

L 1 U 3853/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 17 U 60/17
Datum
30.09.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 1 U 3853/19
Datum
02.03.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. 2. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30.09.2019 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt eine Verletztenrente nach einem anerkannten Arbeitsunfall.

Sie ist im Jahre 1964 geboren und wohnt im Inland. Im Jahre 2012 war sie als Küchenhilfe in einem Krankenhaus beschäftigt und in dieser Eigenschaft bei der beklagten gewerblichen Berufsgenossenschaft gesetzlich unfallversichert.

Am 13.02.2012 gegen 06:05 Uhr rutschte sie auf dem Weg von einer Straßenbahnhaltestelle zu ihrer Arbeit vor einer Treppe aus und stürzte auf das linke Knie. Um 08:59 Uhr desselben Tages stellte sie sich Durchgangsarzt (D-Arzt) Dr. B. vor. Dieser führte in seinem Bericht vom 14.02.2012 aus, es beständen eine geringe schmerzbedingte Bewegungseinschränkung, keine Fehlstellung, kein Hämatom, der Schubladen- und der Lachmann-Test seien negativ. Eine Röntgenuntersuchung ergab keine Anhaltspunkte für eine frische Knochenverletzung. Er diagnostizierte eine Distorsion des linken Kniegelenks und verordnete eine schmerzstillende Salbe. Bei der weiteren Behandlung stellte Dr. F. eine gelockerte Innenbandführung fest. Eine kernspintomografische (CT) Untersuchung bei Dr. B. am 16.02.2012 ergab eine partielle Ruptur des Innenbandes und einen intrameniskalen Einriss ohne Kontakt zur Ober- oder Unterfläche. Bei einer Nachschau am 24.02.2012 stellte der behandelnde Orthopäde Dr. H. fest, das linke Knie sei reizlos, das Innenband sei stabil, jedoch stark druckschmerzhaft ("DS"), das Meniskuszeichen ("ME") sei negativ. Eine weitere CT-Untersuchung bei Dr. B. am 03.04.2012 ergab einen minimalen Reizerguss und einen unterflächig waagerechten Einriss des Innenmeniskushinterhorns, das posttraumatische Ödem des Innenbandes war stark rückläufig. Die Struktur am medialen Femurkondylus zeige eine persistierende Ödembildung, differenzialdiagnostisch ("DD") bestehe eine posttraumatische metaplastische Innenbandverkalkung oder eine Stieda-Pellegrini-Verkalkung. Bei einer arthroskopischen Operation am 29.05.2012 bestätigte Dr. H. den Abriss des Innenmeniskus am Innenband, der auch nach Ausheilung der Innenbandruptur die Beschwerden aufrechterhalten habe. Er habe nun eine Teilresektion und eine Annahat des Innenmeniskus durchgeführt (Berichte vom 29. und vom 31.05.2012). Nach einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie von August bis September 2012 war die Klägerin am dem 10.09.2012 wieder arbeitsfähig.

Am 05.03.2015 begab sich die Klägerin wegen einer zunehmenden Schwellung erneut in ärztliche Behandlung. Dr. H. äußerte den Verdacht einer Re-Ruptur des Innenmeniskus, hielt die Klägerin aber weiterhin für arbeitsfähig (vgl. D-Arzt-Bericht vom selben Tag). Angaben zu einem erneuten Unfall enthielt sein Bericht vom 05.03.2015 nicht. Eine weitere CT-Untersuchung bei Dipl.-Med. K. am 07.03.2015 ergab unter anderem fortgeschrittene degenerative Schäden im Innenmeniskushinterhorn mit Konturunterbrechung an der Unterseite und Ausbildung eines Ganglioms dorsalseitig, außerdem einen deutlichen Gelenkerguss und eine Knorpelbesatzreduktion im medianen Kniegelenkspalt bei unauffälliger Darstellung der Bänder. Zur Akte gelangte sodann die Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit der Klägerin von Dr. H. vom 09.03.2015 ab diesem Tage mit der Diagnose "Kniebinnenschaden links" (M23.33 L nach der ICD-10 GM). Am 17.03.2015 führte Dr. H. erneut eine Arthroskopie mit Innenmeniskusteilresektion durch.

