

## L 3 U 269/07

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Unfallversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 98 U 685/06  
Datum  
19.10.2007  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 3 U 269/07  
Datum  
13.11.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 19. Oktober 2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Gewährung einer Verletztenrente.

Die Klägerin ist 1948 geboren und als Angestellte in der Vorgangsbearbeitung bei der Polizei beschäftigt. Bei ihr ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 50 vorrangig wegen einer Colitis ulcerosa anerkannt (Bescheid des Landesamtes für Gesundheit und Soziales vom 21. Januar 1998).

Sie trat am 07. Januar 2004 während ihrer Arbeit auf einem zugeschneiten Weg mit dem rechten Fuß in ein nicht sichtbares Loch. Sie stürzte nicht, sondern fing sich mit mehreren schnellen Schritten ab. Fuß oder Unterschenkel waren nicht fixiert oder festgeklemmt (Angaben der Klägerin im Fragebogen Knieverletzungen vom 02. Juli 2004). Sie meldete den Unfall sofort (Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 16. Februar 2004) und arbeitete zunächst weiter. Laut der Unfallanzeige des Arbeitgebers waren verletzte Körperteile der rechte Knöchel, das rechte Sprunggelenk und die Wade.

Nach Angaben der Klägerin begann das rechte Knie nach einer längeren Krankenschreibung im Februar 2004 wegen eines Asthmaleidens erheblich zu schmerzen und anzuschwellen. Am 18. März 2004 stellte sie sich deswegen bei ihrer Hausärztin Prof. Dr. B vor, die unter anderem eine Farbduplexsonographie des rechten Beines venös veranlasste. Am 19. März 2004 suchte sie die Orthopädin Dipl.-Med. W auf. Einen Unfall erwähnte sie dort nicht, vielmehr waren bei der Ärztin seit Jahren wiederkehrende Knieschmerzen bekannt (Befundbericht vom 29. Juni 2004). Die Klägerin war bereits seit 1993 in größeren Abständen wegen Halswirbelsäulen-, Knie- und Fußbeschwerden bei Frau Dipl.-Med. W in Behandlung gewesen. Frau Dipl.-Med. W diagnostizierte eine seitengleich geringe Gonarthrose (Röntgenuntersuchung vom 24. März 2004) und verschrieb sechs Ultraschallbehandlungen wegen Gonarthrose mit subakuter Reizung und Belastungsstörung. Am 04. Mai 2004 stellte sich die Klägerin bei dem Facharzt für Chirurgie Dr. B vor. Auch dort gab sie zunächst kein Unfallgeschehen an. Die Konturen des rechten Kniegelenks waren leicht verstrichen und es fand sich ein geringer Erguss. Das Gelenk wurde punktiert. Auf Veranlassung von Dr. B wurde am 15. Juni 2004 ein Kernspintomogramm (MRT) des rechten Kniegelenks erstellt. Hierbei ergaben sich ein diffuses Knochenmarködem medialer Femurcondylus, ein diskretes Knochenmarködem im Bereich des medialen Tibiaplateaus, eine ödematöse Auftreibung und Signalanhebung des Innenmeniskusvorderhorns (IMVH), ein Reizzustand des Hoffa Fettkörpers, ein Gelenkerguss, eine Bakerzyste sowie eine Chondromalzia patellae Grad II. Die Radiologin K beurteilte am 17. Juni 2004 die Knochenmarködeme im Sinne einer Infraktion/Knochenkontusion. Der Befund des IMVH wurde als vereinbar mit einer Quetschung angesehen, ein kleiner Einriss konnte nicht sicher ausgeschlossen werden.

Nach dem Durchgangsarztbericht von Prof. Dr. D. vom 22. Juni 2004 stellte sich die Klägerin dort am 22. Juni 2004 wegen Schmerzen am rechten Knie vor. Prof. Dr. W diagnostizierte eine Distorsion des rechten Kniegelenks. Am 23. Juni 2004 begab sich die Klägerin in Behandlung bei den Chirurgen und Durchgangsärzten S und L, die einen Kniebinnenschaden diagnostizierten und eine Gelenkpunktion durchführten (Durchgangsarztbericht vom 23. Juni 2004).

