente aufgrund des Unfallereignisses vom 7. Februar 2011 mit Bescheid vom 10. Juli 2013 ab und erkannte hierbei einen Zustand nach Kniegelenksverletzung rechts mit dystrophem Syndrom nach diagnostischer Arthroskopie vom 22. März 2011 als Unfallfolge an. Nicht anerkannt wurden verschleißbedingte Veränderungen am rechten Kniegelenk.

Am 5. August 2013 legte der Kläger Widerspruch mit dem Ziel der Gewährung einer Verletztenrente ein und gab an, sein Knie sei nicht mehr belastbar, deshalb sei er ja auch umgeschult worden.

In der Zeit vom 31. Oktober 2013 bis 27. November 2013 gewährte die Beklagte dem Kläger eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (B.SW) im B. Unfallkrankenhaus H. (jetzt: B.-Klinik), nach deren Beendigung bei freier Beweglichkeit des rechten Knies und gegenüber dem Aufnahmebefund weiter zurückgegangenen, nur noch minimalem muskulärem Defizit des rechten Beins keine MdE in rentenberechtigender Höhe festgestellt wurde.

Unter dem 13. Februar 2014 fertigte Dr. M. im Auftrag der Beklagten ein weiteres Gutachten und kam zu dem Ergebnis, die MdE sei bei einer Beweglichkeit des rechten wie des linken Kniegelenks von 0-0-140 und einem Muskeldefizit des rechten Beins von 1 cm mit 10 v.H. einzuschätzen.

Unter dem 23. Oktober 2014 fertigten die Chirurgen/Unfallchirurgen Dr. G. und Dr. P. ein chirurgisches Fachgutachten und führten aus, der Kläger habe sich beim Unfallereignis am 7. Februar 2011 eine Distorsion des rechten Kniegelenkes mit einer Zerrung des vorderen Kreuzbandes und des medialen Retinakulums sowie eines kleinflächigen Knorpelschadens am lateralen Tibiaplateau zugezogen. Residuen eines CRPS seien nicht verblieben. Eine MdE im messbaren Bereich sei bei einer Beweglichkeit des rechten wie des linken Kniegelenks von 5-0-150 und einem Muskeldefizit des rechten Beins nicht verblieben.

Der Facharzt für Neurologie Dr. G1 erstellte unter dem 1. Dezember 2014 ein Gutachten zur Zusammenhangsfrage auf seinem Fachgebiet und kam zu der Einschätzung, dass Verletzungsfolgen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet nicht festzustellen seien.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 11. März 2015 zurück. Am 20. März 2015 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg mit dem Ziel erhoben, einen Zustand nach Micro-Frakturierung einer Knorpelschädigung im Tibiaplateau (drittgradige Chondralläsion) als weitere Unfallfolge festzustellen und ihm eine Verletztenrente nach einer MdE um 30 v.H. zu gewähren. Er hat insbesondere auf die bestehenden Schmerzen, die Muskelminderung und den Umstand verwiesen, dass er vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei, und seinen Vortrag unterstützende Stellungnahmen des Dr. K1 eingereicht.

Das SG hat im Rahmen seiner medizinischen Ermittlungen zunächst von Amts wegen ein Sachverständigengutachten vom Facharzt für Chirurgie-Unfallchirurgie, Sozialmedizin Dr. T. eingeholt, der den Kläger am 1. Juni 2016 untersucht und unter dem 6. Juni 2016 festgestellt hat, dass die Streckung und Beugung der Kniegelenke beim Kläger die Werte nach der Neutral-0-Methode von 0-0-125 (rechts) und 0-0-125 (links) ergäben. Die Fußsohlenbeschwellung sei seitengleich mittelkräftig ausgeprägt. Das Unfallereignis habe nach unfallchirurgischer Lehrmeinung eine Zerrung verursacht, die nach maximal zwei bis drei Wochen folgenlos ausgeheilt sei. Der Unfallhergang sei nicht geeignet gewesen, eine Verletzung im Knieinnenraum zu verursachen. Für eine Knorpelschädigung fehle es gänzlich an Kollateralbefunden. Die äußere Krafteinwirkung habe den Knorpel nicht erreichen können. Dies sei durch die Kernspintomographienaufnahmen belegt, insbesondere fehle es auch an Einblutungen und an einer entsprechenden Absprengung im Bereich des Tibiaplateaus. Die arthroskopisch behandelte Knorpelschädigung sei nur im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis behandelt worden. Es habe keine Einwirkung auf den Knorpel durch das Unfallereignis vorgelegen. Nach den vorliegenden Messdaten sei zu keinem Zeitpunkt von einer MdE in rentenberechtigendem Ausmaß auszugehen.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hat der Facharzt für Chirurgie und Sportmedizin Dr. K1 nach Untersuchung des Klägers am 9. Februar 2017 unter dem 11. März 2017 ein Gutachten erstellt und die MdE aufgrund der Unfallfolgen, wozu er auch den Knorpelschaden am lateralen Schienbeinkopf und eine bis dahin nicht ausgeheilte dystrophische Reaktion gezählt hat, sei mit 20 v.H. seit Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit auf Dauer einzuschätzen. Im Messblatt nach der Neutral-0-Methode der unteren Gliedmaßen ist die Beweglichkeit der Kniegelenke mit Werten von 0-0-140 (rechts) und 0-0-140 (links) angegeben worden.

