

L 3 U 104/13

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 10 U 105/12
Datum
28.05.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 3 U 104/13
Datum
19.01.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls von der Beklagten die Gewährung einer Verletztenrente.

Der Kläger wurde 1963 geboren. Er war als Anlagenfahrer beschäftigt, als er am 15. Juli 2009 gegen 16.30 Uhr eigenen Angaben zufolge beim Hinabsteigen von einem über 80 cm hohen Getriebefundament zuerst das rechte Bein aufsetzte und sich hierbei das rechte Knie verdrehte, wobei das Knie nach innen einknickte, vgl. Unfallschilderung des Klägers vom 31. Juli 2009. Er stellte eigenen Angaben zufolge die Arbeit sofort ein, weil ein festes Auftreten nicht mehr möglich gewesen sei. Durchgangsärztlich wurde zunächst eine Blockierung der Bewegung und Streckung des rechten Kniegelenks mit einem Kniegelenkserguss unter röntgenologischem Ausschluss einer Fraktur festgestellt und eine MRT-Untersuchung veranlasst; diagnostiziert wurde zunächst eine Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies mit einer Lca-Ruptur rechts, vgl. Durchgangsarztbericht von Dr. S vom 16. Juli 2009. Die MRT-Untersuchung vom 17. Juli 2009 ergab ein geringes knöchernes Kontusionsödem an der dorsalen Kante des lateralen Tibiaplateaus, eine deutliche intraartikuläre Ergussbildung mit Begleiterguss im Recessus retropatellares und Nachweis einer Plica mediopatellaris, eine horizontale Rissbildung des Hinterhorns des Innenmeniskus, eine unauffällige Darstellung des Außenmeniskus, ein intaktes hinteres Kreuzband mit intakten Seitenbändern und intaktem Ligamentum patellae, einen welligen Verlauf des vorderen Kreuzbandes mit Diskontinuität im Sinne einer kompletten vorderen Kreuzbandruptur, einen Patellatyp 1 nach Wiberg, normal hohe Knorpelüberzüge, einen kleinen Einriss des oberflächlichen Gelenkknorpels der medialen Patellafacetten ohne subchondrale Erosionen, regelrechte Knorpelüberzüge der Gelenkflächen von Femurcondylen, Tibiaplateau und femoropatellarem Gleitlager ohne subchondrale Erosionen. Die am 28. Juli 2009 am rechten Knie des Klägers durchgeführte Arthroskopie bestätigte eine frische komplette Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Als Nebenfunde wurden ein degenerativer Mehrfachriss am Hinterhorn des Innenmeniskus und ein kleiner Riss am Hinterhorn des Außenmeniskus festgestellt, des Weiteren eine Chondropathie dritten Grades am medialen Femurcondylus im Bereich der Belastungszone sowie eine ausgeprägte akute Synovitis, vgl. Berichte des Krankenhauses E vom 29. und 30. Juli 2009. Wegen des akuten Reizzustands wurde zunächst auf eine vordere Kreuzbandersatzplastik verzichtet; es wurden am 28. Juli 2009 eine Teilresektion am Hinterhorn des Innen- und Außenmeniskus, eine Knorpelglättung am medialen Femurcondylus und eine partielle Synovektomie vorgenommen, vgl. OP-Bericht vom 28. Juli 2009. Am 08. September 2009 wurde am rechten Knie eine Kreuzbandersatzplastik durchgeführt, vgl. Bericht des Krankenhauses E vom 14. September 2009. Der Kläger durchlief vom 19. Oktober bis zum 19. November 2009 eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW), aus welcher er ohne orthopädische Hilfsmittel bei allerdings noch stärker eingeschränkter Gehbelastbarkeit mit Störung des Gangbildes entlassen wurde, vgl. BGSW-Bericht der Rehabilitationsklinik M. Es bestand vorerst eine deutliche Bewegungseinschränkung, hauptsächlich für die Streckung von etwa 15° fort, vgl. Zwischenbericht des Unfallkrankenhauses (UKB) vom 26. November 2009. Es wurde am 15. Dezember 2009 beim UKB eine weitere Arthroskopie durchgeführt, um die fortbestehende, durch eine Narbenplatte bedingte Streckhemmung zu beheben; intraoperativ zeigte sich im Bereich der medialen Femurcondyle in der Hauptbelastungszone ein zweit- bis drittgradiger Knorpelschaden mit einer Größe von 2 x 2 cm; tibial medial sowie im Bereich des gesamten lateralen Kompartiments zeigte sich ein maximal erstgradiger Knorpelschaden, vgl. Zwischenbericht des UKB vom 23. Dezember 2009 und OP-Bericht vom 15. Dezember 2009. Eine MRT-Untersuchung vom 10. März 2010 ergab Zeichen einer zweitgradigen Chondropathie femorotibial medial und eine fokale dritt- bis viertgradige Chondroathia patellae medial. Am 22. April 2010 wurde am rechten Knie des Klägers eine erneute Arthroskopie zur Narbenlösung durchgeführt, vgl. Zwischenbericht vom 19. März 2010 und OP-Bericht vom 22. April 2010 von Dr. W. Es folgte eine weitere BGSW vom 27. April bis zum 14. Mai 2010, aus welcher der Kläger mit gebesserter Kniebeweglichkeit und gebesserten Beschwerden entlassen wurde, vgl. Entlassungsbericht der Rehabilitationsklinik M.