Am 28. Juli 2004 führte der Facharzt für Chirurgie S eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks durch. Im OP-Bericht heißt es unter anderem: "Innenmeniskushinterhorn (IMHH) ragt in den Gelenkspalt vor. Außenmeniskus unauffällig, aus der Nodge im Bereich des proximalen Ansatzes vord. X-Band hängen einzelne X-Bandfasern herunter. Auf dem medialen Femurcondylus ist der Knorpelüberzug in einem 2 cm

durch-messenden Areal zum Teil abgehoben, zum Teil zerstört und nicht mehr vorhanden". Ausweislich des histologischen Befundes vom 30. Juli/03. August 2004 ergab die Untersuchung ein "älteres Schädigungsmuster von Meniskusgewebe mit marginalen sog. Risszotten und superfiziellen Glättungszonen". Diese seien mit "posttraumatischen Läsionen bei angegebenem Unfalltag" vereinbar.

Die Klägerin war in der Folgezeit arbeitsunfähig. Vom 21. Februar bis zum 20. März 2005 wurde eine Arbeits- und Belastungserprobung durchgeführt, danach nahm sie ihre Arbeit wieder auf.

Nach Einholung von Befundberichten von Frau Dipl.-Med. W vom 29. Juni 2004 und 18. August 2005, von Dr. B vom 01. Juli 2004 sowie von der Chirurgen Dr. Z vom 08. September 2005 und Beiziehung von Kopien der Sozialversicherungsausweise der Klägerin sowie eines Vorerkrankungsverzeichnisses der City BKK veranlasste die Beklagte die Erstellung eines unfallchirurgischen Zusammenhangsgutachtens durch Priv.-Doz. Dr. L/Dr. G. In dem Gutachten vom 23. Februar 2006 gelangten die Gutachter nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin am 20. Februar 2006 zu dem Ergebnis, es bestehe kein wesentlicher teilursächlicher Zusammenhang zwischen dem angeschuldigten Ereignis und den nachfolgend festgestellten krankhaften Veränderungen im Bereich des rechten Kniegelenks in Form von ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des medialen Kompartiments des rechten Kniegelenks sowie retropatellar. Selbst ein zeitlicher Zusammenhang sei angesichts der Angaben der Klägerin bei der Begutachtung kaum zu belegen. Die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des medialen Kompartiments des rechten Kniegelenks seien nicht unfallbedingt. Auch der MRT-Befund einschließlich der Markraumödeme stehe in guter Übereinstimmung mit einer ausgeprägten degenerativen Veränderung der Gelenkflächen. Die histologische Befundung unterstreiche diese Einschätzung. Die unfallbedingten Beschwerden an Knöchel, Sprunggelenk und Wade seien nach etwa 14 Tagen abgeklungen.

Durch Bescheid vom 07. Juni 2006 lehnte die Beklagte die Zahlung einer Verletztenrente ab, da die Erwerbsfähigkeit der Klägerin nicht aufgrund des Arbeitsunfalls um wenigstens 20 vom Hundert (v. H.) gemindert sei. Als Folge des Arbeitsunfalls bestehe eine ausgeheilte Sprunggelenkszerrung rechts bei erheblichen degenerativen Veränderungen im rechten Kniegelenk; unfallunabhängig bestünden erhebliche degenerative Knorpelschäden - teilweise bei zum IV. Grad (Knorpelglatte) - im Bereich des medialen Kompartiments des rechten Kniegelenks sowie retropatellar mit daraus resultierender Funktionseinschränkung und Beschwerdesymptomatik. Zur Begründung verwies die Beklagte auf das Gutachten von Dres. L/G. Der Umstand, dass die Klägerin erst etwa nach vierzehn Tagen Schmerzen am Knie und zuvor nur in der Wade und am Sprunggelenk verspürt habe, spreche gegen eine unfallbedingte Meniskusverletzung.

Gegen den Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch. Das Gutachten von Dres. L/G weise inhaltliche Fehler auf. Der Unfallhergang entspreche einem "Drehsturz" und sei daher geeignet gewesen, eine Meniskusverletzung hervorzurufen. Im histologischen Befund sei festgehalten, dass die Veränderungen mit posttraumatischen Läsionen vereinbar seien. Die Gutachter hätten nicht festgestellt, dass die angeblichen degenerativen Vorerkrankungen die rechtlich allein wesentlichen Ursachen für den Meniskus-schaden seien. Sie habe vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich des rechten Knies gehabt.