Das SG hat die Klage nach diesbezüglichem Einverständnis der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung als unbegründet abgewiesen. Der Kläger habe am 7. Februar 2011 auf dem Weg zur Arbeit zwar einen Arbeitsunfall erlitten, als er sich auf einer Treppenstufe das rechte Kniegelenk verdreht habe. Ein fixierter Fuß oder festgestellter bzw. eingeklemmter Unterschenkel habe auf der Treppenstufe nicht vorgelegen. Die Kammer stelle fest, dass sich der Kläger als Gesundheitserstschaden eine Distorsion des rechten Kniegelenkes zugezogen habe. Weitere unfallbedingten Schädigungen im rechten Kniegelenk lägen nicht vor. Die Krafteinwirkung bei der Verdrehung des Kniegelenkes sei biomechanisch nicht geeignet gewesen, einen strukturellen Kniebinnenschaden zu verursachen. Dies folge bei dem festgestellten Unfallereignis aus den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des gerichtlich bestellten medizinischen Sachverständigen Dr. T. sowie der Beratungsärzte der Beklagten Dr. D. und der Dr. H ... Ein unfallbedingter Knorpelschaden oder möglicher Meniskusschaden habe nicht vorgelegen. Die durchgeführte Arthroskopie zur Aufklärung des Sachverhaltes, habe keine Nachweise für einen unfallbedingten Kniebinnenschaden in Form eines erheblichen Ergusses, von Einblutungen, Absprengungen am Knorpel oder eines Bone-bruise-Phänomens gezeigt. Dr. T. habe weitergehend darauf hingewiesen, dass es insbesondere an primären und sekundären Schädigungsnachweisen mangle, die eine tatsächliche Krafteinwirkung auf den Knorpel nachweisen könnten. Auch habe der Erstbehandler Dr. M. am Ereignistag festgestellt, dass keine Bandstabilität bestanden und weder eine Schwellung noch ein Erguss vorgelegen hätten. Es hätten sich mithin völlig unfallunspezifische Befunde gefunden. Ein weiterer Gesundheitserstschaden durch das Ereignis am 7. Februar 2011 im rechten Kniegelenk des Klägers könne nicht festgestellt werden. Die Distorsion als Unfallfolge im engeren Sinne nach [§ 8 Abs. 1 SGB VII](#) habe für maximal zwei bis drei Wochen unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit verursacht. Danach sei diese Unfallfolge folgenlos ausgeheilt. Die weitere Arbeitsunfähigkeit, die ab dem 17. März 2011 aufgrund weiterer tatsächlicher Schmerzen im rechten Kniegelenk des Klägers vorgelegen und weitere medizinische Behandlungen begründet habe, sei der Beklagten "nur" als mittelbare Unfallfolge nach [§ 11 Abs. 1 SGB VII](#) zuzurechnen. Die Beklagte habe im Rahmen der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung die Rehabilitation beim Kläger "gesteuert" und somit zurechenbar die Verantwortung für (schicksalshafte) mittelbare Unfallfolgen übernommen. Der Kläger sei am 22. März 2011 aufgrund einer möglichen unfallbedingten Meniskusschädigung im Rahmen einer Arthroskopie operiert worden. Hierbei habe sich der "Zufallsbefund" ergeben, dass der Kläger nicht (nur) an einer Meniskusschädigung gelitten habe, sondern hauptsächlich an einem Knorpeldefekt, einer drittgradigen Chondralläsion, die seine Beschwerden im rechten Kniegelenk sowie die leichte Ergussbildung (Reizerguss), verursacht hätten. Dieser Knorpeldefekt habe nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. Februar 2011 gestanden, insoweit habe eine bis dahin unerkannt gebliebene Erkrankung in Form einer degenerativen Veränderung des Knorpels im rechten Kniegelenk beim Kläger vorgelegen. Mit dem Bescheid vom 10. Juli 2013 habe die Beklagte die Schädigung am Tibiaplateau auch nicht als Unfallfolge anerkannt, sondern nur die Kniegelenksverdrehung mit dystrophischem Syndrom. Die verschleißbedingten Veränderungen, zu denen auch die Knorpelschädigungen am Tibiaplateau gehörten, seien ausdrücklich nicht anerkannt worden. Ein dystrophisches Syndrom in der Form eines CRPS liege nach den medizinischen Feststellungen nicht mehr vor. Damit habe der