Das unter dem 25. August 2010 im Auftrag der Beklagten und mit Zustimmung des Klägers erstattete sog. Erste Rentengutachten des Chirurgen Dr. Sergab nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers als wesentliche Folgen des Unfalls vom 15. Juli 2009 einen Zustand nach Zerreißung des vorderen Kreuzbands rechts und einen rückfälligen entzündlichen Reizzustand der Gelenkinnenhaut und der Gelenkkapsel (rezidivierende Synovitis und Kapsulitis) des rechten Kniegelenks mit Bewegungseinschränkung (Streckhemmung um 20° rechts gegenüber 5° links). Das Unfallereignis sei nicht wesentlich ursächlich für die Verschleißumformung mit Zusammenhangstrennung des Innenmeniskushinterhorns und den Knorpelschaden am inneren Oberschenkelknorren des rechten Kniegelenks. Die unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sei mit 20 vom Hundert (v.H.) zu bewerten. Wenn es gelinge, den Reizzustand des rechten Kniegelenks ohne dauernde wesentliche Bewegungseinschränkungen zur Ausheilung zu bringen, könne von einer Besserung im Zustand der Unfallfolgen ausgegangen werden.

Daraufhin gewährte die Beklagte mit Bescheid vom 04. November 2010 dem Kläger wegen der anerkannten Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. Juli 2009 (Bewegungseinschränkungen sowie belastungsabhängige Beschwerden am rechten Kniegelenk nach operativ mittels Ersatzplastik versorgter vorderer Kreuzbandruptur rechts sowie bestehendem Reizzustand der Gelenkinnenhaut und der Gelenkkapsel (rezidivierende Synovitis und Kapsulitis)) ab dem 21. Juni 2010 eine Verletztenrente als vorläufige Entschädigung nach einer MdE von 20 v.H. Als Unfallfolgen erkannte sie krankhafte Veränderungen mit Rissbildungen im Innenmeniskus- und Außenmeniskushinterhorn sowie fortgeschrittene Knorpelveränderungen am inneren Oberschenkelknorren des rechten Kniegelenks ausdrücklich nicht an. Zur Begründung verwies sie auf das Gutachten von Dr. S.

Die Beklagte holte dann mit Zustimmung des Klägers das sog. Zweite Rentengutachten von Prof. Dr. E vom 30. Januar 2012 ein, welches auf einer weiteren ambulanten Untersuchung des Klägers am 18. Januar 2012 beruhte, bei welcher ein funktionelles Defizit des rechten Kniegelenks bis auf eine endgradige Beugehemmung nicht festgestellt wurde (zügiges, breitbeiniges, hinkfreies Gangbild; Fersen-/ Zehenstand/ -gang beidseits gut möglich; Einbeinstand beidseitig problemlos demonstrierbar; Einnehmen der tiefen Hockposition mit Abstreifen des rechten Beins nach vorn; am rechten Kniegelenk keine Überwärmung, keine Rötung, kein Erguss, keine mediale oder laterale Aufklappbarkeit, keine vordere/ hintere Schublade; stabile Bandverhältnisse; Bewegungsausmaße von 0-0-120° rechts gegenüber 0-0-130° links). Die unfallbedingte MdE wurde nunmehr auf 10 v.H. eingeschätzt.

Nach Anhörung vom 02. Februar 2012 entzog die Beklagte die Rente mit Bescheid vom 08. März 2012 mit Wirkung ab dem 01. April 2012 und lehnte die Gewährung einer Rente auf unbestimmte Zeit ab. Sie stellte die Unfallfolgen nunmehr wie folgt fest: Einschränkung in der Beugefähigkeit mit belastungsabhängigen Beschwerden bei stabilen Bandverhältnissen im rechten Kniegelenk nach operativ mittels Ersatzplastik versorgter vorderer Kreuzbandruptur rechts sowie zweimaliger Narbenlösungen (Arthrolyse, Kapsulotomie) im rechten Kniegelenk. Sie bezog sich zur Begründung auf das Zweite Rentengutachten von Prof. Dr. E. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers vom 12. März 2012 wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 09. August 2012 als unbegründet zurück.