Die Beklagte erhob das Gutachten vom 03.11.2015 bei Dres. Fe. und Ke ... Darin war ausgeführt, die Extension/Flexion des linken Kniegelenks betrage 0/0/110°, der Kapsel-Band-Apparat sei stabil. Es beständen ein deutlicher DS über dem medialen und lateralen Kniegelenkspalt bei wenig intraartikulärem Erguss, noch etwas geschwollene Weichteile und verstrichene Kniegelenkspaltkonturen, keine Überwärmung, reizfreie Narben und eine Krepitation beim Durchbewegen. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 13.02.2012 und der Ruptur des Innenmeniskushinterhorns Anfang 2015 bestehe nicht. Allerdings lägen persistierende Restbeschwerden des Unfalls vor, da

die Klägerin nach der Operation 2012 nie beschwerdefrei gewesen sei. Ergänzende Ausführungen hierzu machten die Gutachter in der weiteren Stellungnahme vom 18.12.2015. Hier führte sie auch aus, eine objektivierbare Instabilität habe sich nicht nachweisen lassen.

Nach einer Stellungnahme des Beratungsarztes Dr. Ko. (24.02.2016) erließ die Beklagte den Bescheid vom 22.03.2016, mit dem sie das Ereignis vom 13.02.2012 als Arbeitsunfall anerkannte, aber einen Anspruch auf Verletztenrente verneinte, da keine unfallbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 20 v.H. vorliege. Als Unfallfolgen erkannte sie an: "Nach operativ versorgtem Innenmeniskusschaden links: Endgradige Bewegungseinschränkung im Kniegelenk, Schwellneigung im Bereich des Kniegelenks, radiologische Veränderungen, Operationsnarbe".

Im Widerspruchsverfahren führte die Klägerin unter anderem aus, entgegen den Feststellungen der Gutachter liege eine Instabilität vor, diese sei Folge des ersten Unfalls und damit der Dauerprobleme, die sie habe. Die Beklagte erließ nach Einholung einer weiteren Stellungnahme bei Dr. Ko. (03.07.2016, nicht bei den Akten der Beklagten) den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 14.12.2016. Die unfallbedingten Funktionseinschränkungen bedingten keine MdE um wenigstens 20 v.H. Eine Instabilität sei nicht objektiviert.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.01.2017 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Sie hat vorgetragen, sie habe zunehmende Schmerzen im Kniegelenk, Schwellungen und Belastungseinschränkungen, ihr Gang und die Belastbarkeit des Knies seien unsicher geworden.

Am 08.02.2017 knickte die Klägerin bei der Kaffeeausgabe während der Arbeit um. Laut dem D-Arzt-Bericht von Dr. D. vom 09.02.2017 bestanden ein normales Gangbild ohne sichtbare Fehlstellung, keine Schwellung, keine Kontusionsmarke, kein Kniegelenkserguss, eine Beweglichkeit von 10/0/160°, ein DS an der Patella, Vorderes und Hinteres Kreuzband (VKB, HKB) waren fest mit sattem Anschlag, auch das mediale und das laterale Seitenband waren stabil und indolent. Es liege eine Kniegelenksdistorsion links mit Verdacht auf (V.a.) lateralen Meniskusschaden vor. Ein CT bei Dr. Gi. am 09.02.2017 ergab keinen Nachweis posttraumatischer frischer Verletzungen, insbesondere keinen Meniskusriss und keine Band-Verletzungen.

Hierzu hat die Klägerin ergänzend vorgetragen, zum einen sei auch dieser Unfall eine Folge des Unfalls von 2012, weil die verbliebene Instabilität das Umknicken bedinge, zum anderen sei an einen Stützrententatbestand zu denken.

Das SG hat die Akte eines schwerbehindertenrechtlichen Rechtsstreits der Klägerin gegen das Land Baden-Württemberg (S 13 SB 1432/14) beigezogen. Dort hatte der Orthopäde Dr. C. in dem Gutachten vom 16.01.2015 (vor dem erneuten Unfall) eine Beweglichkeit von 0/0/140° bei stabilen Collateral- und Kreuzbändern festgestellt, ein Drehschmerz oder eine Meniskussymptomatik hatten nicht vorgelegen, das Gangbild war auf kurzer Strecke im Sprechzimmer barfuß und in Konfektionsschuhen unauffällig gewesen.