Kläger keinen Anspruch auf die Feststellung weiterer Unfallfolgen im engeren oder weiteren Sinne. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die Gewährung einer Verletztenrente, denn die Kammer könne nicht feststellen, dass die unfallbedingte MdE einen rentenberechtigenden Grad von nach [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) mindestens 20 v.H. erreiche. Die Feststellung einer MdE nach Versicherungsfällen der gesetzlichen Unfallversicherung sei im Kern die Feststellung von funktionellen körperlichen Defiziten bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In Bezug auf Verletzungen der Kniegelenke richte sich diese regelmäßig nach den funktionellen Einschränkungen der Beuge- bzw. Streckbeweglichkeit. Diese werde nach der allgemein gültigen Neutral-0-Methode ermittelt, so dass gewährleistet werde, dass alle Versicherten im Regelfall gleichbehandelt würden. Zu den reinen Messwerten der Neutral-0-Methode kämen noch weitere Parameter zur MdE-Bewertung hinzu. Unter anderem habe die Ausprägung von Schwellneigungen und Entzündungszuständen der Kniegelenke Auswirkungen auf die Funktionseinschränkungen und mithin auf die MdE. Maßgebliches Kriterium seien aber die festgestellten funktionellen Bewegungsausmaße. Nach der herrschenden Lehrmeinung in der Rechtsprechung und Literatur (zum Beispiel Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017 S.685) betrage die MdE bei einem Wert nach der Neutral-0-Methode von 0-0-120 10 v.H. Bei einem Wert von 0-0-90 (bzw. 80) betrage die MdE-Bewertung 20 v.H. Nach allen vorliegenden Messprotokollen liege die Beweglichkeit im betroffenen Kniegelenk beim Kläger jeweils über dem Wert von 0-0-120. Insoweit lägen die Einschränkungen beim Kläger unter 10 v.H. Bei einigen Messprotokollen habe der Kläger sogar "Normalwerte" und in Bezug auf sein nicht geschädigtes linkes Knie regelmäßig identische bzw. fast identische Werte gehabt. Eine MdE könne demnach nicht festgestellt werden. Die Kammer folge ausdrücklich nicht der MdE-Einschätzung des Sachverständigen Dr. K1, denn diese Einschätzung entspreche in keinsten Weise den Vorgaben der Rechtsprechung bzw. Literatur bezüglich der MdE-Bewertung. Bereits die von Dr. K1 im Messblatt eingetragenen Funktionswerte zeigten, dass die MdE beim Kläger in keinsten Weise den Wert von 20 v.H. erreichen könne. Insoweit seien seine gutachterlichen Ausführungen unschlüssig.