Der Kläger hat sein Begehren mit der am 10. September 2012 zum Sozialgericht Frankfurt (Oder) (SG) erhobenen Klage weiterverfolgt, welches das SG mit Urteil vom 28. Mai 2013 abgewiesen hat. Es hat zur Begründung ausgeführt, dass die Beklagte vor Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall die vorläufige Entschädigung gemäß [§ 62 Abs. 1](#) des Siebten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VII) zu Recht entzogen und die Gewährung einer Rente auf unbestimmte Zeit zutreffend abgelehnt habe. Der Kläger habe keinen Anspruch aus [§ 56 Abs. 1 SGB VII](#) auf Gewährung einer Verletztenrente. Denn nach den zutreffenden, vollauf überzeugenden und – auch im Hinblick auf [§ 202 Abs. 1 SGB VII](#) – im Urkundenbeweis verwertbaren Gutachten von Dr. S und Prof. Dr. E bestünden keine mehr auf die Kreuzbandruptur als einzig gesicherten Gesundheitserstschaden zurückzuführenden Unfallfolgen mehr. Unfallunabhängig lägen insbesondere degenerative Meniskus- und Knorpelschäden im rechten Knie vor. Es bewende bei einer endgradigen Beugehemmung als Unfallfolge, welche unter Zugrundelegung der einschlägigen arbeitsmedizinischen Erfahrungswerte in der Tat nur mit einer MdE von 10 v.H. zu bewerten sei und gemäß [§ 56 Abs. 2 SGB VII](#) kein bereits rentenberechtigendes Ausmaß erreiche.

Der Kläger hat gegen das ihm am 05. Juni 2013 zugestellte Urteil am 03. Juli 2013 Berufung eingelegt und zur Untermauerung auf ein von ihm vorgelegtes Gutachten der Orthopädin Dr. T vom 17. Juli 2013 verwiesen, welches im Verfahren des SG S 32 SB 10/12 eingeholt worden war und am rechten Knie eine endgradige Streckhemmung von 10° und eine seitengleiche Beugefähigkeit von 140° ergab. Der Kläger hat u.a. einen MRT-Befund vom 28. August 2015 und einen Entlassungsbrief des Klinikums F vom 01. Oktober 2015 (Athroskopie rechtes Knie am 29. September 2015), ferner mit Schriftsatz vom 20. November 2014 Photographien des – zwischenzeitlich mit einer Metalltreppe ausgestatteten bzw. gesicherten Unfallorts - und zuletzt mit Schreiben vom 01. Dezember 2016 eine persönliche Stellungnahme vorgelegt.

Der Kläger unterzog sich am 30. März 2016 einer arthroskopischen Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung am rechten Kniegelenk und am 28. April 2016 einer offenen matrixinduzierten Chondrozytentransplantation am rechten Knie, vgl. Arztbriefe des Klinikums vom 01. und 29. April 2016.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst),

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 28. Mai 2013 und unter Änderung des Bescheides der Beklagten vom 08. März 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. August 2012 die Beklagte zu verurteilen, ihm wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 15. Juli 2009 eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v.H. der Vollrente seit dem 01. April 2012 zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat das schriftliche Sachverständigengutachten der Orthopädin Dr. T vom 23. März 2014 eingeholt. Sie hat einen für die Zerreißung des vorderen Kreuzbands geeigneten Unfallmechanismus verneint. Soweit beim Kläger leichte Funktionsstörungen des rechten Kniegelenks festzustellen seien, seien sie mitsamt nicht unfallbedingt, sondern degenerativer Natur.

Auf Antrag des Klägers ist das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden Dr. A vom 06. Oktober 2014 eingeholt worden. Dieser hat als Unfallfolgen eine Funktions- und Belastungsminderung des rechten Kniegelenks nach Arbeitsunfall und Kreuzbandriss rechts sowie einen Zustand nach viermaliger Knieoperation rechts sowie darauf beruhender Gonarthrose rechts als Unfallfolgen angesehen und diese mit einer MdE von 20 v.H. bewertet, wobei allerdings der Innenmeniskusschaden auf der Innenmeniskushinterhornseite und der Knorpelschaden sehr wahrscheinlich nicht unfallbedingt seien, sondern eine Schadensanlage darstellten. Den Zusammenhangserwägungen von Dr. S schließe er sich vollumfänglich an, denen von Dr. T und Prof. Dr. E nicht. Die Beklagte ist dem Gutachten mit einer beratungszärtlichen Stellungnahme des Chirurgen B vom 03. Mai 2015 entgegengetreten.