Durch Widerspruchsbescheid vom 22. September 2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Aus dem Gutachten von Dres. L/G ergebe sich nachvollziehbar, dass die Klägerin bei dem Arbeitsunfall lediglich eine Sprunggelenkszerrung rechts erlitten habe.

Im Rahmen der dagegen vor dem Sozialgericht Berlin (SG) erhobenen Klage hat das SG Befundberichte von Dr. S von Februar 2007 mit beigefügten Befunden eines MRTs des linken Kniegelenks vom 13. März 2006 sowie eines MRTs des rechten Kniegelenks vom 23. Juni 2006, von Frau Dr. Z vom 08. März 2007, von dem Chirurgen Dr. R vom 04. Mai 2007 sowie von der Allgemeinmedizinerin Prof. Dr. B vom 05. März 2007 eingeholt und ein Vorerkrankungsverzeichnis der City BKK beigezogen.

Anschließend hat es die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Oktober 2007 abgewiesen und sich zur Begründung im Wesentlichen auf das Gutachten der Dres. L/G vom 23. Februar 2006 gestützt.

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Der Arbeitsunfall sei rechtlich wesentliche Bedingung für ihre fortbestehenden Beschwerden im rechten Kniegelenk. Präzisierend hat die Klägerin im Erörterungstermin vom 17. April 2008 zum Unfallablauf angegeben, sie habe im Moment des Hineinstauchens des Fußes in das Loch einen stechenden Schmerz und ein Knacken unterhalb des Knies verspürt. Beim Gehen habe sie vor allem in der Wade und im Knöchel Beschwerden empfunden. In der Folgezeit sei es zu einem schleichenden Schmerzprozess gekommen. Sie reicht ein Gutachten des Chirurgen Dr. R vom 14. Februar 2006 für die private Unfallversicherung zu den Akten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 19. Oktober 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihres Bescheides vom 07. Juni 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. September 2006 zu verurteilen, ihr eine Verletztenrente nach einer Mde von mindestens 20 vom Hundert zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Berufung für unbegründet.

Der Senat hat die Schwerbehindertenakte der Klägerin beigezogen und anschließend Beweis erhoben und den Facharzt für Chirurgie Dr. S mit der Untersuchung der Klägerin und Erstellung eines Gutachtens betraut. In seinem Gutachten vom 15. Juni 2008 einschließlich der präzisierenden Ergänzung vom 07. Juli 2008 ist dieser nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin am 09. Juni 2008 zu dem Ergebnis gelangt, bei der Klägerin bestehe eine beidseitige Gonarthrose mit Degenerationen der Menisci, chronisch entzündlichen Veränderungen und Auffaserungen der auch die Kreuzbänder bedeckenden Gelenkinnenhaut sowie Elastizitätsverlust des Knorpelgewebes durch Derangierung der extrazellulären Matrix. Diese Veränderungen des Knieinnenraumes seien vorwiegend Ausdruck des schicksalhaften altersbedingten Verschleißes und würden durch autoimmunologische Vorgänge im Rahmen der zugrunde liegenden Colitis ulcerosa