Gegen dieses, seinen Prozessbevollmächtigten am 20. Juli 2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 16. August 2017 eingelegte Berufung des Klägers, mit der er sein Begehren weiter verfolgt und darauf verweist, dass die Beweglichkeit seines rechten Kniegelenks bis heute erheblich eingeschränkt sei. Strecken von mehr als 500 m könne er nicht ohne erhebliche Knieprobleme gehen. Vorschäden habe er nicht gehabt. Die MdE-Bemessung sei nicht nur nach den Bewegungseinschränkungen vorzunehmen. Auch ohne diese könne die MdE bei einem anhaltenden Reizzustand mit 10 bis 30 v.H. angenommen werden. Die CRPS sei nicht ausgeheilt. Er nehme nach Bedarf bis heute das Schmerzmittel Ibuprofen 600. Schließlich verweist der Kläger darauf, dass er aufgrund der Knieschädigung seine frühere Tätigkeit habe aufgeben müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 14. Juli 2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 10. Juli 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2015 aufzuheben, festzustellen dass die Schädigung des Knorpels in der Hauptbelastungszone des lateralen Schienbeinkopfs Folge des Arbeitsunfalls vom 7. Februar 2011 ist, und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Verletztenrente aus Anlass des Arbeitsunfalls vom 7. Februar 2011 nach einer MdE um mindestens 30 v.H. ab dem 6. Februar 2013 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil angesichts fehlenden neuen Vortrags nach wie vor für überzeugend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von dem Chirurgen-Unfallchirurgen und Sportmediziner Dr. B1, der den Kläger am 16. Februar 2018 untersucht und unter dem 21. März 2018 sowie in zwei ergänzenden Stellungnahmen vom 17. September 2018 und 11. Februar 2019 ausgeführt hat, dass der Kläger sich bei dem Verdrehtrauma am 7. Februar 2011 eine Kniezerrung zugezogen habe. Der bei der Arthroskopie am 22. März 2011 festgestellte Knorpelschaden sei nicht mit Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis wesentlich verursacht worden. Wenn ein unfallbedingter Knorpelschaden zur Diskussion stehe, dürfe ein Knochenödem nicht fehlen. Der Gelenkknorpel sei elastischer als der subchondrale Knochen, somit müsse vor einer Verletzung der Knorpeldecke der darunter liegende Knochen geschädigt werden. Eine verwindende Einwirkung und eine Scherkraft führten in der Regel nicht nur im Bereich des Gelenkknorpels zu einem Schadensbild. Eine indirekte Krafteinwirkung könne eine oberflächliche Knorpelabschabung zur Folge haben, dann müsse aber gleichzeitig eine Begleitverletzung vorliegen, welche die zur Schädigung führende Bewegung erst ermöglicht habe. Erforderlich seien damit Verletzungszeichen an korrespondierenden Gelenkflächen, wobei dies eine (unfallbedingte) Instabilität des Kapsel-Band-Apparates voraussetze. Ohne eine solche Instabilität seien unfallbedingte isolierte Knorpelverletzungen auszuschließen. Eine Befundkonstellation in diesem Sinne sei bei dem Kläger weder nach dem dokumentierten klinischen Befund im Durchgangsarztbericht noch nach dem am ersten Tag nach dem Unfall erstellten MRT, das als Goldstandard zur Beurteilung von Knorpelschäden gelte, gefunden worden. Die Interpretation des arthroskopischen Befundes als frische Verletzung durch Dr. K. sei abzulehnen. Ab der sechsten Woche nach einem Unfall sähen traumatische und nichttraumatische Knorpelschäden gleich aus, sodass es hier eine hohe Anzahl an Fehlinterpretationen auch bei versierten Operateuren gebe. Zum Zeitpunkt der Arthroskopie des Klägers mehr als sechs Wochen nach dem Unfallereignis sei eine Unterscheidung eines frischen von einem alten Knorpelschaden nicht mehr möglich gewesen. Der histologische Befund habe diesbezüglich keine weiteren Erkenntnisse gebracht. Begleitverletzungen insbesondere des Kapsel-Band-Apparates seien auch intraoperativ nicht gefunden worden. Beschwerdefreiheit vor dem Unfall sei in diesem Zusammenhang unerheblich, da derartige degenerative Veränderungen häufig lange nicht klinisch manifest würden. Es sei davon auszugehen, dass vorübergehend das von Dr. K1 beschriebene komplexe regionale Schmerzsyndrom als Folge der Arthroskopie und somit mittelbare Folge des Arbeitsunfalls vom 7. Februar 2011 vorgelegen habe. Dieses sei jedoch abgeklungen. Ein Residualzustand in messbarer Ausprägung liege nicht vor. Bei der klinischen Untersuchung habe sich das betroffene Kniegelenk absolut reizfrei gezeigt, ohne Schwellung, Erguss, tropische Störungen oder Bewegungseinschränkungen (auch im Seitenvergleich). Auch die in vorangehenden Stellungnahmen als Hinweis für eine Störung herangezogene Verschlechterung der Oberschenkelmuskulatur sei nicht mehr nachweisbar. Auch die vom Kläger angegebene Bedarfsmedikation mit Ibuprofen 600 belege kein anhaltendes CRPS, sei vielmehr zur Behandlung chronischer Schmerzen ungeeignet und auch in der übrigen Bevölkerung zur Behandlung von Schmerzen jeglicher Art nicht unüblich. Auch Dr. B1 hat eine Diskrepanz der subjektiv geklagten Beschwerden des Klägers zu den objektiven Befunden festgestellt. Unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit hat Dr. B1 für den Zeitraum vom Unfalltag bis zum 5. Februar 2013 angenommen. Eine messbare MdE liege seither bei seittengleicher, nicht eingeschränkter Beweglichkeit des verletzten Knies nicht vor.