Der Senat hat nach Anforderung bildgebender Unterlagen vom Kläger die ergänzende Stellungnahme von Dr. T vom 30. Juni 2015, in welcher sie bei ihren bisherigen Zusammenhangserwägungen geblieben ist, und das schriftliche Sachverständigengutachten des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. S vom 05. August 2016 eingeholt. Dieser führt in seinem nach ambulanter Untersuchung des Klägers vom 03. August 2016 erstellten Gutachten eine Ruptur des vorderen Kreuzbands sowie ein Kontusionsödem am dorsalen medialen Tibiaplateau mit nachfolgender Bewegungseinschränkung am rechten Knie und Umfangsminderung am rechten Ober- und Unterschenkel auf den Unfall vom 15. Juli 2009 zurück. Unfallunabhängig seien insbesondere eine Gonarthrose rechts mit Chondromalacie dritten Grades am medialen Femurcondylus und eine Chondromalacie zweiten Grades im Patellagleitlager mit Zustand nach offener matrixinduzierter Chondrozytentransplantation am 28. April 2016, ferner ein Zustand nach Arthroskopie und Innenmeniskusteilresektion am 28. September 2009. Bereits zeitnah zum Unfall sei eine Arthroskopie durchgeführt worden, bei welcher sich am rechten Kniegelenk eine Knorpelschädigung am medialen Femurcondylus sowie ein degenerativer Einriss des Innenmeniskushinterhorns gezeigt hätten. Eben diese Faktoren, insbesondere die vorbestehende Knorpelschädigung, seien die wesentliche Ursache für die jetzt noch bestehenden und seit Mitte 2015 zunehmenden Beschwerden am rechten Knie, weshalb auch im April 2016 die Chondrozytentransplantation durchgeführt worden sei. Hinsichtlich der Bewegungseinschränkung am rechten Knie müsse festgehalten werden, dass es sich hier um ein Mischbild einerseits aus der Gelenkfunktionsstörung infolge der Gonarthrose handele, andererseits um Folgen der vorderen Kreuzbandplastik. Ebenso handele es sich bei der Umfangsminderung am rechten Oberschenkel um 1 cm und bei der Umfangsminderung am rechten Unterschenkel um 2 cm um ein entsprechendes Mischbild. Eine anteilige prozentuale Aufteilung der Ursache für diese persistierende Bewegungseinschränkung und die Umfangsminderung könne nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit getroffen werden. Am ehesten seien die Verursachungsanteile jeweils hälftig zu veranschlagen. Angesichts der am rechten Knie gemessenen Bewegungsausmaße von 0-10-120° sei unter Einbeziehung einer muskulär voll kompensierten Lockerung des Kreuzbands spätestens ab dem 30. Januar 2012 die MdE auf nur 10 v.H. einzuschätzen.

Die Beteiligten haben zuletzt mit Schreiben vom 04. und 06. Januar 2017 einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen des weiteren Sachverhalts und Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen und inhaltlich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne Durchführung einer mündlichen Verhandlung entscheiden, nachdem die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, vgl. [§ 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat mit dem angefochtenen Urteil die auf die Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit gerichtete Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Verletztenrente aus der hierfür einzig in Betracht zu ziehenden Anspruchsgrundlage aus [§ 56 SGB VII](#).

Zunächst einmal folgt der vom Kläger geltend gemachte Anspruch auf Gewährung einer Verletztenrente auf unbestimmte Zeit nicht bereits aus der ihm mit Bescheid vom 04. November 2010 als vorläufige Entschädigung gewährten Rente. Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der MdE noch nicht abschließend festgestellt werden kann. Innerhalb dieses Zeitraums kann der Vomhundertsatz der MdE jederzeit ohne Rücksicht auf die Dauer der Veränderung neu festgestellt werden ([§ 62 Abs. 1 SGB VII](#)). Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet ([§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Wegen [§ 62 Abs. 2 S. 2 SGB VII](#) besteht bei der erstmaligen Feststellung einer Rente auf unbestimmte Zeit nach der vorläufigen Entschädigung keine Bindung an die Höhe der MdE, die der Gewährung der vorläufigen Entschädigung zugrunde gelegen hat. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Verhältnisse nicht geändert haben. Es kommt damit etwa auf eine Verschlimmerung der Unfallfolgen nicht an, auch bei einem unveränderten Zustand der Folgen des Versicherungsfalles kann die MdE anders bewertet werden (vgl. etwa Senatsrechtsprechung, Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg, Urteil vom 06. Mai 2010 – [L 3 U 248/06](#) –, zitiert nach juris, Rn. 34).

Da die Beklagte hier jedenfalls mit dem angefochtenen Bescheid vom 08. März 2012 deutlich vor Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall vom 15. Juli 2009 die ursprünglich ausdrücklich als vorläufige Entschädigung gewährte Rente entzog, bemisst sich der klägerische Anspruch allein nach [§ 56 SGB VII](#), ohne dass die tatsächlichen Voraussetzungen für dessen gesetzliche Anspruchsmerkmale im Fall des Klägers vorliegen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 2 SGB VII](#) besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert ist und die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20 erreichen. Nach [§ 56 Abs. 1 S. 3 SGB VII](#) sind die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 v.H. mindern. Versicherungsfälle sind gemäß [§ 7 Abs. 1 SGB VII](#) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Diese Voraussetzungen sind letztlich insgesamt nicht gegeben. Zwar liegt ein Arbeitsunfall vor. Die beim Kläger festgestellten Funktionseinbußen und krankhaften Veränderungen "infolge" des Arbeitsunfalls begründen jedoch keine rentenberechtigende MdE - mangels Stützrententatbestands - von mindestens 20 v.H. 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. 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 Gesundheitsschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen von Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitsschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls (etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02. April 2009 – [B 2 U 29/07 R](#) –, zitiert nach juris). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale "versicherte Tätigkeit", "Verrichtung zur Zeit des Unfalls", "Unfallereignis" sowie "Gesundheitserst- bzw. Gesundheitsfolgeschaden" im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der wesentlichen Ursachenzusammenhänge zwischen diesen Voraussetzungen die (hinreichende) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, a.a.O.). Ob der Gesundheitsschaden eines Versicherten durch einen Arbeitsunfall (wesentlich) verursacht wurde, entscheidet sich - bei Vorliegen einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne - danach, ob das Unfallereignis selbst - und nicht eine andere, unfallunabhängige Ursache - die wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens war (BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris).