In dem unfallversicherungsrechtlichen Verfahren hat das SG ebenfalls Dr. C. zum Sachverständigen ernannt. Er hat in seinem Gutachten vom 09.12.2017 eine Streckung/Beugung von 0/5/110° und ein sicht- und spürbares "Springen" mitgeteilt, das wahrscheinlich einer Sehne der Pes-anserinus-Gruppe an der Innenseite des linken Kniegelenks anzuschuldigen sei. Ferner bestehe eine deutliche Muskelschwäche am linken Oberschenkel. Die mediale und laterale Seitenbandführung sei sowohl in Streck- als auch in Beugstellung um 30° beiderseits fest. Es lägen kein Gelenkserguss, keine Rötung oder Überwärmung vor, die Weichteile seien etwas geschwollen. Beim Verschieben der Patella links sei ein grobkörniges Reiben zu spüren. Den Einbeinstand habe die Klägerin nicht demonstrieren können, weder frei noch mit beidhändigem Festhalten. Ebenso sei monopedaless Hüpfen nicht möglich gewesen. Beim Barfußgang seien ein leichtes linksseitiges Hinken und eine geringfügig verkürzte Schrittlänge links zu konstatieren, in Konfektionsschuhen habe sich der Gang aber flüssiger gezeigt. Als Folge des ersten - Arbeitsunfalls lägen ein Teilverlust des linken Innenmeniskushinterhorns und die Narben, die Streck- und Beugehemmung des linken Kniegelenks, die beginnende mediale Gonarthrose links sowie ein Teil der Muskelschwäche am linken Oberschenkel vor. Die unfallbedingte MdE sei auf 15 v.H. zu schätzen. Die Knorpelschäden und das "Sehnenspringen" beruhten nicht auf dem Unfall vom 13.02.2012.

Auf Antrag und Kostenrisiko der Klägerin hat das SG das Gutachten vom 24.08.2018 bei dem Orthopäden und Chirurgen Prof. Dr. Ca. erhoben. Bei der Untersuchung dort hat die Klägerin - nach Aktenlage erstmals - angegeben, am 09.03.2015 einen "zweiten Unfall" erlitten zu haben, wobei sie mit dem linken Fuß vor einer Spülmaschine ausgerutscht sei. Danach habe Dr. H. im April 2015 die weitere Arthroskopie durchgeführt. Prof. Dr. Ca. hat ausgeführt, die Streckung/Beugung des linken Kniegelenks betrage 0/10/60°, wobei das genaue Bewegungsmaß wegen einer Gegenspannung der antagonistisch wirkenden Muskulatur nicht feststellbar gewesen sei. Die Berührungsempfindlichkeit sei seitengleich, motorische Schwächen der unteren Gliedmaßen beständen nicht. Es lägen eine geringe Kapselschwellung, keine Überwärmung, kein Erguss, aber eine Muskelminderung am linken Oberschenkel vor. Soweit beurteilbar, sei die Bandführung allseits straff. Das Gangbild zu ebener Erde sei sicher und raumgreifend, dabei linkshinkend. Zu einem Ursachenzusammenhang gab der Sachverständige an, auf Grund der fehlenden Dokumentation von Beschwerden zwischen 2012 und 2015 sei es nicht nachvollziehbar, warum die persistierenden Restbeschwerden teilweise noch dem ersten Unfall anzuschuldigen seien. Die damaligen Verletzungen seien bis auf die Narbenbildungen ausgeheilt gewesen. Die ab 2015 erhobenen klinischen, kernspintomografischen und arthroskopischen Befunde seien nicht mit Wahrscheinlichkeit kausal auf das Ereignis vom 13.02.2012 zurückzuführen. Bezüglich des Ereignisses vom 08.02.2017 seien keine Unfallfolgen verblieben. Es sei vielmehr von unfallunabhängig vorbestehenden degenerativen Veränderungen auszugehen. Eine MdE sei nicht erkennbar, da bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit im September 2012 das linke Kniegelenk frei beweglich gewesen sei.

Die Klägerin hat einen Bericht der V.-Klinik K. vom 21.01.2019 vorgelegt. Danach war sie kurz zuvor in der Nacht ausgerutscht und habe sich das Knie verdreht. Die Extension/Flexion war mit 0/0/95° angegeben, Meniskuszeichen beständen nicht, es liege ein DS vor, auch sei das Innenband erst- bis zweitgradig aufklappbar, es bestehe eine mögliche Innenband-Läsion und eine Retinakula am linken Knie. Eine Untersuchung durch CT sei angezeigt.