Die Beteiligten haben durch Erklärungen vom 10. Januar 2018 (Kläger) und 16. Januar 2018 (Beklagte) ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Berichterstatters anstelle des Senats ([§ 155 Abs. 3 und 4 SGG](#)) erklärt.

Der Berichterstatter hat über die Berufung am 4. April 2019 mündlich mit den Beteiligten verhandelt. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf die Sitzungsniederschrift, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der ebenfalls beigezogenen Prozessakte des SG bezüglich des mit Blick auf das hiesige Berufungsverfahren ausgesetzten Klageverfahrens des Klägers gegen das Versorgungsamt Hamburg (S 54 SB 789/14).

Entscheidungsgründe:

Die statthafte ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) eingelegte Berufung ist unbegründet. Das SG hat die zulässige kombinierte Anfechtungs-, Feststellungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1](#) und 4, [§ 55 Abs. 1 Nr. 3](#) sowie [§ 56 SGG](#)) zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen, auf die gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen wird.

Weder hat der Kläger mit seiner Berufung etwas vorgetragen, was Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit der erstinstanzlichen Entscheidung gäbe, noch haben die im Berufungsverfahren durchgeführten Ermittlungen Derartiges ergeben.

Nach [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach [§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII](#) zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Ein Arbeitsunfall setzt daher voraus, dass der Verletzte durch eine Verrichtung vor dem fraglichen Unfallereignis den gesetzlichen Tatbestand einer versicherten Tätigkeit erfüllt hat und deshalb "Versicherter" ist. Die Verrichtung muss ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis und dadurch einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten objektiv und rechtlich wesentlich verursacht haben (Unfallkausalität und haftungsbegründende Kausalität; st.Rspr., vgl. nur BSG, Urteil vom 4. Dezember 2014 – [B 2 U 10/13 R](#), a.a.O., m.w.N.); das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern – vor allem – für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), [BSGE 96,196](#), m.w.N.).

Die Kausalitätsbeurteilung hinsichtlich zunächst klar zu definierender Gesundheitsstörungen hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeit von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen und der Entstehung bestimmter Krankheiten zu erfolgen. Das schließt eine Prüfung ein, ob ein Ereignis nach wissenschaftlichen Maßstäben überhaupt geeignet ist, eine bestimmte körperliche oder seelische Störung hervorzurufen, ob also die behauptete Ursache-Wirkungs-Beziehung durch wissenschaftliche Erkenntnisse untermauert plausibel ist. Die Feststellung des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes hat durch Sachverständigengutachten zu erfolgen, wobei Ausgangsbasis Fachbücher und Standardwerke insbesondere zur Begutachtung im jeweiligen Bereich sein müssen (zum Beispiel Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit) sowie die jeweiligen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und ggf. andere aktuelle Veröffentlichungen, dies jeweils unter kritischer Würdigung, zumal ein Teil der Autoren aktive oder ehemalige Bedienstete von Versicherungsträgern sind oder diesen in anderer Weise nahe stehen. Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der Ursachenzusammenhang positiv festgestellt werden muss, es im Bereich des Arbeitsunfalls keine Beweisregel gibt, dass bei fehlender Alternativursache die versicherte naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist, weil dies bei komplexen Krankheitsgeschehen zu einer Beweislastumkehr führen würde (BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#), a.a.O., m.w.N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen lassen sich lediglich eine Kniegelenksdistorsion rechts als unmittelbare Unfallfolge und ein vorübergehend aufgetretenes, mittlerweile abgeklungenes komplexes regionales Schmerzsyndrom als mittelbare Unfallfolge feststellen. Diese hat die Beklagte mit den angefochtenen Bescheiden anerkannt.