Hieran gemessen bestehen keine Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalls einschließlich der oben angesprochenen haftungsbegründenden Kausalität. Der Kläger zog sich am 15. Juli 2009 in Ausübung seiner versicherten Beschäftigung als Anlagenfahrer (vgl. [§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#)) einen vollständigen Riss des vorderen Kreuzbands zu, welcher operativ versorgt werden musste. Dies stellt die Beklagte nicht in Abrede. Vielmehr entspricht dies dem von ihr auch zuletzt der Sache nach mit einer operativ mittels Ersatzplastik versorgten vorderen Kreuzbandruptur rechts anerkannten Gesundheitserstschaden, vgl. Bescheid vom 08. März 2012. Dass die vollständige Kreuzbandruptur tatsächlich auf den Unfall zurückzuführen ist, bestätigen insbesondere auch die auf Veranlassung der Beklagten eingeholten Gutachten von Dr. S und Prof. Dr. E sowie die im Berufungsverfahren erstatteten schriftlichen Sachverständigengutachten von Dr. A und Dr. S, die mitsamt einen für die Zerreißen selbst eines gesunden vorderen Kreuzbands geeigneten Bewegungsablauf erkannten. Insbesondere Dr. S führt nachvollziehbar aus, dass es beim Kläger, als er vom Getriebefundament rückwärts abstieg, zur Belastung des rechten Knies mit dem vollen Körpergewicht gekommen sein muss, so dass es selbst bei einer nur leichten Beugung des Knies von 10° bis 30° zur Kreuzbandruptur kommen konnte. Demgegenüber vermögen die von Dr. T in ihrem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 23. März 2014 bzw. in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 30. Juni 2016 formulierten Zweifel am Bestehen eines unfallbedingten Kreuzbandrisses nicht zu überzeugen, indem sie - nicht nur etwa für Dr. S und Dr. A in ihren im Berufungsverfahren eingeholten schriftlichen Sachverständigengutachten, sondern auch für den Senat kaum nachvollziehbar - beim mit dem rückwärtigen Abstieg von einem über 80 cm hohen Podest verbundenen Bewegungsablauf unter Vollbelastung eines rotierten Knies, wovon man nach den im Wesentlichen gleichbleibenden Unfallschilderungen des Klägers unter Einbeziehung der von ihm vorgelegten Fotografien des Unfallorts ausgehen muss, einen physiologischen Ablauf erkennt.

Nicht durch den Unfall im Sinne eines Gesundheitserstschadens verursacht wurden hingegen allerdings die in den Operationen nach dem Unfall zu Tage getretenen Schädigungen am Meniskus. Hierüber besteht bei sämtlichen mit dem vorliegenden Fall befassten Gutachtern und Sachverständigen, selbst bei Dr. A in seinem auf Antrag des Klägers erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten, ein uneingeschränkter Konsens, zumal bereits die Operateure anlässlich der ersten Arthroskopie vom 28. Juli 2009 keine traumatischen Veränderungen an den Menisken feststellen konnten und bereits Dr. S- als gerichtsbekannt ausgewiesener Kniepezialist - in seinem unter dem 25. August 2010 für die Beklagte erstatteten Gutachten eine traumatische Meniskusschädigung ausdrücklich ausschloss. Der Senat vermag hierfür zudem keinen geeigneten Verletzungsmechanismus zu erkennen, welcher hier allenfalls in Gestalt einer kraftvollen passiven Verdrehung des Knies bei fixiertem Fuß denkbar gewesen wäre (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.10.5.3.2.2, S. 618), ohne dass die Unfallschilderungen des Klägers hierfür etwas hergeben.