Das SG hat diesen Bericht erneut Prof. Dr. Ca. vorgelegt. Dieser hat am 08.03.2019 ergänzend ausgeführt, der Arztbrief zeige keine erneute Verletzung des Innenmeniskus, sondern möglicherweise eine Verletzung des Innenbandes und weiterer Haltebänder innen und außen. Eine Verschlechterung der Folgen des Unfalls vom 13.02.2012 sei daher nicht erkennbar.

Mit angekündigtem Gerichtsbescheid vom 30.09.2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Sie sei zulässig, aber nicht begründet. Ein Anspruch auf Verletztenrente wegen des Unfalls vom 13.02.2012 bestehe nicht. Es lägen weiterhin nur die anerkannten Unfallfolgen vor. Ferner sei zu Gunsten der Klägerin davon auszugehen, dass auch der erneute Innenmeniskusschaden 2015 Folge des Arbeitsunfalls von 2012 sei. Dies habe die Beklagte in den angegriffenen Bescheiden anerkannt und es sei auch unstreitig. Es könne daher offen bleiben, ob der Ansicht des Wahlgutachters Prof. Dr. Ca. zu folgen sei, der Riss des Innenmeniskus 2015 sei unfallunabhängig entstanden. Unabhängig hiervon betrage die unfallbedingte MdE höchstens 15 v.H. Hierbei seien insbesondere die Beweglichkeitseinschränkungen zu Grunde zu legen, wobei die Messung bei Prof. Dr. Ca. mit 0/10/60° wegen des Gegenspannens nicht aussagekräftig sei. Eine Kniebandinstabilität liege nicht vor. Da der Unfall vom 08.02.2017, den die Beklagte auch noch nicht anerkannt habe, keine verbleibenden Folgen gezeitigt habe, komme auch eine gestützte Rente nach einer MdE um nur 10 v.H. nicht in Betracht.

Gegen diesen Gerichtsbescheid, der ihrem Prozessbevollmächtigten am 07.10.2019 zugestellt worden ist, hat die Klägerin am 07.11.2019 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg erhoben. Sie legt den Bericht des MVZ-Radiologiezentrums K. über ein CT vom 12.11.2019 vor. Danach bestehen zunehmende Degenerationen/Auffaserungen des Innenmeniskus, eine Grad-III-Chondropathie der Femurkondylen mit kleinen osteophytären Anbauten sowie eine Chondropathie der retropatellaren Knorpelüberdachung und eine im Verlauf unveränderte ovaläre, knochenisointense Struktur zwischen Malleolus medialis und medialem Kollateralband ohne eindeutige Umgebungsreaktionen, wobei letztere "DD" ältere Traumafolgen darstellten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 30.09.2019 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 22. März 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. Dezember 2016 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin wegen der Folgen des am 13. Februar 2012 erlittenen Arbeitsunfalls ab dem 17. März 2015, hilfsweise ab einem späteren Zeitpunkt, Verletztenrente nach den gesetzlichen Vorschriften nach einer Minderung einer Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise weiteren Beweis zu erheben, insbesondere ein Sachverständigengutachten vom Amts wegen einzuholen, zu der Frage, ob bei der Klägerin eine stärkere Einschränkung der Kniegelenkbeweglichkeit als bislang angenommen bzw. andere Einschränkungen der Funktionalität, insbesondere eine Instabilität oder ein "Giving-way-Phänomen", die zu einer Beeinträchtigung des Gangbildes und des freien Gehens, insbesondere des Treppensteigens, führen, vorliegen und ob hieraus eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 v.H. folgt.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf Anfrage des Senats hat Dr. H. als sachverständiger Zeuge am 16.12.2019 schriftlich unter anderem bekundet, die knochenintensive Struktur in den CT-Aufnahmen vom 12.11.2019 betreffe den Bereich am medialen Kondylus des Femurs des linken Oberschenkelknochens. Hier komme es bei Anspannungen des Innenbandes typischerweise zu An- oder knöchernen Ausrissen. Dieser Befunde in dem aktuellen CT wiesen auf eine schon alte Innenbandverletzung hin. Es sei durchaus möglich, dass der Sturz am 13.02.2012 das Innenband verletzt habe. Passend hierzu sei, dass später eine partielle Ruptur des Innenbandes mit leicht gelockerter Bandführung festgestellt worden seien. Erfahrungsgemäß führe auch eine ausgeheilte Innenbandverletzung oft eine bleibende mediale Instabilität ohne größere Beschwerden. Die bestehenden Knieschmerzen seien auf die schon kräftigen Knorpelveränderungen und den Meniskusriss zurückzuführen.