Anders als Dr. K1 meint, kann die Knorpelläsion an der lateralen tibialen Gelenkfläche des rechten Knies nicht als Unfallfolge anerkannt werden, weil sich ein wesentlicher Ursachenzusammenhang mit dem Arbeitsunfall nicht wahrscheinlich machen lässt. Das angeschuldigte Ereignis war nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand schon nicht geeignet, eine derartige Gesundheitsstörung zu verursachen. Wie insbesondere Dr. B1 und Dr. T. schlüssig in Übereinstimmung mit der auch von den Beratungsärzten der Beklagten zitierten herrschenden Lehre (s. nur Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 670 m.N.) ausgeführt haben, kann ein unfallbedingter Knorpelschaden nur angenommen werden, wenn erhebliche Begleitverletzungen am Kapselbandapparat und ein subchondrales Bone bruise vorliegen. An beidem fehlt es hier. Der Bandapparat war vielmehr sowohl bei der Erstuntersuchung als auch in der Folge stabil, ein Erguss lag am Unfalltag gar nicht, am Folgetag nur in geringer Form vor. Die nicht näher begründete Beschreibung des Knorpelschadens als "frisch" durch Dr. K. bei der mehr als sechs Wochen nach dem Unfallereignis durchgeführten Arthroskopie vermag aus den von Dr. B1 genannten Gründen und angesichts der fehlenden Begleitverletzungen zu keinen anderen Schlussfolgerungen zu führen, zumal diese Einschätzung selbst bei unterstellter Richtigkeit nichts über die Ursache sagt.

Auch hinsichtlich der MdE-Bewertung vermag das erkennende Gericht ebenso wie das SG Dr. K1 nicht zu folgen. Nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit am 6. Februar 2013 sind zu keinem Zeitpunkt mit dem erforderlichen Vollbeweis Befunde feststellbar, die eine messbare MdE rechtfertigen könnten. Bei der Begutachtung durch Dr. K1 im Februar/März 2013 fehlt die Angabe der Bewegungsausmaße des Knies, die allerdings auch schon in der Zeit davor während der Arbeitsunfähigkeit rechts gegenüber links gar nicht oder jedenfalls nicht wesentlich gemindert gewesen waren. Dr. K1 beschrieb eine im Wesentlichen freie Funktion mit belastungsabhängigen Restbeschwerden. Die Umfangsdifferenz der Muskulatur hatte sich im Vergleich zur Voruntersuchung durch Dr. K1 im Dezember 2011 bereits deutlich vermindert und er selbst ging in dem Ersten Rentengutachten von einer im Wesentlichen beruhigten dystrophischen Reaktion aus und nahm, ohne diese der Höhe nach schlüssig zu begründen, auch nur eine vorübergehende MdE in rentenberechtigendem Ausmaß an. Die nächsten dokumentierten Befunde stammen von den Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen im Zusammenhang mit der B.SW-Maßnahme, bei denen eine freie Beweglichkeit des rechten Kniegelenks bei zum Schluss nur noch minimalem muskulärem Defizit festgehalten wurde. Bei sämtlichen in der Folge durchgeführten und dokumentierten Untersuchungen wurde eine nicht eingeschränkte seitengleiche Beweglichkeit bei nur noch geringer Umfangsdifferenz festgestellt, von Dr. T. ausdrücklich eine seitengleiche mittelkräftige Fußsohlenbeschwellung als Hinweis auf eine seitengleiche Belastung der Beine beschrieben. Gleichzeitig gaben mehrere Untersucher, zuletzt auch Dr. B1, an, dass der

Kläger aggravierte und eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den objektiven Befunden bestehe. Erstmals geschah dies bereits durch Dr. K., der schon Anfang des Jahres 2012 von einem reizfreien Knie und Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit gesprochen hatte.

Vor diesem Hintergrund ist die Feststellung von die Anträge des Klägers begründenden (Anknüpfungs-)Tatsachen im erforderlichen Vollbeweis und Ursachenzusammenhängen mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nicht möglich, was sich jedenfalls nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast zu Ungunsten des Klägers auswirkt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Rechtsstreits.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-06-13