Es besteht hiernach auch eine haftungsausfüllende Kausalität zwischen dem Unfall bzw. dem Gesundheitserstschaden und den beim Kläger verbliebenen Unfallfolgen. Der Gesetzgeber bringt mit der wiederholten Formulierung "infolge" - vgl. [§§ 45 Abs. 1 Nr. 1, 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII](#) - das Erfordernis eines Zusammenhangs zum Ausdruck. Es muss eine kausale Verknüpfung des Versicherungsfalles bzw. seiner Folgen mit der betrieblichen Sphäre bestehen, mithin eine rechtliche Zurechnung für besonders bezeichnete Risiken der Arbeitswelt beziehungsweise gleichgestellter Tätigkeiten, für deren Entschädigung die gesetzliche Unfallversicherung als spezieller Zweig der Sozialversicherung einzustehen hat, und zwar nicht nur im Sinne einer Kausalität im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne, sondern auch im Sinne der Zurechnung des eingetretenen Erfolges zum Schutzbereich der unfallversicherungsrechtlichen Norm als eines rechtlich wesentlichen Kausalzusammenhangs (Zurechnungslehre der wesentlichen Bedingung, ständige Rechtsprechung, etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 13 ff.). Für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit (etwa BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – [B 2 U 20/04 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Ein Zusammenhang ist hinreichend wahrscheinlich, wenn nach herrschender ärztlich-wissenschaftlicher Lehrmeinung mehr für als gegen ihn spricht und ernste Zweifel an einer anderen Ursache ausscheiden (vgl. BSG a.a.O., auch Rn. 18 und 20). Für die wertende Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat die Rechtsprechung folgende Grundsätze herausgearbeitet: Es kann mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Sozialrechtlich ist allein relevant, ob der Versicherungsfall wesentlich war. Ob eine konkurrierende Ursache es war, ist unerheblich. "Wesentlich" ist nicht gleichzusetzen mit "gleichwertig" oder "annähernd gleichwertig". Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere(n) Ursache(n) keine überragende Bedeutung hat (haben). Ist jedoch eine Ursache oder sind mehrere Ursachen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Ursache(n) "wesentlich" und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Die andere Ursache, die zwar naturwissenschaftlich ursächlich ist, aber (im zweiten Prüfungsschritt) nicht als "wesentlich" anzusehen ist und damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts ausscheidet, kann in bestimmten Fallgestaltungen als "Gelegenheitsursache" oder Auslöser bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09. Mai 2006 – [B 2 U 1/05 R](#) –, zitiert nach juris Rn. 15). Wenn auch die Theorie der wesentlichen Bedingung im Unterschied zu der an der generellen Geeignetheit einer Ursache orientierten Adäquanztheorie auf den Einzelfall abstellt, bedeutet dies nicht, dass generelle oder allgemeine Erkenntnisse über den Ursachenzusammenhang bei der Theorie der wesentlichen Bedingung nicht zu berücksichtigen oder bei ihr entbehrlich wären. Die Kausalitätsbeurteilung 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. Maßgebend ist, dass die Beurteilung medizinischer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge auf dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aufbauen muss (BSG, a.a.O., Rn. 17). Dies erfordert nicht, dass es zu jedem Ursachenzusammenhang statistisch-epidemiologische Forschungen geben muss, weil dies nur eine Methode zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse ist und

sie im Übrigen nicht auf alle denkbaren Ursachenzusammenhänge angewandt werden kann und braucht. Gibt es keinen aktuellen allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einer bestimmten Fragestellung, kann in Abwägung der verschiedenen Auffassungen einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden (BSG, a.a.O., Rn. 18). Dieser wissenschaftliche Erkenntnisstand ist jedoch kein eigener Prüfungspunkt bei der Prüfung des Ursachenzusammenhangs, sondern nur die wissenschaftliche Grundlage, auf der die geltend gemachten Gesundheitsstörungen des konkreten Versicherten zu bewerten sind. Bei dieser einzelfallbezogenen Bewertung kann nur auf das individuelle Ausmaß der Beeinträchtigung des Versicherten abgestellt werden, aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist. Die Ursachenbeurteilung im Einzelfall hat "anhand" des konkreten individuellen Versicherten unter Berücksichtigung seiner Krankheiten und Vorschäden zu erfolgen, aber auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, a.a.O., Rn. 19). Beweisrechtlich ist zu beachten, dass der je nach Fallgestaltung ggf. aus einem oder mehreren Schritten bestehende Ursachenzusammenhang zwischen dem Versicherungsfall und den Krankheitsfolgen als anspruchsbegründende Voraussetzung positiv festgestellt werden muss (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 20).