Die Klägerin hat den Befundbericht von Dr. H. vom 20.01.2020 nachgereicht. Danach habe eine Röntgenuntersuchung im Bereich des medialen Femurkondylus eine etwa 3 x 0,5 cm große glatt besetzte knochendichte Struktur ergeben. Es handle sich um einen klassischen "Stieda-Pellegrini-Schatten", der bei einer Innenbandverletzung entstehe. Ferner bestehe eine deutliche Gonarthrose. Es sei durchaus möglich, dass ein Trauma vor Jahren eine Innenmeniskusverletzung mit Innenbandschädigung verursacht habe und ursächlich für den jetzigen Befund sei.

Die Beklagte (Schriftsatz vom 08.01.2020) und die Klägerin (Erörterungstermin am 27.02.2020) haben einer Entscheidung des Berichterstatters ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung der Klägerin entscheidet im Einvernehmen mit den Beteiligten der Berichterstatter als Einzelrichter ([§ 155 Abs. 3, Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und ohne mündliche Verhandlung ([§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 SGG](#)). Aus diesen Gründen wirken auch die ehrenamtlichen Richter nicht an der Entscheidung mit ([§ 33 Abs. 1 Satz 2, 12 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung ist statthaft ([§ 105 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 143 SGG](#)), insbesondere nicht nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) zulassungsbedürftig, da die Klägerin laufende Sozialleistungen für mehr als ein Jahr begehrt ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) erhoben. Sie ist aber nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Sie ist zwar als Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Var. 1, Abs. 4 SGG](#)), gerichtet auf eine Verurteilung dem Grunde nach ([§ 130 Abs. 1 SGG](#)) statthaft. Auch im Übrigen ist sie zulässig, insbesondere hat die Beklagte in dem angegriffenen Bescheid und auch im Vorverfahren ([§ 78 Abs. 1 SGG](#)) über den jetzt geltend gemachten Anspruch auf Verletztenrente entschieden). Sie ist aber nicht begründet. Der genannte Anspruch besteht nicht.

Der Senat kann in dieser Weise - negativ - in der Sache entscheiden. Der Hilfsbeweis Antrag der Klägerin aus dem Erörterungstermin vom 27.02.2020 war abzulehnen. Er war zwar zulässig, insbesondere hat die Klägerin ausreichend deutlich Beweisthema, Beweismittel und das zu erwartende Beweisergebnis bezeichnet. Jedoch lagen die Voraussetzungen für ein - weiteres - Sachverständigengutachten von Amts wegen nicht vor. Bereits in erster Instanz wurde nicht nur nach [§ 103 SGG](#) von Amts wegen das Gutachten von Dr. C. erhoben, sondern außerdem nach [§ 109 Abs. 1 SGG](#) auf Antrag der Klägerin hin das Wahlgutachten von Prof. Dr. Ca. ... Es entspricht dem Beweisrecht, dass das Gericht nicht verpflichtet ist, einem Antrag auf Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Beweis einer bestimmten Tatsache beliebig oft nachzukommen (BSG, Urteil vom 15.04.1991 - [5 RJ 32/90](#) -, Juris, LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 14. März 2018 - [L 5 R 1863/17](#) -, Juris Rn. 49). Es liegen auch nicht die Ausnahmevoraussetzungen für die Einholung eines weiteren Gutachtens nach [§ 118 Abs. 1](#)

SGG i.V.m. [§ 412](#) Zivilprozessordnung (ZPO) vor. Insbesondere entsprechen beide Gutachten den formellen und materiellen Mindestanforderungen des [§ 412 Abs. 1 ZPO](#).

Anspruchsgrundlage für die begehrte Rentengewährung ist [§ 56 Abs. 1 Satz 1](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Danach haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles - hier eines Arbeitsunfalls - über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v. H. gemindert ist, Anspruch auf Rente. Wenn, wie vorliegend, ein Anspruch auf Verletztengeld entstanden ist, werden gemäß [§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII](#) Renten an Versicherte von dem Tag an gezahlt, der auf den Tag folgt, an dem dieser Anspruch endet (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 1013/15](#) -, juris, Rn. 81).