verstärkt sowie unterhalten. Das geschilderte Un-fallereignis sei nicht geeignet gewesen, eine isolierte Verletzung des Meniskus hervorgerufen, denn der Unfallhergang habe nicht einem Drehsturz entsprochen. Der Kreuz- und Seitenbandapparat sei zu jedem Zeitpunkt klinisch intakt und ohne patho-logische Signalgebung in den MRTs gewesen. Folgen des Unfalls vom 07. Januar 2004 seien also nicht festzustellen, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) eben-falls nicht.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat sodann ein arbeitsmedizinisches Gutachten von Prof. Dr. B-A sowie ein radiologisches Zu-satzgutachten von Dr. T eingeholt. Dr. T hat zunächst ein Gutachten unter dem Datum vom 21. Februar 2009 erstattet, dieses unter dem Datum vom 05. März 2009 jedoch überarbeitet. In dem Gutachten vom 25. März 2009 ist der Sachverständige Prof. Dr. B-A nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin am 05. Februar 2009 und un-ter Verwertung des überarbeiteten radiologischen Zusatzgutachtens des Dr. T vom 05. März 2009 zu dem Ergebnis gekommen, bei der Klägerin lägen folgende Gesund-heitsstörungen vor: - Subkortikales Knochenmarködem im Bereich des medialen Femurkondylus des rechten Kniegelenks (Erstdiagnose am 15. Juni 2004) - Meniskopathie des IMHH mit Zustand nach Resektion am 28. Juli 2004 - Teilruptur des vorderen Kreuzbandes mit Glättung am 28. Juli 2004 - Längsriss des IMHH im Bereich des linken Kniegelenks mit Zustand nach Re-sektion am 31. mai 2006 - Kniegelenksarthrose beidseits, rechts stärker als links, bei O-Beinfehlstellung - Adipositas - Hypertonie. Allein das vorübergehende Knochenmarködem sei aus seiner Sicht auf den Arbeitsun-fall am 07. Januar 2004 zurückzuführen. Die übrigen Gesundheitsstörungen seien nicht durch den Arbeitsunfall entstanden. Die Knochenmarkkontusion bedinge keine eigenständige MdE.

Die Klägerin hat die Gutachten kritisiert. Es werde verkannt, dass - selbst wenn eine Kniegelenksarthrose vorher im altersgerechten Umfang existiert haben sollte - der Arbeitsunfall vom 07. Januar 2004 mit hinreichender Wahrscheinlichkeit die Schädi-gung verschlimmert haben könne und daher der Arbeitsunfall als rechtlich wesentliche Bedingung anzusehen sei.

Durch Beschluss des Senats vom 09. Juli 2009 ist der Rechtsstreit gemäß [§ 153 Abs. 5 SGG](#) der Berichterstatterin als Einzelrichterin zur Entscheidung mit den ehrenamtli-chen Richtern übertragen worden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklag-ten sowie der Schwerbehindertenakte (Gz. ) verwiesen, die Gegenstand der mündli-chen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Wie das SG zutreffend ent-schieden hat, hat die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung von Verletztenrente wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 07. Januar 2004.

Gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versi-cherter, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Gemäß [§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versi-cherter Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#)).

Für einen Arbeitsunfall ist danach in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zur Zeit des Unfalls der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), dass diese Verrichtung zu dem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis - dem Unfallereignis - geführt hat (Unfallkausalität) und dass das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität). Das Ent-stehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern erst für die Gewährung einer Verletztenrente (BSG, Urteile vom 12. Dezember 2006 - [B 2 U 1/06 R](#) - und 04. September 2007 - [B 2 U 28/06 R](#) -, jeweils in Juris und m. w. N.).

Alle rechtserheblichen Tatsachen müssen im Sinne des Vollbeweises, also mit an Si-cherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen werden, mit Ausnahme derje-nigen, die einen Ursachenzusammenhang (Unfallkausalität, haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität) ergeben. Der ursächliche Zusammenhang als Voraussetzung der Entschädigungspflicht ist dagegen nach der auch sonst im Sozial-recht geltenden Lehre von der wesentlichen Bedingung zu bestimmen, so dass hierfür grundsätzlich die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit - nicht allerdings die bloße Mög-lichkeit - ausreicht (vgl. hierzu Urteile des BSG in [SozR 3-2200 § 551 Nr. 16](#) m. w. N., [SozR 2200 § 551 Nr. 1](#) und [SozR 4-5670 Anl. 1 Nr. 2402 Nr. 1](#)). Eine Möglichkeit ver-dichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden (BSG in Breithaupt 1963, 60, 61). Voll bewiesen sein müssen aber auch hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs immer die Ursache selbst und der ihr zuzurechnende Erfolg; die hinreichende Wahrscheinlichkeit bezieht sich nur auf die kausalen Zwischenglie-der. Zu den voll zu beweisenden Tatsachen gehören damit z. B. die Erfüllung des Versicherungsschutztatbestands nach [§§ 2 ff SGB VII](#), die Verrichtung der versicher-ten Tätigkeit, das äußere Ereignis, ein Körperschaden und die Plötzlichkeit als Unfall-merkmale.