Hiervon ausgehend ist der Senat im nach [§ 128 Abs. 1 S. 1 SGG](#) erforderlichen Maße überzeugt und wird auch wiederum von der Beklagten nicht in Abrede gestellt, dass beim Kläger infolge des unstreitigen Arbeitsunfalls vom 15. Juli 2009 Unfallfolgen bestehen, und zwar so, wie zuletzt von Dr. S im plausiblen Anschluss an die Begutachtungsergebnisse von Dr. Sund Prof. Dr. E in Form eines allerdings nur endgradigen Streckdefizits mit einer muskulär vollständig kompensierten leichten Lockerung des vorderen Kreuzbands rechts. Weitergehende gesundheitliche Beeinträchtigungen, insbesondere die Knorpelschädigung im Sinne einer zumindest drittgradigen Chondropathie am medialen Femurcondylus bzw. einer zweitgradigen Chondromalacie im Patellagleitlager, welche nach den schlüssigen Ausführungen von Dr. S für die anhaltenden Beschwerden des Klägers hauptsächlich verantwortlich zu machen sind, sind nicht als Unfallfolgen hinreichend wahrscheinlich zu machen. Ohne jegliche Differenzierung bezieht demgegenüber Dr. A auch eine - nicht näher spezifizierte - Gonarthrose in die entschädigungspflichtigen Unfallfolgen mit ein und will sich u.a. auch damit vollumfänglich den Zusammenhangserwägungen von Dr. S im Verwaltungsverfahren anschließen, ohne zu erfassen, dass dieser - wie im Übrigen auch zuletzt Dr. S in seinem für den Senat erstellten Gutachten - die Knorpelschäden ausdrücklich von den Gesundheitserstschäden bzw. Unfallfolgen ausnimmt. Eben dies erscheint auch nicht nur überzeugend, sondern geradezu zwingend, wenn man sich etwa noch einmal den OP-Bericht vor 28. Juli 2009 vor Augen hält, in welchem bereits eine fortgeschrittene Chondropathie dritten Grades am medialen Femurcondylus im Bereich der Hauptbelastungszone ohne frische Knorpelschäden aufgedeckt wurde. Dementsprechend grenzt Dr. A nicht hinreichend plausibel die wirklichen Unfallfolgen gegen die Folgen des bereits frühzeitig intraoperativ erhobenen Befunds einer bereits drittgradigen Chondropathie in der Hauptbelastungszone ohne frische Knorpelschäden (vgl. OP-Bericht vom 28. Juli 2009) ab. Er verweist hierfür zwar auf einen durch die Operation im UKB vom 15. Dezember 2009 verursachte Beschädigung des retropatellaren bzw. Gleitlagerknorpels, weil dort mittels eines Acromionizers zwangsläufig Knorpelknorpelschäden verursacht worden seien. Diese Annahme findet jedoch bereits weder in den anlässlich der darauffolgenden Arthroskopie durch Dr. W, vgl. hierzu Zwischen- und OP-Bericht vom 22. März bzw. 22. April 2010, getroffenen Feststellungen noch im Gutachten von Dr. Svom 22. August 2010 eine Stütze. Auf die teilweise unsachlich und damit wenig objektiven Passagen des Gutachtens von Dr. A ("Wir konnten also bis jetzt zeigen, dass erstens das rechte Knie definitiv nicht in Ordnung ist und zwar nicht nur ein bisschen, sondern richtig." bzw. " das Gutachten von Dr. Teinfach schwach.") hat bereits Dr. S in seinem o.g. schriftlichen Sachverständigen Gutachten zutreffend verwiesen. Davon abgesehen erweisen sich die Zusammenhangserwägungen von Dr. A auch als offensichtlich widersprüchlich. Das Erste Rentengutachten des Chirurgen Dr. Sergab nach einer ambulanten Untersuchung des Klägers als wesentliche Folgen des Unfalls vom 15. Juli 2009 einen Zustand nach Zerreißen des vorderen Kreuzbands rechts und einen rückfälligen entzündlichen Reizzustand der Gelenkkapsel (rezidivierende Synovitis und Kapsulitis) des rechten Kniegelenks mit Bewegungseinschränkung (Streckhemmung um 20° rechts gegenüber 5° links). Das Unfallereignis betrachtete Dr. S dabei gerade nicht als wesentlich ursächlich für die Verschleißumformung bzw. den Knorpelschaden am inneren Oberschenkelknorren des rechten Kniegelenks. Gleichwohl will sich Dr. A den Ausführungen Dr. S vollumfänglich anschließen.

Erst soweit sich im vorstehenden Sinne die haftungsausfüllende Kausalität annehmen lässt, stellt sich die Frage nach der Bemessung der MdE. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 1 SGB VII](#) richtet sich die MdE nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Nach [§ 56 Abs. 2 S. 3 SGB VII](#) werden bei der Bemessung der MdE Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden. Die Bemessung der MdE hängt also von zwei Faktoren ab: Den verbliebenen Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens und dem Umfang der dadurch verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Entscheidend ist nicht der Gesundheitsschaden als solcher, sondern vielmehr der Funktionsverlust unter medizinischen, juristischen, sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Ärztliche Meinungsäußerungen darüber, inwieweit derartige Beeinträchtigungen sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken, haben keine verbindliche Wirkung, sie sind aber eine wichtige und vielfach unentbehrliche Grundlage für die richterliche Schätzung der MdE, vor allem soweit sie sich darauf beziehen, in welchem Umfang die körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Verletzten durch die Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Erst aus der Anwendung medizinischer und sonstiger Erfahrungssätze über die Auswirkungen bestimmter körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen auf die verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten des Betroffenen auf dem Gesamtgebiet des Erwerbslebens und unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles kann die Höhe der MdE im jeweiligen Einzelfall geschätzt werden. Diese zumeist in jahrzehntelanger Entwicklung von der Rechtsprechung sowie dem versicherungsrechtlichen und versicherungsmedizinischen Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind bei der Beurteilung der MdE zu beachten; sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche, gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen einem ständigen Wandel (BSG, Urteil vom 22. Juni 2004 - [B 2 U 14/03 R](#) -, zitiert nach juris Rn. 12). Für eine Art "Risikozuschlag" oder "Gefährdungs-MdE" wegen der Prognoseunsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung der Krankheit ist in der auf die verminderten Arbeitsmöglichkeiten bezogenen MdE-Schätzung in der gesetzlichen Unfallversicherung kein Raum, weil auf die Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens im Zeitpunkt der Entscheidung abzustellen ist und erst in Zukunft möglicherweise eintretende Schäden grundsätzlich nicht zu berücksichtigen sind. Allerdings ist eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor dem Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen MdE zu berücksichtigen (BSG a.a.O., Rn. 18).