Die MdE richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens ([§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII](#)). Um das Vorliegen der MdE beurteilen zu können, ist zunächst zu fragen, ob das aktuelle körperliche oder geistige Leistungsvermögen beeinträchtigt ist. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang dadurch die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens vermindert werden. Die Bemessung des Grades der MdE erfolgt als Tatsachenfeststellung des Gerichts, die dieses gemäß [§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Die zur Bemessung der MdE in Rechtsprechung und Schrifttum herausgearbeiteten Erfahrungssätze sind dabei zu beachten. Sie sind zwar nicht für die Entscheidung im Einzelfall bindend, bilden aber die Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis und unterliegen ständigem Wandel (LSG Baden-Württemberg, a.a.O., Rn. 82). Diese Erfahrungswerte sind der allgemeinen sozialmedizinischen wissenschaftlichen Literatur, den Konsensempfehlungen und den Richtlinien der fachärztlichen Gesellschaften zu entnehmen, wie sie z.B. bei Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, zusammengefasst dargestellt werden.

Die Einschätzung der MdE setzt voraus, dass der jeweilige Versicherungsfall eine Beeinträchtigung des Leistungsvermögens hervorgerufen hat, entweder durch einen unfallbedingten Gesundheitserst- oder einen damit im Ursachenzusammenhang stehenden Gesundheitsfolgeschaden. Diese Zurechnung setzt voraus, dass der Versicherungsfall den fraglichen Schaden, objektiv verursacht oder zumindest mitverursacht hat. Ob dies - direkt oder mittelbar - der Fall ist, ist zunächst eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Juris Rn. 61 ff.). Wird auf der ersten Stufe die objektive Mitverursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob der Verursachungsbeitrag durch den Versicherungsfall rechtserheblich, also wesentlich, war. Dies ist rechtlich eigenständig nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung zu beurteilen (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweiswürdigung bei der Tatsachenfeststellung, dass die Tatsachen, die solche Gesundheitsschäden erfüllen, im Grad des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, für das Gericht feststehen müssen. Demgegenüber genügt für den Nachweis der naturphilosophischen Ursachenzusammenhänge zwischen der versicherten Einwirkung und einem Gesundheitserstschaden sowie zwischen einem Gesundheitserst- und einem Gesundheitsfolgeschaden der Grad der (hinreichenden) Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteile vom 2. April 2009 - [B 2 U 9/07 R](#) -, juris, Rz. 16 und vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr 43, Rz. 17).

Vor diesem Hintergrund liegen bei der Klägerin zunächst weiterhin die anerkannten Unfallfolgen (endgradige Bewegungseinschränkung, Schwellneigung, radiologische Veränderungen, Operationsnarben) vor.

Wie schon das SG unterstellt der Senat zu Gunsten der Klägerin, dass auch der im März 2015 diagnostizierte erneute Riss und die anschließende Teilresektion des Innenmeniskushinterhorns links eine Folge des Unfalls im Jahre 2012 war. Der Amtsgutachter Dr. C. hat dies für möglich erachtet, während der Wahlsachverständige Prof. Dr. Ca. wegen der mehr als dreijährigen Beschwerdefreiheit zwischen Unfall und der Re-Ruptur einen Ursachenzusammenhang verneint hat. Gegen einen solchen Zusammenhang könnte im Übrigen auch sprechen, dass die Klägerin - ab der Untersuchung bei Prof. Dr. Ca. - von einem weiteren Unfall Anfang März 2015 gesprochen hat, der ebenso gut wie oder noch eher als der Unfall von 2012 den erneuten Riss verursacht haben könnte. Allerdings ist dieser Unfall der Beklagten nicht als Arbeitsunfall gemeldet worden und auch die Angaben der Klägerin, insbesondere zum Datum - 09.03.2015 - widersprechen der Aktenlage, wonach sie sich am 05.03.2015 wegen degenerativ bedingter Beschwerden bei Dr. H. vorgestellt hatte. Aber da die Klägerin in diesem Verfahren nicht die Feststellung weiterer Unfallfolgen begehrt, muss über diesen Punkt nicht entschieden werden. Für die Entscheidung über die geltend gemachte Rente sind allein die arbeitsmarktrelevanten Funktionseinbußen und die daraus folgende MdE entscheidend. Weitere Funktionseinbußen neben der bereits anerkannten Bewegungseinschränkung hat der Teilverlust des Innenmeniskushinterhorns bei der Operation im Jahre 2015 aber nicht. Nach den erwähnten medizinischen Erfahrungswerten hat ein Meniskus-Teilverlust bei den heute üblichen sparsamen Resektionen keine nennenswerten nachteiligen Auswirkungen auf die Gelenkmechanik und führt nur zu einem geringen Arthroserisiko, sodass sich eine messbare MdE in aller Regel nicht begründen lässt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 669). Bei der Klägerin sind insoweit außer den geklagten Schmerzen auch keine besonderen, anderen Folgen aufgetreten. Schmerzen aber, da sie behandelbar sind, führen für sich genommen in der Regel nicht zu Funktionseinbußen auf dem Arbeitsmarkt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 244 f.).