Die MdE richtet sich gemäß [§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#) nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens erge-benden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbsle-bens. Das die gesetzliche Unfallversicherung beherrschende Prinzip der abstrakten Scha-densbemessung besagt, dass die Entschädigung nach dem Unterschied der auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens bestehenden Arbeitsmöglichkeiten des Versi-cherter vor und nach dem Versicherungsfall zu bemessen ist. Die rechnerisch mit 100 % anzusetzende Erwerbsfähigkeit vor dem Versicherungsfall stellt den Bezie-hungswert dar, dem das nach dem Versicherungsfall verbliebene Ausmaß an Er-werbsfähigkeit als Vergleichswert gegenüber gestellt werden muss. Die Differenz bei-der Werte ergibt die MdE. Die MdE-Festsetzung ist eine rechtliche Wertung in Form einer Schätzung, die nach anerkannten Richtwerten erfolgt, die zur weitgehenden Gleichbehandlung aller Verletzten zu beachten sind (vgl. Schönber-ger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003, Anmerkun-gen 2.5, 2.5.1 und 2.5.2). Zu beachten ist weiterhin, dass allein maßgebend die fest-stellbaren Funktionseinschränkungen sind, aus den Diagnosen allein lässt sich nicht auf die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit schließen. Schmerzen, die mit den Un-fallfolgen einhergehen, fließen nicht gesondert in die MdE-Schätzung ein, da die MdE- Richtwerte die

üblicherweise vorhandenen Schmerzen mitberücksichtigen (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. A. 2003, Anm. 5.5.10).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze und nach Auswertung des im Verwaltungs-verfahren erstellten fachchirurgischen Gutachtens der Dres. L/G vom 23. Februar 2006 sowie des im Berufungsverfahren erstellten weiteren fachchirurgischen Gutach-tens von Dr. S vom 15. Juni/07. Juli 2008 ist der Senat davon überzeugt, dass die Klägerin keine Verletztenrente beanspruchen kann, weil nach Ablauf von 6 Monaten nach dem Ereignis keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen mehr feststellbar sind, die eine MdE von mindestens 20 v. H. bedingen. Die Klägerin kann sich zur Be-gründung ihrer gegenteiligen Auffassung auch nicht auf das auf ihren Antrag hin ein-geholt Gutachten des Prof. Dr. B-A samt radiologischem Zusatzgutachten von Dr. T stützen, denn diese kommen zu demselben Ergebnis.

Zwar steht zwar zur Überzeugung des Senats fest, dass die am 07. Januar 2004 von der gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versicherten Klägerin ausgeführte Verrichtung (Begehen eines verschneiten Weges im Rahmen eines Außentermins in Sachen Nachlasssicherung in der Kleingartenanlage S) der versicherten Tätigkeit als Ange-stellte in der Vorgangsbearbeitung zuzurechnen war und diese Verrichtung zu dem Unfallereignis (unvorhergesehener Tritt in ein zugeschnittes Loch mit Stolpern) ge-führt hatte. Das Eintreten, Stauchen und Stolpern hat als Gesundheitserstschaden jedenfalls eine Zerrung des rechten Sprunggelenks verursacht. Dies lässt sich recht zuverlässig schließen aus der Unfallanzeige des Arbeitgebers vom 16. Februar 2004, auch wenn es keinen ärztlichen Erstbefund gibt.

Die Beklagte hat in dem angefochtenen Bescheid vom 07. Juni 2006 als Folgen des Unfalls anerkannt: "Ausgeheilte Sprunggelenkszerrung rechts bei erheblichen degene-rativen Veränderungen im rechten Kniegelenk". Diese Unfallfolge ist nach überein-stimmender Auffassung der im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren tätig gewordenen Sachverständigen Dres. L/G sowie Dr. S ausgeheilt.

Ob die Klägerin bei dem Unfallereignis darüber hinaus eine Kniegelenkszerrung rechts erlitten hat, wovon der Sachverständige Dr. S in seinem Gutachten vom 15. Juni/07. Juli 2008 ausgeht, ist nicht gesichert. Aufgrund der Tatsache, dass die Kläge-rin sich erst mehr als zwei Monate später, am 18. März 2004, bei Frau Prof. Dr. B we-gen Kniebeschwerden vorgestellt hat, existiert kein zeitnaher medizinischer Befund. Der Unfallanzeige des Arbeitgebers lassen sich keine Hinweise für eine Kniegelenks-zerrung entnehmen. Eine Kniegelenkszerrung rechts als Gesundheitserstschaden ist daher nicht mit Vollbeweis nachgewiesen.