Hieran gemessen liegt nichts für eine rentenberechtigende MdE aufgrund der festgestellten Unfallfolgen vor. Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird zunächst gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) abgesehen, weil die Berufung aus den zutreffenden Gründen des angefochtenen Urteils als unbegründet zurückzuweisen ist. Auch gelangt Dr. S in seinem im Berufungsverfahren erstatteten schriftlichen

Sachverständigengutachten zu einem insgesamt und erst recht, was die Unfallfolgen anbelangt, nur milden klinischen Befund am rechten Knie. Dr. S hat lediglich leichte Beweglichkeitseinschränkungen bei Streckung und Beugung festgestellt und mit 0-10-120° bemessen, was gegenüber dem linken Knie mit 0-5-140° jedenfalls bei der Streckung eine allenfalls geringfügige Abweichung ergibt und jedenfalls so für ihn nachvollziehbar noch keine messbare MdE von 10 v.H. oder mehr rechtfertigt. Auf das hierfür einschlägige arbeitsmedizinische Schrifttum (vgl. Schönberger/ Mehrtens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Aufl. 2010, Kap. 8.10.11, S. 654) hat bereits das SG im angefochtenen Urteil zutreffend hingewiesen, wonach zwar teilweise bei Bewegungseinschränkungen von 0-0-120° oder mehr eine MdE von 10 v.H. angenommen werden kann, aber nicht muss (vgl. Praxisinformationen für die Schwerbe-hindertenvertretungen – GdB/ MdE-Tabelle, S. 93, aus Knittel, SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2008, wonach bei einseitigen geringgradigen Bewegungseinschränkungen des Kniegelenks eine MdE von 0 bis 10 v.H. zu veranschlagen ist, bzw. Schiltenwolf/ Hollo (vormals Rompe/ Erlenkämper), Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 6. Aufl. 2014, S. 899, wonach bei einseitigen Bewegungseinschränkungen im Kniegelenk eine MdE von 10 v.H. überhaupt erst ab Bewegungsausmaßen von 0-0-90° anzunehmen ist). Nach dem von Dr. S plausibel festgehaltenen klinischen Eindruck – gerade auch unter Einbeziehung der gegenüber dem linken gesunden Knie nur äußerst geringen Abweichung – erscheint hier in der Tat noch keine messbare MdE. Auch die Prüfung der Kniestabilität hat keine Auffälligkeiten ergeben; lediglich der Lachmann-Test bzw. die vordere Schublade haben sich leichtgradig positiv mit festem Anschlag gezeigt. Hieraus folgert Dr. S insgesamt nachvollziehbar eine nur endgradige Behinderung der Beugung/ Streckung bei einer muskulär voll kompensierter Lockerung des Kniebandapparates und leitet hieraus eine MdE von 10 v.H. ab (vgl. hierzu Schönberger et al., a.a.O., Kap. 8.10.4.5, S. 612). Dr. S führt überdies nachvollziehbar aus, dass sich eine rentenberechtigende MdE für den gesamten verfahrensgegenständlichen Zeitraum ab April 2012 nicht ergibt. Diese Annahme steht insbesondere mit den anlässlich der von der Beklagten beauftragten Begutachtung durch Prof. Dr. E am 18. Januar 2012 erhobenen Befunden überein, bei welcher ein funktionelles Defizit des rechten Kniegelenks bis auf eine endgradige Beugehemmung nicht festgestellt wurde (zügiges, breitbeiniges, hinkfreies Gangbild; Fersen-/ Zehenstand/ -gang beidseits gut möglich; Einbeinstand beidseitig problemlos demonstrierbar; Einnehmen der tiefen Hockposition mit Abspreizen des rechten Beins nach vorn; am rechten Kniegelenk keine Überwärmung, keine Rötung, kein Erguss, keine mediale oder laterale Aufklappbarkeit, keine vordere/ hintere Schublade; stabile Bandverhältnisse; Bewegungsausmaße von 0-0-120° rechts gegenüber 0-0-130° links). Der Umfangsminderung im rechten Bein misst Dr. S – selbst unter der Prämisse, dass es sich hierbei um eine (wesentliche) Unfallfolge handeln sollte – nachvollziehbar keine nennenswerten Funktionseinbußen bei, so dass diese für die MdE-Bewertung außen vor bleibt. Überzeugend bezieht Dr. S bei alledem nach dem oben Gesagten den Knorpelschaden in die MdE-Bewertung (der Unfallfolgen) nicht mit ein und macht diesen im Einklang mit der objektiven Krankheits-/ Beschwerdeentwicklung des Klägers hauptsächlich für die andauernde Behandlungsbedürftigkeit des rechten Knies verantwortlich, indem er hierfür auch die im April 2016 durchgeführte Chondrozyten-, d.h. Knorpelzelltransplantation verweist, vgl. Arztbriefe des Klinikums vom 01. und 29. April 2016. Dr. A hat in seinem auf Antrag des Klägers erstellten schriftlichen Sachverständigengutachten zwar im Hinblick auf die von ihm am rechten Knie festgestellten Funktionseinbußen bei Bewegungsausmaßen von 0-15-120° eine rentenberechtigende MdE von 20 v.H. angenommen; es geht nach dem zuvor Gesagten bereits seinen Zusammenhangserwägungen jedoch eine taugliche Differenzierung zwischen wirklich unfallbedingten und unfallunabhängigen, degenerativen Schädigungen ab, so dass auch seiner MdE-Bewertung letztlich nicht gefolgt werden kann.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Zulassungsgrund gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-02-22