Dagegen kann sich der Senat nicht im Maße des Vollbeweises ([§ 128 SGG](#)) davon überzeugen, dass bei der Klägerin eine Kniegelenksinstabilität vorliegt. Eine solche Instabilität führt zwar, auch wenn sie noch muskulär kompensiert werden kann, in der Regel zu einer MdE (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 686). Jedoch hat bei der Klägerin keiner der behandelnden Ärzte eine Lockerung der Bänder, insbesondere des bei dem Unfall 2012 verletzten Innenbandes, bekundet. Und auch weder der Amtssachverständige Dr. C. noch der Wahlgutachter Prof. Dr. Ca. haben bei ihren Testungen eine solche Instabilität festgestellt.

Hier stützt sich der Senat vor allem auf das Gutachten von Dr. C. vom 16.01.2015, das das SG in dem schwerbehindertenrechtlichen Verfahren eingeholt hatte. Dieses Gutachten wurde noch vor dem angeblichen zweiten Unfall Anfang März 2015 erstellt und zeigt daher noch den Zustand nach dem Unfall von 2012. Dr. C. hatte damals bei der Untersuchung ausdrücklich eine stabile Führung der Collateral- und der Kreuzbänder festgestellt. Damals war auch die Oberschenkelmuskulatur links noch nicht zurückgegangen (S. 10 jenes Gutachtens: 20 cm über Kniegelenksspalt rechts 45 und links 44 cm), woraus geschlossen werden kann, dass die Klägerin bis Anfang 2015 beide Beine

gleichermaßen stark benutzen konnte und eingesetzt hat. Auch bei der erneuten Begutachtung bei Dr. C. im Dezember 2017 waren sowohl die mediale und laterale Seitenbandführung fest, sowohl bei gestrecktem als auch bei um 30° gebeugtem Bein fest. Ferner konnte - in Bezug auf die beiden Kreuzbänder - weder eine Vordere noch eine Hintere Schublade provoziert werden (S. 9 Gutachten). Gestützt wird diese Einschätzung durch die Feststellungen des Wahlsachverständigen Prof. Dr. Ca., der auch bei seiner Untersuchung im August 2018 eine stabile Bandführung festgestellt hat, soweit dies "beurteilbar" war (S. 4 seines Gutachtens).

Eine andere Einschätzung ergibt sich auch nicht aus der Zeugenaussage von Dr. H., die der Senat im Berufungsverfahren ergänzend erhoben hat. Der Zeuge hat lediglich bekundet, dass bei der Klägerin Zeichen einer alten Innenbandverletzung vorliegen, vor allem die radiologisch weiterhin fassbare knochenintensive Struktur am "Malleolus medialis". Dass das Innenband 2012 verletzt worden und zeitweise gelockert war, ist unstrittig. Auch Dr. H. hat nicht von einer akuten Instabilität der Klägerin gesprochen. Er hat nur - sachverständig - ausgeführt, dass eine Innenbandverletzung, wie er sie bei der Klägerin annimmt, "erfahrungsgemäß" und "oft" eine mediale Instabilität verursache. Eine eindeutige Aussage hierzu für die Klägerin hat er jedoch nicht abgegeben, insoweit hielt er eine körperliche Untersuchung für notwendig. Solche Untersuchungen hatten jedoch die Sachverständigen durchgeführt. Nichts Anderes hat Dr. H. im Übrigen in seiner ergänzenden Stellungnahme an die Klägerin am 20.01.2020 ausgeführt. Darin hat er ausgeführt, die Klägerin leide an Knieschmerzen. Eine Bandlockerung oder eine sonstige Instabilität hat er nicht erwähnt.