Weitere Gesundheitsstörungen können nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden.

Zunächst können die bei der Klägerin bei der Kniegelenkspiegelung am 28. Juli 2004 festgestellten und bereits im MRT vom 15. Juni 2004 beschriebenen Schäden am Knorpel des Kniescheibengelenkes (Zerstörung des Knorpelüberzuges auf dem medi-alen Femurcondylus in einem 2 cm durchmessenden Areal bzw. Chondromalazia pa-tellae II<sup>o</sup>) i. S. einer Gonarthrose nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Schon die Röntgenuntersuchung beider Kniege-lenke vom 23. März 2004 erbrachte eine beidseits geringfügige mediale Gelenkspalt-verschmälerung. Die Röntgenuntersuchung beider Kniegelenke vom 20. Februar 2006 ergab keine wesentlichen Änderungen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallgeschehen und der circa zwei Monate später festgestellten Arthrose schei-det angesichts des kurzen Zeitraums aus. Im Übrigen war das Unfallgeschehen auch nicht geeignet, einen solchen Schaden traumatisch herbeizuführen, denn ein massi-ves direktes Trauma etwa i. S. eines Aufpralls mit dem Kniegelenk auf eine Fläche oder einen Gegenstand hat nicht stattgefunden.

Das Unfallereignis hat, wie der Sachverständige Dr. S ausführlich und nachvollziehbar dargelegt hat, auch nicht zu einer Schädigung des vorderen Kreuzbandes i. S. einer Teilruptur geführt. Zwar werden im Arthroskopiebericht vom 28. Juli 2004 einzelne aus der nodge heraushängende Fasern beschrieben. Im MRT vom 15. Juni 2004 sind die Kreuzbänder jedoch ebenso wie die Seitenbänder, die Kniescheibenbänder und der Quadrizepssehnenansatz als intakt dargestellt. Eine für den Nachweis einer Ruptur erforderliche Kontinuitätsunterbrechung ist hier nie aufgetreten. Die aus der nodge heraushängenden einzelnen Fasern sind lediglich Zeichen einer Degeneration des Kreuzbandes.

Der Schaden am IMHH ist nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit durch das Un-fallereignis verursacht worden, denn es fehlt - wie die Sachverständigen Dres. L/G und Dr. S bereits ausführlich dargelegt haben - an einem geeigneten Unfallmecha-nismus. Der frische Unfallriss setzt ein geeignetes Unfallereignis im Sinne eines ganz be-stimmten Ablaufs voraus. Ein direkter Verletzungsmechanismus z. B. i. S. einer direk-ten mittelbaren Krafteinwirkung auf das Knie hat hier nicht vorgelegen. In dieser Kons-tellation wäre auch eine Verletzung anderer Kniegelenksstrukturen (z. B. der Kreuz-bänder) unabdingbar (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.10.5.3.2.1; Ludolph in Ludolph/Schürmann, "Kursbuch der ärztlichen Begutachtung", 2006, Kap. VI 1.2.1). Im Rahmen der Prüfung indirekter Krafteinwirkungen gelten die isolierte Beugung oder Streckung des Kniegelenks sowie die Krafteinwirkung auf das Kniegelenk nicht als geeigneter Unfallmechanismus. Allen Verletzungsmechanismen, die zu einer isolierten Zerreißung eines Meniskus führen ist die Verwindung des gebeugten Kniegelenks gemeinsam (Verwindungstrauma, Drehsturz) (vgl. Schönber-ger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.10.5.3.2.2; Ludolph in Ludolph/Schürmann, a. a. O., Kap. VI 1.2.1). Für den Meniskusriss sind ursächlich die passive Rotation des gebeugten Kniegelenks oder die plötzliche passive Streckung des gebeugten und ro-tierten Unterschenkels (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.10.5.3.2.2). Geeignete Ereignisabläufe (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.10.5.3.2.2.1 und 8.10.5.3.2.2.2) sind demnach • Fluchtartige Ausweichbewegungen unter Drehung des Oberkörpers bei fixier-tem Fuß, • Sturz bei fixiertem Fuß des Standbeins, • "Schwungverletzungen", z. B. schwungvolle Körperdrehung bei Hängenbleiben des Standbeins im Sport oder Absprung von fahrendem Zug, • Festgestellter Fuß in einer tiefen Wagenfurche und starke Drehung des Ober-körpers. Mit physiologischem Bewegungsablauf im Kniegelenk einhergehende Ereignisse sind für eine isolierte Schädigung eines altersentsprechenden Meniskus nicht geeignet (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a. a. O., Anm. 8.10.5.3.2.2.3): • Isolierte Beugung oder Streckung des Kniegelenks sowie Krafteinwirkung auf das Kniegelenk in Streckstellung (auch nicht in axialer Richtung), • Stoß des Kniegelenks an einer Kante im Sinne einer Knieprellung, • Hochkommen aus der Hocke, • Axiale Stauchung des Gelenks, • Wegrutschen des Fußes mit Krafteinwirkung auf das Kniegelenk im X- oder O-Sinn ohne gleichzeitiges Verdrehen des Gelenks unter Fixierung des Ober- bzw. Unterschenkels, • Plötzliche Drehbewegungen, wenn sich das Gelenk dabei in Streckstellung be-findet bzw. eine Fixierung des Unterschenkels etwa infolge gleichzeitigen Hän-genbleibens des Fußes nicht erfolgt, • Sturz auf das nach vorn gebeugte Knie, • Einfaches Stolpern und Ausrutschen, • Vertreten, • Treppensteigen, • Hängenbleiben mit dem Fuß und Einknicken im Kniegelenk. Danach war das Unfallereignis hier nicht geeignet, einen altersentsprechenden Me-niskus isoliert zu schädigen, denn es fand keine Fixierung des Fußes i. S. e. unüber-windlichen äußeren Bewegungshemmnisses (vgl. Ludolph in Ludolph/Schürmann, a. a. O., Kap. VI 1.2.1) statt. Die Klägerin ist vielmehr gestolpert bei axialer Stauchung des Kniegelenks.

Schließlich kann auch das im MRT vom 15. Juni 2004 festgestellte subkortikale Knochenödem im Bereich des medialen Femurcondylus und das diskrete subchondrale Knochenmarködem in der medialseitigen Tibiakonsole nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Dies anders lautende Beurteilung durch Prof. Dr. B-A und Dr. T ist nicht überzeugend. Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. T aus nicht nachvollziehbaren Gründen offenbar seine Beurteilung im Verlaufe der Zeit geändert hat. In seinem Gutachten vom 21. Februar 2009 hat er einen ursächlichen Zusammenhang noch für möglich gehalten, in der überarbeiteten Version vom 05. März 2009 hingegen für wahrscheinlich. Die angegebene Begründung, im MRT vom 23. Juni 2006 sei das Öden deutlich rückläufig gewesen, obwohl die degenerativen Veränderungen fortbestanden hätten, kann allein nicht überzeugen. Denn allein der zeitliche Ablauf - das MRT ist fünf Monate nach dem Unfallereignis erstellt worden - weckt große Zweifel an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Stauchungsereignis und dem Knochenmarködem. Es darf nicht vergessen werden, dass bei der Arthroskopie vom 28. Juli 2004 auch der Knorpelrand mit dem Shaver geglättet wurde und lose Schollen entfernt wurden, so dass ein Reizzustand gebessert wurde. Außerdem kann bezweifelt werden, ob ein indirektes Trauma, das zu keinen weiteren Verletzungen der Strukturen im Kniegelenk geführt hat, geeignet ist, ein Knochenmarködem hervorzurufen, das erst 2006 (2,5 Jahre nach dem Arbeitsunfall) weitgehend zurückgebildet ist.

Letztlich kann dies jedoch dahin stehen, denn selbst wenn das - inzwischen ausgeheilte - Knochenmarködem als Unfallfolge anzusehen wäre, würde dies nach der unfallmedizinischen Literatur nicht zu einer rentenberechtigenden MdE von 20 v. H. führen, denn nicht einmal die in der Gesamtheit bei der Klägerin im Bereich des rechten Kniegelenks bestehenden Funktionseinschränkungen erreichen kein Ausmaß, welches nach den unfallmedizinischen Erfahrungssätzen eine MdE von 20 bedingen würde.