Andere, ggfs. unfallbedingte Ursachen einer Instabilität des Kniegelenks außer einer Bandlockerung sind nicht erkennbar. Das im Verfahren genannte "Giving-Way-Phänomen", also das gelegentliche sehr geringfügige Unsicherheitsgefühl im Knie, das ggfs. aber neurologische oder psychische Gründe hat, konnte ebenfalls kein Arzt bestätigen.

Vor diesem Hintergrund bedingen lediglich die anerkannten Bewegungseinschränkungen im linken Knie Funktionsstörungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gelegentliche Schwellungen, die verbliebenen Operationsnarben und ggfs. auch die Schmerzen auf Grund des Innenmeniskusschadens haben dagegen nur geringfügige Auswirkungen bzw. sind gut behandelbar, sodass sie keine nennenswerte MdE bedingen.

Bewegungseinschränkungen eines Kniegelenks mit einer - restlichen - Streckung/Beugung von 0/0/120° bedingen eine MdE um 10 v.H., bei einer Beugehemmung auf 0/0/90° beträgt die MdE 15, auf 0/0/80° ist sie mit 20 anzunehmen. Ebenfalls zu einer MdE um 20 v.H. führt eine kombinierte Beuge- und Streckhemmung auf 0/10/90°, während eine noch stärkere Streckhemmung von 0/30/90° eine MdE um 30 v.H. bedingt (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 685).

Bei der Klägerin hat Dr. C. im Januar 2015 eine nahezu regelgerechte Streckung/Beugung von 0/0/140° gemessen (rechts 0/0/150°). Erst nach dem angeblichen Unfall im März 2015 und der anschließenden Innenmeniskusteilresektion hat sich die Beweglichkeit etwas verschlechtert. So lag sie bei der Untersuchung bei Dr. C. im Dezember 2015 bei 0/5/110°. Prof. Dr. Ca. hat dann zwar im August 2018 nur noch 0/10/60° gemessen, aber bereits er hat bemerkt, dass dieser Wert durch das muskuläre Gegenspannen der Klägerin verfälscht war und daher nicht verwertet werden konnte. Diese Einschätzung bestätigt sich dadurch, dass bei der Untersuchung im V.-Klinikum Karlsruhe am 21.01.2019 - sogar nach dem weiteren Unfall an jenem Tage - am linken Knie eine Streckung/Beugung von 0/0/95° gemessen wurde und als Grund für diese Einschränkung auch keine somatischen Barrieren, sondern die Schmerzen ("Sz") angegeben wurden. Ausgehend von den Werten, die bei Dr. C. im Dezember 2015 vorlagen und die im Januar 2019 gemessen wurden, liegt bei der Klägerin allenfalls eine MdE um 10 v.H. vor. Eine MdE um 15 oder gar 20 v.H. wird nicht erreicht, weil weder die Beugehemmung 90° erreicht noch die Streckung um wenigstens 10° eingeschränkt ist.

Ein stützender Tatbestand aus dem Unfallversicherungs- oder dem Sozialen Entschädigungsrecht, der nach [§ 56 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB VII auch bei einer unfallbedingten MdE um 10 oder 15 v.H. Anspruch auf eine Verletztenrente auslösen könnte, liegt nicht vor. Die Klägerin hat keine weiteren Versicherungs- oder Entschädigungsfälle vorgetragen. Ein Arbeitsunfall vom 05. oder 09.03.2015 ist, wie ausgeführt, nicht angezeigt worden und nicht aktenkundig. Der Arbeitsunfall am 08.02.2017 hat nach den übereinstimmenden Feststellungen der Sachverständigen Dr. C. und Prof. Dr. Ca. keine bleibenden Schäden zurückgelassen. Der letzte Unfall am 21.01.2019, der zu der Vorstellung im V.-Klinikum geführt hat, ist "nachts" und daher im privaten, unversicherten Bereich geschehen.

Die Entscheidung über die Kosten des Berufungsverfahrens beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-12-07