Die Untersuchung durch Dres. L/G am 20. Februar 2006 ergab nur geringe Beeinträchtigungen: Das Bewegungsmaß für die Kniegelenke betrug für Streckung/Beugung 0/5/120 auf der rechten Seite und 5/0/120 auf der linken Seite. Das Gangbild zeigte sich ohne Gehhilfe zügig mit raumgreifenden Schritten und unauffällig, die Narbenverhältnisse reizlos. Es zeigten sich keine wesentlichen ein- oder beidseitigen Verschmächtingen an beiden Beinen. Der Zehengang bereitete rechts Probleme, der beidseitige Zehenstand gelang, der einseitige jedoch nur links, der Hackengang rechts war nicht möglich, beim Niedergehen in die Hocke hob die rechte Ferse deutlich früher ab als die linke. Pathologische Meniskuszeichen ließen sich an beiden Kniegelenken nicht auslösen, die Seitenbandapparate an beiden Knien waren unauffällig. Links war das Zohlen-Zeichen negativ, rechts positiv. Kniegelenksergüsse fanden sich beidseits nicht, beidseits bestanden allerdings Hinweise für eine Bakerzyste.

Bei der Untersuchung durch den Sachverständigen Dr. S am 09. Juni 2008 war das Gangbild der Klägerin in Konfektionsschuhwerk auf ebenem Untergrund nicht hinkend bei leichter Unsicherheit in der Gang und Standphase des rechten Beins. Eine Ergussbildung war beidseits nicht festzustellen. Das Zohlen-Zeichen war beidseits negativ, in der Kniekehle fanden sich beidseits Hinweise für Bakerzysten. Der Kapsel-Band-Apparat war beidseits stabil. Beinlänge- oder Umfangsdifferenzen waren nicht feststellbar. Die Beweglichkeit betrug rechts 0/5/110 und links 0/5/120.

Die Untersuchung durch Prof. Dr. B-A am 05. Februar 2009 ergab folgende Beeinträchtigungen: Die Klägerin zeigte ein unauffälliges Gangbild ohne Verwendung orthopädischer Hilfsmittel. Die Kniegelenkskonturen waren unauffällig, Ergüsse nicht feststellbar. Die Meniskuszeichen waren beidseits negativ ebenso wie der Zohlentest. Zeichen für eine vordere oder hintere Schublade bestanden nicht. Die Bewegungs- ausmaße für die Kniegelenke betragen beidseits 5/0/120. Umfangsdifferenzen wurden nicht gefunden.

Eine Bewegungseinschränkung des Kniegelenkes bei Streckung/Beugung 0/0/120 wird in der unfallmedizinischen Literatur mit einer MdE von 10 v. H. bewertet (vgl. Thomann, Schrödter und Grosser, Handbuch zur orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung, 1. Aufl. 2009, S. 545; Rompe, Erlenkämper, Schiltewolf und Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009, S. 710; Mehrhoff, Meindl und Muhr, Unfallbegutachtung 11. Aufl. 2005, S. S. 169; Schönberger, Mehrrens und Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Anm. 8. 10.11 S. 724; Mollowitz, Der Unfallmann; 11. Aufl. 1993, S. 347) Eine muskulär kompensierbare Lockerung des Kniebandapparates wird mit einer MdE von 10 v. H. und eine unvollständig kompensierbare Lockerung des Kniebandapparates mit 20 v. H. bewertet (vgl. Thomann, Schrödter und Grosser, Handbuch zur orthopädisch-unfallchirurgischen Begutachtung, 1. Aufl. 2009, S. 545; Rompe, Erlenkämper, Schiltewolf und Hollo, Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 5. Aufl. 2009, S. 710; Mehrhoff, Meindl und Muhr, Unfallbegutachtung 11. Aufl. 2005, S. S. 169; Schönberger, Mehrrens und Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Aufl. 2003, Anm. 8. 10.11 S. 724; Mollowitz, Der Unfallmann; 11. Aufl. 1993, S. 347).

Danach war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BRB  
Saved  
2010-01-12